

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

EUGÊNIA MARQUES DE OLIVEIRA MELO

**INCENTIVOS E BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DE HIV
ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS**

FORTALEZA

2012

EUGÊNIA MARQUES DE OLIVEIRA MELO

INCENTIVOS E BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DE HIV ENTRE
HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M485i Melo, Eugênia Marques de Oliveira.
 Incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV entre homens que fazem sexo
 com homens/ Eugênia Marques de Oliveira Melo. – 2012.
 193 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.
 Orientação: Prof.^a Dr.^a Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.
1. Sorologia da AIDS 2. Desigualdades em Saúde 3. Políticas Públicas. 4. Populações
 Vulneráveis I. Título.

CDD 616.9792

EUGÊNIA MARQUES DE OLIVEIRA MELO

INCENTIVOS E BARREIRAS PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE DE HIV ENTRE
HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Bernard Carl Kendall (Co-Orientador)
Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

Prof^ª. Dr^ª Márcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Universidade Federal do Ceará – UFC

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João (presente na minha memória) e Maria, pelo amor, pela educação, pelo apoio incondicional às minhas escolhas mesmo sem entender o que a vida acadêmica significa. Papai, seu exemplo de garra e determinação ensinou-me a acreditar nos meus ideais mesmo que às vezes eles parecessem tão distantes e impossíveis. Nos momentos difíceis é em você que eu penso e logo me fortaleço. Mãezinha, não tenho palavras para agradecer seu amor, seu cuidado, seu apoio e sua torcida em minha vida. Essa conquista é nossa! Obrigada!!!

Aos meus irmãos Rômulo e André e à minha irmã Glória, por acreditarem no meu potencial e ‘carregar minha bateria’ com alegria, amor, carinho e união. Não há distância que nos separe!

Às minhas duas famílias Marques de Oliveira e Monteiro Ferreira, por entenderem minha ausência nesses dois anos em tantos momentos importantes que não mais voltarão.

Ao Marcelo Ferreira, meu amor, amigo de mestrado e companheiro. Obrigada pelo amor diário, pela paciência nas horas difíceis, pela companhia sempre que possível, pela leitura crítica ao meu texto e pelo incentivo até quando você também estava sem forças. Você deixa minha vida melhor e me faz muito feliz. Conhecê-lo e estarmos juntos foram os melhores acontecimentos do mestrado. Receba toda minha admiração e todo meu amor por você!

À Prof^a. Dr^a. Ligia Kerr, pela confiança e disponibilidade de conduzir um trabalho qualitativo em prol de contribuir ainda mais ao campo do HIV/Aids. Obrigada por me ensinar que, algumas vezes, menos é mais.

Ao Prof. Dr. Carl Kendall pelos ensinamentos e paciência das orientações em ‘portunhol’. Sua presença tornou o processo do mestrado bastante enriquecedor. Obrigada pela sua capacidade de tornar as coisas simples e leves.

À Prof. Dr^a Márcia Machado, pelas ricas contribuições a esse trabalho, pelos ensinamentos acadêmicos e pelas conversas agradáveis nos corredores do mestrado.

À Prof. Dr^a Marli Galvão, por ter aceitado contribuir com o nosso trabalho. Suas orientações foram muito importantes para tornar esse estudo melhor.

À amiga querida Nadja Murta, que tanto me incentivou à carreira acadêmica. Tenho certeza que nosso encontro nessa vida não foi por acaso. Sem você talvez hoje eu não fosse Mestre em Saúde Pública.

À amiga e companheira de pesquisa Renata Mota, pela força, ânimo e aprendizado nesses dois anos de convivência. Adoro!!

À amiga Rose (Chica), que veio da Bahia para deixar Fortaleza melhor ainda. Sua amizade foi um presente para mim. Obrigada pela ajuda essencial na reta final desse trabalho.

Aos amigos mestres, Celso, Elisa (Leli), Andrezza e Jennifer, pela amizade e pelos bons momentos vividos nesses anos de mestrado. Parabéns a nós!!!

Às amigas, Débora, Marta, Carol, Caty, Héliida, Narjara e Vanessa pela verdadeira amizade, pela presença, ombro, orelha, força e estímulo durante esta e outras diversas fases da vida que passamos juntas. Sem vocês sou pedaço!

Ao amigo Mário Martins (Bros) por ter me apresentado importantes bibliografias sobre gênero, presentes nesse trabalho. Sem dúvida, Bros, você deixou essa pesquisa melhor.

Aos colegas da turma de 2010, obrigada pelas discussões e aprendizados. Foi um prazer conhecê-los.

Aos docentes do mestrado em Saúde Pública: Ligia, Raquel, Márcia, Malu, Jaqueline, Vaudelice, Ricardo, Alberto, Gomes e Luciano. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados e pelo aprendizado diário com vocês.

À Gislane, pela presteza e disponibilidade com que sempre me atendeu quando precisei.

À Zenaide (Zena) e Dominik (Domi), pela paciência e cuidado que vocês sempre tiveram comigo, mesmo quando eu vinha com demandas para ontem.

Aos queridos e queridas do GRAB, em especial ao Chico, Camila, Felipe, Paulo, Alex, Adriano, Rochinha, Tarcísio e Robson. Obrigada pelo aprendizado em cada encontro, pela acolhida, por confiarem em mim e nesse trabalho, pelos empréstimos bibliográficos e livros presenteados. Sem vocês essa pesquisa não seria a mesma.

À Fatima Lavor e Hedilene, por cederem o espaço do CEMJA para as entrevistas.

Aos entrevistadores e entrevistadoras, Paulo, Felipe, Hedilene, Cícera, Fátima Lavor e Beto, obrigada pela disponibilidade, competência e seriedade com que fizeram as entrevistas.

Aos participantes desse estudo, obrigada por confiarem em nós e compartilharem suas histórias de vida conosco.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio que viabilizou esse estudo.

“É proibido proibir!”
(Caetano Veloso)

RESUMO

O objetivo desse trabalho é explorar os contextos de vulnerabilidade que interferem na realização ou não do teste de HIV entre os homens que fazem sexo com outros homens. De modo mais específico, busca-se explorar quais fatores individuais, sociais e programáticos podem se estabelecer como incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV, delineando o quadro de vulnerabilidades dos HSH. Ainda, explora-se como as recomendações do Ministério da Saúde para a realização do teste de HIV são entendidas e vivenciadas pelos HSH. O referencial teórico adotado foi construcionista e o quadro da vulnerabilidade foi o raciocínio utilizado como base de toda essa pesquisa. O estudo traz um panorama geral da epidemia da aids entre os HSH em nível internacional e nacional, bem como as recomendações políticas internacionais que influenciaram as respostas brasileiras ao HIV/aids, e a construção de políticas públicas nacionais referentes ao teste de HIV. Essa pesquisa possui caráter exploratório, abordagem qualitativa e utilizou a metodologia do *Rapid Assessment*, de pressupostos antropológicos. Foram realizadas 40 entrevistas semi-estruturadas com HSH de pelo menos 18 anos de idade, com sorologia para HIV positiva e negativa, e que nunca realizaram o teste, residentes na cidade de Fortaleza. As entrevistas foram realizadas em vários lugares da cidade, a fim de alcançar uma amostra variada de informações, sendo fixos apenas uma ONG e um Serviço de Atenção Especializada de referência em HIV/aids. As informações foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo categorial. Os resultados mostram que os motivos para a realização do teste de HIV entre os HSH foram: perceberem-se em risco, exigência do parceiro, autocuidado e temor à doença, doação de sangue, incentivos dos profissionais da saúde, oficinas de prevenção e eventos LGBT. Já as barreiras ao teste foram: pobreza, falta de conhecimento de modo geral sobre prevenção e transmissão do HIV, preconceito com as sexualidades não heterossexuais, estigma em relação às práticas homoeróticas e à aids, homofobia, discriminação referente à aids e baixa ou nenhuma percepção de risco. As barreiras programáticas foram: falta de conhecimento acerca dos locais, dos procedimentos e do tempo confiável para realizar o teste, descrença das recomendações de testagem do Ministério da Saúde, desconfiança da eficácia do teste rápido, homofobia, despreparo para lidar com questões da sexualidade homoerótica e emocionais decorrentes do resultado positivo entre os profissionais da saúde, campanhas governamentais escassas e ineficazes para estimular a busca ao diagnóstico e falta de reconhecimento com as políticas em HIV/aids criadas para HSH quando no cotidiano não há essa identidade. Os resultados mostram ainda que esses motivos possuem impacto direto no não seguimento das recomendações de testagem tornando a população HSH de Fortaleza vulnerável à epidemia. Baseado no conceito ampliado de saúde, políticas públicas devem ser elaboradas considerando o conceito de integralidade de modo que essa população seja assistida em seus direitos, o que terá consequência na redução da vulnerabilidade ao HIV/Aids.

Palavras-chave: Sorologia da AIDS. Desigualdades em saúde. Políticas públicas. Populações vulneráveis.

ABSTRACT

This work aims to explore the contexts of vulnerability that interfere on the (non) realization of the HIV test among men who have sex with other men. In a more specific way, it aims to explore which individual, social and programmatic factors may be established as encouragement and hurdles for the realization of the HIV test, outlining the vulnerability framework of the Men Who Have Sex with Men (MSM). It also explores how the recommendations of the Ministry of Health for the realization of the HIV test are extended and experienced by the MSM. The adopted theoretical reference was constructionist and the vulnerability framework was the reasoning used as a basis for the whole research. The study brings a general panorama of the aids epidemics among the MSM on a national and international level, as well as the international recommendations policy that have influenced the Brazilian responses to HIV/aids, and the building of national public policies that refer to the HIV test. This research has an exploratory character, qualitative approach, and used the methodology of *Rapid Assessment*, which has anthropological presuppositions. Forty semi-structured interviews were done with MSM who were at least 18 years of age, with both positive and negative serology for HIV, and who had never done the test, living in the city of Fortaleza. The interviews were done in many places around the city, aiming to get a wider sample of information, being a constant for the research only a NGO and a Service of Specialized Attention of Reference to HIV/aids. The information was analyzed through the technique of content analysis that was category-based. The results show that the reasons for the realization of the HIV test among the MSM were: they perceived they were at risk, a demand from the partner, self-care and fear of the disease, blood donation, encouragement from the healthcare professionals, prevention workshops and LGBT events. On the other hand, the barriers to the test were: poverty, lack of general knowledge about HIV prevention and transmission, prejudice against the non-heterosexual sexualities, stigma in relation to the homoerotic practices and to aids itself, homophobia, discrimination referring to aids and low or no perception of the risk. The pragmatic barriers were: lack of knowledge about the places, the procedure and reliable time to do the test, discredit for the test recommendation from the Ministry of Health, discredit for the efficiency of the quick test, homophobia, lack of preparation to deal with questions of the homoerotic sexuality and emotional reasons deriving from the positive results among the healthcare professionals, lack of and inefficient governmental campaigns for the stimulation to look for the diagnosis and lack of identification with the HIV/aids policies created for MSM when in everyday life there is no such identification. The results also show that these reasons have a direct impact on the non-following of the recommendations of testing, making the MSM population from Fortaleza vulnerable to the epidemics. Based on the wide concept of health, public policies must be elaborated taking into consideration the concept of integrality in such a way that this population can be assisted in their rights, which will have a consequence in the reduction of the vulnerability to the HIV/aids.

Key words: AIDS serology; Health Inequalities; Public policies, Vulnerable populations

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do município de Fortaleza e suas divisões por Secretárias Executivas Regionais (SER) e seus respectivos IDH.....	32
Figura 2 - A relação entre o HIV/AIDS e as fontes de estigma e discriminação.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Características das etapas de aconselhamento no processo de testagem.....	64
Quadro 2 -	Apresentação do perfil dos participantes.....	103
Quadro 3 -	Motivos para a (não) realização do teste de HIV.....	106

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Descrição do eixo individual, social e programático que compõem a análise das vulnerabilidades.....	20
--	----

SUMÁRIO

MOTIVAÇÕES E CONSIDERAÇÕES INICIAIS DO ESTUDO.....	15
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 O quadro da vulnerabilidade no contexto do HIV/Aids	18
1.2 Contextos de Vulnerabilidades dos HSH face ao HIV/AIDS no Brasil	23
1.3 Políticas públicas em HIV/AIDS	61
<i>1.3.1 Políticas Internacionais em HIV/AIDS</i>	<i>61</i>
<i>1.3.2 Políticas Nacionais em HIV/AIDS</i>	<i>70</i>
<i>1.3.2.1 Políticas e Ações de Prevenção e Diagnóstico no Brasil</i>	<i>75</i>
2 OBJETIVOS	87
2.1 Objetivo Geral	87
2.2 Objetivos Específicos	87
3 METODOLOGIA.....	88
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	103
4.1 Incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV no nível individual e social	106
<i>4.1.1 Incentivos ao teste de HIV no âmbito individual e social</i>	<i>108</i>
<i>4.1.1.1 Percepção de risco</i>	<i>109</i>
<i>4.1.1.1.1 Não utilização do preservativo</i>	<i>110</i>
<i>4.1.1.1.2 Conhecimento da sorologia do (ex) parceiro</i>	<i>112</i>
<i>4.1.1.2 Autocuidado.....</i>	<i>116</i>
<i>4.1.2 Barreiras para a realização do teste de HIV no âmbito estrutural.....</i>	<i>118</i>
<i>4.1.2.1 Barreiras Estruturais</i>	<i>119</i>
<i>4.1.2.1.1 Desigualdades sociais</i>	<i>119</i>
<i>4.1.2.1.2 Homofobia</i>	<i>120</i>
<i>4.1.2.1.3 Estigma e discriminação</i>	<i>123</i>
<i>4.1.2.2 Barreiras que compõem a vulnerabilidade ao teste de HIV no âmbito individual e social</i>	<i>130</i>
<i>4.1.2.2.1 Falta de conhecimento acerca do HIV e da Aids</i>	<i>130</i>
<i>4.1.2.2.1.1 Sintomas do HIV e da Aids</i>	<i>130</i>
<i>4.1.2.2.1.2 Tratamento</i>	<i>132</i>

4.1.2.2.1.3	<i>Teste de HIV</i>	140
4.1.2.2.2	<i>Proteções imaginárias face ao HIV e à Aids.....</i>	143
4.1.2.2.3	<i>Baixa percepção de risco</i>	145
4.2	Incentivos e barreiras ao teste de HIV no âmbito programático.....	147
4.2.1	<i>Incentivos ao teste no âmbito institucional.....</i>	148
4.2.1.1	<i>Atividades sociopolíticas promotoras de saúde.....</i>	148
4.2.1.2	<i>Estímulo dos profissionais de saúde ou ativistas.....</i>	150
4.2.2	<i>Barreiras ao teste de HIV no âmbito institucional.....</i>	155
4.2.2.1	<i>Mídias governamentais direcionadas ao HIV e à Aids.....</i>	155
4.2.2.2	<i>Despreparo dos colaboradores de saúde.....</i>	160
4.2.2.2.1	<i>Aconselhamento pré e pós-teste.....</i>	160
4.2.2.2.2	<i>Preconceito.....</i>	163
4.2.2.2.3	<i>Falta de confidencialidade.....</i>	165
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	166
	REFERÊNCIAS.....	173
	CRONOGRAMA.....	188
	APÊNDICES.....	189
	ANEXO.....	194

MOTIVAÇÕES E CONSIDERAÇÕES INICIAIS DO ESTUDO

Os objetivos desse estudo são explorar os contextos de vulnerabilidade que interferem na (não) realização do teste de HIV entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) na cidade de Fortaleza e como as recomendações do Ministério da Saúde para a realização do teste de HIV são entendidas e vivenciadas por essa população.

A Aids entra em sua quarta década. Desde o seu surgimento muitos avanços tecnológicos foram realizados, principalmente no âmbito diagnóstico e terapêutico. No entanto, a Aids ainda é um desafio para a medicina e para todos aqueles que lidam com essa temática, seja em seus contextos de vida, seja profissional.

O sucesso da terapia antirretroviral (TARV) em aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV fez com que estudiosos e cientistas das áreas médicas proclamassem, já na década de 90, que a Aids adquiriu um caráter de doença crônica e que com isso o temor, o estigma, o medo da revelação do resultado do exame seriam reduzidos ao longo do tempo. Soma-se a isso, o conhecimento de que o diagnóstico precoce diminuiu o tempo de hospitalização e aumenta a sobrevida, mostrando impacto nos cuidados em saúde (PALELLA *ET AL.*, 2003). Contudo, estudos internacionais e nacionais mostram que a procura pelo teste diagnóstico ainda é baixa e o estigma e a discriminação em relação à Aids é um fator estruturante do contexto de vulnerabilidade.

O Brasil é referência mundial por oferecer gratuitamente a TARV para todos os brasileiros diagnosticados com HIV e estima-se que em 2010 o Ministério da Saúde gastou 65 milhões de reais com oferta de diagnóstico (Brasil, 2010c), porém o número de testes realizados permanece baixo, com apenas 28% da população de adultos sendo testada e muito deles com necessidade imediata de tratamento, embora ainda permanecessem assintomáticos (SOUZA-JR, SZWARCOWALD E CASTILHO, 2007).

A nossa hipótese é que a decisão de realizar o teste de HIV é multideterminada, não dependendo apenas da oferta do produto, e que a decisão, embora ocorra no nível individual é influenciada diretamente por fatores sociais, políticos e econômicos de um dado contexto.

Os autores sociais desse trabalho são os homens que fazem sexo com outros homens (HSH). Nesse estudo adotamos o significado de HSH utilizado na área da

Saúde Coletiva, que busca incluir nessa categoria além de os homens que fazem sexo com homens autodeclarados, como os gays e homossexuais, aqueles que não relatam publicamente suas práticas homoeróticas e/ou são bissexuais.

A justificativa de estudar as (des)motivações dos HSH em relação ao teste de HIV se deve pela escassez de estudos nessa temática. Além disso, a escolha de estudar a população de homens que fazem sexo com homens (HSH) se deve à sua alta vulnerabilidade ao HIV no Brasil e no Ceará, que possuem perfis de epidemia concentrada. Ainda, esse estudo compõe um dos módulos da pesquisa intitulada “Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa”, que abrange os HSH como público.

Pesquisar um tema tão complexo quanto a Aids e uma categoria que abrange comportamentos e identidades tão diversificadas exige uma abordagem ampla, que leve em consideração os diversos fatores que influenciam na suscetibilidade dos HSH ao HIV. Além disso, acreditamos que a sexualidade e suas práticas estão em conformidades com normas culturais construídas em determinado período histórico e social. Por isso, adotamos como referenciais teóricos o quadro da vulnerabilidade de Ayres *et al.* (2008), ancorada na visão de autores que defendem a construção histórica, social e política da Aids.

Embora acreditemos que a decisão de realizar o teste de HIV é idiossincrática, tivemos a intenção de entender o conhecimento coletivo, aquele que é compartilhado pelo grupo, bem como conhecer quais os discursos existentes em relação ao HIV e Aids e como eles afetam os comportamentos dos indivíduos desse estudo.

O interesse de estudar o tema HIV/Aids ocorreu ainda na graduação de psicologia quando na clínica escola atendi duas pessoas que viviam com HIV como clientes. Um deles era travesti e o outro heterossexual. Um sabia do diagnóstico há bastante tempo, o outro há poucos meses. Um relatava nem sempre usar preservativo nas relações sexuais, o outro dizia que sempre usava. Duas histórias de vida diferentes, duas experiências distintas com o HIV, duas identidades, porém, com motivos semelhantes à busca de psicoterapia: o estigma sofrido socialmente por *ser* soropositivo.

Nessa época, já entrei em contato e pude sentir empaticamente a morte social que esses indivíduos vivenciavam em seus cotidianos. Embora eu conseguisse analisar e entender que todo esse sofrimento advinha de uma história de vida marcada

por um contexto de estigma e discriminação, minha intervenção era bastante limitada, pois o foco era individual. O mestrado em Saúde Pública e a possibilidade de inserção na pesquisa supracitada me trouxe a oportunidade de retomar o tema, agora não apenas com o olhar de psicóloga que é tão difícil livrar-me, mas também no papel de pesquisadora, trazendo em minha “bagagem” a curiosidade e a vontade de tornar o mundo melhor, menos desigual e intolerante.

Além do desafio que a própria temática da Aids impõe, houve um maior que foi me distanciar parcialmente de mim mesma, do meu lugar de sexo feminino, da cor branca, educada por preceitos católicos e heteronormativos e inserida em uma cultura nordestina, machista e preconceituosa, e me inserir em um contexto de homens, com práticas homoafetivas, nem sempre publicamente declarada – ainda mais para uma mulher – e falar sobre práticas sexuais e Aids. Portanto, assumo a minha postura e olhar de mulher, de psicóloga e de pesquisadora, agora com a visão ampliada a partir dos conhecimentos da Saúde Coletiva.

Para compreendermos os incentivos e as barreiras para a realização do teste de HIV entre os HSH, inicialmente apresentamos o referencial teórico do quadro das vulnerabilidades, seguido dos possíveis fatores que podem contribuir para delinear a epidemia da Aids no Brasil e no Ceará. Depois, apresentaremos as políticas públicas em HIV/Aids internacionais que influenciaram as respostas nacionais ao HIV/Aids e posteriormente traçamos um breve histórico da construção da resposta da Aids no Brasil e apresentamos as políticas em HIV/Aids direcionadas ao teste de HIV e à população de gays e outros HSH.

INTRODUÇÃO

1.1 O quadro da vulnerabilidade no contexto do HIV/AIDS

A Aids é uma doença que ainda se dissemina em todo o mundo. Apesar dos esforços exercidos pelas organizações governamentais e não governamentais, movimentos sociais e setor privado, muito há a ser realizado para se obter o controle do HIV e da Aids. Trinta anos depois, novas infecções por HIV no mundo diminuíram e aumentou a sobrevivência das pessoas que vivem com o vírus e com a Aids após a inserção da terapia antirretroviral (TARV), quando comparado aos anos anteriores (UNAIDS, 2008). Porém, contabilizando apenas o ano de 2010, 2,7 milhões de pessoas descobriram que viviam com HIV e 53% das pessoas – 7,6 milhões - com indicação de tratamento não possuem ainda acesso à terapia antirretroviral (UNAIDS, 2011).

Os anos iniciais da epidemia foram marcados pela investigação epidemiológica dos fatores associados ao risco da infecção. Os primeiros casos de Aids surgidos em homossexuais americanos e as interpretações superficiais e preconceituosas de dados epidemiológicos preliminares de incidência dos casos contribuíram para a formação do termo grupo de risco, associado aos 4Hs: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína (*heroin-addicts*). Nessa época as ações de prevenção eram direcionadas a quem pertencia aos grupos de risco, produzindo, como resultado um enorme preconceito e estigma em relação aos mesmos, como descaso e negligência àqueles não supostamente afetados (BASTOS, 2006).

Com o avançar da epidemia, os dados epidemiológicos mostravam que o HIV estava presente em praticamente todas as classes, idades, orientações sexuais, raças e, portanto, a compreensão de grupo de risco não se adequava ao contexto. Além disso, o termo sofreu diversas críticas dos movimentos gays organizados, atingidos pela estigmatização e exclusão por serem vistos como um grupo de risco. Então, o conceito-chave que passa a embasar as estratégias de prevenção é o de comportamento de risco. As vantagens desse termo, segundo Bastos (2006) é generalizar a preocupação com a Aids, que passa a ser vista como um risco de todos, estimulando o envolvimento individual e universal nos comportamentos de prevenção.

As ações de saúde enfatizavam a informação sobre proteção e transmissão do vírus de forma generalizada e o sexo seguro como a resposta adequada, sem considerar os contextos sociais em que essas estratégias eram empregadas. A consequência do discurso de comportamento de risco era a culpabilização do indivíduo, uma vez que, implícito a este, havia a ideia de que a pessoa possuía o conhecimento de

como se prevenir e, se não o fez, foi por ‘falta de força de vontade’, de ‘irresponsabilidade’ e de ‘displacência’ consigo e com o outro (AYRES *et al.*, 2008).

Os insucessos das respostas à epidemia baseadas nos programas comportamentais e os boletins epidemiológicos divulgando a maior incidência do vírus nas populações com menores recursos sociais – negros, mulheres, pobres, jovens – tornou perceptível a limitação das ações individuais e foi premente reconhecer que o HIV não atingia a todos da mesma maneira. Por isso, era necessário compreender e considerar os diferentes contextos sociais para pensar em estratégias particulares a cada local, que pudessem diminuir as suscetibilidades dos que neles se encontram.

Então, Mann *et al.* (1993) incorporaram o conceito de vulnerabilidade na saúde, pois segundo eles a Aids pode ser percebida em uma macrovisão como várias epidemias ocorrendo paralelamente, acometendo diversos setores da sociedade de forma variada. Os autores apontam que a Aids não se propaga isoladamente mas, simultaneamente a ela, somam-se as desigualdades sociais, econômicas e políticas presentes no mundo e nos contextos locais, formando o que Singer (1994) cunhou de “sindemia”. No entanto, para Mann *et al.* (1993), a mudança do comportamento individual é o que determinará a vulnerabilidade, embora apenas essa ação não fosse suficiente para uma resposta bem sucedida.

Ayres *et al.* (2008) também compreendem que o controle da epidemia da Aids vai para além de uma estratégia biomédica e individual, sendo sobretudo social, necessitando de análises sociais e estruturais para entendê-la. Por isso, os autores ampliam o conceito de vulnerabilidade em comparação com o de Mann *et al.* (1993), mudando o foco da responsabilidade individual pelo adoecimento para o contexto sócio-político-econômico, onde estão presentes elementos tanto individuais quanto coletivos, como pouco acesso aos recursos de moradia, escola, serviços de saúde, dentre outros.

Adotamos nesse trabalho a análise de vulnerabilidade de Ayres *et al.* (2008), pois concordamos com Parker (1995), Mota (1995) e Ayres (1996) que é necessária uma reflexão ampliada acerca da epidemia de Aids, considerando além de comportamentos individuais, os diversos elementos estruturais existentes no contexto, que são fundamentais para compreendermos sua evolução e realizar avaliações de efetividade reais acerca das ações preventivas e terapêuticas em HIV e Aids.

Ademais, o conceito de vulnerabilidade de Ayres *et al.* (2008) possui convergências com os pressupostos da Saúde Coletiva, que conforme Sánchez e Bertolozzi (2007): analisa como os fatores estruturais influenciam o processo saúde-

doença, considerando os determinantes sociais; diante da complexidade do objeto de estudo leva em conta diferentes aportes teóricos e metodológicos, bem como inclui o olhar de vários atores e saberes para melhor compreensão do fenômeno em estudo; considera a dimensão subjetiva, dando lugar aos significados e representações que os indivíduos possuem acerca de algum evento da vida para entender suas atitudes e comportamentos diante do mesmo.

Sobrepujando a relação tecnocrata entre o conhecimento individual e práticas de saúde, a vulnerabilidade é definida como:

[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES *et al.*, 2008, p. 127) (grifos meus).

Desse modo o processo saúde-doença, sob a ótica da vulnerabilidade, deve ser compreendido contextualmente, por meio da avaliação dos seguintes eixos ou componentes: individual, social e programático ou institucional, sintetizados na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Descrição dos eixos individual, social e programático que compõem a análise das vulnerabilidades.

Individual	Social	Programático
<ul style="list-style-type: none"> - Grau de informação que as pessoas possuem sobre o problema - Capacidade de elaborar as informações e incorporá-las em suas ações cotidianas - Interesse e a possibilidade de transformar a informação em práticas protetoras. - Os comportamentos individuais são compreendidos não como voluntários, mas em relação com o meio social no qual foram construídos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso aos meios de comunicação, escolarização, Disponibilidade de recursos materiais, - Acesso as condições de bem estar social, como moradia e bens de consumo e aos recursos materiais, - Poder de influenciar decisões políticas -Possibilidade de enfrentar barreiras culturais - Estar livre de violência e coerção ou poder e saber se defender delas. 	<ul style="list-style-type: none"> - São todos os esforços dos programas nacionais, estaduais e municipais para disponibilizar, de modo efetivo e democrático, os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos.

Ademais, ao analisar um fenômeno a partir da perspectiva da vulnerabilidade devemos considerar as seguintes características: 1) a multidimensionalidade, significando que em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns acontecimentos e não a outros, e um aspecto que pode nos deixar suscetível a um evento pode nos proteger de outro; 2) o *continuum* de suscetibilidades, ou seja, estaremos sempre vulneráveis a alguns fatores em diferentes graus, que influenciarão na maior ou menor vulnerabilidade; 3) a dinamicidade, isto é, a vulnerabilidade varia em dimensões e graus ao longo do tempo. Portanto, a vulnerabilidade não é uma identidade, é um estado sempre presente na vida em algum grau e em certo tempo e espaço. Perpassando todas essas características há o pressuposto de que a vulnerabilidade só existe enquanto relação a algo ou alguém e, portanto há uma responsabilidade bilateral de ambas as partes (AYRES *et al.*, 2008).

É válido ressaltar que a análise de um fenômeno a partir do conceito de vulnerabilidade não desconsidera a análise epidemiológica de risco na compreensão da epidemia em um determinado contexto, embora as diferenças conceituais e analíticas entre elas sejam bem demarcadas. Por isso, Ayres *et al.* (2008) recomenda uma vigilância terminológica para que vulnerabilidade e risco não sejam utilizados como sinônimos.

Diferente das análises de risco, o objetivo dos estudos de vulnerabilidades é estabelecer relações plausíveis entre elementos abstratos que possam ser associados aos processos de adoecimento por meio de uma coerência empírica e evidência prática e, a partir da conexão das partes com o todo, elaborar construções teóricas acerca desses nexos e suas influências sob o processo saúde-doença. Em outras palavras, eles produzem conhecimento a partir de relações que identificam “os potenciais’ de adoecimento\não adoecimento relacionados a ‘todo e cada um dos indivíduos’ que viva em um certo conjunto de condições” (Ayres *et al.*, 2008, p.132) a fim de intervir sobre suas suscetibilidade ao fenômeno em estudo.

Portanto, adotar o enfoque da vulnerabilidade nesse estudo significa que refutamos as compreensões de que a exposição ao HIV e à morte são consequências do risco que as pessoas *decidiram assumir* e que as intervenções de prevenção devem ser direcionadas à mudança de comportamento individual.

No tocante à intervenção, as abordagens que buscam a redução da vulnerabilidade baseiam-se na perspectiva construtivista, onde os sujeitos sociais afetados são os atores principais como atuantes em busca da apropriação de informações que tenham significado no seu contexto de vida. Com isso, os indivíduos se percebem como sujeitos ativos e de direitos capazes de lutar e transformar o quadro estrutural que os mantém suscetíveis, por meio de mudanças no campo da saúde, da educação, do trabalho, do lazer, dentre outras. O objetivo principal é a transformação de contextos de intersubjetividade, onde o indivíduo se identifica com os outros do seu entorno e vice-versa e, juntos, constroem possibilidades de vida satisfatória para todos. Nesse panorama, o técnico ou profissional da saúde age como mediador do encontro entre a população e o conjunto de recursos sociais e programáticos disponíveis para a sociedade construir sua saúde.

No Brasil, estudos Ayres, (1996); Figueiredo e Ayres (2002); Paiva (2002); Paiva *et al.* (2002); Paiva *et al.* (2011) utilizam a perspectiva da redução da vulnerabilidade e adotam práticas de prevenção inovadoras, que tem trazido eficientes respostas locais à epidemia da Aids.

No entanto, Ayres *et al.* (2008) advertem que o enfoque da vulnerabilidade pode continuar produzindo preconceito às populações mais suscetíveis, caso sejam identificados como vítimas ou coitados. No entanto, relembra o caráter relacional desse conceito que coloca a interação dos diversos elementos e o indivíduo como responsáveis pela manutenção das vulnerabilidades. Outro problema que pode ser gerado é a ampliação paralisante, se a intenção de quem se utiliza dessa abordagem for dar conta de todos os elementos que necessitam ser transformados para obtermos uma resposta social eficiente para conter a propagação da epidemia de HIV/Aids, por exemplo. Por isso, os autores sugerem que o quadro da vulnerabilidade seja utilizado como uma forma de raciocinar sobre o contexto de um agravo que subsidiará ações interventivas *a posteriori*.

Mann (1996) apresenta três relações entre saúde pública e direitos humanos. A primeira diz respeito às violações e opressões geradas pelos programas, políticas e práticas em Saúde Pública que desrespeitam os direitos humanos individuais em prol do coletivo, colocando em reflexão a seguinte questão: como proteger a saúde pública e respeitar os direitos humanos? A segunda relação se refere à necessidade de identificar e avaliar os impactos da violação dos direitos e dignidade humanos, a fim de conhecer as consequências sobre a saúde. A terceira relação propõe que a promoção e a proteção da

saúde – em seu conceito ampliado proposto pela OMS - estão intrinsecamente ligadas à proteção e promoção dos direitos humanos, sendo o papel da saúde pública assegurar-lhe. O autor defende que o controle da Aids está relacionado com a diminuição da vulnerabilidade e com o maior respeito aos direitos humanos e, por isso, propõe que os profissionais de saúde deveriam ter amplo conhecimento sobre os direitos humanos.

A seguir, tentaremos demonstrar como as desigualdades sociais e econômicas, bem como a intolerância às diferenças sexuais e raciais contribuem para delinear os contextos de vulnerabilidades sociais dos HSH no Brasil. Posteriormente, explanaremos sobre as políticas públicas em HIV/AIDS com o objetivo de verificar as recomendações sobre a testagem e como estas podem estar aumentando a vulnerabilidade programática dos HSH em relação ao HIV/Aids.

1.2. Contextos de Vulnerabilidades dos HSH face ao HIV/AIDS no Brasil

Nesse tópico objetivamos mostrar que os HSH estão mais suscetíveis ao HIV e apontar os possíveis fatores que contribuem para aumentar suas vulnerabilidades individual e social e delinear o perfil da epidemia da Aids no nosso país. É válido clarificar que não temos a pretensão de discorrer sobre os fatores sociais de modo exaustivo como também de singularizá-los ou de analisá-los separadamente do complexo sistema sinérgico que atua na suscetibilidade dos indivíduos em relação ao HIV/Aids .

A partir da compreensão da vulnerabilidade e de que cada país é detentor de sua própria história de desenvolvimento, sabemos que não há “a” epidemia de Aids, de forma única e genérica. Ao contrário, cada localidade apresentará um perfil próprio que delinear-se-á de acordo com a sua estrutura organizacional, econômica, social e política, porém, os dados epidemiológicos mostram que a população de HSH está mais vulnerável em todas as regiões do mundo.

A concentração¹ da epidemia de Aids entre os HSH não é uma particularidade de poucos países. Embora tenha havido uma estabilização na taxa de

¹ Classifica-se uma epidemia como concentrada “quando a infecção pelo HIV disseminou-se rapidamente em um determinado grupo populacional, mas ainda não está bem estabelecida na população geral. Este estágio da epidemia indica a presença de redes ativas de risco entre as subpopulações. A trajetória da epidemia será determinada pela frequência e natureza das relações destas subpopulações de alto risco com a população em geral” (BRASIL, 2002, p. 59). Em relação à prevalência, utiliza-se um *proxy* numérico em torno de 5%, em pelo menos um subgrupo da população. A prevalência da infecção pelo HIV é menor

crescimento da exposição ao HIV entre os HSH, a prevalência do vírus nessa população permanece alta em todo o mundo. Em sete regiões, a incidência de HIV aumentou mais de 25% entre 2001 e 2009. Além disso, na Europa, na Ásia Central e na América do Norte, tem-se percebido uma ressurgência e uma concentração do HIV entre os homens que fazem sexo com homens, nos países de alta renda (UNAIDS, 2010b).

Nos Estados Unidos, os HSH representam aproximadamente 2% da população americana e também vem apresentando alta vulnerabilidade ao HIV, demonstrada pela incidência do vírus que vem aumentando desde o início de 1990 (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENION, 2010). Segundo UNAIDS (2010b) dados de vigilância nacional mostrou aumento significativo de HIV entre HSH entre 2000 e 2005 nos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Holanda e Espanha. Nos Estados Unidos e no Canadá, novas infecções de HIV entre os HSH aumentaram em 50% no período entre 1991-1993 e 2003-2006. Estudo recente realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos encontrou que, em 2008, um em cinco HSH nas vinte e uma maiores cidades americanas estavam infectados pelo HIV e quase metade deles (44%) não tinha consciência da sua infecção.

No Brasil, a epidemia teve início com casos entre homo e bissexuais masculinos e também está concentrada na população HSH. Desde o início da Aids, mesmo passando por grandes alterações, a categoria denominada homens que fazem sexo com homens (HSH) tem sido significativamente mais vulnerável ao HIV do que as demais categorias. O boletim epidemiológico mostra aumento de 10,1% dos casos entre jovens gays de 14 a 25 anos entre 1980 e 2010, sendo atualmente a subpopulação mais suscetível. Nesse mesmo período, indivíduos de 13 anos de idade ou mais, homossexuais ou bissexuais representam 32% dos casos no país. Em relação à transmissão sanguínea, os UDI são os mais atingidos, correspondendo a 17,5% dos casos. Em relação às mulheres, na faixa etária supracitada, a transmissão sexual heterossexual é responsável por 91% dos casos de Aids de 1980 a 2010 (BRASIL, 2010a).

Em 2004, Barbosa Júnior *et al.* (2009) calcularam o tamanho da população de HSH no Brasil e quantificaram-na em um milhão e quinhentos mil homens,

do que 1% entre as gestantes das áreas urbanas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/162vig_hiv_005.pdf>. Acesso em 20/01/2012.

correspondendo a 3,2% da população total. Nesse mesmo estudo, os autores traçaram as tendências da Aids nas populações de maior vulnerabilidade, entre os anos de 1980 e 2004, no Brasil. No intervalo de 1980 a 1988, os casos entre homossexuais e bissexuais masculinos representavam 63,6% do total de diagnósticos. Já no período de 1989 e 1992, há um decréscimo significativo de casos entre os HSH, correspondendo a 38,1% do total. De modo paralelo, há um aumento nas outras categorias de exposição, principalmente nos UDI. No período de 1993-1996, a tendência decrescente nos casos de Aids entre os HSH continua, permanecendo em queda até o último ano analisado, 2004, no qual a porcentagem foi de 18,3%.

De modo semelhante, Kerr, Mota e Kendall (2012) mostram o delineamento da epidemia de Aids nas primeiras décadas por meio do cálculo do risco absoluto e relativo² ao HIV na categoria HSH e heterossexual por região do Brasil. Segundo a autora, analisando a variável transmissão sexual, entre homens de 13 a 64 anos, enquanto as taxas de incidência entre os heterossexuais eram mais baixas, em torno de 1 na região Sudeste, e menos que isto nas demais regiões até o início da década de 90, as taxas em homo/bissexuais nas regiões nordeste, sul e centro-oeste ultrapassavam a casa dos 100 a mais de 300 casos por 100.000 habitantes. Comparando-se a magnitude do risco relativo dos homens homo/bissexuais com os heterossexuais, nesta faixa etária, o mesmo chega a 835 vezes mais alto, na região nordeste, 618 na centro-oeste, nos anos 80. A partir dos anos 90, este diferencial baixa lentamente, permanecendo 31 vezes maior na região centro-oeste, 19 vezes na região nordeste e em torno de um para a região sudeste, desde meados da década de 90.

Nota-se a significativa redução do risco dos HSH, porém essa população ainda está mais vulnerável ao HIV quando comparados aos heterossexuais masculinos. Do ponto de vista da magnitude, a epidemia da Aids é heterossexual. Todavia, quando se analisa na perspectiva do risco de infectar-se, verifica-se que em todos os continentes, a chance de adoecer é maior entre os HSH. Apesar de os casos de Aids entre os heterossexuais estarem aumentando e tenham sido até maiores do que entre os homossexuais e bissexuais masculinos (BRASIL, 2010a), o tamanho da população que

²Risco absoluto ou incidência traduz a ideia de intensidade com que acontece determinado fenômeno mórbido em uma população, sendo essa intensidade relacionada à unidade de intervalo de tempo (dia, mês, ano). Já o risco relativo refere-se à intensidade com que determinada exposição se relaciona com a doença em estudo (CASTIEL, GUILAM E FERREIRA, 2010, p. 18-19).

se identifica como homossexual ou bissexual é bem menor do que a de heterossexual, fazendo com que a chance de ser acometido pelo HIV seja bem maior nos primeiros.

Em 2004, a pesquisa sobre atitudes e práticas na população brasileira do Ministério da Saúde (Szwarcwald, 2004), estimou que a chance de os HSH contraírem HIV era 11 vezes maior do que a população geral. Nessa mesma pesquisa, os HSH relataram o uso de preservativo com mais frequência do que os heterossexuais, porém esse achado não corresponde com a alta incidência de HIV entre eles. Essa diferença pode demonstrar as limitações inerentes às pesquisas sobre sexualidade, pois “o que as pessoas dizem e fazem em público em relação à sexualidade pode diferir muito e até contradizer seu comportamento sexual privado” (PARKER, HERDT E CARBALLO, 1995, p. 20).

No que se refere à mortalidade por Aids, o Brasil vem apresentando uma média de 11.000 óbitos/ano desde 2000. O coeficiente de mortalidade em 1996 era de 9,6/100.000 habitantes e passou a ser de 6,0/100.000 habitantes, mantendo esse nível desde 2006. Esses dados demonstram o aumento da sobrevida das pessoas que vivem com Aids. Em relação aos adultos, Chequer *et al.* (1992) mostraram que a mediana de sobrevida no período de 1982 e 1989 foi de 5,1 meses, aumentando para 58 meses entre 1995 e 1996 (Marins *et al.*, 2003), alcançando 108 meses em 1998 e 1999, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

A TARV, introduzida nos anos 90, teve um grande impacto na redução da morbidade e mortalidade de indivíduos vivendo com HIV/Aids. A Aids deixou de ser uma doença com alta taxa de letalidade e passou a ser considerada uma doença crônica pelas autoridades médicas, no entanto, para a população a Aids continua com suas representações sociais de morte rápida e doença fatal (KENDALL E HILL, 2010). A TARV recupera a saúde, a situação clínica e o prognóstico da maioria dos pacientes infectados com o HIV sobre tratamento (HOGG *et al.*, 1998; PALELLA *et al.*, 1998; MOCROFT *et al.*, 2003).

O aumento do acesso à terapia antirretroviral foi um dos responsáveis pela redução da mortalidade por Aids, a partir de 1996 no Brasil, conforme Dourado *et al.* (2006), gerando um impacto no perfil e nas tendências da epidemia no futuro. No entanto, há ainda muitos brasileiros que necessitam da terapia antirretroviral e não tem acesso. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), apenas 201.789 pessoas estavam em tratamento no Brasil.

A epidemia de Aids no Brasil possui também como características a feminização e pauperização (BRASIL, 2010a; PARKER, 2000; PARKER; CARMARGO JR, 2000). A feminização pode ser observada por meio da razão de infecção entre os sexos, que era de 40 homens para 1 mulher em 1983 e, a partir de 2002 a proporção se estabilizou em 1,5 homens para 1 mulher. A pauperização pode ser demonstrada pela maior incidência da infecção entre os menos escolarizados (0 a 7 anos de estudos), representando 39,5% dos casos nas mulheres e 32,3% nos homens, em 2010 (BRASIL, 2010a).

Mann (1993) foi o primeiro a mostrar relação entre desigualdades e agravamento da epidemia de Aids em um país, ao afirmar que esta é resultado de várias epidemias sociais ocorrendo paralelamente, afetando os segmentos sociais de modos distintos. De modo semelhante Parker e Camargo Jr. (2000) argumentam que há relações diretas entre as consequências advindas do momento histórico do final do século XX e a evolução da Aids, por isso para melhor compreendê-la deve-se considerar os contextos sociológicos e antropológicos vigentes nesse período.

A seguir, explanaremos acerca de alguns fatores que podem influenciar diretamente a vulnerabilidade dos HSH ao HIV e a Aids.

Economia

Um dos aspectos mais relevantes que nos auxilia a compreender o desenvolvimento da epidemia da Aids no final do século XX é o processo de globalização e de reestruturação econômica. A substituição do “capitalismo industrial” para o “capitalismo informacional” (Castells *et al.*, 2000) modificou os modos de produção e de acumulação, que agora enfatiza a flexibilidade dos vínculos e a organização social e econômica em rede, acelerando a circulação do capital, tornando possível a interação dos mercados globais em tempo real. Ao mesmo tempo em que houve a aproximação das nações por meio da comunicação em rede, aumentou-se a discrepância entre ricos e pobres, elevando profundamente as desigualdades sociais dos países. Essa destacada polarização pode ser visualizada socialmente no aumento da miséria, na individualização do trabalho, na super exploração dos trabalhadores e na crescente exclusão de grupos populacionais significativos do mercado de trabalho. Como efeito, percebe-se a crescente marginalização e o aumento da criminalidade como parte integrante desse sistema capitalista globalizado e neoliberal (PARKER; CAMARGO JR., 2000).

O Brasil encontra-se entre os dez países mais desiguais, ocupando a 73ª posição no mundo em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³ (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). No interior do seu território, essas desigualdades econômicas podem ser visualizadas pelas diferenças regionais, caracterizando a epidemia de Aids no Brasil como um mosaico (FONSECA; BASTOS, 2007; RODRIGUES-JÚNIOR; CASTILHO, 2004; UNAIDS, 2010b), no qual cada região apresenta uma dinâmica diferente da doença e graus de vulnerabilidade diversos. Por consequência, torna-se claro que a Aids, em cada local, no país, deve ser analisada e compreendida de modo singular.

Grangeiro, Escuder e Castilho (2010) corroboram que no Brasil existem várias manifestações da Aids, ao analisarem a magnitude e a tendência da epidemia nos municípios brasileiros entre 2002 e 2006. Dentre os resultados divulgados, os autores mostraram que as desigualdades em relação à capacidade de resposta à epidemia da Aids entre as regiões Norte, Nordeste e os municípios de médio porte com epidemias em crescimento, contrastam com as regiões Sudeste e Sul, as quais possuem maior controle sobre a Aids. Outros estudos revelam que vários indicadores de prevenção, como uso constante da camisinha, nível de conhecimento, e acesso aos serviços, são piores para a população residente no Nordeste brasileiro (PASCUM, 2006; PISCULLI *et al.*, 2010; KERR *et al.*, 2011).

Isso significa que viver nas regiões de maiores desigualdades econômicas no Brasil já é um fator que torna os indivíduos desses locais mais suscetíveis à epidemia da Aids, aumentando suas vulnerabilidades sociais e programáticas, uma vez que os maiores recursos estão nas áreas mais favorecidas do país.

Essas dessemelhanças entre as regiões podem ser também averiguadas no Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2010a), ao divulgar que 38,2% dos casos estão no Sudeste, 21,9% no Nordeste, 21,1% no Sul e 7,7% no Centro-Oeste, no ano de 2009 notificados no SINAN.

No entanto, as frequentes subnotificações e atrasos na notificação nos sistemas de saúde são conhecidas, o que dificultam o delineamento real da epidemia no

³ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede as realizações de um país em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: uma vida longa e saudável, o acesso ao conhecimento e um padrão de vida digno. O IDH é a média geométrica dos índices normalizados que medem as realizações em cada dimensão. Para maiores esclarecimentos sobre o IDH, veja o Relatório de Desenvolvimento Humano 2010, no sítio: < <http://hdr.undp.org/en/media/PR1-HDR10-overview-PT-rev2.pdf>>. Acesso em 26/02/2012.

Brasil. Visando a diminuir essa lacuna, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) utilizou uma metodologia de cruzamento dos bancos de dados de Aids e percebeu ainda a ausência de notificação no SINAN de 54% dos casos no Norte, 47% no Nordeste, 35% no Sudeste, 33% no Sul e 32% no Centro-Oeste, no período de 2000 a junho de 2010. Esses números revelam o quanto o perfil da Aids divulgado no Brasil pode ainda não corresponder ao que acontece na realidade, gerando impactos nas políticas e ações de saúde voltadas ao HIV e Aids. Essa subnotificação pode ser explicada tanto pelo estigma relacionado ao HIV/Aids, quanto por problemas operacionais da vigilância e assistência.

No tocante ao Ceará, o estado apresentou o 12º PIB do país, estimado em 75 bilhões de reais em 2010 (CEARÁ, 2011), porém 53,8% da sua população são considerados pobres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, s/d). Apenas cinco municípios – Fortaleza, Maracanaú, Juazeiro do Norte, Caucaia e Sobral – contém mais de 60% da riqueza do estado, denotando alta concentração de renda do estado apenas em alguns locais.

Em relação ao HIV, o primeiro caso da infecção ocorreu no Ceará em 1983 e, dessa época até 2010 foram notificados 9.722 casos⁴ no SINAN, dos quais 70,5% entre homens e 29,5% entre as mulheres. Em todo o estado, os casos de Aids foram notificados por 175 (95%) dos 184 municípios. Dentre estes, Fortaleza concentrou 62,7% do total de casos. Portanto, pode-se inferir que o perfil da epidemia do estado é semelhante ao da sua capital (CEARÁ, 2011a).

A evolução do HIV/Aids no Ceará se caracteriza por ser lenta e gradual, apresentando uma estabilização na taxa de incidência de 7/100.000 habitantes, desde 2006. Os maiores picos, nessa década, foram em 2003 e 2004 quando a taxa atingiu 8,8 e 9,7, respectivamente. Em Fortaleza, a maior incidência ocorreu em 2004, quando a taxa chegou a 20/100.000 habitantes (CEARÁ, 2011a).

De modo semelhante ao Brasil, Fortaleza apresenta uma epidemia de Aids concentrada, na qual os HSH estão mais vulneráveis. A Secretaria Municipal de Saúde divulgou a estimativa dos números de casos de Aids em maiores de 13 anos, segundo a categoria de exposição, no período de 1980 a 2009. Nos homossexuais e bissexuais os casos de Aids totalizaram 1.834 e nos heterossexuais, 2.111 (CEARÁ, 2011a).

⁴ Segundo a Secretaria da Saúde do Ceará (Ceará, 2011a), o número de casos diagnosticados divulgados pode não corresponder ao quantitativo real do estado, devido aos problemas como subnotificação, estigma que ocasiona o afastamento do serviço de saúde, e problemas operacionais de vigilância e assistência.

Em relação à categoria de transmissão, a sexual é a predominante em todo o Estado e na capital. Nas mulheres, a transmissão heterossexual corresponde a quase 100% dos casos. Já nos homens, de 1983 a 1998 prevalecia a transmissão homossexual, mas a partir de 1998 a proporção de heterossexual e homossexual é semelhante. Em Fortaleza, a exposição entre os heterossexuais de ambos os sexos atinge quase o dobro da homossexual. Esse dado evidencia que há mudança no perfil da epidemia da Aids, no Ceará, também em relação às populações mais suscetíveis, com crescimento significativo na população dita “geral”. Porém, semelhante ao Brasil, o risco de infecção ainda é mais elevado entre os HSH e as profissionais do sexo (CEARÁ, 2011a).

Ratificando a vulnerabilidade dos HSH em Fortaleza para contrair HIV, os estudos de Kerr *et al.* (1999) e Gondim e Kerr (2000) descreveram as características comportamentais e sócio-demográficas e outros fatores relacionados à suscetibilidade à doença, referente ao ano de 1995. Os resultados desses estudos mostraram que 44% dos participantes se engajaram em comportamentos que os deixaram vulneráveis ao HIV, nos anos anteriores. As variáveis associadas com maior vulnerabilidade dessa população foram: possuir menos informação sobre Aids; maior número de parceiros sexuais; relações sexuais com pelo menos uma mulher no ano anterior e sexo anal como prática favorita. Dentre os participantes, 23% relataram pelo menos um contato sexual com mulher durante o ano anterior. Dois terços dos homens que tiveram sexo desprotegido com suas parceiras do sexo feminino também tiveram sexo anal desprotegido com seus parceiros masculinos.

A desigualdade econômica, associada à informação de que o Ceará possui um dos maiores percentuais de analfabetos no Brasil, e que esta variável está diretamente associada ao menor uso de proteção (preservativo) e maior número de parcerias sexuais, tornam os estudos com a categoria dos HSH no estado bastante relevante para contribuir na reformulação das políticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da infecção pelo HIV.

Pobreza

A pobreza é um dos fatores estruturantes do desenvolvimento de um país. No Brasil, 8,5% da população vive em pobreza multidimensional⁵, e 13,1% estão em

⁵ O Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) foi criado visando fornecer um retrato mais amplo sobre as pessoas que vivem com dificuldades em um país. O IPM aponta privações em educação, saúde e

risco de serem classificados nessa condição. O país possui também 20,2% dos habitantes com grave privação em educação, 5,2% em saúde e 2,8% em padrão de vida. De acordo com os critérios internacionais de pobreza, 5,2% do total vivem com menos de US\$ 1,25 por dia (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010).

O Nordeste que apresenta 77,1% dos seus municípios com incidência de pobreza acima de 50% denotando a vulnerabilidade dessa região e das pessoas que nela habitam. O Ceará é um dos estados que possui essa característica, bem como 53,9% de incidência de pobreza subjetiva⁶ (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, s/d).

Fortaleza possui índice de pobreza de 43,7%⁷ (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, s/d) e está dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). A figura 1 ilustra a divisão das seis SER, bem como o IDH de cada regional.

A SER I congrega 15 bairros e é a mais populosa, possuindo 146,9 habitantes/hectare. A SER II é a única com IDH alto e a que apresenta o maior desnível entre os bairros, abrangendo tanto locais onde há concentração do turismo quanto próximo ao cais do porto, onde há aumento da profissionalização do sexo. O restante da capital possui IDH médio ou baixo, sendo a regional VI a mais vulnerável (FORTALEZA, 2010).

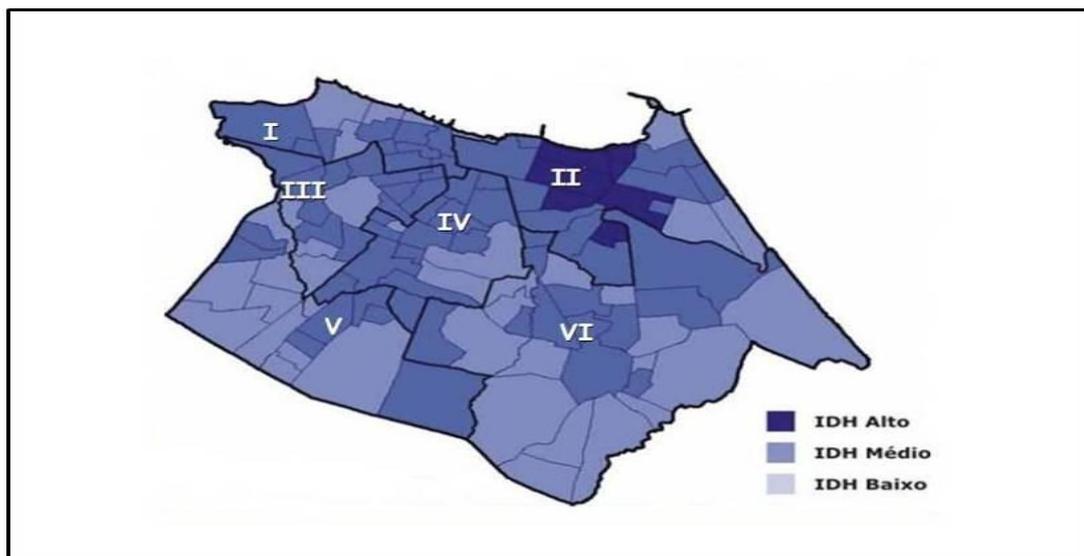
Em relação aos casos de Aids em indivíduos maiores de 13 anos de idade, a SER II e a IV apresentam maior e menor número de casos, respectivamente.

padrão de vida – as mesmas dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Para maiores informações sobre o IPM consulte: <http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3597&lay=pde>. Acesso em 26/02/2012.

⁶ A medida subjetiva de pobreza é derivada da opinião dos entrevistados no Censo, e calculada levando-se em consideração a própria percepção das pessoas sobre suas condições de vida. Segundo estudiosos, a percepção de bem-estar de um indivíduo sofre influência de acordo com sua posição em relação aos demais indivíduos de um determinado grupo de referência. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1293&id_pagina=1>. Acesso em 09/03/2012.

⁷ Fonte; IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002/2003. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 26/02/2012.

Figura 1- Mapa do Município de Fortaleza e suas divisões por SER e seus respectivos IDH.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000. Mapa IDH-M - 2004 (divisão territorial: bairros e regionais).

Classificando os casos de Aids por sexo, os homens (79,4%) da SER II e as mulheres (32,1%) da SER V estão entre os mais vulneráveis. Enquanto a SER V concentra bairros de menores condições socioeconômicas, a SER II agrega tanto os de maiores quanto de menores condições, possuindo grandes diferenças entre eles (FORTALEZA, 2010).

É válido ressaltar que a informação de maior incidência de HIV entre homens na SER II pode causar estranheza, uma vez que esta é a regional de melhores condições econômicas de Fortaleza e, teoricamente, seria a menos vulnerável. Uma das justificativas que poderia ser dada é que a SER II é a mais desigual do município, porém nota-se a incidência de HIV entre homens de elevado nível socioeconômico e grau de instrução. Desse modo, podemos interpretar que a pobreza, em relação à epidemia de Aids entre os HSH, pode não ser o fator de maior determinação, apesar de também influenciar na vulnerabilidade dessa população.

A desigualdade econômica atua sinergicamente com a intolerância à orientação sexual diversas, à raça não branca, à etnia, às diferenças de religião, de nacionalidade, de faixa etária e com a falta de acesso à renda, aos bens materiais e simbólicos e com a desigualdade de oportunidades para se obter uma vida digna, aumentando a violência estrutural, definida por Minayo (1994) como aquela que:

se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da

sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte (MINAYO, 1994, p.8).

Ou seja, a violência estrutural está intimamente relacionada às desigualdades sociais e à violação dos direitos humanos e ocorrem de formas sutis que os sujeitos violados pouco as percebem de tão naturalizadas e presentes na vida cotidiana.

Bastos e Szwarcwald (2000) apontam algumas perspectivas que tentam explicar a relação entre vulnerabilidade social e pauperização da epidemia da Aids. Uma delas relaciona o ressurgimento, o aparecimento e a disseminação de patógenos não como resultados apenas de fatores biológicos e ambientais, mas também das desigualdades sociais e violência estrutural. Em decorrência disso, os mais pobres tornam-se mais suscetíveis à propagação das doenças por possuírem piores imunidades, além de péssimas condições de moradia e baixo atendimento de suas demandas de saúde. Outra explicação, complementar à incorporação da ecologia social supracitada, é de que os mais pobres possuem barreiras estruturais que dificultam a instalação e manutenção de mudanças que possam minimizar seus riscos de infecção ao HIV, que são: falta de acesso aos insumos de prevenção e aos serviços de saúde, devido aos poucos recursos, às barreiras culturais, à menor escolaridade e domínio da escrita que produzem dificuldades de acesso às informações; impossibilidade de implementar politicamente decisões comunitárias e maiores obstáculos na manutenção de comportamentos preventivos ao longo do tempo pela ameaça constante do desemprego, bem como a convivência diária de problemas de moradia e a fome.

Acreditamos que essas barreiras estruturais também interferirão na busca do teste de HIV, uma vez que a falta de conhecimento e de compreensão do diagnóstico e do tratamento, dos locais de testagem e de acesso aos serviços de saúde de um modo geral estão presentes no cotidiano das pessoas menos assistidas.

Parker e Camargo Jr. (2000) também argumentam que a pobreza está conectada à vulnerabilidade ao HIV/Aids, uma vez que as faltas de perspectivas econômicas locais e políticas de desenvolvimento intergovernamentais produzem migrações que estão associadas à maior suscetibilidade ao vírus nas diversas populações, inclusive de profissionais do sexo masculino e HSH.

Raça

Conforme Perez Ribas e Machado (2007), os indivíduos mais suscetíveis à pobreza crônica⁸ são os não brancos, menos escolarizados e residentes na região Nordeste do Brasil. De acordo com esse estudo, os nordestinos não só mostraram piores condições sociais como também a menor chance de mudança dessa condição.

Batista (2005) descreve as diferenças no perfil de mortalidade entre homens brancos e negros, residentes em São Paulo no ano de 1999, por meio do banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). De acordo com o autor, nesse ano, os homens negros morreram mais que os brancos, apresentando taxa de mortalidade 957 por 100 mil homens negros e 750 a cada 100 mil homens brancos. O HIV/Aids aparece como a primeira causa de morte por doença infecciosa no estado, seguida pela tuberculose, com risco três vezes maior de óbito nos homens negros comparados aos brancos.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é uma das possibilidades relatada pelo autor como explicação desse quadro. As taxas de mortalidade por HIV/Aids foram de 25,92 para homens negros e de 14,44 para os brancos, tendo aqueles 1,7 vezes mais chances de óbito. Já em relação às mulheres, as taxas foram de 11,39 para as negras e 4,92 para as brancas, mostrando que aquelas possuem 2,3 vezes mais chances de morrer de Aids do que as brancas. Batista conclui que os dados do SIM mostram que a epidemia no Brasil além de “estar se feminilizando, proletarizando e pauperizando, a morte por Aids está “enegrecendo” (BATISTA, 2005, p.74).

No entanto, Fry, Monteiro, Maio *et al.* (2007) defendem que ainda não é possível fazer uma associação direta entre Aids e a variável cor/raça no Brasil, pois os dados epidemiológicos não são suficientes para embasar essa relação especificamente. Os autores argumentam os seguintes problemas que justificam a falta de dados que apoiem a associação Aids/negros: a) a variável “raça” foi introduzida recentemente nos sistemas de saúde que agregam informações sobre HIV/AIDS - 1996 no SIM e em 2001 no SINAN, dificultando análises epidemiológicas de tendências a longo prazo. Em 2000, apenas 3,9% dos registros possuíam a classificação racial preenchida no banco de dados do PN-DST/AIDS. Apenas em 2003, houve uma mudança expressiva em relação ao preenchimento dos registros, porém os autores defendem que seria prematura qualquer interpretação acerca desses dados; b) no banco de dados do Programa Nacional

⁸ Pobreza crônica é definida no estudo de Ribas e Machado (2007) como a permanência da renda *per capita* abaixo da linha da pobreza por um longo período de tempo.

DST/AIDS a variável cor/raça é classificada por profissionais de saúde, ou seja é realizada por terceiros, mas a construção das taxas de prevalência de Aids segundo a mesma variável, utilizam nos denominadores os dados do IBGE que possuem o preenchimento da cor/raça por autoclassificação. Essa divergência pode ocasionar o viés de informação, erro que pode ocorrer em relação à classificação da amostra, à medição das variáveis ou à coleta de informação; e c) resultados estatísticos produzidos a partir da união de categorias, como pardos e pretos, resultando em “negros” obscurece o perfil de cada raça separadamente. Os autores mostram que os dados oficiais do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2005 são divergentes ao discurso que há aumento dos casos de Aids em negros e alertam para o retorno da noção de grupo de risco ao associá-los à Aids (FRY *et al.*, 2007).

Corroborando que os resultados de Fry *et al.* (2007), o Boletim epidemiológico (BRASIL, 2010a) mostra que a maioria dos casos está na raça branca (47,7%), seguido da raça parda (35,8%), preta (11%), amarela (0,5%) e indígena (0,3%).

Os autores (Ayres, 2007; Camargo Jr., 2007; Travassos, 2007) debatem o artigo de Fry *et al.* (2007) e concordam com as deficiências existentes nos sistemas de informação para utilizar a variável cor/raça e associá-la à Aids. Camargo Jr. (2007) versa sobre o equívoco de se utilizar apenas dados epidemiológicos para se elaborar as políticas públicas e defende que a característica pauperização significa uma tendência da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, já que se observa sua difusão nos segmentos populacionais mais pobres, diferente do seu início onde os acometidos foram os indivíduos de melhor situação socioeconômica. O autor enfatiza que dizer que há uma tendência à pauperização não significa que a maioria das pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil sejam os menos favorecidos, mas que se observa um aumento da epidemia nesse segmento.

Travassos (2007) afirma que o delineamento da Aids no Brasil atingindo as populações mais vulneráveis não difere do perfil das outras doenças e se explica não pela questão racial, mas pela desigualdade social em que a grande maioria da população vive. Então, se as pessoas de raça/cor de pele vivem nessa condição é provável que a epidemia aumente também entre eles. Desse modo, a autora argumenta que para melhor compreendermos a questão das desigualdades em saúde devemos atentar para a discriminação existente na sociedade, entre elas a racial, como um fator que interfere na vulnerabilidade dos indivíduos e não na associação raça/cor de pele e Aids.

Ayres (2007) argumenta que o conceito de raça vai para além do seu caráter biológico, incluindo questões morais que tendem a naturalizar questões construídas sócio culturalmente ou a refutar práticas estigmatizantes e discriminatórias decorrentes do seu uso. Para os movimentos sociais, por exemplo, a questão da raça está atrelada à identidade, à emancipação e resistência às desigualdades, pois os ativistas acreditam que desse modo estão atuando tanto na autoestima do grupo como na luta por inclusão social. No entanto, o autor enfatiza o problema de transpor uma variável abstrata utilizada em associações probabilísticas de eventos nos estudos epidemiológicos para o campo da identidade e por meio dessa transposição construir programas e políticas públicas. Uma das consequências disso seria recuperar a noção de grupo de risco e todas as decorrências do seu uso que já foi tão arduamente transformada pela saúde pública. Ayres (2007) propõe que a questão da raça seja entendida por meio do conceito de vulnerabilidade e não de análise de risco, pois é preciso entender as relações sociais que produzem as suscetibilidades à saúde de alguns indivíduos e populações para elaborarmos respostas eficazes de combate às desigualdades.

Concordamos com os autores supracitados que a Aids não é uma questão racial e que sua disseminação pode ser explicada muito mais pelas iniquidades existentes no Brasil do que pela cor da pele. Não consideramos o fator raça como um contexto de vulnerabilidade, mas sim o racismo e as discriminações sociais que excluem, silenciam e afastam as pessoas dos seus direitos, independente da raça/cor, colocando-os na posição de mais suscetíveis às doenças de modo geral.

Se ainda é cedo para dizer que a epidemia de Aids no Brasil é pauperizada, já podemos observar as vulnerabilidades dos negros em relação à mesma. No estudo de Kerr, Mota e Kendall (2012), os negros e os pardos foram as raças com maior diagnóstico tardio e menor CD4⁹ (< 200 células/mm³).

Educação

A educação é uma das dimensões presentes no cálculo para medir o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de um país (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). Do mesmo modo, a escolaridade é

⁹ A contagem de linfócitos T CD4+ é um dos critérios adotados pelo Brasil para o diagnóstico e início do tratamento da Aids. Para maiores informações, acesse: <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/criterios_Aids_2004.pdf>. Acesso em 15/03/2012.

uma das variáveis presentes na ficha de notificação¹⁰ do SINAN que pode ser relacionada à situação socioeconômica dos indivíduos.

Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002) analisaram o perfil da Aids no Brasil no período de 1989 a 1997 e encontraram que os homens de maior escolaridade apresentaram maior percentual dos casos nos anos estudados, atingindo em 1989 quase 50% do total, apresentando gradativa redução ao longo dos anos. Já no ano de 1997, os homens com menor escolaridade representaram quase 70% do total de casos, mostrando uma inversão na dinâmica da epidemia. Porém, no tocante à categoria “homo/bissexual” no período analisado, ainda o maior percentual estava entre os mais escolarizados, contrariando a hipótese de que a epidemia de Aids estava se pauperizando nessa população. A explicação dada pelos autores para esse achado é que os HSH mantêm parcerias sexuais dentro de grupos específicos.

O Boletim Epidemiológico de Aids (Brasil, 2010a), mostrou que em 2009, do total de indivíduos notificados com Aids, 30,0% possuíam entre 8 a 11 anos de estudo, 25,1% entre 4 e 7 anos, e 8,8% entre 1 a 3 anos, revelando novamente a tendência da Aids entre os indivíduos de maior escolaridade.

Apesar da epidemia da Aids entre os HSH também se apresentar nos indivíduos de maior escolaridade, os estudos de Parker e Camargo Jr, (2000); Fonseca, Bastos *et al.*, 2000) e De Brito, De Castilho e Szwarcwald (2000) mostram como a Aids tem se disseminado entre os menos escolarizados.

Os dados epidemiológicos nos mostram que apenas fornecer conhecimento e ter acesso à educação não parece ser suficiente para que os indivíduos emitam comportamentos de prevenção e de autocuidado em relação ao HIV/Aids, expressos na incidência de Aids entre os de maior nível econômico e grau de instrução.

Ferreira (2003) analisando o conhecimento da população brasileira e a percepção de risco em relação ao HIV/Aids mostrou que a informação e a percepção de risco acerca da Aids possui relação direta com a classe econômica do indivíduo e o grau de instrução. Nesse estudo, a autora divulga que as mulheres jovens pertencentes a classe econômica A e com maior grau de instrução são as mais possuem maior conhecimento sobre HIV/Aids. Já os homens pertencentes à classe ‘E’ e com menor escolaridade são os menos informados.

¹⁰ A ficha de notificação do SINAN referente à Aids em indivíduos com 13 anos ou mais, encontra-se disponível em: < ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/nive/fichas/AIDS_ADU_NET.pdf>. Acesso em 22/02/2012.

Gondim *et al.* (2009) analisaram os comportamentos dos HSH em quatro períodos diferentes de tempo -1995, 1998, 2002 e 2005 - em Fortaleza, a fim de perceber se houve mudança nas práticas sexuais de risco para HIV e contribuir com estratégias de prevenção mais eficazes para essa população, no estado do Ceará. As porcentagens dos HSH envolvidos em práticas sexuais de risco mudaram significativamente entre os anos. Em 1995, a proporção foi de 49,9%, considerada alta, e em 1998 houve um decréscimo significativo para 32,6%. Mas, em 2002, houve novamente um aumento atingindo 54,6% dos HSH e em 2005 alcançou o nível mais baixo, 31,4%. A escolaridade foi uma das variáveis relacionadas com as práticas sexuais de risco, tendo os HSH de menor escolaridade se envolvido, mais frequentemente, com sexo desprotegido em 2002 (44,3%) se comparado com 1998 (28,7%), declinando no ano de 2005 (21%). Dentre os HSH com baixa ou média escolaridade, somente em 2002 foi observada uma queda na proporção dos comportamentos arriscados, demonstrando não só que quanto menor o grau de escolaridade, maior o risco de sexo desprotegido com o parceiro, como também a maior dificuldade de serem atingidos por campanhas de prevenção da infecção pelo HIV.

Sabemos que a educação aumenta o acesso à informação e à compreensão das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde. Porém, isso não significa que possuir o conhecimento necessariamente fará com que o indivíduo se perceba em riscos e busque ações protetivas.

A percepção de risco é um dos fatores que estimulam os indivíduos a buscarem o teste de HIV e tem interferência direta nos custos em saúde, uma vez que a baixa percepção de risco gera uma demora no diagnóstico acarretando maior tempo de hospitalização e gasto para os serviços, além de contribuir para a disseminação da epidemia.

Paicheler (1999) descreve alguns obstáculos que interferem na percepção de risco das pessoas, independente do grau de instrução, tais como possuir relacionamento sexual duradouro com pessoas soropositivas e não contrair o vírus; há um espaço temporal de longo prazo entre relações sem preservativo e adoecer de Aids, o que torna a infecção menos provável; e conhecer poucas ou nenhuma pessoa que viva com HIV, tornando-a uma doença distante e abstrata. Segundo o autor, a percepção de risco nos indivíduos é elaborada menos de acordo com os dados estatísticos e epidemiológicos do que em termos de sentimentos de vulnerabilidade próprios e possibilidade de se proteger de fatores danosos.

Andrade *et al.*(2007) analisou as vulnerabilidades dos HSH e dentre os entrevistados 73% não se consideraram como exposto ao risco de contrair HIV, mas apenas 35% relataram não usar preservativo em todas as relações sexuais.

Kerr (1999) e Gondim e Kerr (2000) divulgaram que para os HSH, o relacionamento estável e o envolvimento emocional com o parceiro são variáveis associadas ao aumento de relação sexual desprotegida. Porém, a existência de envolvimento emocional entre eles não significa que a relação será monogâmica. Esses autores também apontaram que 31% dos HSH que tinham relacionamentos fixos com homem praticaram sexo com outro homem e, dentre os que disseram ser monogâmicos, 73% deles tiveram mais de dois parceiros no ano anterior ao estudo. Ou seja, apesar de monogâmicos, os relacionamentos foram curtos e de alta frequência, caracterizando o que se denomina de monogamia serial¹¹.

Semelhante ao estudo de Oltramari e Otto (2006) com heterossexuais, os HSH que possuem apenas um parceiro em um dado período não se percebe de risco para o HIV, mesmo que realizem sexo desprotegido. Em relação ao teste de HIV, mais da metade dos participantes do estudo de Gondim e Kerr (2000) nunca o fizeram, desconhecendo seu estado sorológico. Ademais, muito deles possuem relações fixas com outro homem e praticam relações sexuais desprotegidas, aumentando ainda mais suas vulnerabilidades em relação à Aids.

Acreditamos que a educação e o acesso à informação contribuam para que as pessoas se percebam vulneráveis. Porém, isso não significa que os indivíduos que se comportaram de modo arriscado em relação ao HIV, segundo os critérios do Ministério da Saúde, se perceba vulnerável, e mesmo que haja essa percepção, que eles buscarão os serviços de saúde para o diagnóstico. Outros fatores, além da educação, como, por exemplo, a desigualdade de gênero, o machismo, o estigma e o preconceito influenciam para afastar as pessoas do sistema de saúde.

Desigualdade de Gênero

¹¹ Segundo Giddens (1995) *apud* Brank-Lamy (s.d.), monogamia serial é a sucessão de relações erótico-amorosas, sem se sobrepor umas às outras. Esse termo será melhor pesquisado ao longo da construção da dissertação. Para ver o texto citado, acesse: http://www.aads.org.br/arquivos/ComportamentosSexuaisJovens_Lisboa_CaboVerde.pdf. Disponível em: 04/04/2011.

Uma das maiores violências estruturais é a desigualdade de gênero¹², expressa nos níveis econômicos, sociais, políticos e sexuais. O Brasil possui como uma das características históricas o patriarcalismo, onde os homens detêm o poder político, econômico e social e eram caracterizados como superiores, viris, ativos, potencialmente violentos e que poderiam usar da força para com seus subalternos, sejam esses seus filhos, escravos ou mulheres. Já o feminino é visto como o inferior em todos os sentidos quando comparadas aos homens e submissa aos poderes deste. Essas definições de gênero contribuíram para legitimar a aparente naturalidade da hierarquia homem-mulher, como também para fortalecer o padrão de moralidade dos comportamentos sociais que constituem as identidades sociais dos sujeitos (PARKER, 1991).

Embora as mulheres venham conquistando cada vez mais espaço, desde o final do século XX, no cenário político, econômico e social, o machismo ainda é bastante presente nas relações entre homem e a mulher.

Os estudos de Bastos e Szwarcwald (2000); Finkler, Oliveira e Gomes (2004); Rodrigues-Júnior e Castilho (2004); Paiva *et al.* (2007); Santos *et al.* (2009); Giacomozzi e Camargo (2004) mostram os fatores que contribuem para maior vulnerabilidade das mulheres, entre eles as próprias razões biológicas, os condicionantes de gênero que dificultam, por exemplo, a negociação do uso do preservativo com seu parceiro fixo, o ideal do casamento romântico, expresso na noção de monogamia e confiança, a interação de homens mais velhos com mulheres mais novas e a desigualdade em termos políticos, culturais e socioeconômicos, com menor acesso aos bens materiais, proteção social e educação, dentre outros.

Santos *et al.* (2009) traçaram um perfil das mulheres que viviam com HIV no Brasil e divulgaram que 38% das participantes relataram que contraíram HIV porque o parceiro possui múltiplas parcerias sexuais ou é bissexual, 23% por ter realizado sexo sem proteção e 17,3% porque o parceiro era usuário de droga. Em relação ao diagnóstico, 82,4% das mulheres conheciam a sorologia dos seus parceiros e 46,3% afirmaram que eles também viviam com HIV. No tocante ao modo como conheceram seus diagnósticos, 24,7% relataram que fizeram o teste de HIV porque o marido ou namorado ficaram doentes, 24,6% porque elas ficaram doentes ou com sintomas de HIV ou Aids; 19,5% devido ao pré-natal e apenas 12,7% porque fizeram testagem voluntária.

¹² Entendemos gênero como os papéis de feminino e de masculino construídos e determinados culturalmente que compõem as identidades dos sujeitos inseridos nesse contexto. Para maiores aprofundamentos, consultar Parker (1991) e Louro (2000).

Esses dados nos mostram que quase metade das mulheres buscou o teste de HIV apenas diante de algum sintoma próprio ou do parceiro, podendo denotar o diagnóstico tardio e todas as consequências provenientes deste.

De modo semelhante, o estudo de Cavalcante *et al.* (2004) realizado com grávidas que vivem com HIV e que tiveram seus filhos nas maternidades públicas de Fortaleza no período de 1999 a 2001, mostrou o diagnóstico tardio, tendo mais da metade das participantes desenvolvido Aids. Pouco mais de 1/3 das grávidas souberam do diagnóstico antes da gestação, revelando também a pouca procura do teste de HIV pelas mulheres.

Maia, Guilhem e Freitas (2008) realizam um estudo exploratório dos contextos de vulnerabilidade de casais heterossexuais, casados ou em união estável e relatam que homens e mulheres acham incompatível o uso de preservativo em uma relação estável. As mulheres justificam que o não uso da camisinha devido à confiança no parceiro, ao relacionamento baseado no amor; utilização de outro método contraceptivo; o parceiro não gosta de usar camisinha e a realização do exame de HIV previamente à relação sexual, trazendo segurança para ambos. No entanto, 34 (17%) dos sujeitos entrevistados, homens e mulheres, relataram relações extraconjugais nos últimos 12 meses e 9% deles não utilizaram preservativo. Outro aspecto que deixam as mulheres vulneráveis é a noção de gênero do feminino com papel reprodutor e o masculino como promíscuo e indisciplinado, fazendo com que algumas mulheres aceitem alguns comportamentos masculinos como inerentes ao homem e muitas se coloquem numa postura passiva e de fatalidade diante da transmissão do HIV pelo parceiro.

A noção da Aids como doença do “outro” e “distante” faz com que os casais não conversem sobre a possibilidade de contaminação, pois não se percebem vulneráveis à contaminação, não precisando, portanto se prevenir.

A falta de diálogo entre os casais, o preconceito com o homossexualismo e a crença dos papéis masculinos como o macho e viril também torna as mulheres suscetíveis à Aids, uma vez que seus parceiros não se sentem à vontade para falar de possíveis desejos por pessoas do mesmo sexo por receio que sejam vistos como homossexuais pela sua esposa ou pelas diversas repercussões que essa revelação pode gerar. Ainda, algumas dessas relações extraconjugais podem ocorrer sem preservativo, por vários motivos, dentre eles porque o homem ativo tem menos chance de se

contaminar; e ao ter relação com a esposa também não a utiliza para não haver suspeita da traição, já que o preservativo não era habitual entre o casal.

Ressaltamos que não interpretamos os comportamentos dos homens casados que têm relações com homens e não revelam para as esposas como irresponsável ou falta de caráter, mas sim como produto de preconceito e estigma em relação à homossexualidade e bissexualidade que geram o silêncio entre os casais. Do mesmo modo deve ser analisado o comportamento das mulheres que possuem relações extraconjugais, que por medo de serem rotuladas de prostitutas ou sem vergonhas ocultam seus atos.

Imersos na mesma cultura, homens e mulheres são afetados pelas mesmas crenças, regras e valores culturais que produzem estigma e discriminação em relação ao outro. Portanto, muitos fatores que aumentam a suscetibilidade ao HIV são comuns a ambos. Os que dizem respeito à identidade do masculino e feminino é que podem diferir e levá-los às suscetibilidades diversas.

Em relação aos homens, a identidade de forte e viril tem contribuído para aumentar suas vulnerabilidades à saúde, expressa no tocante ao autocuidado e busca de atendimento especializado.

Guerriero, Ayres e Hearst (2002) identificaram aspectos da masculinidade relacionados à vulnerabilidade ao HIV. Um deles é a noção de que a sexualidade do homem é incontrolável e que ‘faz parte da natureza do homem trair’, sendo a infidelidade comum às relações conjugais que mantêm, mesmo que estejam satisfeitos com seus relacionamentos. Já a traição feminina é vista como uma falha do marido ou a falta de algo que ele não está proporcionando. Para os participantes, para a mulher é mais fácil perdoar a traição, pois ela escuta durante a vida que a mãe ou conhecidas foram traídas e isso facilita a continuar no casamento. Já para o homem, não há perdão, pois a traição está ligada com uma ‘falha masculina’. O sexo com a esposa é diferenciado do sexo ‘na rua’, sendo a prática oral e anal associada a este e a vaginal àquele, já que nesse contexto ela está ligada à procriação.

Segundo os autores (*op.cit.*), a Aids é associada apenas aos homossexuais, profissionais do sexo e usuário de droga e mulheres ‘promíscuas’, sentindo-se pouco vulneráveis à doença, já que não participam de nenhuma dessas categorias. Nem todos os homens desse estudo sabiam que o teste de HIV é feito gratuitamente em postos de saúde. A maioria pensava que é realizado apenas em laboratórios privados e com alto custo, por isso, os que fizeram o teste submeteram-se à doação de sangue para conhecer

a sua sorologia. Um dos participantes nunca fez o teste de HIV e convenceu a esposa grávida a não fazê-lo, já que o mesmo possuía múltiplas parceiras e a esposa só havia tido ele como parceiro, sentindo-se angustiado com a possibilidade de ela estar com o vírus e não haver dúvida de que ele a havia infectado (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002).

Em relação à camisinha, Guerriero, Ayres e Hearst (2002) e Madureira e Trentini (2008) mostram que o não uso do preservativo com a esposa é bastante frequente com a justificativa de redução do prazer e da ereção, sendo o homem o papel de decidir se vai ou não usar o preservativo, pois a mulher deve confiar no marido e, portanto, não tem que pedir o seu uso. A utilização da camisinha está atrelada à evitação da gravidez e nos casos extraconjugais, caso a mulher engravide, o marido é que deve assumir o filho. O não uso da camisinha foi também relatado com a imprevisibilidade da relação extraconjugal, não podendo o homem negar os desejos e investidas de uma mulher, tanto para evitar denegrir sua reputação quanto pela natureza masculina que está sempre de prontidão para o sexo.

No estudo de Guerriero, Ayres e Hearst (2002), engravidar alguém fora do casamento foi relatado como tão angustiante como saber que tem Aids, pois os dois é uma condenação: uma feita pelo teste de HIV, a outra pelo juiz que determinaria o pagamento da pensão. Porém, no de Madureira e Trentini (2008), há pouca preocupação com a gravidez fora do casamento, pois a consequência maior seria da mulher, já que não assumiriam o filho. Ainda, para os homens desses estudos, o uso da camisinha incentiva a infidelidade no casamento, por isso, deve ser evitada. Em relação ao autocuidado, os homens disseram que apenas procuravam os serviços de saúde quando possuíam algum sintoma e o adoecimento está associado com fraqueza.

De modo semelhante, os estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Gomes (2008) encontraram a baixa procura dos homens aos serviços de saúde. Os autores compararam as relações dos homens com o serviço público de saúde entre aqueles analfabetos ou com pouca instrução e de ensino superior. Para ambos os grupos, a baixa procura estava associada aos hábitos de prevenção estar mais relacionados com as mulheres, justificando que os homens não foram educados para se cuidar e, desde cedo em suas vidas, as mulheres são educadas para reprodução e para o ofício do cuidado de si e do outro. Já os homens são associados, socialmente, à “invulnerabilidade, força e virilidade” (Gomes, 2008, p. 53), relações inconciliáveis com sinais de fraqueza, medo, insegurança e vulnerabilidade, presentes no momento

que buscariam o serviço de saúde, deixando-os próximo às características de feminilidade. Soma-se a isso a dificuldade dos homens de falar sobre seus sentimentos, pois esse comportamento também está relacionado ao feminino e, conseqüentemente, pode demonstrar fraqueza ou afeminação.

Outro motivo relatado pelos participantes do estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Gomes (2008) foi o medo de descobrir que algo vai mal com sua saúde por meio do diagnóstico de uma doença e ter que se tratar. Além disso, relataram a vergonha de expor o corpo aos profissionais da saúde, uma vez que os homens não foram socialmente habituados a expor o corpo à medicina, diferentemente das mulheres.

Ademais, relataram a falta de reconhecimento de programas de saúde direcionados a eles, uma vez que as ações preventivas são mais direcionadas às mulheres e faltam unidades de saúde específicas para o cuidado do homem. Ambos os grupos apontaram o trabalho como motivo para não buscarem o serviço de saúde, porém por razões diferentes. Os homens menos escolarizados narraram como barreiras ao autocuidado: a) o horário de funcionamento das unidades que coincide com o horário de trabalho, não atendendo, portanto às suas demandas. E como o trabalho é a prioridade desses homens que, geralmente, possuem um baixo poder aquisitivo e, muitas vezes são os principais provedores da família, as questões de saúde se tornam secundárias; b) a demora do atendimento médico no serviço público que leva à perda de um dia de trabalho aliado aos outros dias “perdidos” para realização de exames e retorno para outras consultas. E o fator econômico inviabiliza a procura pelo serviço privado. Os homens mais escolarizados também possuem uma preocupação com o trabalho que os afastam dos serviços de saúde, porém por razões diferentes do que tem menos escolaridade, pois a luta pela permanência em um cargo almejado ou pela ascensão profissional faz com que tenham menos tempo para buscar serviços de saúde como também geram o adoecimento, devido à carga excessiva laborativa.

Desse modo, os autores (*op. cit.*) concluem que o paradoxo entre os dados epidemiológicos, que mostram os homens como os mais vulneráveis, e o senso comum, que percebe o homem como invulnerável, é a face da mesma moeda, pois os homens se expõem mais e conseqüentemente ficam mais vulneráveis porque se sentem invulneráveis.

Como a população de HSH é composta por indivíduos do sexo masculino, incluindo aqueles que se identificam com os papéis de gênero atribuídos ao homem, podemos hipotetizar que os estudos de Gomes (2008), Gomes, Nascimento e Araújo

(2007) e Guerriero, Ayres, Hearst (2002) baseados em indivíduos heterossexuais podem demonstrar também as crenças e comportamentos que alguns HSH possuem que os tornam suscetíveis ao HIV e outras doenças.

Orientação Sexual

Outro fator relacionado à vulnerabilidade social ao HIV é a negação do direito à livre orientação sexual e as múltiplas identidades sexuais. A adoção da heterossexualidade como a norma para a expressão da sexualidade denota que as práticas com pessoas do mesmo sexo são desviantes, doentes e anormais.

Fry e Macrae (1991) apontam que o termo homossexual foi utilizado pela primeira vez na segunda metade do século XIX quando a sexualidade passou ao domínio da medicina para classificar as pessoas que tinham práticas sexuais com outras do mesmo sexo. Até o século XVIII, no Brasil, as práticas homoeróticas eram vistas como ‘sem-vergonhice’, ‘crime’ e “hediondo pecado, péssimo e horrendo, provocador da ira de Deus e execrável até pelo próprio Diabo” (FRY; MACRAE, 1991, p. 35), podendo ser punida com morte na fogueira. Somente no século XIX é que a homossexualidade passa a ser encarada como doença necessitando, portanto, de cura ou correção.

Apenas em 1973, a homossexualidade é retirada dos manuais de diagnóstico e não mais classificada como doença pelos psiquiatras e psicólogos. No entanto, permaneceram as marcas, os rótulos e as concepções sociais de desvio, pecado e promiscuidade para quem vivencia o desejo pelas pessoas do mesmo sexo, muitas vezes expressos na declarada homofobia.

Como podemos perceber, a homofobia existe antes do aparecimento do HIV e é um dos principais fatores responsáveis pela vulnerabilidade individual, social e programática dos HSH, uma vez que estes buscam o silêncio e a dissimulação da sua orientação acarretando distanciamento dos seus direitos à saúde.

A homofobia de Estado está presente quando o país possui leis que punem e perseguem pessoas devido à sua orientação sexual. Ottosson (2010) relata que no século XXI ainda existem 76 países que condenam legalmente a prática sexual com pessoas do mesmo sexo, aumentando a desigualdade dos direitos humanos entre eles.

No Brasil, a homossexualidade não é crime, porém o país figura liderando o número de assassinatos de homossexuais. Em 2010, houve 260 homicídios de gays,

travestis e lésbicas, aumento de 113% se comparado com 2009. Dentre os mortos, 140 são gays (54%), 110 são travestis (42%) e 10 são lésbicas (4%). O risco de um homossexual ser assassinado no Brasil é 785% maior que nos EUA, conforme o Relatório Anual de Assassinatos de Homossexuais (GRUPO GAY DA BAHIA, 2010).

Conforme o mesmo relatório (*op. cit.*), o Nordeste se apresenta como a região mais homofóbica do Brasil, responsável por 43% dos assassinatos contra a população de lésbicas, gays, travestis e transexuais (LGBT), sendo a maioria deles (64%) cometidos no interior e (36%) nas capitais. O risco de um indivíduo nordestino e homossexual ser assassinado é aproximadamente 80% maior quando comparado ao Sul e Sudeste. O intenso machismo que ainda vigora no Nordeste, principalmente interior dos estados, pode ser analisado como o principal responsável pela alta criminalidade na região. Entre os estados do Nordeste, a Bahia foi a que apresentou maior número de assassinatos homofóbicos, seguido por Alagoas, Pernambuco e Paraíba. O Ceará apresentou sete casos de assassinatos de gays e travestis, sendo estas a população mais criminalizada em 2010.

Esses números demonstram que embora no Brasil não haja homofobia do Estado, há a homofobia social, já que demonstrar uma orientação diferente da heterossexual pode ser motivo para penalidades sociais, como chacotas, exclusão e morte. Os efeitos da homofobia social para a saúde, dentre outros, é a homofobia internalizada dos próprios HSH, o silenciamento das práticas homoafetivas e o afastamento ou adiamento aos serviços de saúde e conseqüentemente ao teste de HIV, uma vez que os profissionais inseridos no mesmo contexto homofóbico e formados com a visão biomédica do processo saúde-doença tendem a se comportar de modo pouco acolhedor e preconceituoso às necessidades dessa população, ao enfatizarem os determinantes biológicos em detrimento dos histórico-culturais.

A homofobia internalizada, segundo Mott (2000b), é consequência de uma sociedade intolerante e discriminatória às práticas homoafetivas e é definida como a raiva ou o ódio sentido pelo próprio desejo homoerótico e por quem transgride a norma heterossexista. A não aceitação do desejo sexual pelas pessoas do mesmo sexo tem efeito na autoestima e na vivência das suas práticas que passam a ser clandestinas, aumentando o grau de vulnerabilidade e risco para diferentes tipos de situação, inclusive para o HIV e a Aids e reforça a homofobia social. Já que a sociedade não tolera suas práticas, os guetos tornam-se locais marginais de acolhimento e inclusão, onde a homoafetividade pode ser vivida com menos preconceitos e culpa.

A adoção da heterossexualidade como norma supõe identidades sexuais binárias – homem e mulher – estáticas, opostas e inatas, restando apenas o lugar de anormalidade para as pessoas que vivenciam seus desejos por homens e mulheres, independente do seu sexo biológico.

Nesse trabalho, compactuamos com a noção de sexualidade defendida por Louro (2000) como uma questão social e política, aprendida ao longo de toda a vida, de diversos modos e por todos os sujeitos. Portanto, entendemos as identidades sexuais e de gênero como fluídas, instáveis, históricas e plurais, não existindo categorias que possam delimitá-las inteiramente.

“Mona”, “Bofes”, “Entendidos”, “Boy”; “Bicha”, “gay”, “Bi”, dentre outros, são nomes que possuem significados distintos em um grupo e que os identificam como sujeitos de suas práticas sexuais. Fry e Macrae (1991) relata que no Brasil popular¹³ o parceiro “ativo” ou ‘o que come’ na relação homem/homem permanecia com o status de homem e o “passivo” ou ‘o que dá’ era rebaixado para a condição de ‘bicha’. Ou seja, a identidade estava relacionada à posição sexual no sexo entre homens, sendo o ativo detentor de poder sobre o outro. Com o surgimento do termo homossexual, para a medicina não mais importa a posição adotada durante o sexo, pois todos são vistos e classificados na mesma categoria: homossexual.

Seffner (2004) aborda como a categoria bissexual pode estar vulnerável à Aids por meio de relatos de homens que se identificam como bissexuais em uma rede virtual. O preconceito com a homossexualidade faz com que os bissexuais não revelem suas práticas com homens e temem elas sejam descobertas pela sociedade, principalmente no ambiente profissional, afetando desse modo a autoestima, já que precisam omitir seus desejos e comportamentos que compõem suas identidades. O estigma carregado pelo bissexual como o ‘indeciso’, ‘a masculinidade degradada’, faz com que eles sejam vistos também como desviantes das normas heterossexuais, por isso é frequente que eles tornem visíveis suas relações com mulheres, mas escondam suas relações com homens, tornando-os vulneráveis, por exemplo, ao não contar para o profissional de saúde sobre suas práticas sexuais. Também devido ao preconceito com os homossexuais, os bissexuais do estudo de Seffner (*op. cit.*), recusaram suas

¹³ Fry e Macrae (1991) utilizam o termo Brasil Popular nessa obra para enfatizar que antes de existir o termo homossexual, as relações sexuais se davam pelos papéis sociais de masculino e feminino, havendo portanto uma hierarquia ativo x passivo. A partir da década de 80 é que passa a existir a horizontalidade na relação, ou seja, independente da posição na relação sexual, ter práticas com pessoas do mesmo sexo é suficiente para ambos serem chamados de homossexual.

semelhanças com os gays, principalmente em relação à efeminação, demonstrando hostilidade para com eles, não significando que eles tenham preferência de se relacionarem com homens másculos e viris. Isso nos mostra que as políticas públicas em relação ao HIV/Aids deve levar em conta as diferenças entre as identidades sexuais para que elas sejam efetivas. Outro fator que contribui com a suscetibilidade dos bissexuais é o anonimato e silêncio advindo também do preconceito que gera expressos encontros furtivos, rápidos e casuais na maioria das vezes, dificultando o sexo seguro.

Greco *et al.* (2007) descreveram o perfil dos indivíduos que relataram comportamentos bissexuais e verificaram se havia diferença nas práticas sexuais com homens e mulheres. Mais da metade dos homens que se definiram como bissexual relatou fazer sexo principalmente com homens e ocasionalmente com mulheres e 25,9 % disseram que tinha práticas sexuais geralmente com mulheres. Em relação ao uso do preservativo com mulheres, a taxa foi menor com parceiras fixas do que com as ocasionais, independente do tipo de prática sexual. O sexo seguro com homens também foi maior entre os parceiros ocasionais e na prática anal insertiva, onde eles eram os ‘ativos’.

Uma das consequências do impedimento da livre expressão sexual é que os bissexuais não revelam para suas parceiras que também praticam sexo com homens e, muitas vezes, não usam camisinha na relação com elas para não levantar a suspeita da traição e por acharem que correm menos risco no sexo com mulheres. A maioria das mulheres desconhece que seus parceiros são bissexuais e não se percebem vulneráveis para o HIV, não exigindo o uso do preservativo.

Os estudos de Parker (1994) e Gondim e Kerr (2000) ratificam essa informação e afirmam que homens com práticas bissexuais percebem menos risco no sexo desprotegido com mulheres se comparado com outros homens, pois acreditam que a chance de transmissibilidade do HIV por meio do sexo vaginal é muito pequena e por isso tendem a usar menos camisinha com elas. Além disso, esses homens possuem sexo desprotegido também com seus parceiros masculinos.

Percebemos, portanto, o quanto a intolerância em relação à diversidade sexual pode ser um dos fatores mais determinantes na disseminação do HIV entre homens e mulheres.

Outra categoria criada na década de 90 foi a de homens que fazem sexo com homens, os chamados HSH. Gosine (2008) explica que o termo HSH foi inicialmente utilizado por ativistas e profissionais de saúde das comunidades de homens não brancos,

latinos e asiáticos que viviam nas cidades ocidentais, mas que não se identificavam com as expressões da cultura gay euro-americana e, por isso, eram ignorados nas estratégias de educação e promoção da saúde sexual. Os HSH lutavam não somente pelo direito à saúde, mas também contra as desigualdades sociais, o racismo e a homofobia em suas próprias comunidades. Eram a favor e estimulavam que homens buscassem seus parceiros e o controle do HIV/Aids estava diretamente relacionado à luta por direito, justiça e liberdade.

A epidemiologia utiliza o termo HSH na tentativa de abranger a maior diversidade de características e comportamentos masculinos, independente de suas orientações sexuais, na pretensão de alcançar os homens que não se reconheceriam ou se assumiriam como homossexuais, travestis ou bissexuais, devido às questões socioculturais (Rossi, 2002). Como consequência, contribuiria com a vigilância epidemiológica que visa ao monitoramento da epidemia de infecção pelo HIV e Aids por meio da notificação dos casos e de outros registros dos serviços de saúde, da vigilância sentinela e/ou através da realização de inquéritos populacionais periódicos.

No entanto, Gosine (2008), Mott (2000a) e Pecheny (2011) fazem uma crítica ao uso da categoria HSH nos programas, documentos oficiais e trabalhos acadêmicos sobre DST's/Aids, pois a mesma foi adotada pelos órgãos internacionais numa tentativa de englobar todos os homens que praticam sexo com homem, deixando de considerar as diversas identidade sexuais, a fim de direcionar ações de saúde para essa categoria.

Segundo Gosine (2008) quando o termo passa a ser usado pelos organismos internacionais, como FMI, Banco Mundial, ONU, a partir do ano 2000, é perdido o sentido de inclusão e luta pelos direitos sexuais e humanos dos homens não brancos, pelos seguintes motivos: a) Ao ser usado de uma forma ampla e generalista, nega as várias possibilidades de expressão da sexualidade e as diferenças culturais entre os países que possuem a prática homossexual como a norma e por isso aceita naquela cultura e não o inverso como ocorre nos países ocidentais; b) não produz a reflexão sobre como as práticas e identidades sexuais são controladas e reprimidas no mundo, além de não responsabilizar os atores dessa regulação; c) aumenta a desigualdade de gênero, pois as políticas voltadas para HIV e HSH invisibilizam as mulheres que fazem sexo com mulheres por serem vistas como grupo de baixo risco; d) como o termo é vinculado aos homens não brancos, os HSH são vistos como sexualmente selvagens, incapazes de controlar seus impulsos e responsáveis por propagar o HIV. Para esse

autor, o termo HSH que, inicialmente, foi usado como um descritor e não como um ‘estado de ser’, está imbuído de relações de poder, de sexo, de raça e de cultura, não podendo o pesquisador perder de vista todos esses aspectos ao decidir pelo seu uso no estudo.

Mott (2000a) e Pecheny (2011) acrescentam que a categoria HSH passou a ser utilizada pela epidemiologia, enfoca a prática de sexo com homem e que no cotidiano as pessoas que se relacionam com outras do mesmo sexo não se identificam ou não se nomeiam como HSH. Para os autores, HSH “não sensibiliza nem os ‘homens’ que transam com gays e travestis, que não consideram seus parceiros ‘homens’, mas ‘bichas’, deixando de atingir igualmente boa parcela das próprias ‘bichas e travestis’, que não se identificam como ‘homens’”. Não utilizar a palavra homossexual equivale para Mott como “racismo sexual” (MOTT, 2000, p. 15).

Ademais, para Pecheny (2011), há uma dificuldade metodológica de definir a categoria HSH tanto em termos de tempo quanto de frequência. Por exemplo, se o homem só teve uma relação sexual com outro, ele está incluso como HSH? Quantas vezes é preciso ter tido relações com homem para ser classificado como HSH?; além disso, ela parece tratar de “outros” homens, diferente dos heterossexuais. O problema, segundo o mesmo autor, de focar o comportamento e não a identidade é que as políticas elaboradas para os HSH são pouco eficazes, uma vez que a população a quem elas se direcionam não se reconhecem como tal. Outra crítica é que a categoria é estigmatizadora, à medida que as práticas de fazer sexo com homem está associada a transmissão do HIV, ou seja, a algo ruim: uma enfermidade. No Brasil, Pecheny (*op. cit.*) entende que o termo é utilizado, geralmente, de modo estratégico, pois os editais de pesquisas em relação ao HIV/Aids são majoritariamente voltados a essa população devido a sua vulnerabilidade à epidemia.

Embora sejamos cientes e concordarmos com as críticas realizadas pelos estudiosos das ciências sociais, decidimos permanecer com o uso da categoria HSH nesse trabalho, uma vez que a sua utilização na Saúde Coletiva, campo onde esse estudo se insere e se demarca, é bastante difundida.

Versaremos agora acerca do fator que tem também contribuído de forma significativa para a violação dos direitos humanos e para a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Ao gerar preconceitos e conseqüente discriminação, o estigma não só produz exclusão social, isolamento e silenciamento como também constrói identidades e

subjetividades que interferirão no modo como os indivíduos se veem, se sentem e se comportam diante da vida.

Estigma e Discriminação

De acordo com Goffman (1988), o termo estigma refere-se a um atributo profundamente depreciativo que tem um efeito de descrédito, modificando o modo como uma pessoa ou coisa é vista pela sociedade. Algo ou alguém é estigmatizado quando possui características indesejáveis culturalmente ou incongruentes com o estereótipo que criamos deles. O autor menciona três tipos de estigmas, sendo o primeiro as várias deformidades físicas; o segundo, as culpas de caráter individual advindas da ‘vontade fraca’, ‘paixões não naturais’, crenças falsas e rígidas e desonestidade, no qual o homossexualismo está enquadrado. E o terceiro é aquele relacionado à raça, nação e religião que podem ser transmitidos para outras gerações de uma mesma família ou grupo cultural.

Parker (2002) acrescenta que devemos ter um olhar mais ampliado para o estigma, pois o conceito de Goffman (1988) possui uma conotação de uma atitude estática, como se o rótulo sob ele não modificasse, e não um processo social em constante mudança. Segundo o autor, o estigma, a estigmatização e a discriminação devem ser compreendidas por meio da concepção ampla de poder e dominação, que produz discursos de inferioridade de um grupo, enquanto outros, de alguma maneira, são superiores. Por exemplo, ao adotar a heterossexualidade como normal, a sociedade cria automaticamente a homossexualidade e bissexualidade como anormal ou fora dos padrões esperados, sendo, portanto diferenciados dos primeiros.

O sentido de estigma de Parker (2002) se assemelha ao conceito de relações de poder de Foucault (2004), pois para este as coisas não possuem uma essência originária ou uma identidade imóvel e “anterior a tudo o que é externo, acidental, sucessivo” (FOUCAULT, 2004, p.19). Ao contrário, a essência das coisas passa a existir por meio de uma construção histórica, que se dá através da relação sujeito-objeto, constituindo o Foucault denomina de poder.

Foucault (2004) argumenta que o poder deve ser entendido como uma correlação de forças que ao mesmo tempo se apoiam e se enfrentam, transformando-se, reforçando-se e invertendo-se. Machado (2004) explana que o poder, para Foucault, não existe, pois ele não é um objeto natural, não possui uma natureza e não é algo que se

detém. O que existe são práticas ou relações de poder. Em outras palavras, o poder “é algo que se exerce, que se efetua” (MACHADO, 2004, p. XIV) e que funciona como uma máquina social disseminada por toda a sociedade, sendo impossível escapar-se dele.

No entanto, Foucault (2000) adverte que o poder não deve ser pensado como criação do Estado ou como o seu exercício, mas, ao contrário, como vindo de todos os lugares e exercido em níveis menores, moleculares e em diferentes pontos da sociedade, podendo estar atrelado ou não ao Estado. A nomeação de “micro-poder ou sub-poder” (MACHADO, 2004, p. XII) advém exatamente para caracterizar o seu exercício a partir do próprio corpo social, nem acima, nem abaixo dele, penetrando na vida cotidiana de forma suave, quase imperceptível, mas sempre presente e permanente.

Ademais, Foucault (2000) explica que não podemos compreender os efeitos do poder apenas como negativos, repressores ou excludentes, pois o ele também é produtor da realidade e, conseqüentemente, dos sujeitos que nela se inserem. A capacidade criadora e estratégica do poder é que lhe confere positividade. No embate de forças que há nas relações de poder, por exemplo, vivenciadas entre sujeito-objeto, há formação de *saberes* (sobre a coisa) e, reciprocamente, há constituição de novas relações de *poder*. Ou seja, saber e poder se implicam mutuamente, produzindo *jogos de verdade*. Isso significa que, além de produzir saber, o poder é produtor de *subjetividade* (surgimento de novos significados - do sujeito sobre o objeto e sobre si mesmo), sendo, portanto, o indivíduo um dos seus efeitos mais importantes.

As relações de poder ou os jogos de verdade ocorrem por meio de *dispositivos* denominados por Agamben (2009) como “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (AGAMBEN, 2009, p. 40).

A correlação desses três eixos (poder-saber-relação consigo) é o que constitui, numa cultura, o que Foucault chama de “experiência” (1998, p.10). É por meio da experiência que as pessoas passam a se reconhecer como sujeitos de algo. A partir desse argumento e, entendendo que os sujeitos estão completamente imersos em uma cultura, repleta de dispositivos de poder-saber, podemos supor que os mesmos estão em contínua experiência. Esses dispositivos se dão, dentre tantas maneiras, por meio das práticas e dos regimes de verdade que legitimam o que é verdadeiro e falso. Portanto, à medida que os sujeitos se relacionam com as coisas e com seus semelhantes,

juntamente com os dispositivos, constroem (saber) e são construídos, (re)produzindo sua individualidade, sua identidade.

Desse modo, o estigma pode ser entendido como um dispositivo de poder-saber que produz a verdade sobre os indivíduos estigmatizados, influenciando no modo como o indivíduo se vê, se sente e se comporta diante dos fenômenos do cotidiano; porém sua subjetividade é fluida e em constante transformação, podendo os rótulos serem modificados ao longo do tempo.

Por exemplo, com o surgimento do HIV veio a sua nomeação, a descoberta da sua forma de contágio e transmissão, isto é, foi produzido um saber sobre o vírus que passou a existir para a sociedade do modo como os discursos o criou. E junto com seu nascimento, surgiram saberes e práticas sobre ele, divulgados sob as formas de prevenção, os discursos de certo e errado em relação ao sexo, voltados para a prevenção do vírus; como também sobre as pessoas vivendo com HIV/Aids por meio de associações como HIV e homossexualismo; HIV igual a doença de gay; gay significa promiscuidade, dentre outros; as crenças acerca de como “se pega”, que é a peste do século XX; gerando preconceitos e estigmas. São todas construções humanas, formadas a partir de dispositivos poder-saber que demarcam, no real, práticas e conhecimentos verdadeiros e falsos.

Os discursos proferidos no período de descoberta da Aids não fizeram surgir apenas novos conhecimentos e novas ideias sobre a doença. Eles produziram também pessoas, formas de relacionar-se consigo, com os outros, com a realidade que os cerca e com o HIV. A partir de uma rede de discursos científicos, políticos e culturais, o sujeito, não necessariamente, precisa experienciar o vírus diretamente para ter conhecimento sobre HIV; o saber transmitido também por mecanismos verbais fazem com que os indivíduos conheçam, signifiquem e propaguem acerca de um fenômeno sem que tenham, obrigatoriamente, entrado em contato diretamente com ele. O contato, agora, é com as normas, com as leis sociais, com os falatórios sobre o que é correto e errado no sexo, com os rótulos estigmatizantes e as consequências dele.

O estigma, então, deve ser entendido como um processo social e só pode ser compreendido através da referência aos contextos sociais de onde ele ocorre; é um fenômeno histórico, construído através da ação humana; é estrategicamente utilizado de acordo com interesses do poder e da dominação de um grupo; e produz e reproduz relações e desigualdades sociais. E a estigmatização faz as desigualdades parecerem aceitáveis, por meio de uma hierarquia social entre os estigmatizados e os não

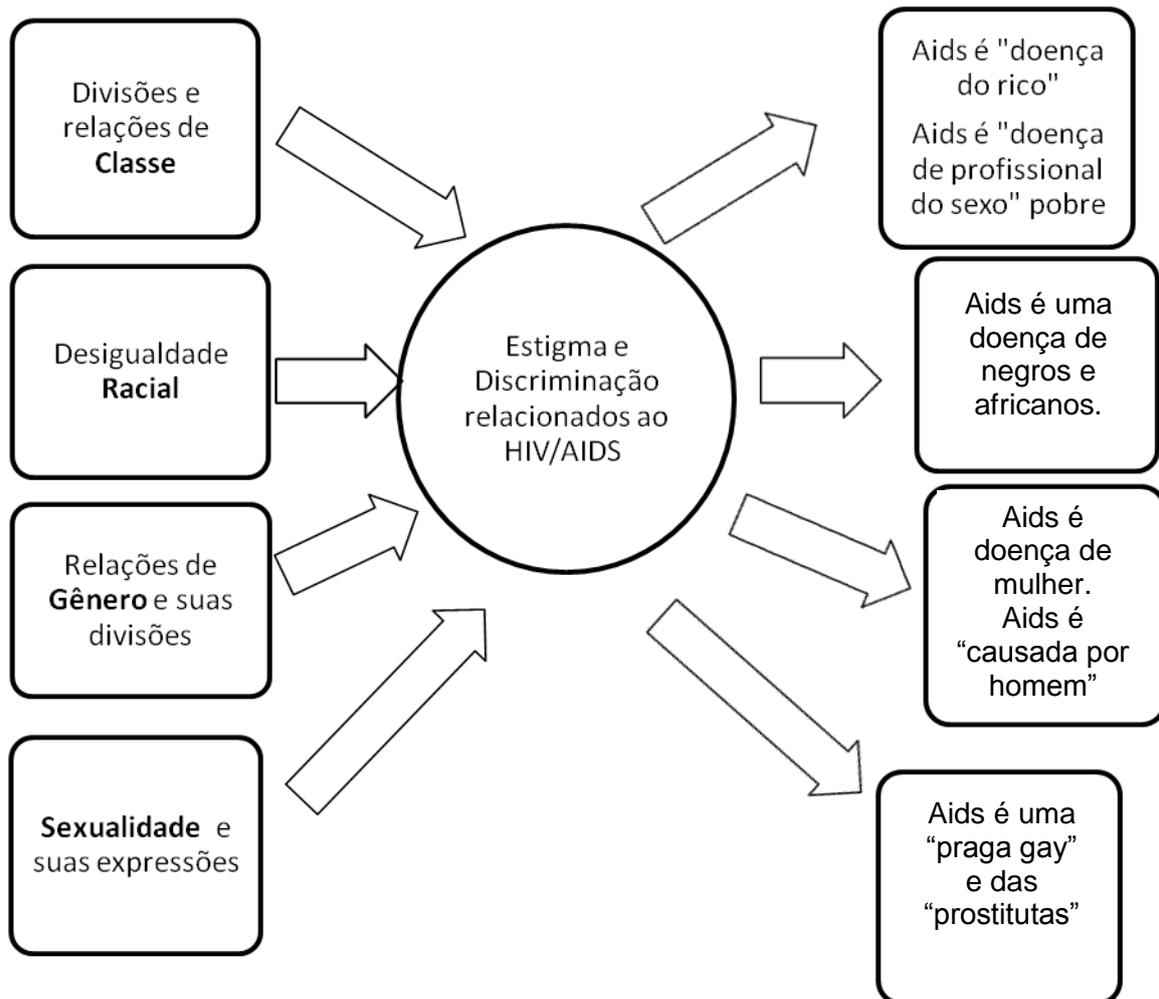
estigmatizados. Por isso, para entender como o estigma e a discriminação interfere na epidemia do HIV, Parker (2002) sugere que se compreenda a complexa estrutura econômica e social e a interação sinérgica com seus diversos sistemas hierárquicos e de dominação, tais como, classe, gênero, raça e sexualidade que possuem relações diretas com a Aids, que criam e reforçam desigualdades estruturais, aumentando a vulnerabilidade dos indivíduos tanto em relação ao adoecer quanto às reações sociais sob aquelas pessoas que estão associadas à epidemia.

O estigma, sendo um discurso de poder-saber, está diretamente relacionado com a violência estrutural, que ocorre sutilmente, mas tem o poder de interferir na capacidade do indivíduo se expressar genuinamente. Desse modo, o HIV não está presente apenas no organismo humano, mas também em todas as relações sociais do soropositivo, marcadas por atitudes discriminatórias e preconceituosas gerando no indivíduo um tipo de morte enquanto ainda está vivo: a social, que afeta todos os projetos de vida do sujeito e leva-o ao isolamento e exclusão (BRASIL, 2008).

Parker, Aggleton e Horizons (2002) argumentam que para entendermos os modos pelos quais o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS ocorrem, é necessário inicialmente compreender como o estigma e a estigmatização interagem sinérgicamente com sistemas sociais pré-existent ao surgimento do HIV, como a sexualidade, o gênero, a raça e a pobreza. Essa complexa rede de interação juntamente com o aparecimento do HIV/AIDS e suas metáforas iniciais contribuem para exacerbar o medo, reforçar e legitimar a discriminação e o estigma, aumentando a vulnerabilidade dos indivíduos imersos nesse contexto.

A figura 2 apresenta como o estigma e a discriminação ligada ao HIV/AIDS estão associados a outros estigmas pré-existent. Por meio dela observamos que as desigualdades sociais existentes bem antes do surgimento da epidemia, são relações de poder que interferem na vulnerabilidade dos indivíduos ao HIV ao produzirem estigmas e discriminações relacionados à Aids e a eles mesmos.

Para Parker, Aggleton e Horizons (2002), o estigma e a discriminação relacionados ao HIV / AIDS estão intimamente relacionados ao estigma sexual, uma vez que o HIV é transmitido principalmente por essa via e na maioria dos países do mundo, a epidemia afetou inicialmente as populações cujas práticas sexuais ou



Fonte: Parker, Aggleton *et al.* (2002)

identidades são diferentes da norma heterossexual estabelecida. A adoção da heterossexualidade como a regra a ser seguida produz um dos fatores de maior relevância na vulnerabilidade dos HSH: a homofobia, inclusive a internalizada que é aquela sentida pelos próprios homossexuais (MOTT, 2000b).

Ao mesmo tempo em que o estigma sexual produz rotulações e discriminação em relação ao HIV, estes reforçam a desigualdade sexual ao legitimar os estigmas sociais antes construídos. A via de transmissão sexual e os primeiros casos descobertos de HIV em homossexuais masculinos revestiram a Aids de interpretações morais, ligada à sexualidade perversa e promíscua, produzindo culpa e responsabilidade nos indivíduos que sentem desejo pelas pessoas do mesmo sexo, tanto por serem homossexuais ou bissexuais quanto pela possibilidade de contrair HIV. A denominação da Aids de “câncer gay” ou “câncer rosa” no seu início demonstra como ela estava relacionada aos homossexuais.

Do mesmo modo, a pessoa que vive com HIV, muitas vezes encara seu diagnóstico com bastante culpa e como castigo de ter levado uma vida errada, promíscua e não ter seguido as normas de saúde, tendo que arcar com as consequências de sua escolha.

O exame, segundo Foucault (2004) é um dos mecanismos de poder disciplinar utilizados para controlar os corpos de uma população. Ele é, ao mesmo tempo, um controle normalizante e uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Na realização do exame de HIV, há relações de poder que permitem obter *saber* sobre o indivíduo, ao mesmo tempo em que se forma e se transmite um saber técnico-científico. O saber sobre o sujeito ocasiona seu enquadramento, sua objetivação em formas dicotômicas e divisórias como, por exemplo, saudável x doente; soropositivo x negativo. Ainda, quando se incita o indivíduo a fazer o exame de HIV, trabalha-se no nível da escolha individual, colocando-o como autor, responsável pela sua decisão, não considerando outros fatores que interferem na decisão de realizar o teste. Desse modo, trabalha-se também no nível da subjetividade, na relação que o sujeito possui consigo mesmo, podendo ser visto, por exemplo, como cuidadoso ou negligente com a sua saúde.

Em relação ao gênero, Parker, Aggleton e Horizons(*op. cit.*) argumentam que em locais onde a transmissão heterossexual é expressiva, o comportamento sexual feminino em desacordo com a normas dos papéis sociais, tem sido responsável pela sua propagação. Desse modo, as profissionais do sexo são vistas como “vetores” da infecção que colocam em risco seus parceiros e as parceiras dos mesmos. Similarmente, os homens são acusados de transmitir o HIV por meio de supostas relações com outros homens ou devido à necessidade da ‘natureza masculina’ de terem múltiplos parceiros. Essas noções de gênero reforçam as desigualdades entre homens e mulheres e aumentam suas vulnerabilidades ao HIV.

O estigma e a discriminação ao HIV também estão associados à globalização e crescente polarização entre ricos e pobres, responsável por produzir profundas e graves desigualdades sociais. Novas formas de exclusão associada às transformações econômicas globais tem legitimado às diferenças sociais pré-existentes e a estigmatização dos desempregados e analfabetos, dentre outros. Como resultado, a pobreza aumenta a vulnerabilidade ao HIV/AIDS e esta epidemia agrava a pobreza. No tocante à raça, o racismo é o principal fator estigmatizante que contribui para a marginalização da população não branca e a noção de que os negros têm uma

sexualidade animalesca ou selvagem e incontrolável que os colocam como devassos, promíscuos e responsáveis pela disseminação do HIV.

Outro fator que tem contribuído para a estigmatização da Aids são as metáforas. Sontag (2007) versa sobre as metáforas construídas em torno da Aids e como elas contribuíram para seu estigma. Segundo a autora, as metáforas militares obtiveram credibilidade e precisão na medicina, a partir do advento da patologia celular e do entendimento que as doenças são causadas por organismos específicos, visíveis apenas ao microscópio. A doença é, então, vista como uma “invasão de organismos alienígenas, aos quais o organismo reage com suas próprias “defesas” imunológicas e a medicina passa a ser ‘agressiva’, como na linguagem da maioria das quimioterapias” (SONTAG, 2007, p. 84). Desse modo, as campanhas de saúde pública passam também a utilizar essas metáforas militares e a se referir à doença como invasora da sociedade, sendo travada uma ‘guerra’ ou ‘luta’ para combatê-la.

O problema de utilizar metáforas, segundo Sontag (*op. cit.*), é que ela associa a doença temida a algo inimigo gerando culpa em quem a possui, apesar de este às vezes ser encarado como vítima ou inocente. Outra consequência é que as associações de doença com metáforas, por exemplo, Aids e destruição da vida, impede ou inibe a pessoa de procurar o diagnóstico e tratamento precoces, já que os mesmos serão inúteis, uma vez que a doença não tem cura.

Como o HIV é um vírus, um micro-organismo, a infecção é encarada como uma invasão que infiltra o corpo, sucumbindo com seu ‘exército de defesa’, o sistema imunológico. As matérias veiculadas pela televisão no início da epidemia de que o vírus poderia permanecer escondido durante anos no corpo e o conhecimento da janela imunológica faz com que imaginemos o vírus do HIV como um ser que possui inteligência, astúcia e uma meta: atingir os linfócitos T e acabar com as defesas do corpo, mostrando sua invencibilidade.

Telles-Dias *et al.* (2007) descreveram as crenças, percepções, conhecimento e receptividade dos usuários de drogas para a testagem rápida de HIV. Um dos seus achados foi a desconfiança acerca da confiabilidade do teste, já que o resultado é entregue rapidamente, não podendo dar tempo de encontrar o vírus no corpo. Essa interpretação sobre o teste rápido pode ser consequência da imaginação do HIV como astuto e que apenas uma análise demorada, como a do teste convencional, seria possível desmascará-lo e encontrá-lo, dando maior certeza ao diagnóstico.

O fato de a Aids ser uma doença incurável e, nos seus primórdios, de alta letalidade fez com que a mesma fosse associada com a peste e conseqüentemente com a morte, relacionada à peste negra que dizimou milhares de pessoas na Idade Média. No início dos anos 80, as primeiras descobertas científicas, ainda incertas sobre transmissão e prevenção, junto à divulgação sensacionalista da mídia televisiva foram responsáveis por provocar muito pânico e medo entre os brasileiros, além de gerar ainda mais preconceitos e discriminação com os homossexuais, população primeiramente relacionada à epidemia (GRANGEIRO; LAURINDO-SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Barata (2006) estudou como a Aids, em sua primeira década, foi divulgada pelo Fantástico, programa dominical da TV Globo. A autora mostra que várias metáforas militares, estavam presentes nas matérias sobre Aids do programa, conforme ilustra: “[...] para os exércitos dos médicos, uma nova frente de batalha se abre quando o teste para Aids no exame de sangue dá positivo. É o sinal de que a luta contra o vírus e pela vida vai começar” (BARATA, 2006, p. 138, grifo da autora). Além disso, ela mostra como apesar do programa tentar reduzir o estigma e o preconceito em relação à Aids, muitas vezes o discurso não correspondia às imagens veiculadas, quando os repórteres enfatizavam que era importante acabar com o preconceito, mas as imagens eram sobre quartos de hospital utilizando a placa isolamento, bolsas e seringas com sangue, pacientes com rosto e identidades velados, contribuindo para fortalecer o estigma da doença. É a partir dessa representação que o termo “aidético” passa a ser bastante utilizado, simbolizando o modo como a sociedade enxergava a doença e os doentes de Aids.

Além desses enunciados, é comum vermos, na mídia, campanhas que utilizam atores famosos de TV que, por possuírem uma representação de admiração na sociedade, conseguem influenciar a conduta dos telespectadores. Um exemplo é a campanha *Fique Sabendo* do Ministério da Saúde, lançada em 2003, que tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância do teste de HIV. No seu sítio virtual, você encontra o discurso “Fazer o teste de Aids é uma atitude que mostra como você se preocupa com a sua saúde”. Podemos interpretar que se você realiza o teste, *você* tem autocuidado, *você* cuida da sua saúde e *você* é elogiado pelos peritos que assistem ao indivíduo no momento da testagem. Porém, se não realiza, *você* é responsável por não saber sua sorologia e pela disseminação da epidemia. Implícitos nesses discursos estão formações de saberes, tanto em relação a uma conduta correta, quanto em relação à subjetividade (BRASIL, 2003).

Considerando a mídia como importante agência de controle social, produtora de discursos construtores de verdades e de subjetividades e sendo o meio de comunicação de maior acesso entre a população, vemos sua grande influência em mistificar a Aids e robustecer as associações preconceituosas em torno desta.

Outra metáfora relacionada ao vírus do HIV e à sua transmissão por via sanguínea ou por fluidos sexuais, é a da poluição (SONTAG, 2007), por isso é comum às pessoas falarem que ‘estão limpos’ diante de um diagnóstico negativo para HIV relacionando, implicitamente a soropositividade com a impureza, advinda do sexo carnal.

O fato do HIV ser transmitido sexualmente e o sexo na sociedade ocidental ser um tabu, contrair o vírus está relacionado à fraqueza, safadeza, irresponsabilidade, delinquência e promiscuidade, causados pelos excessos sexuais e por realizar uma prática, a anal, vista como antinatural. Por isso, a Aids é também vista como um castigo, consequência de um estilo de vida desregrado, a qual o indivíduo é totalmente responsável por não controlar seus impulsos sexuais e suas vontades, sendo fácil entender porque quem vive com HIV sente tamanha culpa e busca esconder seu diagnóstico para evitar de ser rotulado com as representações da Aids construídas socialmente. Ademais, as enfermidades infecciosas relacionadas com transmissão sexual originam o medo do contágio fácil e à imaginações esdrúxulas de como contrair a por meios não venéreos em lugares públicos (SONTAG, 2007).

O estigma em relação à Aids ainda tem influência no diagnóstico, uma vez que faz com que muitas pessoas não queiram se submeter ao teste com medo de se descobrirem soropositivas e sofrerem todas as sanções sociais supracitadas relacionadas à doença. É possível também que as pessoas desistam do seu tratamento vivendo no anonimato ou o façam em locais longe do seu bairro ou residência para evitar serem descobertas e suas sorologias reveladas para seus conhecidos. O estigma advindo dos profissionais de saúde tanto em relação à orientação sexual quanto ao status sorológico contribui para que os indivíduos omitam informações importantes sobre sua saúde, bem como se afastem dos serviços, pois não se sentem acolhidos e compreendidos em suas necessidades.

Almeida e Labronici (2007) buscaram entender os motivos das pessoas que vivem com HIV para não procurarem os serviços do SUS. O estudo revelou que se descobrir soropositivo está associado com sentimentos de ansiedade, medo e angústia, ao mesmo tempo que sentem uma sensação de perigo iminente, tanto da morte que

agora se apresenta de modo mais concreto, quanto das perdas sociais que gerarão profundas mudanças na vida do indivíduo. Além disso, os participantes relataram que não procuram as Unidades de Saúde próximas de onde moram porque sentem receio de encontrar alguém do seu convívio social que não sabe do seu diagnóstico. Devido ao estigma e a discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV, estas já antecipam que passarão por eventos semelhantes e escolhem manter segredo, inclusive dos profissionais de saúde das Unidades, o que aumenta suas vulnerabilidades à Aids.

Campos (2005) estudou o que motivou homens e mulheres em refazer o teste de HIV voluntariamente em um CTA de Fortaleza. Como resultado, a autora divulgou que o motivo mais importante para buscar o teste de HIV foi a percepção que se tem do parceiro, podendo ser desencadeador de preocupação ou de tranquilidade em relação à sua percepção de risco. A percepção do outro é construída socialmente e, por isso, a visão é impregnada de valores morais e de normas culturais sobre como viver a sexualidade e o que representa perigo em se tratando de sexo. Esse estudo nos mostra como o estigma em relação ao HIV, reconhecida como doença de pobre, de negro, ligada à sujeira e aos múltiplos parceiros está presente no ideário social, podendo interferir na decisão de realizar o teste de HIV.

Ressaltamos, portanto, que o estigma e a discriminação relacionadas ao HIV/AIDS são resultados da interação de diversas desigualdades existentes previamente ao HIV e do medo do contágio, produtos das metáforas. A complexa inter-relação entre os esses fatores compõem diversos quadros de vulnerabilidades e influenciam a realização do teste, uma vez que o resultado do exame pode significar sofrer todos os estigmas e discriminações experimentados pelas pessoas que vivem com HIV ou por aqueles que apresentam características associadas ao maior risco de contrair Aids.

A partir da compreensão das dimensões estruturais do estigma, Parker (*op. cit.*) sugere respostas que mobilizem os estigmatizados coletivamente resistindo a todos os modos de estigma e discriminação que sofrem; como também programas oficiais que defendam os direitos das pessoas como seres humanos.

As políticas públicas surgem como respostas do Estado que elabora programas e ações estratégicas que possam diminuir a vulnerabilidade social e individual de uma nação. A seguir, versaremos sobre as respostas à Aids dos órgãos internacionais e do Brasil, por meio das políticas públicas de saúde relacionadas à epidemia, elaboradas na tentativa de controlá-la e reduzir o estigma e a discriminação sofridos pelos indivíduos que vivem com HIV. Daremos ênfase às políticas públicas

direcionadas ao diagnóstico de HIV e à população de HSH, conforme o objetivo desse estudo.

1.3. Políticas públicas em HIV/AIDS

A seguir versaremos sobre as políticas internacionais referentes ao HIV/Aids que subsidiaram as políticas de saúde brasileiras, mais especificamente aquelas direcionadas aos gays e outros HSH, ao HIV/AIDS e ao diagnóstico.

1.3.1 Políticas internacionais em HIV/AIDS

A rápida disseminação da Aids exigiu que respostas eficientes fossem elaboradas pelos governos mundiais. Mann *et al.* (1993) relata que até 1981, o HIV se expandia de modo silencioso, pois nenhum governo no mundo suspeitava da existência de uma nova epidemia. Da descoberta da Aids até 1985, estudos tentavam desvendar as características do novo vírus e a epidemiologia teve um papel importante de delinear as rotas de expansão do HIV no mundo e as primeiras recomendações sobre como preveni-lo foram formuladas, embora houvesse pouco conhecimento sobre o HIV. Nesse período, as respostas dos Estados e das organizações internacionais foram pouco expressivas, contrastando com as estratégias dos movimentos ativistas e das organizações não governamentais que logo executaram estratégias de prevenção ao vírus.

Em 1986 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apresentavam pouca expressividade nas políticas públicas em HIV/AIDS. Neste ano, a OMS cria o Programa Global de Aids que passa a ter a importante função de implementar políticas e ações programáticas em vários países, apoiando-os técnica e financeiramente, além de recomendar como as respostas devem ser realizadas.

A mobilização global, então, se inicia na metade da década de 80 e apenas no início dos anos 90 foi desenvolvida a primeira estratégia mundial contra a Aids, executada como uma estratégia coletiva, nacional e internacionalmente. A partir dessa década, a Aids passa a participar da agenda política dos governos, pois é encarada pelos órgãos financiadores internacionais, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) como não só um problema de saúde pública, mas também do desenvolvimento, pois se a Aids se expandisse em uma nação, futuramente esse país teria poucas chances

de se desenvolver. Desse modo, os países em desenvolvimento passam a receber empréstimos desses órgãos que, além de financiamento, recomendam quais políticas públicas devem ser seguidas para o controle da epidemia (MATTOS; TERTO JÚNIOR; PARKER, 2001).

Em 1996 é criado o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – (UNAIDS), que possui como missão apoiar e fortalecer os programas nacionais sobre HIV/Aids em todos os países com o objetivo de prevenção, tratamento e assistência universal, bem como reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades à infecção e diminuir os impactos socioeconômicos e humanos da epidemia (UNAIDS, 2010c).

A chegada do novo milênio fez com que órgãos oficiais e líderes nacionais se reunissem para avaliar os grandes problemas existentes no mundo, definir os prioritários e traçar as metas para reduzi-los, no intuito de diminuir as desigualdades entre os países. Então, no ano 2000, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) se reuniram e reconheceram como um dos temas prioritário mundiais, a resposta à epidemia da Aids, incorporando-a entre os 8 (oito) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM's).

O sexto ODM se refere ao combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças. Suas metas relacionadas ao HIV/Aids são: 1) fornecer, até 2010, acesso universal ao antirretrovirais para todos aqueles que necessitam de tratamento; 2) parar e reverter a propagação do HIV/Aids até 2015 em todas as populações e 3) garantir o acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids até 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

De acordo com UNAIDS (2010a), o número de pessoas vivendo com HIV e que possui acesso ao tratamento aumentou 12 vezes desde 2006 e novas infecções pelo vírus diminuíram em 17%. Porém, para cada pessoa que inicia o tratamento, há duas novas infecções pelo vírus HIV, demonstrando que a epidemia ainda se dissemina pelo mundo e que seu controle está longe de ser alcançado.

Decorrente disso, os países membros da UNAIDS formulou em 2010 uma nova meta de combate ao HIV/Aids: atingir “zero novas infecções, zero discriminação e zero óbitos relacionados à Aids” até 2015. Com esse intuito, foi elaborado o documento *Getting to Zero* (UNAIDS, 2010a) contendo as estratégias das Nações Unidas contra a Aids para os próximos 5 anos. Entre as metas da UNAIDS até 2015 estão a redução da transmissão sexual do HIV pela metade entre os jovens, os homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo.

A nova missão com comprometimento global é alcançar o acesso universal à prevenção, tratamentos e cuidados referentes ao HIV com o objetivo de controlar e reverter a propagação do vírus e contribuir para a realização dos objetivos do desenvolvimento do milênio (UNAIDS, 2010a).

Uma das estratégias para se atingir o acesso universal ao HIV/Aids tão incentivado pela UNAIDS é a ampliação do acesso à testagem anti-HIV e ao aconselhamento. O teste de HIV participa tanto da política de prevenção quanto de assistência e tem sido um dos artifícios amplamente divulgados visando ao controle da epidemia. No entanto, o que se percebe é uma baixa cobertura e busca pela testagem e aconselhamento, gerando o desconhecimento do estado sorológico dos indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

A maioria das pessoas que hoje vive com HIV somente procurou realizar o teste após o aparecimento de sintomas ou em fases avançadas da doença. No entanto, a terapia antirretroviral é mais eficaz quando iniciada antes do aparecimento das doenças oportunistas. Além de diminuir a morbidade e a mortalidade de pessoas com Aids, o diagnóstico precoce fornece informações e ferramentas para que as pessoas possam se prevenir, evitando contrair ou transmitir o vírus HIV (ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

Visando ao aumento da testagem, a OMS (2007) recomenda que o teste de HIV seja prescrito como parte do tratamento médico às pessoas que buscarem os serviços de saúde, porém ele deve ser realizado a partir de decisões clínicas específicas ou do fornecimento de serviços terapêuticos que poderiam não ser possíveis sem o conhecimento do exame de HIV.

Tentando evitar que essa recomendação fosse levada a cabo pela saúde pública, que possui em sua história de atitudes coercitivas e discriminatórias, justificadas com o objetivo de vigilância epidemiológica, a OMS, a partir da Resolução 41.24¹⁴ de 1988, adota medidas mais efetivas visando a proteger os direitos humanos das pessoas que vivem com HIV. Nessa resolução, a OMS enfatiza a necessidade de incorporar a noção de direitos humanos aos programas nacionais de prevenção e controle da Aids com o objetivo de resguardar os direitos das populações mais vulneráveis.

¹⁴ Resolução 41.24 da OMS elaborada em Genebra, em 13 de maio de 1988.

Outra estratégia da OMS, nesse período, foi a criação dos três princípios para a realização do teste de HIV, a ser utilizado independente se a procura foi voluntária ou prescrita pelo médico. São os chamados ‘3 Cs’: 1) **confidencialidade**, que garante o sigilo do resultado, podendo ser divulgado apenas para o usuário que realizou o teste ; 2) ser acompanhado por aconselhamento (*counselling*) e 3) ser realizado apenas com o **consentimento** informado, significando que o indivíduo deve ter conhecimento que fará o teste, oferecendo-lhe a possibilidade de aceitá-lo ou recusá-lo (ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004).

A política de execução do teste de HIV propõe o seguinte fluxo: aconselhamento pré-teste, teste propriamente dito e, no momento do resultado, o aconselhamento pós-teste. O quadro 1 especifica as atividades realizadas em cada etapa do aconselhamento no processo da testagem, proposta pela OMS (2004).

Quadro 1: Características das etapas de aconselhamento no processo da testagem.

Aconselhamento Pré-teste	Aconselhamento Pós-teste
<ul style="list-style-type: none"> Fornecer informações mínimas sobre a realização do teste e o consentimento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> Fornecê-lo a todas as pessoas que foram testadas, no momento de receber o resultado, independente se da sorologia.
<ul style="list-style-type: none"> Explicar por que o teste de HIV foi recomendado, os benefícios clínicos e preventivos, bem como as possíveis consequências de realizá-lo, incluindo a discriminação, o estigma, o abandono da família e violência. 	<ul style="list-style-type: none"> Revelar o resultado de modo confidencial, individual e por um profissional de saúde, de preferência por quem fez o aconselhamento pré-teste, ou por alguém treinado para tal tarefa.
<ul style="list-style-type: none"> Informar quais serviços estão disponíveis tanto no caso do resultado negativo ou positivo, incluindo aqueles que fornecem a TARV. 	<ul style="list-style-type: none"> Caso a pessoa não queira receber seu resultado, os profissionais de saúde devem tentar que o usuário mude de opinião, explicitando os benefícios de conhecer sua sorologia.
<ul style="list-style-type: none"> Salientar que o resultado do teste é confidencial e não será compartilhado com outro profissional de saúde, a não ser com aqueles envolvidos em seu tratamento e cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar o significado do teste, incluindo a informação sobre o período da janela imunológica para o aparecimento de anticorpos do HIV e a recomendação do re-teste em casos de recentes exposições.
<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar que o usuário tem o direito de recusar o teste, sem prejuízos para seu acesso aos serviços de saúde que não 	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre os métodos de prevenção e fornecer os insumos e um guia de como usá-los. Facilitar o acesso para o

Aconselhamento Pré-teste	Aconselhamento Pós-teste
dependam do conhecimento do seu estado sorológico.	tratamento, cuidado e serviços de prevenção.
<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a revelação do resultado para outras pessoas que possam estar expostas ao risco de HIV, caso o resultado seja positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar com o usuário a necessidade de encaminhamento para serviços comunitários que forneçam aconselhamento pós-teste mais detalhado ou suporte preventivo mais específico.
<ul style="list-style-type: none"> • Retirar as dúvidas que o paciente possui em relação ao HIV e as DST's. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer suporte psicossocial para lidar com os impactos emocionais advindos do resultado e assegurar-se que o usuário compreendeu o que lhe foi dito, permitindo que o mesmo lhe faça perguntas discutindo qualquer problema imediato e ajudando-o a pensar quem de sua rede social poderia estar disponível para fornecer apoio necessário.
<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a revelação do resultado para outras pessoas que possam estar expostas ao risco de HIV, caso o resultado seja positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar e oferecer referência para testagem e aconselhamento para parceiros e crianças do convívio social do paciente
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de violência e suicídio e discutir possíveis passos para assegurar a segurança física do paciente, especialmente às mulheres.
	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre a possibilidade de revelação do teste para os parceiros de sexuais ou com quem compartilhou seringas, no caso do uso de drogas injetáveis
	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar com o usuário a necessidade de encaminhamento para serviços comunitários que forneçam aconselhamento pós-teste mais detalhado ou suporte preventivo mais específico.

Fonte: OMS (2004).

De acordo com o princípio de consentimento, a pessoa pode decidir que não fará o teste, e essa escolha não deve alterar o modo como o aconselhamento será

realizado e não deve ser negados ao usuário, como também o tratamento não deve ser coercitivo ou haver quebra de sigilo. Ainda, o acesso aos serviços que não dependam do resultado do teste não deve ser negado ou dificultado. Ao contrário, é enfatizado que a pessoa tem o direito de retornar ao serviço para realizar o teste voluntariamente ou por iniciativa do profissional, em um momento posterior (ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004).

A OMS (2007) tem estimulado que os médicos das Unidades de Saúde adotem a prescrição da testagem e do aconselhamento, pois argumentam que a realização do teste de modo voluntário tem sido prejudicada pelo estigma e discriminação, pelo acesso limitado ao tratamento, cuidado e serviços de saúde em geral, bem como por questões de gênero. Porém, a OMS salienta a importância da adoção de abordagens que promovam a testagem voluntária.

O incentivo que o teste de HIV seja prescrito por iniciativa de um profissional de saúde é justificada como mais uma maneira de ampliar o acesso à testagem, bem como aos serviços de prevenção, tratamento, cuidado e apoio às pessoas que vivem com HIV. No entanto, essas instituições enfatizam que os profissionais de saúde devem ser constantemente supervisionados e treinados para evitar que prescrevam o teste de modo compulsório¹⁵ e impositivo, indo de encontro aos princípios que regem o processo de testagem (ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

Ao incentivar que os países encorajem seus profissionais de saúde para prescreverem o teste de HIV, a OMS (2007) faz recomendações de acordo com os tipos de epidemia presentes na região. Nesse trabalho, explanaremos apenas as instruções voltadas para países que possuem epidemia concentrada, como é o caso do Brasil e aquelas direcionadas especificamente para homens que fazem sexo com homens.

Em países com epidemia concentrada e baixo nível de HIV, a recomendação geral da OMS (2007) é que o teste de HIV e o aconselhamento não sejam prescritos para todas as pessoas atendidas pelos serviços de saúde, desde que elas estejam em baixo risco de exposição ao vírus. Em tais países, a prioridade é assegurar que o teste de HIV e o aconselhamento sejam fornecidos para todos os adultos, adolescentes e crianças que procurem a unidade de saúde com sinais e sintomas sugestivos básicos de infecção pelo HIV, incluindo tuberculose, mas não limitado a ela; e para crianças que tenham sido, sabidamente, expostas ao HIV durante a gestação. Além dessas, outra prioridade

¹⁵ Teste compulsório é aquele realizado sem o conhecimento e, portanto, sem o consentimento do testado.

são para os homens que irão se submeter à circuncisão com objetivo de prevenção ao HIV.

Ainda, a OMS (2007) também enfatiza que a implementação da testagem por iniciativa do profissional nas unidades de saúde deverá ser guiada por uma avaliação do contexto social e epidemiológico para atender a demanda local. Com base nessa avaliação, os gestores locais poderão orientar seus profissionais de saúde de acordo com as necessidades da população e poderão implantar essa abordagem de testagem nos serviços de DST, de tuberculose, de pré-natal, parto e pós-parto e serviços voltados para populações mais vulneráveis.

A orientação da OMS (2007) é que as populações mais vulneráveis, incluindo HSH, profissional do sexo, usuário de drogas injetáveis, prisioneiros, migrantes, refugiados e parceiros sexuais de pessoas vivendo com HIV procurem realizar o teste pelo menos uma vez ao ano e o reteste a cada 6 a 12 meses, a depender da sua vulnerabilidade no período. Porém, esclarece que cada país deve determinar um intervalo adequado de acordo com a situação epidemiológica do local.

A OMS (2007) reconhece ainda que as populações mais vulneráveis possuem maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, como consequência, ficam “invisíveis” e apresentam mais doenças se comparados à população que recebe assistência. As pessoas mais suscetíveis precisam ser incentivadas com estratégias inovadoras que aumentem seus acessos aos serviços e que estimulem a testagem de HIV voluntária, tais como atendimentos clínicos fora das unidades de saúde, em outros locais da comunidade por meio do programa de redução de danos ou outros tipos de estratégias extramuros, bem como iniciativas educacionais permanentes que incentivem a realização da testagem e da procura à unidade de saúde. Ademais, como essa população é mais suscetível à coerção, discriminação, violência, abandono, encarceramento e outras violações dos seus direitos, independente da revelação do resultado do teste de HIV, os profissionais devem ser treinados e supervisionados para assegurar uma abordagem de apoio social, política e legal, baseada nos direitos humanos em todas as fases do atendimento.

Um dos fatores que contribui enormemente para aumentar a vulnerabilidade ao HIV é o estigma e a discriminação envolvendo não somente a doença, mas as pessoas acometidas pelo vírus. Embora desde a década de 80 a OMS tenha reconhecido o impacto do estigma ao HIV e proposto ações de combate ao mesmo, no início do ano 2000, esse tema ainda era atual e presente em todos os contextos mundiais. Portanto, a

OMS mostra no Guia de Monitoramento e Avaliação¹⁶ da epidemia desse período o estigma e a discriminação como um indicador da evolução da epidemia e as consequências dos mesmos na vida das pessoas e no afastamento das ações de prevenção e assistência.

Baseado nas recomendações da OMS, muitos guias foram criados especificamente para algumas regiões com o objetivo de contribuir com a ampliação do acesso universal e redução do estigma ao HIV, incluindo a expansão da testagem nesses lugares.

Apoiado na abordagem da testagem por iniciativa do profissional, o CDC, nos Estados Unidos recomenda que todas as pessoas de 13 a 64 anos de idade atendidas nas unidades de saúde realizem o teste de HIV. A justificativa é o persistente diagnóstico tardio da infecção e a alta proporção de pessoas que não sabem que vivem com HIV (BRANSON *et al.*, 2006).

Ainda nos Estados Unidos, a maioria dos HSH também não sabe se vive com o vírus. O CDC realizou um recente estudo e encontrou que entre os HSH de 28 cidades dos EUA que não sabiam seu estado sorológico, 55% não tinham sido testados nos últimos 12 meses. Diante disso, o CDC recomenda que todos os HSH sejam testados uma vez ao ano, podendo ser retestados em um período menor, caso se envolvam em pelo menos uma das seguintes práticas sexuais: ter múltiplos ou anônimos parceiros e fizer uso de drogas durante o sexo. As possíveis barreiras ao teste e consequente desconhecimento do resultado do exame podem ocorrer, de acordo com o CDC, devido aos seguintes fatores: infecção recente, baixa ou nenhuma percepção do seu risco, poucas oportunidades de ser testado e crença que o tratamento para HIV minimiza sua ameaça de morte, uma vez que a Aids passou a ser uma doença crônica (CENTRAL FOR DISEASE CONTROL AND PREVENICION, 2010).

Na América Latina e Caribe, o documento *Know your status initiative* (OPAS, 2007) foi criado com o objetivo de incentivar as pessoas a tomarem uma decisão consciente em relação ao teste de HIV e informar a importância de conhecer seu estado sorológico e de procurar serviços de saúde que realizem o teste. Neste documento não há uma recomendação clara acerca da frequência na qual as pessoas devem se testar. No entanto, há a recomendação semelhante da OMS que nos países de

¹⁶ A *guide to monitoring and evaluation*. Disponível em < http://data.unAids.org/publications/IRC-pub05/jc427-mon_ev-full_en.pdf>. Acesso em 20/02/2012.

epidemia concentrada, a prioridade da testagem deverá ser as pessoas com maior vulnerabilidade - nas quais os HSH estão incluídos - e, quando possível, expandir o teste para outras populações. Além disso, há a orientação de normalização social do teste, pois pesquisas mostram que as pessoas mais vulneráveis possuem maior chance de realizá-lo quando este é oferecido também para a população geral e não apenas voltado para eles, denotando a noção de grupo de risco que gera ideias estigmatizantes.

De acordo com a OPAS (2007), as barreiras comuns observadas na região da América Latina e Caribe em relação à busca do teste de HIV são: falta de estrutura, de laboratórios, de serviços de testes e aconselhamento de qualidade; pouca confiança nos profissionais do sistema de saúde, incluindo a falta de sigilo dentro dos serviços, o estigma e a discriminação; a falta de informação sobre os locais da testagem, custos e serviços de suporte; medo da doença e da morte; baixa percepção de risco de se tornar infectado; crença de que somente pessoas doentes deverão ser testadas; medo de ser estigmatizado por ser soropositivo; medo da discriminação (no trabalho, pelos amigos e família) e da violência pela comunidade e medo de confrontar seu próprio comportamento ou do seu parceiro sexual.

Quanto às razões comuns na América Latina e no Caribe pelas quais as pessoas procuram o serviço para fazer o teste de HIV são: saber o resultado do exame; esperança de que o resultado possa ser negativo; reduzir a ansiedade gerada pela incerteza sobre seu estado sorológico; autocuidado com a saúde; obter informação sobre o vírus e como ele é transmitido. Após a realização do teste, as pessoas que obtiveram resultado negativo relatam que a vantagem é proteger a si mesmo e aos outros contra a infecção. Já as pessoas com resultado positivo, o resultado do exame trouxe como consequências: o acesso ao tratamento, ao suporte nutricional e psicológico; a proteger a si e aos outros da infecção; a luta pela redução do estigma e a discriminação através da promoção da solidariedade às pessoas vivendo com HIV (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Esses documentos nos mostram e reiteram o que Ayres *et al.* (2008) argumentam sobre as influências dos outros componentes – sociais e programáticos - na composição do quadro das vulnerabilidades, não sendo possível, portanto, compreender a complexidade que envolve o tema HIV/Aids analisando apenas os aspectos comportamentais dos indivíduos.

O Brasil, como país integrante da UNAIDS, recebe as orientações traçadas pelos países desenvolvidos, mas a sua resposta ao HIV/Aids teve como base os

pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), que coloca o Estado como responsável legal em garantir a saúde, que passa a ser vista como direito de todos os brasileiros. Além disso, o controle social e a participação dos movimentos sociais perpassou toda a história da epidemia no país e foi fundamental para manter o HIV/Aids na agenda política do Governo e participar da construção de políticas públicas condizentes com o contexto local.

A seguir versaremos sobre as políticas públicas em HIV/Aids do Brasil, mas especificamente aquelas voltadas para o teste de HIV com o objetivo de explanar quais as normas governamentais sobre a testagem e se contribuem para reduzir a vulnerabilidade programática em HIV/Aids dos HSH no Brasil.

1.3.2 Políticas nacionais em HIV/AIDS

Neste tópico versaremos sobre as políticas públicas de HIV/Aids no Brasil e como as mesmas atuam para diminuir a vulnerabilidade programática dos brasileiros. Enfatizaremos também o estado da arte que mostra a não correspondência existente entre as recomendações governamentais em relação à prevenção, diagnóstico e assistência ao HIV/Aids e a prática cotidiana que gera impacto no Sistema de Saúde como um todo.

De acordo com Teixeira e Parker (1997), políticas públicas é o “conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade” (TEIXEIRA E PARKER, 1997, p. 43).

Para entender como as políticas públicas de Aids se iniciaram no Brasil e as suas características, apresentaremos brevemente o contexto histórico político do país à época do surgimento da epidemia.

A Aids surgiu no Brasil no começo da década de 80, época em que o país enfrentava o processo de redemocratização política, o fortalecimento do movimento da reforma sanitária e da reorganização dos movimentos sociais e culturais, que lutavam contra os tabus, por liberdade individual e por direitos das pessoas menos favorecidas.

As primeiras respostas brasileiras em relação ao HIV/AIDS são resultados de pressões advindas de militantes de grupos ativistas da cidade de São Paulo que

lutavam pelos direitos dos homossexuais, e exigiam uma posição do Estado diante da nova doença, no começo dos anos 80.

Nesse sentido, o papel da sociedade civil e dos movimentos sociais na construção de respostas à Aids no Brasil é reconhecidamente importante, através de ações de mobilização comunitária, na participação de construção de políticas de saúde por meio do ativismo e do controle social, da implantação de ações de prevenção e promoção da saúde nas comunidades, da luta pelos direitos humanos, principalmente das pessoas que vivem com HIV, do combate ao estigma e a discriminação e das atividades de *advocacy*¹⁷ (TEIXEIRA; PARKER, 1997; PARKER, 2000; GRANGEIRO; LAURINDO-SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Uma das primeiras ações de prevenção ao HIV foi realizado por um grupo ativista que compôs uma apostila com informações sobre a Aids, enfatizando a importância da solidariedade aos doentes, que foi distribuída em locais públicos e de socialização homossexual. A característica marcante das ações dos movimentos ativistas em relação à Aids na década de 80 é a formação de uma rede de solidariedade que tornava possível o acesso ao tratamento e a bens materiais às pessoas que adoeciam de Aids, bem como o apoio afetivo para enfrentar a doença diante das mortes dos parceiros e da falta de uma legislação jurídica que protegessem seus direitos (GRANGEIRO, LAURINDO-SILVA; TEIXEIRA, 2009).

A primeira resposta governamental em relação à Aids ocorreu na cidade de São Paulo. Teixeira (1997) realiza uma retrospectiva das políticas públicas em Aids no Brasil de 1983 até 1995 e afirma que desde o início da sua descoberta, a Aids foi caracterizada como um problema quase exclusivo do setor saúde, que além de elaborar as políticas desse tema, tem efetuado as ações de prevenção e controle na tentativa de conter a epidemia.

Devido às pressões dos movimentos homossexuais, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo atribuiu à Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS) a coordenação de um grupo de trabalho visando às ações de vigilância, diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de Aids. Esse grupo foi o escolhido porque à época estavam responsáveis por estruturar um serviço voltado

¹⁷ *Advocacy* é uma ação originada na sociedade civil e direcionada ao Estado, seja por meio de ações judiciais, de articulações políticas com o governo e o parlamento parceiros, com a mídia, e ainda em menor escala no Brasil, com o setor empresarial (OLIVEIRA, 2006).

para as doenças sexualmente transmissíveis (TEIXEIRA, 1997; GRANGEIRO; LAURINDO-SILVA; TEIXEIRA, 2009).

As respostas do Estado de São Paulo em Aids no início dos anos 80 foram caracterizadas pelo envolvimento da comunidade, a legitimação da necessidade de ações contra a nova doença, apesar de a demanda ter vindo de um grupo socialmente minoritário, e a ausência de atitudes discriminatórias e estigmatizantes. Teixeira (*op. cit.*) argumenta que esse perfil é justificado tanto porque as pessoas que demandaram ações governamentais eram dos movimentos sociais, habituados a lutarem pelos direitos dos grupos minoritários, quanto porque as ações foram coordenadas por profissionais que já possuíam longa experiência com hanseníase, doença também associada ao medo do contágio, ao estigma e a discriminação; e devido ao cenário político presente na Secretaria da Saúde do Estado com viés progressista após anos de ditadura militar.

Apesar de possuir ideias progressistas e de não adotar medidas legais discriminatórias contra as pessoas que vivem com HIV, as ações do Governo Brasileiro, na primeira metade da década de 80, não corresponderam aos seus discursos, pois a morosidade para tomar decisões e implantar medidas efetivas não condizia com a dimensão da epidemia. Muitos profissionais do setor saúde questionavam a real necessidade de intervenções da saúde pública em um problema que estava direcionado apenas para um pequeno grupo da população. Implícita nessa noção nota-se o desconhecimento sobre o que é um problema de saúde pública e fortes preconceitos em relação aos homossexuais (TEIXEIRA, 1997; PARKER 2000).

Em 1985 surge o primeiro teste de HIV, baseado na detecção de anticorpos contra o vírus. Diante disso, alguns pareceres, ainda em nível estadual, foram criados visando a não discriminação das pessoas soropositivas, como por exemplo, a obrigatoriedade dos médicos e das instituições de informar o resultado do exame de HIV para o doador de sangue, bem como impedir que o resultado da sorologia fosse utilizado para excluir candidatos das vagas de trabalho ou para a demissão de trabalhadores (BRASIL, 2012).

Também em 1985, após o crescimento dos casos de Aids em todo o país, o Ministério da Saúde (MS) admite a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. Nesse mesmo ano, o Programa Nacional de Aids foi fundado e estabeleceu as primeiras instruções e normas para o enfrentamento da epidemia no país. As ações em âmbito federal até 1986 estavam direcionadas para vigilância epidemiológica, em assistência médica e a propagação dos discursos de alerta contra a epidemia e de não

discriminação. No tocante à prevenção, as respostas eram ainda restritas, limitadas às reuniões, palestras, distribuição dos folhetos e reportagens veiculadas na mídia. Teixeira (1997) argumenta que se a falta de recursos impediram respostas de prevenção mais eficazes, contribuindo para o agravamento da Aids, ela também auxiliou para a interlocução entre diversos setores, como Governo, Universidade, mídia e comunidade, o que resultou na criação da primeira organização não governamental voltada especificamente para a Aids: o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids- (GAPA).

Com o anúncio que a Aids afetou os hemofílicos que necessitaram de transfusão de sangue, a sociedade paulistana, junto com o GAPA e instituições privadas de saúde pressionaram que o Estado de São Paulo aprovasse a lei que tornava obrigatória a triagem sorológica para HIV em todo o sangue a ser transfundido.

Em 1986, a Carta de Ottawa defende o conceito ampliado de saúde, sobrepujando o setor sanitário, entendida como um bem estar global que possui como requisitos a paz, habitação, educação, alimentação, renda, economia estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OTTAWA, 1986).

Juntamente com as mudanças no conceito de saúde, a reforma sanitária brasileira caracteriza a resposta do Brasil à Aids por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, a partir da Constituição da República de 1988, reconhece a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196). Essa premissa significa que o poder público tem o dever de garantir a saúde através dos princípios da universalidade, da integralidade do acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da igualdade da assistência e da autonomia das pessoas em defender sua integridade física e moral (BRASIL, 1988a).

O princípio da universalidade significa o direito à saúde para todos, englobando o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. O princípio da integralidade assegura que todas as pessoas devem ter acesso às ações e serviços em todos os níveis do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades individuais. Já o princípio da igualdade da assistência expressa o acesso universal à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. E a autonomia significa que os cidadãos têm o direito à informação sobre sua saúde e o poder de tomar decisões sobre sua própria vida, a partir do esclarecimento do que a sua escolha pode gerar (PAIM, 2009).

É, portanto, baseada nos princípios e nas diretrizes do SUS que a resposta brasileira à Aids está estruturada. A integralidade do cuidado e a funcionalidade do

sistema de saúde são fundamentais para se obter uma resposta eficiente e duradoura na luta contra a epidemia.

Após o surgimento do SUS, há a reestruturação do Programa Nacional de Aids que incorpora as novas características do modelo e atenção à saúde no país e adota:

- a) participação dos movimentos sociais e comunitários no controle social e defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV;
- b) as ações combinadas entre prevenção, assistência e tratamento, que buscam atender as necessidades de saúde da população e de grupos vulneráveis para assegurar a sustentabilidade do acesso universal aos medicamentos, diagnóstico e aos insumos de prevenção e;
- c) a descentralização das ações em sintonia com os processos de construção do modelo de atenção do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b, p. 12).

O Programa Global de Aids, da OMS, apoiou o Programa Nacional no Brasil, tanto técnica quanto financeiramente, e na década de 80, sua ênfase foi no combate à discriminação e luta pelos direitos dos que viviam com HIV.

Semelhante aos países das Nações Unidas, o Brasil construiu políticas e estratégias de prevenção, diagnóstico e assistência direcionadas aos níveis federais, estaduais e municipais, aliadas aos objetivos da OMS e UNAIDS, buscando controlar a epidemia.

Os movimentos gays e feministas foram os primeiros a protagonizarem ações de prevenção contra a Aids no início da década de 80, possuindo um papel fundamental até hoje junto aos gestores de saúde na construção de consensos políticos e técnicos, bem como nas atividades de controle social para garantir os direitos, presentes na Constituição de 1988, das pessoas que vivem com HIV ou que estão com Aids e da população mais vulnerável à epidemia.

A segunda metade dos anos 90 foi marcada pela conquista do acesso ao tratamento, por meio do decreto da lei nº 9.313/1996 (BRASIL, 1996) que garante acesso à terapia antirretroviral gratuitamente a todos os brasileiros que vivem com HIV ou Aids, contrariando as diretrizes do Banco Mundial que defendia que países em desenvolvimento não deveria investir em tratamento e apenas em prevenção, pois os custos do tratamento são altos e o Estado não deveria assumir essa responsabilidade. No entanto, essa recomendação contraria a noção de saúde adotada pelo SUS e, após constantes lutas políticas das organizações sociais que realizou militância para melhores tratamentos, essa conquista foi alcançada. A vitória reassegurou os princípios do SUS, onde cada vida é importante e por isso os brasileiros têm direito ao medicamento.

No entanto, os boletins epidemiológicos nos mostram que a epidemia da Aids ainda está longe de ser controlada, por isso, apesar do sucesso da terapia antirretroviral, muitos desafios existem se quisermos diminuir a suscetibilidade das populações mais vulneráveis. Por isso, as políticas públicas devem ser construídas de modo que respondam eficazmente com a demanda social.

Em um país de dimensões continentais que possui diferentes epidemias de Aids espera-se que as políticas nacionais de acesso universal e de saúde também acompanhem esse mosaico (FONSECA; BASTOS, 2007 e UNAIDS 2010c), com o intuito de atender as necessidades e as especificidades de saúde de cada local.

Versaremos, a seguir, sobre as políticas e ações de prevenção e diagnóstico do Brasil, intercalando com as estratégias desenvolvidas na cidade de Fortaleza, local de ocorrência desse estudo, ao controle do avanço da epidemia da Aids. Visando à fluidez da leitura, somente descreveremos as políticas de saúde de Fortaleza referenciadas ao HIV/Aids, caso elas se distingam das nacionais.

1.3.2.1 Políticas e Ações de Prevenção e Diagnóstico no Brasil

Em nível preventivo, o Ministério da Saúde divulga o uso de preservativos masculinos e femininos como o modo mais eficiente de prevenção à Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis e os distribui, gratuitamente, desde 1994, em toda a rede pública de saúde, englobando as unidades básicas, centros de testagem e aconselhamento, serviços especializados e bancos de preservativos; bem como em campanhas de prevenção realizadas por organizações não governamentais e em escolas que participam do programa federal *Saúde na Escola*¹⁸ (BRASIL, 2011).

Além de o uso da camisinha, outras estratégias de prevenção incentivadas pelo MS são: fornecer informações sobre DST/Aids; fortalecer as estratégias de comunicação; fornecer lubrificantes e recomendar aos usuários de drogas que não compartilhem seringas e agulhas, e às gestantes que realizem o pré-natal e o exame de HIV no primeiro trimestre da gravidez, podendo o diagnóstico ser realizado até no momento do parto, a fim de diminuir a transmissão vertical.

¹⁸ O Programa Saúde nas Escolas (PSE) é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e Educação com o objetivo de oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. Para maiores detalhes, acesse: <http://www.sistemas.Aids.gov.br/saudenaescola2010/index.php?q=node/67>. Acesso em 09 de fevereiro de 2011.

Em nível municipal, as ações de prevenção, assistência, diagnóstico, dentre outras são executadas pela Coordenação Municipal de DST/Aids por meio do Plano Municipal de Ações e Metas para o combate à Aids¹⁹ (PAM Municipal) que congrega as políticas em DST/Aids como um todo (FORTALEZA, 2011).

As ações preventivas executadas pela Coordenação Municipal direcionada para homossexuais e HSH, no ano de 2010, foram: três campanhas sobre DST/HIV/Aids nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), abrangendo a população em geral e os homossexuais; a oficina ‘Saúde sem Homofobia’ voltada aos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família (CSF) visando a melhorar a qualidade do atendimento à população LGBT; distribuiu mais de sete milhões de preservativos masculinos e mais de sessenta mil femininos em toda rede de atenção básica, bem como em blocos carnavalescos, cinemas pornográficos e rede de terreiros (FORTALEZA, 2011).

Em nível diagnóstico, o Brasil adota políticas e ações que possam diminuir o alto índice de diagnóstico tardio como um dos compromissos²⁰ do Governo da Presidenta Dilma Rousseff. Por isso, desde os governos anteriores, a oferta de testagem nos serviços de saúde de Atenção Básica e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) vem sendo ampliada, adotando as estratégias de descentralização de suas ações, estruturação das redes laboratoriais, incentivo político à testagem, mobilização social de incentivo à procura do diagnóstico precoce pela população, elaboração de normas e protocolos nacionais, articulação com a sociedade civil organizada, garantia dos recursos financeiros com a pactuação entre as esferas de gestão para aquisição dos testes diagnósticos e incremento financeiro para compromissos específicos, como a redução da transmissão vertical (BRASIL, 2010a).

A fim de expandir ainda mais a oferta e a cobertura do teste de HIV, em 2005 o Brasil implantou o diagnóstico por meio dos testes rápidos. As vantagens do teste rápido são a celeridade na entrega do resultado com a mesma segurança do teste convencional, não exigir tanta habilidade técnica para sua realização e possibilitar que pessoas que morem em regiões de difícil acesso geográfico e populações mais vulneráveis tenham acesso à testagem (BRASIL, 2010e).

¹⁹ O Plano Municipal de Ações e Metas para o combate à Aids encontra-se disponível em www.fortaleza.ce.gov.br. Acesso em 03/04/2011.

²⁰ Carta de compromisso da Presidenta Dilma Rousseff ao combate à disseminação da epidemia da Aids. Disponível em: <<http://websuporte.info/forumAidssp.org.br/site/uploads/bd4e79d6-0296-e1d4.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2011.

A ampla oferta dos testes de HIV distribuídos em todo o Brasil foi notificada pelo Ministério da Saúde. A quantidade de testes rápidos subiu de 680 mil para 2,6 milhões de 2005 a 2009. No primeiro semestre de 2009, os estados receberam 1,3 milhão de dispositivos para realização de diagnósticos rápidos, significando três vezes mais testes do que o mesmo período no ano de 2008. Já os testes convencionais aumentaram de 3,96 milhões para 4,93 milhões entre 2005 e 2009 (BRASIL, 2010e). Essa elevada oferta de insumo gerou o investimento de R\$ 64,92 milhões de reais nas tecnologias de diagnóstico para o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Desse montante, R\$ 15,52 milhões foram gastos com testes rápidos e R\$ 49,4 milhões com os tradicionais. Em 2010, a estimativa é que o Governo gastasse R\$ 65 milhões com esses produtos (BRASIL, 2010d).

Ressaltamos, portanto, o alto investimento que o Governo Federal dispense ao diagnóstico do HIV. Porém, o MS percebeu que apesar de a oferta do teste, o número de pessoas sem acesso aos serviços de saúde e que não buscavam a testagem era alto, fazendo com que novas estratégias visando a facilitar o acesso à testagem e aos serviços fossem executadas.

Uma dessas ações foi a Portaria SVS/MS nº 151 (BRASIL, 2009) simplifica os fluxos de testagem laboratorial e do teste rápido, contribuindo para a redução dos custos e agilidade no diagnóstico. Conforme o Ministério da Saúde, o acesso ao teste de HIV aumentou 52,7% em sete anos, na rede pública. Em 2009, foram realizados 5,7 milhões de testes de HIV, sendo 1,9 milhão de teste rápido. Se comparado a 2003, houve aumento de 2 milhões de testagem, que podem ser justificados devido à introdução no SUS do teste rápido, em 2005 (BRASIL, 2010d).

Outra estratégia de divulgação e busca pelo acesso ao teste de HIV foi a criação da campanha *Fique Sabendo* (BRASIL, 2003), que possui como uns dos objetivos a conscientização da população para o diagnóstico precoce do HIV e o fornecimento do teste rápido às populações de difícil acesso.

Em 2010, a Coordenação Municipal de DST/Aids de Fortaleza executou 10 campanhas Fique Sabendo nas unidades básicas de saúde, abrangendo todas as seis secretarias regionais, a fim de aumentar a cobertura e realizar o diagnóstico precoce do HIV (FORTALEZA, 2011).

Visando a garantir a diminuição do estigma face ao resultado positivo de HIV e o suporte psicológico, preventivo e assistencial, o Brasil segue os princípios propostos pela OMS que perpassam o processo de testagem: o aconselhamento pré e

pós-teste, o consentimento informado, específico e voluntário²¹; e a confidencialidade dos resultados, buscando, assim aliar os direitos de liberdade/escolha (autonomia privada) e de igualdade (saúde e educação) (FRANCA-JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008).

Ciente das especificidades do Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b) formulou as diretrizes e procedimentos básicos para o aconselhamento em DST e HIV/Aids com o objetivo de auxiliar os profissionais que atuam nos serviços que realizam aconselhamento para fazê-lo de modo eficaz.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), a princípio nomeados de Centros de Orientação e Apoio Sorológicos (COAS) foram fundados no Brasil ao final década de 80, como o serviço público de realização de teste de HIV de modo gratuito, confidencial e anônimo às populações mais vulneráveis – homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de droga – além de fornecer educação e aconselhamento para os indivíduos sob o risco de infecção pelo HIV. Com a mudança no perfil da epidemia, nos anos 90, os CTA expande a oferta do teste e de educação em prevenção do HIV/Aids e outras DST para toda a população geral, incluindo os segmentos considerados de maior vulnerabilidade. Entre os anos 2001 e 2004, devido às políticas de incentivos à realização de ações direcionadas as DST, bem como ao surgimento de campanhas nacionais voltadas para a ampliação do diagnóstico do HIV e intensificação das políticas de prevenção da transmissão vertical, ocorreu a maior implantação de CTA no país por municípios e estados, de acordo com a demanda local (BRASIL, 2010c).

Conforme o Ministério da Saúde, até 2009, existiam no Brasil 426 CTA, havendo variações entre as regiões do país. O sudeste é o território de maior concentração, possuindo 166 centros de testagem, seguido pelo Nordeste com 77 CTA. Em Fortaleza, 64 locais da rede pública entre as Unidades de Saúde (US) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA) Carlos Ribeiro oferecem a testagem. Nas Unidades de Saúde, o teste pode ser realizado apenas após a prescrição de um médico da rede pública. Já no CTA, a solicitação médica não é necessária, podendo o usuário realizar o teste de HIV e aconselhamento, anonimamente (BRASIL, 2010c).

²¹ Termo de consentimento livre e esclarecido baseado na instrução normativa Nº 1.626 de 10 de julho de 2007, a qual regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1626.htm>. Acesso em: 10/02/2011.

No tocante às recomendações para testagem, é importante ressaltar que, diferente da UNAIDS e CDC, o MS do Brasil não possui uma recomendação específica da frequência mínima para o teste de HIV ser realizado entre as populações, nem mesmo para aquelas mais vulneráveis, como o caso dos HSH. No site da campanha Fique Sabendo aparece a seguinte orientação quando clicado no *link* ‘quando fazer?’ o teste:

O teste de Aids não deve ser feito de forma indiscriminada e a todo o momento. O aconselhável é que quem tenha passado por uma situação de risco, como ter feito sexo desprotegido, faça o exame. Após a infecção pelo HIV, o sistema imunológico demora cerca de um mês para produzir anticorpos em quantidade suficiente para serem detectados pelo teste. Por conta disso, é melhor fazer o exame após esse período. **SITUAÇÕES DE RISCO.** O HIV pode ser transmitido: Por relações sexuais desprotegidas (sem o uso do preservativo), anais, vaginais e orais; Pelo compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas; De mãe para filho durante a gestação, o parto e a amamentação; Por transfusão de sangue. Mas é bom lembrar que o HIV não é transmitido pelo beijo, toque, abraço, aperto de mão, compartilhamento de toalhas, talheres, pratos, suor ou lágrimas. Portanto, toda pessoa soropositiva pode e deve receber muito carinho e atenção! (BRASIL, 2003).

A recomendação é que a população faça o teste pelo menos após um mês do envolvimento em uma ou mais das seguintes situações de risco: relação sexual desprotegida anal, vaginal ou oral; compartilhamento de agulhas e seringas; realização de transfusão de sangue; estar grávida ou amamentando. Além disso, percebemos a mensagem de informação fortalecendo o conhecimento das pessoas e reduzindo o estigma e preconceito de que não posso tocar em quem vive com HIV (BRASIL, 2003).

Os benefícios da testagem são expostos por França-Júnior *et al.* (2003) que argumentam que a realização do teste e o início do tratamento longitudinal precoces naqueles que apresentaram resultado positivo para o HIV têm como consequências o aumento da sobrevivência, a diminuição no tempo de hospitalização e o aumento na aderência ao tratamento medicamentoso. Marks *et al.* (2005) relatam que, quando o indivíduo positivo ao vírus HIV se torna consciente do resultado do seu teste, ele se envolve em comportamentos menos arriscados, diminuindo a transmissão da doença.

Reiterando, Grangeiro (2010) analisa que o diagnóstico é a estratégia de maior impacto para o controle da epidemia de Aids, pois influencia nos comportamentos individuais, no tratamento e nas despesas com os cuidados à saúde. Segundo o autor, o risco de morrer diminui 53 vezes quando a testagem ocorre precocemente se comparado ao diagnóstico tardio.

No entanto, a proporção das pessoas que se submetem ao teste de HIV no Brasil continua baixa. O Ministério da Saúde (Brasil, 2010a) discorre que, embora esteja aumentando o número de brasileiros que realizam o teste de HIV, 40% das pessoas que vivem com o vírus não sabem que possuem a infecção, pois nunca realizaram o exame. Grangeiro (2010) mostra que, em 2005, 69,6% dos homens entre 45 e 54 anos e 41,5% dos homo/bissexuais do país nunca fizeram o teste de HIV. Ainda, o autor cita o relatório do Brasil da Sessão Especial da Assembleia geral das Nações Unidas (UNGASS), referente ao ano de 2010, mostrando que apenas 19% dos HSH, 17,5% das profissionais do sexo e 13% dos usuários de droga foram testados nos últimos 12 meses.

França-Júnior, Calazans e Zucchi (2008) mostram as mudanças em relação ao teste de HIV ocorridas no Brasil entre 1998 e 2005. Os autores corroboram o dado de que o número de testes de HIV realizados no Brasil vem aumentando, havendo um crescimento de 20% para 33,6% entre 1998 e 2005. Em relação aos homens, aqueles que relataram ser homossexual ou bissexual foram menos testados, em 1998. Comparando os dois anos, houve aumento da testagem naqueles que declararam relações homossexuais ou bissexuais, possuírem dois a três parceiros sexuais, que já apresentaram alguma DST na vida e não tiveram relações sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista. No entanto, houve em ambos os anos menor submissão ao teste nas idades extremas (16-19 e 55-65 anos), entre analfabetos ou aqueles com ensino fundamental, e naqueles com renda inferior a três SM, mostrando que pode haver relação entre desigualdades socioeconômicas e acesso à prevenção ao HIV/Aids. Em 1998, mulheres com um ou nenhum parceiro sexual nos cinco anos anteriores à entrevista e homens que declararam parceria homo e bissexual foram menos testados.

Araújo (2009) realizou um estudo na população acima de 50 anos infectada pelo HIV ou com Aids do maior hospital de referência do Ceará, revelando que quase metade dos pacientes foi diagnosticada após os 50 ou 60 anos e mais da metade está envelhecendo com a infecção, sendo um percentual pequeno entre 35 anos e quase metade aos 40 anos. Mostrou também que mais de três quartos dos pacientes realizaram o teste de HIV somente após ter adoecido e/ou o parceiro ter adoecido ou morrido de Aids, revelando o diagnóstico tardio.

O Boletim Epidemiológico de Aids citou a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), a qual revela que, em 2008, 38,4% da população sexualmente ativa de 15 a 54 anos afirmou ter realizado o teste de HIV

pelo menos uma vez na vida, expressando aumento na cobertura de testagem, se comparado ao ano de 2004. A PCAP revelou também que apenas 13,1% dos homens e mulheres de 15 a 49 anos que realizaram o teste de HIV em 2007 conheciam o resultado do último exame, sendo 0,1% entre os homens e 15,9% entre as mulheres. Essa cobertura foi maior entre as populações mais vulneráveis para a infecção pelo HIV: 17,5% entre as mulheres profissionais do sexo, 19,1% entre os HSH e 13,2% entre os usuários de drogas ilícitas (BRASIL, 2010a).

De Mello *et al.* (2008) realizou um estudo em Campinas com HSH e mostrou que 44% dos participantes nunca haviam sido testados na vida, estando 62% deles na faixa de 14-19 anos. Além de nunca ter realizado o teste de HIV, 46% dos HSH de 14-19 anos se envolveram em sexo anal receptivo desprotegido nos últimos dois meses. Os autores observaram também que metade dos participantes percebeu como baixo seus riscos para contrair HIV, apesar de 34% de eles terem tido relação anal receptiva desprotegida. Entre os HSH com resultado positivo para HIV, 28% já sabiam seu estado sorológico e 36% relataram ter recebido resultado negativo no último teste de HIV, ocorrendo de 55% de eles terem realizado o teste de HIV há menos de um ano da execução do estudo. Em relação à testagem, metade dos participantes já haviam se examinado, gratuitamente, nos serviços municipais de saúde de Campinas. Dentre os que já se testaram, 40% já haviam se submetido ao exame pelo menos duas vezes antes, porém apenas 42% destes fizeram no ano anterior ao estudo.

Embora com variação, os estudos mostram que há aumento na realização da testagem de HIV. No entanto, França-Júnior *et al.* (2003) evidenciam a baixa procura pelo diagnóstico, quando revela que de cada 10 entrevistados, 7 nunca tinham feito o teste. Esse dado corresponde ao do Ministério da Saúde (Brasil, 2010a) e justifica a importância de pesquisas voltadas à compreensão dos motivos pelos quais as pessoas realizam ou não o teste de HIV.

Tentando entender a baixa adesão ao teste, França-Júnior, Calazans e Zucchi (2008), perguntaram as razões pelas quais as pessoas realizavam ou não o teste de HIV. Enquanto para as mulheres o motivo principal para se submeter ao teste foi o pré-natal em ambos os anos, para os homens foram doação de sangue (40%), em 1998; e iniciativa própria (37%) e doação de sangue (36%), em 2005. Esses dados mostram diferenças significativas nos motivos entre homens e mulheres para a realização do teste de HIV. Entre as pessoas que nunca se testaram, as razões foram: 72% declararam ser pouco provável a exposição ao HIV; 4,7% não sabiam onde fazer o teste; 2,5%

relataram que não queria pensar sobre HIV, 2% tinham medo de o resultado ser positivo e 1,7% tinham medo de agulhas. Ainda, 0,7% achavam que os resultados não eram confidenciais; 0,36% relataram medo de perder o emprego, família e amigos e 0,01% tinham medo que seu nome fosse notificado ao governo, em caso de soropositividade.

França-Júnior (2011), argumenta que as políticas públicas devem levar em conta os significados do teste de HIV para os indivíduos, pois eles diferem dos objetivos da Saúde Coletiva. Para a Saúde Coletiva, o teste de HIV possui objetivo sanitário, de controle da epidemia da Aids e diminuição da morbimortalidade, por meio de ações de prevenção e assistência. Já para os indivíduos, o teste significa a ameaça à estabilidade dos relacionamentos afetivos e familiares, fonte de abandono, medo, desconfiança, possibilidade de exclusão social, desconfiança do sigilo dos profissionais de saúde e modo de proteção de si e dos outros, esse último visto como um incentivo. O autor adverte que do ponto de vista dos direitos humanos, o teste de HIV está baseado nos três princípios normativos: aconselhamento pré e pós teste, consentimento esclarecido e informado e voluntário e confidencialidade do resultado. Nessa perspectiva, testar não é semelhante a prevenir e tratar, possuindo significado diferente para cada pessoa; e alerta que a ótica exclusivamente sanitária pode afastar as pessoas dos serviços de saúde.

Em Fortaleza, testes de HIV foram oferecidos durante a coleta dos dados de um inquérito de segunda geração financiado pelo PN-DST/Aids, mas a aceitação dos mesmos foi relativamente baixa. Em 2005, somente 15% dos homens que fazem sexo com homens (HSH) concordaram em realizar o teste (KERR *et al.*, 2006; KENDALL *et al.*, 2008).

Campos (2005) estudou as motivações de homens e mulheres para a repetição voluntária de teste de HIV em um CTA de Fortaleza. Encontrou como principal motivação para a retestagem a percepção que se tem do parceiro e não apenas a ocorrência de uma relação sexual desprotegida. As outras motivações foram a ruptura de uma relação de confiança, estratégia de prevenção entre os casais como modo de se certificar que seu parceiro não tem o vírus, e sofrer com a desconfiança de estar com HIV. Ainda, foi visto que o sexo sem preservativo é realizado, muitas vezes, por necessidade de prazer, embora a sensação de insegurança esteja presente devido ao conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus. A autora conclui que os discursos construídos no início da epidemia vigoraram nos dias atuais, dificultando que as ações de prevenção sejam praticadas no cotidiano.

O aconselhamento pré-teste pode também ser uma barreira para a testagem, pois muitas vezes os discursos dos aconselhadores são coercitivos, desrespeitosos, pouco acolhedores, variando entre a disciplina e o liberalismo sexual (SOUZA; CZERESNIA, 2007) baseados na heteronormatividade, nem sempre condizentes com a realidade da pessoa a ser testada. Além disso, o aconselhamento pode nem sempre ocorrer nos serviços de saúde, como mostra a pesquisa de França-Júnior, Calazans e Zucchi (2008). Os autores revelaram que 55% das mulheres entrevistadas em 2005 não receberam aconselhamento e 1,6% delas não sabiam que estavam sendo testadas para HIV. Esses estudos mostram que o teste pode estar sendo realizado sem o consentimento das pessoas e sem aconselhamento, independente do motivo da prescrição, desconsiderando os princípios supracitados que orientam a prática da testagem. De modo semelhante, mais da metade de homens e mulheres, em 2005, não receberam qualquer orientação pré ou pós-teste. Entre os que receberam, a orientação foi fornecida em sessão individual. Entre 1% e 2,5% não sabiam que estavam sendo testados para HIV.

Apesar de os esforços para o aumento do acesso aos serviços de saúde e das políticas de prevenção, a demanda espontânea permanece baixa na maioria dos CTA e das campanhas de diagnóstico precoce no Brasil, dificultando o alcance do acesso universal no país. Isso mostra a importância de estudos que busquem desvelar os porquês da não realização do teste de HIV, pois seus resultados poderão ser úteis para que estratégias de prevenção e diagnóstico à Aids sejam pensadas de modo mais eficazes.

Sabemos que as desigualdades de acesso no Brasil é uma questão para além do campo da saúde. E que as diversas condições de vida promovem distintos graus de vulnerabilidades e riscos acrescidos para alguns segmentos específicos. A alta prevalência de HIV entre os HSH pode ser consequência, dentre tantos fatores, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ocasionando aumento em suas vulnerabilidades, uma vez que poderão não se envolver em práticas sexuais com preservativo, na busca do teste de HIV e na adesão ao tratamento.

Na tentativa de diminuir essas desigualdades, foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis contendo metas a serem implementadas entre os anos de 2007 a 2011 (BRASIL, 2007). As ações elaboradas estavam relacionadas com ampliação do acesso aos insumos de prevenção; o desenvolvimento

de novas tecnologias; estratégias de combate ao estigma e discriminação; o fortalecimento das parcerias interinstitucionais; e a produção de conhecimento. Nesse documento, o Governo reconhece como novos fatores delineantes dos contextos de vulnerabilidade a inserção dos jovens no panorama da epidemia, as dinâmicas dos espaços de sociabilidade homoafetivos, como pontos de pegação, cinemas, saunas, parques, banheiros públicos, dentre outros; a prevenção entre os casais e todas as situações de desrespeito aos direitos e à diversidade por orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2007).

Uma das metas do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis é reduzir o contexto de vulnerabilidade que os tornam mais susceptíveis à infecção pelo HIV e outras DST. Entre os fatores que favorecem à vulnerabilidade estão a homofobia e a transfobia, a negação do direito à livre orientação sexual e as múltiplas identidades, a dificuldade do acesso ao diagnóstico, aos insumos de prevenção e ao tratamento das DST e Aids, a violência, o preconceito, as redes de interação que se constroem no plano da cultura sexual e o uso de drogas (BRASIL, 2007).

A homofobia e a transfobia produzem a clandestinidade dos HSH, aumentando seus graus de vulnerabilidade social e risco de infecção, pois geram falta de segurança de violência, além de diminuir a autoestima. A negação da livre expressão da sexualidade aumenta o afastamento dos serviços de saúde, devido ao despreparo dos profissionais para lidar com as diferentes identidades sexuais, uma vez que se baseiam nas normas heterossexuais de conduta e discursam o sexo como algo natural e biológico, pondo em esquecimento as dimensões históricas, sociais e culturais que o construiu e lhe dão sentido. As dificuldades de acesso ao diagnóstico, aos insumos de prevenção e ao tratamento das DST e Aids promovem o afastamento não só dos serviços de saúde, mas também das ações de prevenção e promoção por parte da população LGBT. Algumas das barreiras ao acesso podem ser exemplificadas como a ausência de programas de saúde voltados para esse público, utilizando abordagens que considerem as múltiplas identidades sexuais e de gênero, além de a quantidade de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante) distribuídos nas Unidades de Saúde está aquém da realidade e o aconselhamento pré e pós teste não ser voltado para essa população, possuindo, muitas vezes, discursos normativos e preconceituosos. O consumo de álcool e outras drogas também compõem o quadro que aumenta a vulnerabilidade ao HIV entre a população LGBT, pois podem ser utilizados como

facilitadores dos relacionamentos, aumentando a desinibição e a prática sexual sem preservativo (BRASIL, 2007).

No entanto, existem apenas duas metas que versam especificamente sobre o teste de HIV para os gays e outros HSH e estão atreladas ao objetivo garantir o acesso integral e universal à prevenção das DST/Aids para gays e outros HSH. Uma das metas diz respeito à definição dos serviços de referência para o diagnóstico, assistência e tratamento das DST/Aids e hepatites, por parte dos projetos da sociedade civil e de governos. E a outra é o desenvolvimento de pelo menos uma campanha anual de comunicação, entre o período de 2008 a 2011, a fim de dar visibilidade à gravidade da epidemia entre gays e outros HSH e estimular o diagnóstico e tratamento das DST, hepatites e Aids.

Pela análise desse Plano, vemos que o diagnóstico de HIV é pouco divulgado, podendo ser estimulado apenas uma vez ao ano em uma campanha pública, o que não favorece para o seu amplo conhecimento, tornando vulneráveis aqueles que não tiveram acesso ao evento, devido à falta de informação dos locais e procedimentos de testagem. No entanto, sabemos que as metas para redução dos contextos de vulnerabilidade podem contribuir, de modo indireto, para tornar o diagnóstico mais acessível e menos temeroso.

No ano de 2010, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010f) é divulgada direcionada para a integralidade da saúde da população LGBT, tendo como pressuposto que “a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (BRASIL, 2010f, p. 14-15). Desse modo, seu objetivo é promover a saúde integral da população LBGTT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, auxiliando na redução das desigualdades e no fortalecimento do SUS como sistema universal, integral e equânime. As ações são voltadas para a promoção da saúde em vários âmbitos, a fim de alcançar o conceito ampliado de saúde adotado pelo SUS.

Como podemos observar, existem políticas públicas em HIV/Aids voltadas para os gays e outros HSH com o objetivo de reduzir os contextos de vulnerabilidade dessa população, de modo a protegê-los dos agravos em saúde de modo geral. O diagnóstico de HIV está incluso nessas políticas associado ao acesso universal à prevenção e ao tratamento. No entanto, a busca pelo diagnóstico entre os HSH ainda se

encontra reduzida na cidade de Fortaleza. Por isso, acreditamos que um estudo que busque entender os contextos de vulnerabilidade dos HSH e, conseqüentemente, contribua para que programas de prevenção, assistência e cuidado para essa população sejam elaborados de modo mais eficazes, é de fundamental importância para a saúde pública brasileira e cearense.

Portanto, esse estudo possui o propósito de conhecer as (des)motivações pelas quais os homens que fazem sexo com outros homens realizam o teste de HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Explorar os contextos de vulnerabilidade que interferem na (não) realização do teste de HIV entre os homens que fazem sexo com outros homens.

2.2 Objetivos Específicos:

- Explorar os incentivos e as barreiras em relação ao teste de HIV advindos dos contextos individual e social.

- Explorar os incentivos e as barreiras em relação ao teste de HIV que podem advir do contexto programático.

- Explorar como as recomendações do Ministério da Saúde para a realização do teste de HIV são entendidas e vivenciadas pelos HSH.

3. METODOLOGIA

Caracterização do estudo

Esse estudo constitui um dos módulos do projeto de pesquisa intitulado “Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)²², Ministério da Saúde Brasileiro e Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS/FRANÇA).

Diante do perfil epidemiológico da Aids entre os HSH em Fortaleza e dos dados quantitativos provenientes do primeiro módulo do projeto de pesquisa supracitado, escolhemos um método qualitativo para esse estudo, pois estamos interessados nos conteúdos intersubjetivos, sejam eles conhecimentos, crenças, experiências, práticas e atitudes (Minayo, 2003) que possam demonstrar os significados individuais e coletivos relacionados ao HIV/AIDS, mais especificamente ao teste de HIV, que contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos HSH à epidemia. Ademais, concordamos com Parker (2000) que o entendimento desses significados é de fundamental importância para subsidiar a elaboração de novas políticas de saúde e de ações de prevenção mais eficientes, delineadas para cada comunidade ou grupo.

Adotamos o método da Avaliação Rápida Antropológica (*Rapid Anthropological Assessment- RAA*), de abordagem qualitativa, desenvolvida há mais de 30 anos e aplicada em diversas áreas, tais como nutrição (KELLER *et al.*, 1995), drogas (NEEDLE *et al.*, 2003; STIMSON *et al.*, 2006; KARAM *et al.*, 2010); saúde reprodutiva (KENDALL *et al.*, 2005); HIV/AIDS (NEEDLE *et al.*, 2003; BATES *et al.*, 2007), dentre outros.

Nosso estudo tem caráter exploratório e o objeto deste se justifica devido à carência de pesquisas qualitativas acerca do teste de HIV entre HSH em Fortaleza e seus resultados serão utilizados como subsídios ao terceiro módulo do projeto de pesquisa supracitado. Este possuirá como público-alvo gestores municipais e estaduais e organizações não governamentais de Fortaleza que lidam com políticas públicas em HIV/AIDS visando à mostrá-los as lacunas que foram encontradas no campo dessa

²² Edital MCT/CNPq no. 14/2009 – Universal

pesquisa em relação às recomendações governamentais e a as práticas cotidianas de prevenção e diagnóstico, a fim de elaborar políticas em HIV/AIDS mais eficazes.

Caracterização do método

O RAA é um termo genérico utilizado quando se objetiva realizar uma avaliação qualitativa, em um curto espaço de tempo, acerca de problemas relacionados à saúde e de programa direcionados à prevenção, assistência e cuidado (ASPRAY *et al.*, 2006; CAMPOS *et al.*, 1994; CHOPRA *et al.*, 2006; HERMAN; BENTLEY, 1993; KENDALL *et al.*, 2005).

O RAA tem sido recomendado pela OMS, principalmente para os países em desenvolvimento que não possuem muitos recursos para pesquisa e que, muitas vezes, precisam de resultados rápidos visando ao controle de um dado fenômeno.

As principais características do RAA são (KENDALL *et al.*, 2005; NEEDLE *et al.*, 2003; STIMSON *et al.*, 2006): 1) Pode utilizar várias técnicas no mesmo estudo, tais como: entrevistas abertas ou semiestruturadas, grupos focais, observação direta e diversas fontes de dados. O uso de múltiplos métodos qualitativos permite uma comparação das informações, contribuindo para um entendimento mais compreensivo do tema. Ainda, pode-se fazer uso de dados quantitativos de forma complementar aos achados qualitativos; 2) envolve pessoas da comunidade, líderes comunitários, informantes-chaves, ONG e qualquer pessoa que possua informações sobre o tema, pois pressupõe que as respostas para a tomada de decisão política encontram-se no grupo estudado; 3) executado em um curto espaço de tempo; 4) enfatiza a diferença entre uma meta do Sistema de Saúde e o que acontece na realidade, visando à melhoria dos serviços de saúde e das práticas educacionais; 5) baseado no contexto cultural, importando os conhecimentos, as experiências e as crenças das pessoas sobre um determinado evento de saúde; 6) busca o conhecimento empírico, a partir das informações adquiridas pela população do estudo; 7) facilita a pesquisa comparativa, uma vez que seus instrumentos são compartilhados através dos diversos locais de aplicação e 8) serve como subsídio para avaliações qualitativas etnográficas mais aprofundadas.

O RAA pode ser utilizado para compreender a lacuna existente entre uma recomendação de política de saúde específica e como as pessoas se comportam em relação à mesma. Em outras palavras, essa metodologia auxilia no entendimento da não

correspondência entre o que deve ser feito, de acordo com as instituições de saúde, e o que as pessoas de fato fazem. Os resultados do RAA podem contribuir, portanto, na tomada de decisão política e na construção de metas e ações mais condizentes com as demandas locais estudadas, melhorando, assim, a integralidade da atenção à saúde em uma dada região (HERMAN; BENTLEY, 1993; NEEDLE *et al.*, 2003; STIMSON *et al.*, 2006). Por isso, acreditamos que esse método pode nos auxiliar a compreender os motivos da (não) realização do teste de HIV entre homens que fazem sexo com homens e as informações adquiridas ajudarão na formulação de políticas públicas locais mais eficazes para essa população.

Como limitações do RAA, tem-se a rapidez do método que pode não apreender a complexidade do fenômeno estudado; o guia norteador com diversas perguntas pode não permitir que o indivíduo se expresse e relate sobre o fenômeno de modo menos diretivo e tenda a falar o que o pesquisador espera ouvir, dentre outros.

Justificamos a adoção do RAA como método, pois o mesmo considera que os problemas sociais são multideterminados, considerando os contextos históricos, religiosos, políticos, cultural e social (STIMSON *et al.*, 1998) e é coerente com o referencial do quadro da vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 1998) utilizado como modelo teórico desse estudo.

Informantes do estudo

Participaram desse estudo quarenta homens que possuem relações sexuais com homens, independente da frequência, com pelo menos 18 anos de idade, residentes na cidade de Fortaleza. Incluímos nesse estudo os homens que se auto definiam como gays, bicha, homossexual, bissexual, entendido, heterossexual e HSH.

Nesse estudo adotamos o termo HSH nos referindo aos homens que fazem sexo com homens, independente de suas orientações sexuais, diante de uma informação que não descaracterize a identidade sexual dos participantes. E utilizamos as orientações sexuais autodefinidas pelos entrevistados diante de uma informação específica ou característica das mesmas.

A escolha de permanecer com o uso do termo HSH, mesmo sabendo que no cotidiano os homens que possuem relações com homens dificilmente se identificam desse modo se justifica pela difusão da categoria nos documentos oficiais e nas políticas públicas de saúde voltadas para homossexuais e bissexuais, na tentativa de incluir os

homens no sistema de saúde. Ademais, esse trabalho se demarca no campo da Saúde Coletiva, onde o termo HSH é amplamente utilizado nos estudos para essa população. No entanto, a adoção desse termo pode ser vista como uma possível limitação desse estudo, já que ele encontra pouca ou nenhuma identidade na cultura brasileira e sua utilização pode sombrear aspectos importantes e diversos das expressões de sexualidade, repercutindo na saúde pública e conseqüentemente na epidemia de Aids.

Em relação à sorologia do HIV, os participantes se diferenciaram nos seguintes aspectos: nunca realizaram o teste; ter sorologia negativa para HIV e ter sorologia positiva para HIV, independente de estarem ou não em tratamento antirretroviral e do tempo de descoberta da infecção.

Locais do estudo e recrutamento dos participantes

Nosso estudo ocorreu em Fortaleza, capital do Ceará, e os participantes foram recrutados nos mais diversos locais de sociabilidade, inclusive os homoafetivos²³ da cidade, de acordo com a facilidade de acesso aos mesmos, tais como: bares, sauna gay, praia de Iracema, residência de conhecidos, COAS, Serviço de Atenção Especializada Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (SAE Cemja), lanchonete, praça e organização não governamental que trabalha com a população LGBT.

As estratégias de recrutamento variaram de acordo com a orientação sexual e a sorologia do HIV, pois devido aos tabus sociais que envolvem esses fatores, além do estigma e da discriminação, geralmente os homens que fazem sexo com homens não revelam suas práticas abertamente, principalmente aqueles que não se definem assumidamente como gay ou homossexual; ainda mais se a entrevistadora é uma mulher, como ocorre nesse estudo. Tentando ultrapassar esses obstáculos, mantendo a coerência com o método RAA utilizado, que envolve informantes-chaves e pessoas da população estudada, convidamos cinco colaboradores locais, além da pesquisadora e do coorientador desse estudo dos seguintes locais: dois da organização não governamental Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB), do sexo masculino, dois profissionais de saúde do SAE Cemja de Fortaleza, do sexo feminino que lidam diariamente com

²³ O termo homoafetivo destaca o papel da afetividade nos relacionamentos das pessoas do mesmo sexo e retira a ideia de perversão ou de maior ênfase ao sexo que o termo homossexual alude.

peessoas que vivem com HIV por meio do apoio psicossocial e realização do aconselhamento pré e pós teste; e um educador social da Secretaria dos Direitos Humanos de Fortaleza, do sexo masculino, que trabalha no Programa Ponte de Encontro²⁴, que lida com pessoas que vivem nas ruas ou em situações de vulnerabilidade.

Inicialmente, apresentamos a pesquisa ao presidente do GRAB, que nos indicou dois colaboradores e, em momentos diferentes, expusemos o estudo para a psicóloga e a assistente social do Cemja e para o educador social do Ponte de Encontro, a fim de expor nossos objetivos e convidá-los para colaborar conosco na fase de campo. Após o aceite das instituições, os colaboradores foram treinados pessoalmente e nas instituições as quais são vinculados até ficarem familiarizados com o método RAA, com os objetivos do estudo, bem como com o guia norteador utilizado no momento da entrevista, que será explicado posteriormente.

O método de recrutamento utilizado para pessoas que vivem com HIV foi por conveniência, uma vez que seria difícil acessar, sem conhecimento prévio das suas sorologias, indivíduos positivos para participarem desse estudo. As profissionais do Cemja que lidam diretamente com pessoas que vivem com HIV por meio do suporte psicossocial e realização do aconselhamento pré e pós-teste explicavam a pesquisa e convidam os sujeitos a participarem, através de uma carta convite (Apêndice A), que contém um espaço para contatos de e-mail e telefônico para posterior marcação da entrevista, quando não foi possível realizá-la no momento do convite.

Do mesmo modo, os colaboradores do GRAB convidaram seus conhecidos que viviam com HIV para participarem do estudo. Durante a marcação da entrevista, os colaboradores perguntavam se os interessados se constrangeriam de serem entrevistados por alguém do sexo feminino e diante da permissão dos mesmos, a pesquisadora entrava em contato com eles, marcava dia, hora e local e realizava a entrevista.

Já o método de recrutamento dos soronegativos foi tanto por conveniência quanto aleatório. O método de conveniência se explica nesse caso devido ao estigma em relação à orientação sexual e a associação entre Aids e homossexualidade ainda existente. Os homens bissexuais e heterossexuais que tem relações sexuais com homens dificilmente divulgam essas práticas em público para evitar penalizações sociais e,

²⁴ Para conhecer os objetivos do Programa Ponte de Encontro da SDH de Fortaleza, acesse: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sdh/index.php?option=com_content&task=view&id=29>. Data de acesso: 23/03/2012.

portanto, o aceite para participar do estudo se torna mais fácil quando feito por alguém conhecido ou quando a pessoa se define com uma das orientações que supostamente não teria preconceito diante da revelação do participante de fazer sexo com homem.

Outra forma de recrutamento foi por indicação dos entrevistados que conheciam algum HSH que nunca realizaram o teste de HIV ou que o fizeram e o resultado foi negativo. Antes de iniciar o campo, pensamos em recrutar participantes após o aconselhamento pós-teste, mas desistimos dessa estratégia, pois sabemos que o momento do recebimento do resultado é perpassado por tensões, conflitos e medos e a interferência de um pesquisador, sem vínculo prévio com os que procuraram a testagem, poderia diminuir a chance de participação, além de poder ser interpretado como uma invasão de privacidade, colocando em xeque a confidencialidade do resultado do seu exame.

As entrevistas ocorreram no GRAB, no Cemja, nas residências dos entrevistados em bairros diferentes, de modo a conseguir uma amostragem diversificada de áreas territoriais de Fortaleza, bem como em espaços de lazer, diversão e homoafetivos. Todas as entrevistas com pessoas que vivem com HIV ocorreram no Cemja e no GRAB, devido à facilidade de acesso para os entrevistados como também por serem locais em que eles se sentiam seguros e confortáveis para falarem sobre suas experiências e conhecimentos acerca do HIV/AIDS.

O SAE Cemja localiza-se na SER II e faz parte da rede de serviços de saúde da prefeitura de Fortaleza, fundado em 2006. O Cemja atende pessoas que vivem com o vírus HIV e oferece um serviço integrado de prevenção, diagnóstico e assistência, por meio de consultas médicas e fornecimento de medicamentos distribuídos pelo SUS, inclusive os antirretrovirais. Em 2010, o Cemja é um centro de referência ao tratamento da Aids no município, por isso a sua relevância como colaborador dessa pesquisa. As entrevistas ocorreram em uma sala de consulta médica, previamente reservada em um dia que não houvesse atendimento médico para evitar atrapalhar a rotina do serviço. O ambiente era climatizado e no momento da entrevista, apenas o entrevistador e o participante estavam presentes e a porta da sala era trancada para manter o sigilo do entrevistado e das informações relatadas, como também para evitar que outros profissionais ou usuários adentrassem a sala, interrompendo a entrevista.

O GRAB é uma ONG, sem fins lucrativos, que existe há quase 23 anos na cidade de Fortaleza, que luta pela construção e efetivação dos direitos humanos, cidadania, inclusão e acesso à saúde, cultura e educação de Lésbicas, Gays, Bissexuais,

Travestis, Transexuais (LGBTT) e pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado do Ceará. O GRAB possui reconhecimento nacional devido às suas ações nas áreas da Saúde, Direitos Humanos, Ativismo e Organização das Paradas pela Diversidade Sexual, sendo uma das organizações mais antigas do Brasil que trabalha com a população LGBTT. No GRAB, as entrevistas ocorreram em uma sala privativa, com portas fechadas, sem interferência e presença de terceiros além da díade entrevistador e participante.

Nos espaços de lazer e de diversão, o entrevistador se apresentava, explicava os objetivos da pesquisa e caso fosse permitido, iriam para um local reservado no mesmo espaço e dava início a entrevista. Quando esta aconteceu na casa dos entrevistados ou no local de trabalho dos participantes, estes escolheram o espaço onde gostaria que a mesma fosse realizada, a fim de deixá-los confortáveis durante a realização da mesma.

Nossas ferramentas técnicas e Trabalho de Campo

Realizamos quarenta entrevistas semiestruturadas individuais, gravadas em áudio e notas de campo como ferramentas técnicas. Antes do início das entrevistas, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), no qual consta os objetivos da pesquisa, bem como a anuência de participação na pesquisa e da gravação dos relatos em áudio. A gravação se deu no início da primeira pergunta e finalizada após o término da última resposta. Decidimos não gravar as informações cadastrais dos participantes para evitar a quebra do anonimato e do sigilo.

O tamanho amostral da população se deve à característica do RAA de trabalhar com métodos mistos, quantitativo e qualitativo (STIMSON, 1998), apresentando uma quantidade bem maior de entrevistas que outros estudos qualitativos brasileiros.

Dentre as 40 entrevistas, 23 foram com indivíduos soronegativos para HIV, 11 com indivíduos que vivem com o vírus e 6 com pessoas que nunca realizaram o teste. As entrevistas duraram entre 20 minutos e 2 horas e 30 minutos, a depender do entrevistando, da habilidade do entrevistador e dos locais onde as entrevistas foram realizadas. Aquelas que ocorreram em espaços de lazer tenderam a ser menos longas, pois as pessoas geralmente respondiam mais rapidamente e com menos profundidade, já que estavam em um momento de diversão com amigos e afins. Já as entrevistas que ocorreram nos espaços do GRAB e do Cemja com as pessoas que vivem com HIV

foram mais longas, tanto devido à privacidade quanto pelas suas histórias de vida, muitas vezes divididas em antes e após o HIV.

No início das entrevistas, dizíamos que não estávamos buscando respostas politicamente corretas, mas sim conhecer o que de fato ocorre na vida real e como eles entendem a recusa e a busca ao teste de HIV. Essa fala tem o objetivo de diminuir a lacuna entre o discurso ‘correto’ e o que ocorre na prática. Em algumas entrevistas, percebemos que aquele momento foi utilizado também como um espaço de desabafo, de compartilhar os medos e as expectativas de viver com um vírus que mata mais devido ao silêncio diante da revelação do diagnóstico, ao estigma e à discriminação sofridos pela sociedade do que pela própria infecção em si.

A escolha de usar entrevista visa a facilitar a verbalização do participante acerca dos seus conhecimentos, crenças e práticas sexuais, tópicos que naturalmente emergem ao se falar de HIV/Aids. Concordamos com Parker, Herdt e Carballo (1995) que as entrevistas confidenciais e particulares podem diminuir a dificuldade de alguém falar para o pesquisador sobre suas práticas sexuais (sexo oral e anal) que, de forma geral, são punidas socialmente. Além disso, a entrevista fornece informações mais detalhadas entre a norma e o que é feito na vida privada, podendo auxiliar o pesquisador em melhor conhecer as condutas sexuais e as estratégias de prevenção e diagnóstico utilizadas para o HIV, embora sejamos conscientes da limitação que existe nas pesquisas de prevenção, onde o que é dito pode ser diferente daquilo que acontece em suas vidas privadas. Ademais, mesmo havendo o cuidado em resguardar as informações fornecidas, bem como a construção do vínculo de confiança entre o pesquisador e o participante, durante a entrevista este pode não revelar o que é perguntado ou verbalizar falas politicamente corretas que satisfaçam o entrevistador.

Na tentativa de diminuir esses obstáculos, os entrevistadores escolhidos possuíam algumas características: conhecer o tema HIV/AIDS; não ter preconceito com as orientações sexuais diferentes da heterossexual; não ficar constrangido ao falar de sexo; ter boa desenvoltura na comunicação; além de ter experiência como entrevistador em algum trabalho ou pesquisa. Os entrevistadores do sexo masculino tinham a vantagem de conseguir entrar em espaços homoafetivos, onde as mulheres não possuem permissão de entrada, como saunas gays. Outra estratégia utilizada foi variar ao máximo as características dos entrevistados, a fim de obtermos informações dos mais diversos sujeitos que compõe o público estudado.

Todos os entrevistadores foram treinados com técnicas de entrevistas para que o grupo estivesse harmonizado com o trabalho de campo. Antes de iniciá-lo, cada entrevistador realizou três entrevistas a fim de se certificarem que estavam preparados tecnicamente para começar a fase de campo. Após a realização das entrevistas, o áudio foi repassado para a pesquisadora que ouvira os relatos e dava o feedback aos entrevistadores que, por vezes e quando possível, voltaram ao participante para se certificar de uma resposta ou refazer a pergunta que não foi entendida com clareza. Cada entrevistador realizou em média 5 entrevistas, com exceção da pesquisadora que realizou 10.

Utilizamos gravadores de áudio da marca Sony© ICD-PX820, a fim de não perdermos os conteúdos proferidos, ter possibilidade de escutarmos novamente após um espaço de tempo e de utilizar as falas literais dos entrevistados nos resultados na tentativa de mostrar com maior fidedignidade possível as opiniões e crenças dos entrevistados. Não intencionamos, com isso, dizer que o gravador é um instrumento capaz de apreender as experiências em sua totalidade e fidedignidade, acreditando que as percepções do entrevistador e os sentimentos emergidos durante a escuta dos relatos são de suma importância e riqueza em uma investigação qualitativa. Ainda, sabemos que o uso do gravador pode inibir o entrevistado de relatar algo que ele não queira que fique registrado.

Todos os entrevistadores foram treinados para o uso do gravador e eram responsáveis pelo seu armazenamento e uso apenas para fins desse estudo. No final da semana, a pesquisadora se encontrava com os entrevistadores para receber os áudios das entrevistas, transferia-os para um *notebook* e devolvia o gravador para a realização de novas entrevistas. Do *notebook*, as entrevistas foram salvas em um CD de áudio. Essa atividade teve o objetivo de a pesquisadora ouvir as entrevistas realizadas e evitar que as mesmas ficassem durante um longo período no gravador e no *notebook*, correndo o risco destes serem roubados e as informações sigilosas, compartilhadas.

Nesse estudo, um dos participantes se negou a gravar em áudio sua entrevista e, nesse caso, utilizamos notas de campo durante a mesma e, logo em seguida ao seu término, tentamos transcrever, de modo mais literal possível que a lembrança permitiu, as falas do participante, bem como suas respostas não literais para não perdermos suas informações. Ainda, um participante solicitou a pausa da gravação quando relatava um episódio que não queria que ficasse registrado. Após o término do relato, pediu que voltássemos a gravar.

Apesar dessas limitações, acreditamos que o uso do gravador foi bem aceito pelos participantes, pois em certo momento da entrevista mostravam esquecer-se de o instrumento, falando seus próprios nomes e relatando informações íntimas.

Utilizamos também notas de campo e nelas colocávamos palavras-chaves ditas pelo entrevistado ou frases importantes que resumiam sua opinião sobre a pergunta realizada. Além disso, acrescentávamos nela descrições da interação entre o entrevistador e o participante com o objetivo de enriquecer a descrição do campo de estudo.

O critério para finalizar a fase de coleta das informações foi o de saturação teórica, ou seja, “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (MINAYO, 2003, p. 48). Em outras palavras, os sujeitos foram entrevistados até que as informações fossem semelhantes às anteriormente relatadas.

Dependendo do objeto a ser investigado nas perguntas, obtivemos saturação mais rápida do que outros fatores que buscamos investigar. Por exemplo, o conhecimento sobre transmissão do HIV foi mais rapidamente saturado do que os motivos para a não realização do teste de HIV. O primeiro como é uma informação de saúde, além de não ter sofrido modificações ao longo dos anos de epidemia, é bastante divulgado pelas ações de educação em saúde e meios de comunicação, o que faz com que as respostas sejam repetidas mais facilmente. Já os motivos pelos quais alguém realiza o teste de HIV é multideterminado e depende também de fatores idiossincráticos, levando a um maior número de entrevistas até se alcançar a saturação. Portanto, os critérios de saturação desse estudo dependeram do alcance dos objetivos desse estudo por meio das perguntas realizadas - e não do número de entrevistas previamente planejado -, e das repetições de respostas ou até de uma única frase que conseguia resumir o que já havia sido exposto anteriormente pelos outros participantes.

Construindo nosso roteiro de entrevista

Meses antes de iniciar o campo desse estudo, um grupo englobando os pesquisadores responsáveis por esse estudo, os profissionais de unidades de saúde, estudantes e professores de pós-graduação, gestores municipais de DST/AIDS e ativistas do movimento LGBT se reuniram e tiveram um primeiro contato com um extenso roteiro contendo perguntas semiestruturadas sobre o tema HIV/Aids. Esse roteiro adveio de perguntas de pesquisas quantitativas e qualitativas produzidas pelos

orientadores desse trabalho, bem como de suas amplas experiências no campo do HIV/Aids.

O roteiro foi lido por completo com o intuito de analisar as perguntas contidas e excluir aquelas que não fossem necessárias para alcançar os objetivos desse estudo. Diversas reuniões semanais ocorrerem e como produto, tivemos um guia preliminar, extensamente revisto e aplicado em campo para verificarmos se as questões estavam adequadas e se as informações das entrevistas contemplavam nossa meta. Antes de ir ao campo, ainda na fase de sondagem do guia, os entrevistadores foram treinados para aplicar o instrumento. Após essa fase de pré-teste do guia, vimos que ainda havia um excesso de perguntas, algumas delas estando além dos nossos objetivos, e novamente houve novas revisões do instrumento, deixando-o mais reduzido.

Após a ida em campo para testar se as perguntas do guia estavam compreensíveis e alcançava nossos objetivos, todos os pesquisadores que foram aplicá-lo relataram suas experiências e sugeriram novas alterações. Depois das mudanças, decidimos começar a utilizá-lo em campo e, se ainda necessário, modificaríamos o que precisasse.

Salientamos que o cuidado em construir um roteiro de perguntas serviu para nortear os entrevistadores no momento da coleta das informações e aumentar a clareza do objetivo de cada questionamento. No entanto, os pesquisadores de campo foram incentivados a, durante a entrevista, modificar ou fazer novas perguntas, quando necessário, visando a alcançar os objetivos do estudo. O guia (APÊNDICE C) serviu como norteador e não como um questionário que deveria ser seguido passo-a-passo.

O roteiro é composto por informações sociodemográficas do participante e de seções relevantes ao tema que incluem perguntas abertas referentes às mesmas. As informações sociodemográficas estavam presentes no roteiro com o objetivo de traçarmos um perfil dos entrevistados. Nesta parte, consta a data e o local da entrevista, a idade, o estado civil, o sexo, a orientação sexual, a escolaridade e a atividade principal dos participantes. Os dois primeiros fatores foram preenchidos pelos entrevistadores, mas aqueles que possuem referência ao participante foram autodeclarados por este.

A escolha de pôr esses fatores para compor o guia foi embasada na literatura supracitada na introdução desse estudo que mostram relações entre eles e a vulnerabilidade dos HSH em relação ao HIV e à Aids.

Os temas contidos no guia são: 1) Conhecimento sobre HIV/AIDS; 2) Estigma e discriminação e 3) Práticas sexuais. Cada tema é composto por várias

perguntas abertas e abaixo de cada uma, há palavras chaves que servem para lembrar ao entrevistador o que ele deve investigar, caso o entrevistado não tenha relatado. Por exemplo, abaixo da pergunta “O que você sabe sobre o HIV/AIDS?” possui os seguintes tópicos a serem explorados: “transmissão”, “prevenção”, “tratamento (quais serviços de saúde?)”, “sintomas” e se “HIV é igual a AIDS”.

O tema Conhecimento sobre HIV/Aids objetiva verificar a vulnerabilidade individual, social e programática dos indivíduos, por meio de perguntas que revelam seus conhecimentos de modo geral em relação ao HIV, ao tratamento, ao diagnóstico, à testagem compulsória, às recomendações governamentais sobre o teste de HIV e sugestões de ações que estimulem a testagem a ser executada pelo Sistema de Saúde.

O tema Estigma e Discriminação visa a conhecer as vulnerabilidades sociais das pessoas que vivem com HIV em relação à revelação do resultado do teste, ao tratamento discriminatório, a proximidade com alguém soropositivo, as mudanças na vida amorosa e sexual após o resultado do exame, a visão que possuem de uma pessoa que vive com HIV e as crenças sobre o HIV/Aids que contribuem para aumentar o estigma das pessoas soropositivas.

O tema Práticas Sexuais visa a conhecer as vulnerabilidades individuais e sociais por meio dos comportamentos sexuais, da percepção de risco e das estratégias de prevenção utilizadas durante a relação sexual que perpassa pelo nível de informação, mas também pelos aspectos econômicos, morais, sociais e religiosos presentes na nossa cultura e que tem impacto direto no seguimento das políticas de saúde.

Em algumas entrevistas foi comum começarmos pelo tema estigma e discriminação ou práticas sexuais, pois na interação com o participante, o assunto fazia parte desses temas, o que tornou a interação mais fluida e espontânea. Nesse momento, a grande familiaridade do entrevistador com o guia foi de suma importância à medida que pode ir realizando as perguntas de acordo com os assuntos que emergiam na entrevista.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa “Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa” foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (COMPEPE) da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo nº 263/09 (Anexo A).

Antes do início de cada entrevista, explicamos os objetivos da pesquisa e, aqueles que aceitaram participar, assinaram o TCLE, contendo informações sobre a pesquisa, bem como o direito de recusa e desistência da mesma ou de responder qualquer pergunta que gerasse constrangimento. Também no TCLE constam os telefones da professora pesquisadora responsável e do COMEPE para dirimir eventuais dúvidas que surgissem.

O sigilo das informações foi preservado, bem como as características pessoais dos participantes que possam revelar sua identidade. Visando preservar o anonimato e personalizar o estudo, no início das entrevistas pedimos para o participante criar um codinome que gostaria de ser chamado durante a gravação e que pudesse ser utilizado posteriormente quando houvesse a citação literal de sua fala, nos resultados.

O material produzido pelo campo e os TCLE assinados estão guardados em um local seguro para evitar a identificação dos participantes e o sigilo das informações.

Sabemos que discursar sobre HIV e, mais precisamente, sobre suas próprias experiências com a possibilidade ou a certeza da infecção, pode aflorar emoções vividas ao relatar um fato ocorrido no passado. Por isso, as entrevistas com pessoas soropositivas foram realizadas apenas pelas duas profissionais do Cemja que lidam diariamente com apoio psicológico e social dos indivíduos e pela pesquisadora que possui formação em psicologia.

No final de cada entrevista, oferecíamos um folder do Ministério da Saúde contendo informações sobre DST, prevenção e locais de diagnóstico. Apesar de pensarmos que essa atividade poder ter gerado limitações a esse trabalho, uma vez que havíamos falado que nosso objetivo não era ouvir o discurso politicamente correto das instituições de saúde e ao final da entrevista vir com o discurso sanitário ao oferecermos informações e preservativos, tem-se a ética do pesquisador que, de certa maneira, nos obriga a difundir os conhecimentos necessários sobre prevenção que podem diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos. A alternativa que adotamos foi oferecer o folder e o preservativo e o participante ficava à vontade para recebê-los ou recusá-los.

Após a apresentação desse estudo, pretendemos apresentar os resultados dessa pesquisa ao GRAB, ao Cemja e à Coordenação Municipal DST/AIDS no intuito de subsidiar ações voltadas à população de HSH.

Organização e Processamento dos dados

Todas as entrevistas foram transcritas para o MS Word®, em parte pela pesquisadora, outra por uma transcritora contratada, devido à pouca prática da pesquisadora de transcrever um grande volume de horas gravadas, o que impactaria no prazo para o término desse trabalho.

A transcritora é formada em Letras e possuía experiência em transcrever estudos na temática de gênero e sexualidade.

As entrevistas foram gravadas em um CD de áudio que continha pastas de arquivo com o nome do entrevistador e armazenado nestas as entrevistas realizadas por cada um. As entrevistas em áudio e texto foram nomeadas de forma idêntica pelo nome do entrevistador, seguido da orientação sexual e da sorologia do participante, respectivamente, visando a facilitar sua busca no momento da análise.

Após a reprodução do texto, a transcritora o enviava por e-mail para a pesquisadora. Em seguida, esta ouvia o áudio acompanhado da leitura da entrevista para ver se necessitava alterar alguma fala e para entrar em contato com as informações dos outros entrevistados. Esse processo se repetiu com todas as entrevistas e ocorreu diversas vezes durante a fase de processamento dos dados.

Análise do material empírico

Analisamos as entrevistas e as anotações do campo através da análise de conteúdo de modalidade temática de Bardin (1977). A análise temática se caracteriza por um conjunto de relações que convergem em um tema que pode ser expresso por uma palavra, frase ou resumo.

De acordo com Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo é:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Os dados foram analisados por meio das seguintes fases propostas por Bardin (1977): pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos, incluindo a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise realizamos uma leitura exaustiva de todas as entrevistas conforme a transcrição ia sendo finalizada. Essa leitura inicial é o primeiro contato com as informações e busca ter uma noção geral do que foi coletado,

possibilitar a compreensão das semelhanças e diferenças nas fala dos participantes, bem como sinaliza os conceitos e pressupostos que serão utilizados na análise.

Na fase de exploração do material separamos trechos ou frases das entrevistas e codificamos de acordo conceitos iniciais pré-analisados e construímos as categorias semânticas a partir das falas dos entrevistados. Os dados foram agrupados e reagrupados de acordo com seus núcleos de sentido e categorias que a se referiam. Essa etapa ocorre inúmeras vezes até que as categorias criadas sejam mutuamente exclusivas. Utilizamos como unidade de registro a frase, porém em alguns momentos uma única frase não foi suficiente para abranger o núcleo de sentido a qual se referia, por isso, adotamos também o trecho. E nossa unidade de contexto é o parágrafo no qual as frases ou os trechos estão inseridos.

Após a categorização, ocorreu a fase da inferência, onde as falas foram descritas e interpretadas e relacionadas com os estudos e políticas de saúde em HIV/AIDS.

Nosso tema central é a (des)motivação para o teste de HIV, expressos nas categorias mais amplas da pesquisa incentivos e barreiras.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente queremos esclarecer que os resultados desse estudo não têm a pretensão de generalizar nenhuma das análises realizadas, posto que nossas discussões refletem grupos que habitam em Fortaleza, Ceará. Ademais, a complexidade que abrange o tema HIV/Aids e tendo a ciência do mosaico de epidemias existentes no Brasil, faz-nos ainda mais sabedores dos possíveis equívocos da generalização ou da universalização dos nossos achados para outros contextos.

Dividimos nossos resultados baseados nos eixos do quadro de vulnerabilidade proposto por Ayres *et al.*(2008). Desse modo, essa seção será apresentada em dois tópicos: o primeiro versa sobre os incentivos e as barreiras ao teste de HIV no âmbito individual e social. E o segundo diz respeito aos incentivos e às barreiras gerados no âmbito programático ou institucional.

Inicialmente apresentaremos os atores sociais que forneceram seus conhecimentos e histórias de vida para esse estudo, expondo suas características sociodemográficas no quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação do perfil dos participantes

Nome ²⁵	Idade	Orientação Sexual	Situação Conjugal ²⁶	Escolaridade	Ativ. princ.
Pedro	28	Gay	Mora c/ homem	Superior Incompleto	Estudante
Coan	50	Bissexual	Solteiro	Ens. médio completo	Educ. em adesão
José	40	Bissexual	Casado c/ mulher	Ens. médio completo	Gerente
Tiago	29	Gay	Solteiro	Ens. médio completo	Educador social
Cauã	41	Bissexual	Solteiro	Ens. médio completo	Porteiro
Marcos	33	Homossexual	Solteiro	Superior incompleto	Estudante
João	44	Bissexual	Casado c/ mulher	Fundam. completo	Servente
Clovis	33	Bissexual	Namora homem	Superior completo	Enferm./Adm.
Enzo	19	Homossexual	Solteiro	Ens. médio incompleto	Serviços Gerais
Célio	42	Bissexual	Solteiro	Ens. médio completo	Op. máquina
Fábio	35	Homossexual	Solteiro	Superior incompleto	Fin./ Cobrança
Lion	29	Homossexual	Namora homem e mulher	Ens. médio completo	Porteiro
Arapon	42	Homossexual	Namora homem	Superior completo	Servidor Público
Tom	19	Gay	Solteiro	Ens. médio incompleto	Estudante
Vitor	20	Gay	Ficando c/ homem	Ens. médio completo	Curso Turismo
Aaron	22	Gay	Solteiro	Ens. médio completo	Estudante
Bento	20	Bissexual	Ficando c/ homem e mulher	Ens. médio completo	Revendedor
Ramon	24	Gay	Ficando c/ homem	Superior incompleto	Estudante
André	20	Heterossexual	Ficando c/ homem	Superior incompleto	Gerente Marketing

²⁵ Os nomes utilizados para representar os participantes são fictícios.

²⁶ Refere-se à situação conjugal do participante no momento da entrevista

Nome ²⁵	Idade	Orientação Sexual	Situação Conjugal ²⁶	Escolaridade	Ativ. princ.
			e mulher		
Alan	18	Bissexual	Namora mulher e ficando c/ homem	Ens. médio incompleto	Dançarino
Luiz	23	Bissexual	Solteiro	Superior incompleto	Estagiário
Zito	25	Bissexual	Casado c/ mulher	Ens. médio completo	Sauna gay
Angelo	40	Bissexual	Ficando c/ homem	Nível técnico.	Ator
Plínio	25	Homossexual	Mora c/ homem	Ens. médio completo	Auxiliar cozinha
Tobias	25	Homossexual	Solteiro	Superior completo	Auxiliar Adm.ist.
Sandro	18	Gay	Solteiro	Ens. médio incompleto	Estudante
Márcio	19	Gay	Ficando c/ homem	Ens. médio incompleto	Estudante
Saulo	33	Homossexual	Ficando c/ homem	Nível técnico	Prom. eventos
Miguel	21	Gay	Ficando c/ homem	Ens. médio completo	Cabeleleiro
Sérgio	55	Gay	Solteiro	Ens. médio completo	Cabeleleiro
Michel	31	Bissexual	Solteiro	Superior incompleto	Prom. Vendas
Lauro	35	Homossexual	Ficando c/ homem	Pós- graduação	Professor
Jorge	33	Homossexual	Namora homem	Superior incompleto	Vendedor
Hélio	25	Homossexual	Ficando c/ homem	Ens. médio completo	Aux. Cozinha
Flávio	23	Homossexual	Solteiro	Ens. médio completo.	Operador caixa
Tomás	26	Bissexual	Solteiro	Ens. médio completo	Acompanhante do sexo
Fran	33	Homossexual	Namora homem	Superior completo	Consultor peças
Jonas	20	Homossexual	Solteiro	Ens. médio completo	Estudante
Lemos	33	Bissexual	Solteiro	Ens. médio completo	Autônomo
Wando	34	Homossexual	Solteiro	Fundamental incompleto	Diarista

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Realizamos 40 entrevistas, das quais 24 participantes se identificaram como gay ou homossexual, 15 como bissexual e 1 como heterossexual. Nenhum participante se definiu como HSH, por isso decidimos colocar a orientação sexual autodeclarada porque acreditamos que há nuances importantes entre essas categorias em termos de identidade, de práticas sexuais e de saúde que devem ser consideradas na construção de políticas em HIV/Aids para indivíduos do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de 29,6 anos, havendo 17 participantes entre 18 e 25 anos, 15 entre 26 e 35 anos, 6 entre 36 e 49 anos e dois com 50 anos ou mais.

A situação conjugal dos participantes se refere ao momento atual de sua história de vida à época da entrevista. Dezenove deles estavam solteiros, sem relacionamento fixo, mesmo que sem compromisso, sendo um deles casado duas vezes no passado. Dois moravam com seus parceiros no período de 5 meses a 4 anos; quatro estavam namorando apenas com homem, variando o tempo de relacionamento de 3 meses a 10 anos. Três informantes são casados com mulher, sendo que um tem relacionamentos extraconjugais com homens, o outro relata que já se envolveu com homossexuais, homens e travestis e o terceiro se relaciona com mulheres e homens, devido ao seu trabalho. Um deles namora homem que tem namorada fixa; um namora

mulher e está ficando com homem. No tocante aos relacionamentos sem compromisso, dois deles estavam ficando com mulher e com homem; e oito estavam ficando apenas com homens, sendo que um deles é divorciado.

Em relação à escolaridade, 1 possui ensino fundamental incompleto, 1 ensino fundamental completo, 5 ensino médio incompleto ou cursando, 19 ensino médio completo, 8 superior incompleto, 4 superior completo, 2 nível técnico e 1 pós-graduação.

No tocante às suas atividades principais ou laborais, oito participantes eram estudantes, três eram ativistas do movimento LGBT, e os outros vinte e nove possuíam profissões, tais como: auxiliar de cozinha, operador de caixa, vendedor, professor, engenheiro, maquiador, promotor de eventos, gerente, cabeleleiro, gestão de recursos humanos, motorista, costureiro, administrador, enfermeiro, auxiliar de serviços gerais, entregador, porteiro, dançarino, telemarketing, ator de teatro, funcionário público.

No tocante à religião, a maioria dos participantes é católico, quatro são evangélicos, um da umbanda e quinze não mencionaram, pois não há essa pergunta no roteiro que norteou as entrevistas. Porém, durante as falas, alguns deles verbalizaram espontaneamente sua religião, fornecendo-nos essa informação. Embora não houvesse a pergunta sobre religião no guia, optamos por divulgá-la nesses resultados, pois sabemos que a mesma influencia nos comportamentos e crenças dos indivíduos, sendo constituinte do quadro de vulnerabilidade dos mesmos. Essa decisão é válida também em relação ao bairro de moradia, pois o mesmo não constava no guia.

Em relação à moradia, 7 participantes moravam na região da SER I, 6 na região da SER II, 5 na SER III, 6 na SER IV, 2 na SER V, 2 SER VI e 12 não responderam em qual bairro habitavam, pois no roteiro utilizado nas entrevistas não havia essa pergunta. No entanto, como a moradia relacionada à pobreza é um fator estruturante para avaliarmos a vulnerabilidade social dos indivíduos entrevistados. Os participantes que responderam citaram seus bairros voluntariamente durante a entrevista no momento em que versavam sobre a situação do HIV e da Aids no seu bairro.

A seguir versaremos sobre os incentivos e as barreiras para a realização do teste de HIV no nível social e individual.

4.1 Incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV no nível individual e social

A decisão do teste de HIV foi multideterminada por aspectos políticos e econômicos, como desigualdades estruturais; sociais, como nível de escolaridade e conhecimento sobre saúde; culturais, como valores, crenças, estigmas e discriminação em relação ao HIV/Aids; individuais, expressa na percepção de risco e autocuidado; institucionais, por meio do aconselhamento, da (des)confiança nos profissionais de saúde que lidam com o tema DST/Aids, dentre outros. Esses fatores agiram sinergicamente, interferindo na escolha individual de realizar o teste de HIV.

Portanto, os motivos pelos quais os indivíduos buscam ou não o teste de HIV foram diversos e idiossincráticos. O quadro 3 mostra as razões citadas pelos informantes desse estudo para buscarem ou não o teste de HIV.

Quadro 3 – Motivos para a (não) realização do teste de HIV

Nome ²⁷	Idade	Orientação Sexual	Teste	Resultado Quando	Freq teste	Motivos teste	Local
Coan	50	Bissexual	Sim	+(1985)	1	Doação de sangue	Hosp. Municipal SP
Cauã	41	Bissexual	Sim	+(2006)	2	Sexo inseguro; adoecimento parceiro	Hospital Maracanau
Marcos	33	Homo	Sim	+(2006)	1	Sintomas	Cemja
José	40	Bissexual	Sim	+(2006)	n	Doação sangue e múltiplos parceiros	Hemoce
Tiago	29	Gay	Sim	+(2006)	4	Campanhas; múltiplos parceiros	Cemja
Clovis	33	Bissexual	Sim	+(2008)	n	Doação sangue e sintomas	Hemocentros, Laboratório privado
João	44	Bissexual	Sim	+(2009)	9	Check-up; múltiplos parceiros	COAS e Cemja
Pedro	28	Gay	Sim	+(2009)	3	Doação sangue; saber ex HIV +	Hemoce e Cemja
Enzo	19	Homo	Sim	+(2011)	1	Sexo inseguro	COAS
Célio	42	Bissexual	Sim	+(2011)	1	Sintomas	COAS
Fábio	35	Homo	Sim	+(2011)	6	Infidelidade; saber parceiro HIV +	Lab. privado
Lion	29	Homo	Sim	negativo	4	Exigência do parceiro	COAS e Cemja
Arapon	42	Homo	Sim	negativo	2	Autocuidado	Laboratório privado
Tom	19	Gay	Sim	negativo	3	Saber ex HIV +; sexo inseguro	COAS e CEMJA
Vitor	20	Gay	Sim	negativo	6	Check-up	COAS
Aaron	22	Gay	Sim	negativo	2	Sexo inseguro	COAS
Bento	20	Bissexual	Sim	negativo	3	Sexo inseguro e campanha Parada Gay	COAS e PS
Ramon	24	Gay	Sim	negativo	3	Saber ex HIV+; Incentivo de ONG	Hemoce, Cemja e COAS
Luiz	23	Bissexual	Sim	negativo	3	Múltiplos parceiros; desconfiança preservativo	Laboratório privado
Zito	25	Bissexual	Sim	negativo	2	Sexo inseguro; saber ex HIV+	Posto Saúde

²⁷ Os nomes utilizados para representar os participantes são fictícios.

Nome ²⁷	Idade	Orientação Sexual	Teste	Resultado Quando	Freq teste	Motivos teste	Local
Angelo	40	Bissexual	Sim	negativo	n	Ser prof. saúde e sexo inseguro	Laboratório privado
Plínio	25	Homo	Sim	negativo	1	Sintomas	Hospital São José
Tobias	25	Homo	Sim	negativo	n	Check-up; sexo inseguro	Laboratório privado
Saulo	33	Homo	Sim	negativo	5	Tratamento; sexo inseguro	Lab. privado e Posto Saúde
Miguel	21	Gay	Sim	negativo	4	Saber ex HIV+; sexo inseguro; campanhas; incentivo ONG	COAS e Cemja
Sérgio	55	Gay	Sim	negativo	1	Saber ex HIV+	Posto Saúde
Jorge	33	Homo	Sim	negativo	1	Sexo inseguro	COAS
Flávio	23	Homo	Sim	negativo	3	Check-up anual	COAS
Tomás	26	Bissexual	Sim	negativo	3	Check-up anual; doação de sangue	Hemoce, lab. privado e COAS
Fran	33	Homo	Sim	negativo	5	Sexo inseguro c/ parceiro fixo	Laboratório privado
Jonas	20	Homo	Sim	negativo	2	Incentivo família e ONG's	Hosp. São José e P Saúde
Lemos	33	Bissexual	Sim	negativo	n	Desconhecimento sobre o vírus	Laboratório privado
Wando	34	Homo	Sim	negativo	n	Múltiplos parceiros	Hospital São José
André	20	Hetero	Não	Não Aplica	0	Realização de outros exames	Posto Saúde e Hospital
Alan	18	Bissexual	Não	Não Aplica	0	Falta de tempo	-
Michel	31	Bissexual	Não	Não Aplica	0	S/ percepção risco; s/ saber local teste	-
Lauro	35	Homo	Não	Não Aplica	0	Namorados fazem teste	-
Hélio	25	Homo	Não	Não Aplica	0	S/ informação sobre o teste	-
Sandro	18	Gay	Não	Não Aplica	0	Realização de Hemograma	-
Márcio	19	Gay	Não	Não Aplica	0	Realização de Hemograma	-

Fonte: Elaborado pela Pesquisadora.

Dentre os participantes que realizaram o teste de HIV, os motivos citados foram: doação de sangue; realização do sexo inseguro, ou seja, sem preservativo em alguma prática sexual, seja oral, anal ou vaginal; após o adoecimento do parceiro; após o aparecimento de algum sintoma; possuir múltiplos parceiros em alguma fase da vida; realização de check-up da saúde de modo geral; ter conhecimento que o ex-parceiro vive com HIV; existência de infidelidade no relacionamento; após o parceiro revelar sua sorologia positiva; exigência do parceiro atual; autocuidado; participação em campanhas de DST/Aids ou em eventos LGBT, como Parada Gay; incentivo de ONG que trabalha com a população LGBT; não confiar totalmente no preservativo; ser profissional da saúde; incentivo da família; e checagem se o vírus não se desenvolveu em seu organismo. Apenas um participante relatou que realizou o teste por saber que possuía tratamento para a Aids.

Já entre aqueles que nunca realizaram o teste, os motivos foram: realização de outros exames de saúde e estes não mostraram sinais de alguma doença; falta de

tempo de procurar os serviços de saúde; inexistência de percepção de risco; desconhecimento dos locais onde a testagem é realizada; os parceiros com quem se relaciona fizeram o teste e deu negativo; e desconhecimento sobre o teste de forma geral, inclusive acreditando que o exame de hemograma completo englobava o teste de HIV. Nenhum dos participantes relatou que deixou de realizar o teste porque sabia que havia tratamento.

O teste de HIV foi realizado por 33 entrevistados, sendo 11 positivos e 12 negativos e sete informantes nunca o realizaram. A frequência da testagem durante a vida teve uma média de 2,2 vezes, excluindo aqueles que não souberam relatar precisamente a quantidade de testes realizados, expressos no quadro 3 por 'n'. Entre os entrevistados positivos, 08 realizavam tratamento com antirretroviral e o período de uso do medicamento entre eles variou de 3 meses a 15 anos. Entre os participantes positivos que não realizavam tratamento, o tempo de vivência com HIV variou de 15 dias a 4 anos.

O teste de HIV foi predominantemente realizado pelo serviço público, sendo o COAS Carlos Ribeiro o mais procurado, seguido do Cemja e do Hemoce, respectivamente. O Hospital São José, referência em doenças infectocontagiosas no estado, foi citado apenas 3 vezes e percebemos uma maior procura dos testes nos postos de saúde. A reformulação da saúde com ênfase na promoção de comportamentos saudáveis atribuiu como porta de entrada ao sistema de saúde a atenção primária, o que pode explicar a mudança na dinâmica de busca aos postos de saúde e não aos hospitais. Outros locais públicos citados foram: Hospital Municipal de São Paulo e Hospital de Maracanaú. Em relação aos locais privados, os laboratórios conveniados ao seguro de saúde dos participantes foram os mais mencionados, seguido do Fujisan, hemocentro privado.

4.1.1 Incentivos ao teste de HIV no âmbito individual e social

Os incentivos ao teste de HIV incluem as razões que contribuíram para que os indivíduos o realizassem. No entanto, excluímos desse grupo os motivos que, embora tenham auxiliado à busca do teste, o fizeram de modo tardio. Como critérios de diagnóstico tardio, entendemos o aparecimento de sintomas no participante e o adoecimento do parceiro, pois nesses casos já há sinais da Aids.

Como temas dos incentivos ao teste criamos as categorias ‘Percepção de Risco’ e ‘Autocuidado’.

4.1.1.1 Percepção de risco

O aspecto majoritariamente citado nas entrevistas como incentivo ao teste foi a auto percepção de risco, ou seja, os entrevistados possuíam conhecimento sobre transmissão do HIV e a consciência de que viveram uma situação que aumentava a possibilidade de ter se infectado.

Essa experiência, aliada ao conhecimento sobre transmissão e prevenção pareceu ser a principal motivação para a realização do teste de HIV, pois gera a factibilidade do HIV em suas vidas. Portanto, a dúvida foi citada pelos entrevistados como um fator motivador para a realização do teste de HIV e este como o único meio de descobrir “a verdade”. Embora haja pessoas que preferem não saber sua sorologia, pois segundo um dos participantes “pensa que só o fato de você ser soropositivo vai logo fazer “POF”²⁸, cair dura, morta” (Miguel, gay, 21 anos, ensino médio completo, soronegativo), a maioria dos entrevistados desse estudo relatou que fazer o teste está associado com prevenção e com a retirada da dúvida em relação ao diagnóstico, pois desconhecê-lo é carregar um peso nas costas, como se estivesse uma “montanha” nos ombros, como relata o entrevistado abaixo:

Tem aquele pessoal que tem dúvida, não sabe se tem. O único método de saber é fazendo o teste de HIV. Acho que elas fazem pra ficar sabendo, pra tirar a dúvida da cabeça, o peso das costas. Acho que a pessoa que tem essa dúvida é o mesmo que está levando uma montanha nas costas. Horrível. (ENZO, gay, 19 anos, cursando 3º ano do ensino médio, vive com HIV).

Embora o teste de HIV seja um momento difícil a ser enfrentado, a fala de Enzo mostra que a dúvida da sorologia parece ser um peso ainda maior de carregar na vida do que o resultado positivo, porém isso não significa que a positividade seja encarada de modo tranquilo. A metáfora da montanha nas costas denota como o HIV e a Aids pode ser visto como um pesado fardo devido à todas as suas representações sociais e à incurabilidade. Nesse trecho, o teste de HIV parece ser interpretado pelo participante como um método de prevenção e o modo de saber a verdade sobre sua saúde.

²⁸ Nessa fala, POF significa a sonoplastia de um corpo em queda.

Incentivos diferentes foram mencionados relacionados à percepção de risco, por isso criamos as seguintes subcategorias: ‘Não utilização do preservativo’ e ‘Conhecimento da sorologia do (ex)parceiro.

4.1.1.1.1 Não utilização do preservativo

O uso do preservativo pode estar relacionado, dentre outros fatores, à percepção de vulnerabilidade individual. Embora o preservativo tenha sido citado por todos os participantes como uma das formas de prevenção eficaz, a sua utilização nem sempre ocorreu durante as relações sexuais.

A realização do sexo sem camisinha foi um dos motivos relatados pelos entrevistados para fazer o teste de HIV e eles expressaram essa atitude como ‘vacilo’, gerando ‘preocupação’, ‘medo’ e possível ‘culpa’ diante de um resultado positivo. Implicitamente, esses indivíduos apresentam o raciocínio semelhante à noção de comportamento de risco, ao perceberem a prevenção apenas como dependente de suas vontades e racionalizações, apontando-os como displicentes de não terem se prevenido, mesmo possuindo a informação necessária para tal. Além disso, saber que fez sexo sem camisinha produz a dúvida da possível infecção, porém não necessariamente faz com que na próxima relação sexual o indivíduo faça uso do preservativo. A fala a seguir mostra que os comportamentos arriscados ocorreram inúmeras vezes no passado, o que faz com que o diagnóstico positivo seja esperado como consequência do que realizou na vida:

Eu só fiz o teste porque eu brinquei muito no meu passado. Porque se eu estou curioso com aquilo, vivendo com uma dor, com uma pulga atrás da orelha, eu tenho que saber da verdade. Se você tá plantando um abacaxi, você vai ter que colher abacaxi. Você não pode tá plantando abacaxi e colhendo maçã (JOÃO, bissexual, 44 anos, ensino fundamental completo, soropositivo há 2 anos e faz tratamento).

O teste de HIV nessa fala aparece como revelador da verdade daquele que sabe que não se comportou de acordo com as normas de prevenção e, por isso, deverá colher aquilo que plantou: o resultado positivo do teste de HIV. Ou seja, na concepção de João, se hoje o indivíduo colhe os frutos de ser soropositivo é porque ele fez algo, ele “plantou errado” e, portanto, é responsável por colher seus frutos, ou seja, a sua sorologia positiva. Embora o diagnóstico seja esperado, ele demonstra a angústia e a dor do resultado do exame.

A maioria dos informantes relatou que não usa a camisinha no sexo oral e os motivos mais citados para não utilizá-la foram a ‘quebra do clima’ durante o ato sexual na colocação do preservativo levando à perda da ereção, a falta de confiança na proteção do método, além de outros como esquecimento, a diminuição do prazer associado à artificialidade do preservativo e da ereção, como exemplificada na fala de Miguel:

Eu não faço sexo oral com camisinha, mesmo tendo sabor ou sem sabor, eu não gosto do gel lubrificante na minha boca, eu tenho nojo, eu tenho gastura e até porque você chupa, mas parece que tá chupando uma bala com papel, fica parecendo um pênis artificial. Eu não faço nenhuma relação oral no pênis com camisinha porque eu não gosto (MIGUEL, ensino médio, negativo para HIV).

A ideia do sexo como uma entrega corporal, onde o desejo está relacionado ao contato carnal, pode auxiliar para que o uso da camisinha seja entendido como artificial e, por isso, sem gosto. A metáfora da “bala com papel” foi também citada nos estudos de Viegas-Pereira (2000) com jovens adolescentes; de Finkler, Oliveira, Gomes (2004) entre casais heterossexuais com união estável e de Gomes, Silva e Oliveira (2011) como justificativa para alguns homens não usarem a camisinha. Desse modo, percebemos que a dificuldade de utilizar preservativo está presente em todas as subpopulações, apesar de o não uso está atrelado aos múltiplos fatores que podem ser distintos entre elas.

A questão da dificuldade de aderir ao preservativo também está presente no estudo de Reis e Gir (2005) que analisaram as dificuldades de o casal sorodiscordante utilizá-lo. Outras barreiras encontradas ao uso do preservativo foram: a falta de confiança da camisinha como um método seguro de prevenção ao HIV, fazendo com que o casal utilizasse duas camisinhas durante o ato; a diferença de aceitação entre homens e mulheres para utilizá-la sistematicamente e a baixa receptividade da camisinha feminina como alternativa para o sexo seguro.

Um dos desafios do campo da saúde é diminuir a lacuna entre as recomendações governamentais de prevenção e promoção da saúde e o que ocorre na prática cotidiana. O fato de a pessoa possuir o conhecimento não faz com que ela, necessariamente, se proteja em suas práticas sexuais, pois acreditamos que a “escolha” de usar ou não preservativo, por exemplo, sofre influência de múltiplos fatores, inclusive da ordem do desejo, que vão além da obtenção da informação em si, e, portanto, as estratégias de saúde direcionadas à prevenção das DST’s/Aids não devem

ignorá-los. A fala de Clovis corrobora que a questão da prevenção sobrepuja a informação:

O que eu sei sobre prevenção é uma pergunta muito condizente com a minha situação porque eu sou profissional da saúde, eu sei todos os trâmites da questão da prevenção e não me preveni por simples questão de estar, talvez, ou alcoolizado ou numa situação vulnerável, e eu esqueci realmente do preservativo na hora do sexo (CLOVIS, 33 anos, superior completo, vive com HIV desde 2008).

Esse trecho evidencia que se a informação fosse suficiente para gerar comportamentos protetores de saúde, o perfil de Aids não deveria atingir indivíduos de elevado nível socioeconômico, fator relacionado a maior escolaridade, e que caracteriza a epidemia entre os HSH no Brasil e em Fortaleza. Ademais, percebe-se a influência do álcool como produtor de vulnerabilidade ao HIV, uma vez que diminuiu a chance de proteção no momento do sexo.

Embora a não utilização da camisinha tenha sido um dos motivos para buscar o teste, esse fato não foi o primordial para conduzir os indivíduos ao diagnóstico. Como exposto, ainda é difícil o uso do preservativo no sexo oral, demonstrando o desafio e a enorme tarefa que o campo da prevenção possui para combater a propagação do vírus. Além disso, no sexo anal, o uso do preservativo está atrelado aos critérios de beleza, de estabilidade no relacionamento, confiança no parceiro, como também nas questões de poder dentro da relação, conforme demonstrado pelos estudos de Bastos e Szwarcwald (2000); Rodrigues-Júnior e Castilho (2004); Paiva *et al.* (2007); Santos *et al.* (2009).

4.1.1.1.2 *Conhecimento da sorologia do (ex) parceiro*

Doze entrevistados relataram que o conhecimento do seu envolvimento sexual com uma pessoa que vive com HIV foi a principal informação que os motivou para a realização do teste. A busca pelo teste foi mais rápida nesses casos, apesar dos medos e incertezas de qual seria o resultado do exame. A associação do HIV e da Aids com a morte ainda é muito presente nas falas dos participantes e saber que tiveram contato íntimo com alguém que vive com HIV, algumas vezes foi o suficiente para pensar que estava “morta”, ou seja, com a infecção, como demonstrado na fala:

Estava namorando e quando a gente terminou, eu descobri que ele tinha HIV e eu tinha transado algumas vezes com ele sem camisinha. Só que por não ter conhecimento, eu não sabia que uma pessoa com carga viral baixa não transmite HIV. Aí fiquei louco, pensei: ‘ai, estou morta’. Dizia que eu estava

morta, carimbada, estava baleada, estava com a “tia²⁹” (MIGUEL, Gay, 21 anos, ensino médio completo, soronegativo).

A fala de Miguel está de acordo com Paicheler (1999) que mostra que conhecer alguém com HIV aumenta a percepção de risco, aproximando a possibilidade da infecção na vida. A falta de conhecimento sobre a transmissão do vírus e da evolução da doença, juntamente com a associação social da Aids com a morte fez com que o informante rapidamente buscasse o teste de HIV, pensando que já estava com Aids e conseqüentemente morto. Essas construções sociais estigmatizantes geram ainda mais sofrimento diante da possibilidade de uma enfermidade, deixando esse momento ainda mais aversivo.

As metáforas ‘carimbada’ e ‘baleada’ denotam a marca dos discursos sociais em relação à Aids que produzem tanto as normas de prevenção como a subjetividade dos indivíduos. Na fala de Miguel podemos observar a transposição para si desses termos, pois antes mesmo de realizar o teste de HIV e de receber o resultado, o indivíduo passa a se sentir, a se perceber e a se nomear do modo semelhante aos discursos construídos acerca do HIV e da Aids, conforme o que Foucault (1998) denomina de experiência.

Portanto, a associação da Aids com a morte aumenta a vulnerabilidade ao HIV, pois produz estigmas que acarretam em silenciamentos acerca da sua sorologia, em isolamento dos círculos sociais, falta de apoio psicológico, e algumas vezes, o distanciamento do serviço de saúde por achar que “já está morta”, antes mesmo de realizar o teste.

Outro critério relatado como motivador para o teste, após saber da sorologia do ex-parceiro, foi a possibilidade de estar infectado e transmitir para o parceiro atual, como declara o entrevistado:

A primeira vez que eu fiz o teste foi porque eu namorava um menino e ele transava com várias pessoas. Eu transei com ele sem camisinha, me ligaram e disseram que esse menino estava com ‘a tia’. Eu já tinha transado com meu outro namorado sem camisinha, aí me desesperei, porque além de eu estar em risco, coloquei a vida de outra pessoa em risco (LUIZ, bissexual, 23 anos, ensino superior incompleto, soronegativo).

Saber que o namorado possuía múltiplas parcerias também foi um motivo para que Luiz buscasse o teste, mostrando que possui a informação que a diversidade de

²⁹ “Tia” refere-se à “tia Sida”, uma das formas utilizadas por gays ou homossexuais para dizer que alguém tem HIV ou Aids sem citar diretamente o nome da doença.

parceiros pode aumentar sua vulnerabilidade em relação ao vírus. No entanto, percebemos que apesar de não ter havido fidelidade do relacionamento passado, que o fez se perceber com risco, no novo relacionamento ele também não utiliza preservativo. Nesse caso, parece que o participante só se percebeu com risco ao ponto de motivá-lo para a realização do teste após possuir o conhecimento de algum fato que signifique a possibilidade de estar infectado, como por exemplo, saber que o ex tinha múltipla parceria e que o mesmo estava positivo. Esse fato nos faz pensar que ter relações desprotegidas parece não ter o mesmo impacto como incentivo ao teste se comparado com o conhecimento do diagnóstico positivo do (ex)parceiro, apesar de as recomendações do Ministério da Saúde de quando se testar, presentes no sítio Fique Sabendo.

O cuidado com o outro presente na fala de Luiz também foi frequentemente relatado, principalmente entre os informantes soropositivos. Nesse estudo, um participante que vive com HIV revela de modo semelhante ao estudo de Reis e Gir (2005) que a desconfiança em relação à eficácia da camisinha e o medo de contaminar a esposa faz com que ele coloque mais de um preservativo no ato sexual: “nas últimas vezes que eu e minha esposa tivemos relação, eu usava duas camisinhas por prevenção. Porque se uma estourar, uma vai garantir, tá entendendo?” (José, vive com HIV desde 2006). O medo de infectar o parceiro e de se infectar associado à ideia do alto contágio do vírus pode fazer com as pessoas utilizem estratégias exageradas de prevenção acreditando que estão protegendo mais a si e ao outro quando na verdade ficam mais suscetíveis.

Apesar de o cuidado para não infectar o outro, relatado pelos informantes que vivem com HIV, alguns indivíduos soronegativos acreditam que estes “fazem a linha louca, de sair espalhando pra todo mundo, de dizer “ah, porque estou carimbada, não tem mais jeito, vou atrás do resto do povo e vou sair matando todo mundo” (Aaron, 22 anos, gay, ensino médico completo, soronegativo)”. Esse pensamento está de acordo com a explanação de Mott (2002) acerca do modo como as autoridades e a sociedade, nas primeiras décadas da Aids, enxergavam as pessoas que viviam com HIV/Aids como seres revoltados e vingativos dispostos a propagar a epidemia intencionalmente.

Embora possa haver pessoas que transmitam o HIV intencionalmente, essa ideia não deve ser generalizada, mas sim vista com cautela, pois ela contribui para aumentar a vulnerabilidade das pessoas com HIV, uma vez que eleva o estigma e o preconceito em relação a elas, bem como retarda o diagnóstico precoce e o acesso ao

tratamento (GUIMARÃES, 2011). Além disso, esse pensamento transpõe a responsabilidade da prevenção apenas ao parceiro soropositivo, colocando o outro na posição de vítima, caso seja infectado. Uma das dificuldades de se colocar como sujeito ativo para cuidar da sua saúde pode ser devido à interpretação do HIV como uma infecção distante de si, ainda mais por ser imperceptível pela aparência.

Um dos participantes realizou o teste de HIV após a revelação do parceiro de que era soropositivo. Segundo ele, as relações sempre ocorriam com camisinha, mas uma vez ele retirou o preservativo durante a relação sexual devido à influência do álcool. Quarenta dias após, o parceiro revelou o diagnóstico positivo e ele realizou o teste novamente. O fato de o parceiro conhecer o seu estado sorológico e não ter revelado e ter permitido que a relação continuasse mesmo sem preservativo fez com que o relacionamento se rompesse, pois o participante se sentiu desrespeitado em seu direito de escolha, como mostra a fala a seguir:

Depois que ele disse que era soropositivo e não me deu direito de optar se eu queria ou não me expor, aí pronto, acabou. Acabou o desejo, acabou o respeito, a admiração, acabou tudo. Eu fui irresponsável porque tirei a camisinha, mas poderia não ter acontecido, porque ele tinha a consciência que vivia com HIV (FÁBIO, 35 anos, homossexual, superior incompleto, vive com HIV há duas semanas).

Esse trecho pode exemplificar a complexidade do tema HIV/Aids ao envolver também aspectos éticos e do direito penal diante da transmissão do vírus para outrem. Felismino, Costa e Soares (2009) mostram que as pessoas que vivem com HIV sabem que tem o dever de assegurar a saúde do outro e esse cuidado é visto como essencial pelos mesmos. Por outro lado, devido à estigmatização da Aids, a revelação do diagnóstico positivo para o parceiro é um momento bastante difícil, uma vez que sinaliza prejuízos morais, discriminação e marginalização contribuindo para que o silêncio prevaleça nesses casos. Os autores argumentam que os profissionais da saúde devem motivar o usuário que revele ao seu parceiro a sua sorologia em um momento propício, ao mesmo tempo em que devem valorizá-lo como pessoa e respeitar os seus direitos.

No Brasil não há uma lei específica que verse sobre a questão da transmissão intencional do HIV, mas desde 2000 os juristas e legisladores tendem a interpretar a questão como ofensa à integridade corporal ou a saúde de outrem, resultando em enfermidade incurável, podendo a sanção ser de crime doloso (intencional) ou culposo (não intencional, mas há displicência), sendo dever da pessoa

que vive com HIV utilizar medidas de prevenção para evitar infeccionar seu parceiro (FELISMINO, COSTA E SOARES, 2009). No entanto, o movimento nacional de AIDS refuga que a transmissão sexual do HIV seja criminalizada e defende que essa questão deve ser tratada pela saúde pública e não pela justiça (GUIMARÃES, 2011).

Acreditamos que a transmissão sexual do vírus entre os casais sorodiscordantes deve ser analisada com cautela, levando em consideração os aspectos éticos de ambos os indivíduos, bem como aqueles que compõem o quadro da vulnerabilidade ao HIV. Ainda, é de suma importância que a saúde pública esteja preparada para lidar com casos semelhantes, uma vez que o estigma relacionado ao HIV diminui a chance do indivíduo revelar sua sorologia, havendo interferência na busca do diagnóstico precoce e acesso ao tratamento de ambas as partes.

4.1.1.2 *Autocuidado*

Nesse estudo, seis entrevistados relataram como motivos da testagem a realização de check-up e autocuidado com sua saúde de modo geral, como forma de ‘saber como está seu corpo’, ‘saber se está saudável’ e ‘a precaução’. Dentre eles, quatro se autodeclararam gay ou homossexual e dois bissexual, sendo um deles acompanhante do sexo, nome atualmente dado para o sexo comercial.

Por meio das falas desses participantes, percebemos que o autocuidado com sua saúde parece ser consequência da associação entre Aids e gay, que produz estigma e discriminação com esse grupo, como ilustrado no trecho a seguir:

Na minha cabeça os gays se cuidam mais, não só pelo medo da doença, mas por ter medo de ser excluído do seu grupo de amigos. O preconceito dentro do grupo é maior. Se um hetero pega AIDS, eu acho que o preconceito social é menor porque a AIDS há muito tempo foi taxada como doença de gay. Então no grupo gay eles não querem um positivo porque se alguém sabe que naquele grupo tem um positivo, eles serão taxados da mesma maneira. Então, há maior cuidado como forma de não perder esse grupo social (PEDRO, 28 anos, gay, superior incompleto, soropositivo).

Segundo Pedro, os homens heterossexuais não pensam muito que podem adoecer, diferente dos gays que foram associados à Aids desde o surgimento da doença. Essa associação gerou além de estigma, o aumento do preconceito com homens que possuem sexo com homens, produzindo exclusão e perdas sociais, gerando o que Daniel (1989) chamou de morte social. A discriminação com a pessoa que vive com HIV é tão intensa que a exclusão advém inclusive dos amigos e familiares, fazendo com que o indivíduo perca suas referências sociais.

Nenhum participante heterossexual relatou como motivo do teste o cuidado com a sua saúde. Esse dado está de acordo com os estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Gomes (2008), Guerriero, Ayres e Hearst (2002) e Madureira e Trentini (2008) que mostram que os homens não buscam os serviços de saúde com frequência, possuindo maior chance de ter diagnósticos avançados de saúde. Além disso, o papel de gênero masculino como o viril, de sexualidade afluada e forte relaciona o sexo com reprodução e não com doenças. Podemos perceber essa noção quando um dos participantes verbaliza que os homens heterossexuais estão preocupados com a exigência da pensão advinda com a gravidez indesejada e pouco pensam sobre a possibilidade de adoecimento.

Essa informação nos faz pensar: os homens que relataram esse motivo buscaram o teste por que têm consciência da importância para sua saúde ou por medo da morte e do estigma e da discriminação exercido sobre a Aids e o gay?

Se é verdade que a instalação do medo, por meio da mídia e suas metáforas e de campanhas e ações de saúde pública que associam a Aids à morte e às perdas podem ajudar como incentivo ao cuidado à saúde, junto com este vêm diversos sentimentos aversivos que, ao contrário, podem ser barreiras ao acesso aos serviços e ao autocuidado. Acreditamos, portanto, que a saúde pública deve atuar na lógica da promoção da saúde e da vida, não utilizando artifícios que além de pouco contribuir para impulsionar os indivíduos à saúde, muito auxilia na produção de medos e adversidades.

Um dos participantes realizou o teste inúmeras vezes após uma relação sexual desprotegida e esse comportamento poderia ser entendido como de autocuidado. Porém, o motivo que o levou a repetição do teste é a crença de que após o ato sexual sem preservativo vírus pode ter ficado ‘encubado’ em seu corpo, podendo se manifestar a qualquer momento. Como o HIV age de modo silencioso e a pessoa passa um período assintomático, ele tem receio de o vírus ter se manifestado sem ele saber, conforme ilustrado:

Como a Aids é uma doença totalmente desconhecida e silenciosa, que mata aos poucos e que ainda não tem cura, eu me pergunto, será que quando cometi aquele ato sexual totalmente desprotegido, fiz o teste e deu negativo, o vírus não estava encubado? Assim como a doença evolui silenciosamente, será que o vírus também não vai evoluir no meu corpo desencubando em algum momento? (LE MOS, 33 anos, bissexual, ensino médio completo, soronegativo).

A fala de Lemos mostra o desconhecimento em relação ao HIV/Aids ao apontá-la como uma doença totalmente desconhecida e ao pensar que o vírus pode ficar por anos em seu corpo sem manifestação. Durante a entrevista, esse participante fez várias perguntas sobre a eficácia dos testes, locais de tratamento e se buscariam saber se em sua família ou grupo social alguém mais seria positivo, caso esse fosse seu resultado. Após uma exposição de risco, ele faz o teste duas vezes ao ano por receio que os testes passados não tenham detectado o vírus, que evolui silenciosamente. Esse pensamento também corresponde a metáfora de astúcia que o vírus da Aids adquiriu na sociedade, conforme Sontag (2007).

O estudo de Campos (2005) mostrou que alguns indivíduos repetem o teste de HIV, mesmo que não haja situações de risco, conforme indicadas pelo Ministério da Saúde, levantando a reflexão sobre a banalização do teste de HIV, realizado de modo indiscriminado.

No caso do participante do nosso estudo, ele diz que não tem vida sexual ativa, um dos critérios que o excluiria da necessidade de testagem periódica, mas a falta de conhecimento parece gerar informações equivocadas e pensamentos fantásticos que podem produzir sofrimentos desnecessários e comportamentos de busca ao teste exagerados, indo de encontro às recomendações do Ministério da Saúde, no sítio Fique Sabendo.

Futuros estudos podem se debruçar sobre a relação entre autocuidado masculino em saúde e as diferentes orientações e identidades sexuais como forma de compreender os motivos do cuidado e elaborar estratégias que possam contribuir para a incorporação da promoção da saúde na vida da população masculina.

A seguir versaremos sobre as barreiras individuais e sociais que dificultaram a busca pelo teste de HIV entre os HSH.

4.1.2 Barreiras para a realização do teste de HIV

Incluímos como barreira ao teste de HIV os fatores que, de algum modo, interferiram na busca do diagnóstico dos participantes, excluídos os motivos relacionados com os obstáculos programáticos, que será explanado no próximo tópico.

4.1.2.1 Barreiras Estruturais

Incluimos como barreiras estruturais os fatores relacionados com a economia e que produzem desigualdades sociais, como pobreza, nível de escolaridade, desigualdade de orientação sexual e estigma e discriminação que são considerados como estruturantes das vulnerabilidades dos HSH, de acordo com o estudo de Parker (2000) e Brasil (2007).

Desse modo, acreditamos que a compreensão desses fatores é de suma importância para pensarmos em intervenções mais eficazes em saúde pública para o HIV/Aids, entendidas como trazendo reais transformações no contexto de vida das pessoas.

4.1.2.1.1 Desigualdades sociais

Em relação à moradia, 7 participantes moravam na região da SER I, 6 na região da SER II, 5 na SER III, 6 na SER IV, 2 na SER V, 2 SER VI e 12 não responderam em qual bairro habitavam, pois no roteiro utilizado nas entrevistas não havia essa pergunta de forma direta, pois em Fortaleza não há uma cultura de bairro e vizinhança bem estabelecida em toda a sua extensão.

No entanto, entendemos que a ausência desse fator pode ser uma limitação para analisarmos a vulnerabilidade ao HIV/Aids de cada SER. Os participantes que responderam sobre seus bairros os citaram voluntariamente durante a entrevista no momento em que versavam sobre a situação do HIV e da Aids em sua região de moradia.

A maioria dos participantes relataram não conhecer a situação do HIV/Aids nos seus bairros, pois “não tá escrito na testa, assim, to com Aids né?” (Sandro, 18 anos, gay, nunca realizou o teste) e as pessoas não divulgam sua sorologia, porém alguns citaram que acreditam que a prevalência seja alta devido à falta de informação, ao uso de droga e à prostituição em suas localidades, como afirmado na fala abaixo:

Olha, de saber de certeza e te dizer em números eu não sei, mas eu acho que a situação deve tá bem... Porque tem pessoas com HIV lá, eu tenho quase certeza que tem pelo seguinte, principalmente no bairro e na rua onde eu moro, a incidência, a quantidade de pessoas que usam droga é muito alta, entendeu? Então, assim, pra tu ter ideia eu já vi meninas se prostituindo lá só por causa de uma pedra de crack. Então, com certeza, numa relação dessa, ela não tá usando camisinha. (TIAGO, gay, 29 anos, ensino médio completo, soropositivo, mora em um bairro da SER I).

Percebemos através da fala de Tiago que a população desse bairro pode se encontrar em alta vulnerabilidade tanto para o HIV/Aids quanto para outras enfermidades biológicas como DST e doenças sociais, como criminalidade e violência. A realização do ato sexual em troca de crack pode denotar a falta ou pouco acesso à renda, mostrando como o fator econômico é um importante contribuidor das situações institucionalizadas de violência estrutural (MINAYO, 1994), a qual naturaliza as desigualdades, nesse caso de gênero, de orientação sexual e de acesso à bens materiais e à vida de qualidade.

A SER I é uma área de IDH médio e baixo, mas não é a de menor condição socioeconômica de Fortaleza, o que nos faz imaginar que nessas regionais a situação de vulnerabilidade deva ser ainda maior.

Outros participantes citaram presenciar o sexo comercial no seu bairro em troca de crack e, todos acreditam que nesse momento não há uso de preservativo e os usuários de drogas são mencionados como ‘abstinentes’, ‘inconsequentes’, ‘fissurados’ e, por isso, não pensam na questão da camisinha no ato sexual.

Futuros estudos sobre HIV/Aids devem incorporar o fator bairro de moradia, pois o mesmo auxilia no delineamento do perfil da região em termos de conhecimentos, crenças e comportamentos, contribuindo para que as ações e as políticas públicas em saúde possam ser implementadas de acordo com a necessidade de cada secretaria regional executiva.

4.1.2.1.2 Homofobia

Esse fator de desigualdade antecede o aparecimento da Aids e o surgimento desta em homossexuais auxiliou para reforçar ainda mais o preconceito com essa população, que pode sofrer duplamente por serem gay ou homossexual e soropositivo.

Mais da metade dos nossos informantes se autodeclararam gay ou homossexual, 14 bissexual e apenas um heterossexual. Quatro entrevistados estão casados, três deles com mulher e um com um gay³⁰. Dentre os casados com mulher, dois vivem com HIV e em ambos os casos as mulheres sabem da sorologia, mas desconhecem que seus maridos realizam práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo,

³⁰ Embora esse participante não seja casado oficialmente, esse foi o modo como o mesmo se definiu durante a entrevista, por isso o agrupamos nesse estado civil.

denotando que eles podem sofrer menos punições sociais se não revelar sobre a doença e seus desejos sexuais por homens.

Além de não contar para suas esposas, a revelação da bissexualidade não é realizada também para a família, pois isso traria um grande sofrimento para os entes familiares e para si mesmo, maior ainda do que o impacto do diagnóstico positivo, conforme explana o trecho:

Ninguém da minha família sabe. Meu pai é militar, se ele soubesse que eu sou gay, eu acho que ele sofreria mais que com o HIV. Porque se ele soubesse que eu peguei HIV de uma mulher, eu acho que ele iria ficar muito triste porque eu estou doente, mas se ele soubesse que eu sou gay e peguei HIV de outro homem, ele iria sofrer por 2 motivos: porque eu sou gay e porque eu contraí HIV. Então, é complicado, prefiro não contar (JOSÉ, bissexual, ensino médio completo, soropositivo desde 2006).

Essa fala revela o machismo e o papel de gênero presente na cultura nordestina, onde o homem aprende que o seu desejo sexual é incontrollável e sua identidade de homem, de macho, é atrelada ao poder exercido sobre as mulheres, seja no nível sexual, econômico e moral. Por isso, se José tivesse contraído HIV de uma mulher, seria menos mal, pois apesar de estar com uma infecção, ela foi adquirida por um comportamento não somente aceitável socialmente, mas também desejável por um pai que tem um filho do sexo masculino: a vivência da sexualidade com várias mulheres durante a vida. Se ele relatasse que adquiriu o HIV de um homem o impacto seria maior porque a doença adveio de um comportamento denso e vergonhoso para a família, podendo inclusive haver rechaçamento da mesma.

Do mesmo modo, outro entrevistado não assume a sua orientação sexual para seus colegas, que pensam que ele tem apenas a namorada ‘oficial’ do colégio, mas no final de semana sai com um ‘carinha’, como pode ser ilustrado na fala abaixo:

Eu estava namorando uma menina da escola e lá na escola ninguém sabe [sua bissexualidade]. Só quem sabe são uns 3 colegas meus do curso. Então, eu estava ficando com ela, mas ao mesmo tempo, nos finais de semana, eu dava uma escapulida e ficava com um carinha, entende? (ALAN, bissexual, 18 anos, 3º ano do Ensino Médio, nunca realizou o teste de HIV).

A desigualdade de orientação sexual aparece nas falas de Alan e José ao esconderem suas orientações sexuais dos seus círculos sociais, pois sabem que poderão sofrer preconceitos caso revelem, semelhante ao proposto por Goffman (1988). Essas verbalizações também estão de acordo com o estudo de Seffner (2004) que mostra como o preconceito aos homossexuais influencia para que os bissexuais divulguem apenas seu

relacionamento com o sexo feminino, mas omitam sua relação com a pessoa do mesmo sexo. Além disso, esse ‘segredo’ pode ser mantido inclusive para os profissionais de saúde que o assistam, afastando os homens bissexuais e homossexuais dos serviços de saúde e conseqüentemente da testagem para o HIV, violando o princípio de universalidade e integralidade do SUS.

Uma das conseqüências da intolerância às diversas expressões da sexualidade é a homofobia internalizada (Mott, 2000b), que faz com que os próprios homossexuais sintam raiva de outros indivíduos da mesma orientação e/ou não aceitem seus desejos por pessoas do mesmo sexo, querendo, se possível, modificá-los. A fala de Arapon pode ser um exemplo desse tipo de homofobia:

Os casais gays se beijam muito, beijos assim cinematográficos, homem e mulher. Hoje eu sou contra, porque outro dia vi uma família e tinha um casal de gays perto se beijando assim, as crianças ficaram olhando e o pai tava possesso. Aí eu vi quando o garotinho perguntou ‘pai, pode assim se beijar dois homens?’ Tudo bem, o preconceito não pode haver, mas aí existem lugares. Mas quando eu levo isso pra sociedade normal, que não tem uma aceitação 100%, é muito complicado porque a gente não vive numa sociedade totalmente homossexual e nem totalmente hetero, a gente vive numa democracia, mas a gente tem que infelizmente colocar parâmetros, pras coisas acontecerem. Os gays têm os direitos deles, todos os direitos que puderem ter, mas resguardando os direitos dos outros, sem ferir os direitos dos heterossexuais (ARAPON, homossexual, 42 anos, superior completo, soronegativo).

Esse trecho revela como a heteronormatividade está enraizada como o modo correto de vivenciar a sexualidade na nossa cultura. Arapon é homossexual, mas mesmo assim acha que um casal do mesmo sexo não deve se beijar em locais públicos e nem como homem e mulher se beijam, de modo cinematográfico. É como se no espaço público coubessem apenas as expressões de heterossexualidade que não ferem a integralidade e moral das pessoas. Já para os homossexuais restam os espaços privados ou escondidos dos olhos sociais como os motéis ou qualquer outro ambiente que possam se comportar com mais liberdade.

De acordo com Arapon, devem existir parâmetros sociais para que os direitos das pessoas não sejam violados, estando os dos homossexuais abaixo dos direitos dos heterossexuais quando diz que os primeiros devem ter seus direitos respeitados, mas desde que não fira algum valor heterossexual. Esse raciocínio está de acordo com o que Parker (2002) defende sobre o poder e da dominação subjacentes ao estigma, que inferioriza um grupo em prol da superioridade de outro.

Essa fala corresponde ao discurso da heteronormatividade e religiosidade presente na nossa sociedade, onde quem vivencia outra forma de sexualidade é considerado errante, pecador, amoral, dentre outros rótulos, gerando efeitos danosos na autoestima e a clandestinidade dos homossexuais e bissexuais que se sentem menos culpados ao vivenciarem seus desejos longe dos olhos da sociedade heterossexual. No campo da saúde, a homofobia internalizada que produz o silenciamento e o ocultamento das práticas sexuais aumenta o grau de vulnerabilidade e risco para diferentes tipos de situação, inclusive para o HIV e a Aids e reforça a homofobia social. Já que a sociedade não tolera suas práticas, os guetos tornam-se locais marginais de acolhimento e inclusão, onde a homoafetividade pode ser vivida com menos preconceitos e culpa (MOTT, 2000b).

Percebemos, portanto, as consequências danosas à saúde física e psicológica que a intolerância às expressões da sexualidade gera em quem vivencia práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo. É de fundamental relevância para o campo do controle do HIV/Aids que o estigma e a discriminação em relação à população LGBT seja trabalhado em vários espaços e contextos sociais para que tenhamos uma sociedade mais tolerante, justa e menos suscetível às doenças físicas e psicológicas produzidas por essa desigualdade.

4.1.2.1.3 Estigma e discriminação

O estigma e a discriminação foram amplamente citados durante as entrevistas como uma importante barreira em relação ao teste de HIV. No entanto, eles atuam para além do diagnóstico, estando também relacionado com a sexualidade, com a raça, a escolaridade, o gênero, dentre outros e com a própria doença em si, atingindo qualquer pessoa que venha a se infectar ou adoecer de Aids, como mostra a fala a seguir:

A primeira coisa que o povo fala [quando descobre que vive com HIV] é ‘ai, quero morrer, quero me desfazer, porque não tem cura’. Porque todo mundo vê uma pessoa que tem AIDS como aquela que não tem vida, que é uma pessoa magra, feia, que não tem nenhuma aparência de que tenha saúde, e não é bem assim. Aí é por isso que eu falo que é uma doença chata, por conta do preconceito que a pessoa sofre, porque pode ser qualquer pessoa, mas ela vai sofrer preconceito. (MIGUEL, gay, 21 anos, ensino médio completo, soronegativo).

A fala de Miguel pode ser uma amostra da representação que a sociedade possui das pessoas que vivem com Aids: sem vida, magra e feia. É como se, após o

diagnóstico, todas elas fossem ter o mesmo fim – a morte rápida – e a com a mesma aparência. Essa imagem das pessoas soropositivas é semelhante às veiculadas na mídia nas primeiras décadas da epidemia e contribui para gerar medo e repulsa em relação à doença e conseqüentemente em relação ao seu diagnóstico.

Os atributos ‘sem vida, magra e feia’ seria o que Goffman (1988) chamaria de estigma, uma vez que possui características depreciativas que tem um efeito de descrédito, modificando o modo como uma pessoa ou coisa é vista pela sociedade.

O estigma da Aids pode ser visto na fala do entrevistado que revela sobre o momento de realização do teste de HIV, conforme o depoimento a seguir:

Nooossa Senhora! O teste de HIV é um momento, assim, em que a gente mistura um monte de sentimentos no mesmo instante, é medo, é nervosismo, é apavoração, é uma ânsia de choro. Por mais que a pessoa tenha passado toda a vida fazendo sexo com camisinha, mas naquele momento em que ele vai fazer, ela sente assim, com um nervosismo muito grande, entendeu? Você não consegue ficar sossegado até conseguir pegar o resultado. É uma coisa desconfortante (ENZO, 19 anos, gay, ensino médio incompleto, vive com HIV há 06 meses).

A fala de Enzo expressa claramente a sensação psicológica sentida diante da realização do teste. Quem nunca o realizou e escuta esse depoimento provavelmente não se sentirá estimulado a buscar a testagem, uma vez que o sofrimento é intenso e a ânsia pela espera do resultado, enorme. Isso demonstra também o significado aversivo que a Aids ainda possui, mesmo com tantos avanços tecnológicos em relação ao teste e ao tratamento e da propagação por alguns profissionais de saúde de que a Aids deixou de ser o ‘terror’ da saúde com o sucesso da terapia antirretroviral.

Perguntamos aos entrevistados como eles se veriam e se sentiriam caso tivessem HIV, no caso dos soronegativos e interrogativos; e como eles se veem e se sentem vivendo com HIV, no caso dos positivos. As respostas variaram bastante, dependendo do tempo de vivência com o vírus, seja consigo mesmo ou por conhecer alguém positivo; dos conhecimentos sobre tratamento e a infecção; e das crenças culturais, dentre outros.

As pessoas que vivem com o vírus responderam que se veem como pessoas normais como se não tivessem doentes, pois a maioria não apresenta sintomas da Aids, relatando mudanças positivas que ocorreram em suas vidas após o diagnóstico, como alimentação saudável, prática do exercício físico, maior responsabilidade com os compromissos na vida, mostrando também ganhos secundários como maior união da família, após a revelação da sua sorologia. No entanto, um dos entrevistados que havia

recebido o diagnóstico há 6 meses, mostra o difícil momento que pode ser receber o exame positivo:

Na hora que soube, eu senti uma angústia muito grande, uma vontade de chorar, uma vontade de morrer, entendeu? Eu senti como se o mundo tivesse se acabado pra mim, ali, naquele momento. Eu não senti nem terra nos meus pés. Passei uma semana chorando, meus olhos inchados. Mas hoje me vejo normal, meu único medo é de adoecer, de pegar uma gripe ou que eu precise tomar os coquetéis, mas fora isso eu me vejo supernormal. Eu ainda me sinto meio abalado, entendeu? É recente, eu ainda estou assim meio abatido (ENZO, gay, 19 anos, ensino médio incompleto, vive com HIV, não faz tratamento).

O recebimento de um diagnóstico positivo de uma doença incurável, ainda mais do HIV é repleto de simbolismos, de representações que geram medos e angústias devido, dentre tantos outros motivos, à incerteza de como a vida será e por quanto tempo viverá. A frase ‘sem terra nos pés’ ilustra a insegurança, a perda da sensação de controle da própria vida, como se não tivesse mais o chão que lhe servia de base. A vontade de morrer pode demonstrar a tentativa de fugir de todas as consequências aversivas relacionadas ao HIV, seja ela física ou social. Com o passar dos dias e a inexistência dos sintomas, o indivíduo passa a não se perceber doente e a morte não se torna tão próxima como imaginava, modificando seu humor e estado psicológico. No entanto, o medo de adoecer de qualquer enfermidade é constante, pois ele sinaliza não somente a baixa imunidade do organismo, mas a possibilidade de não se restabelecer e aí novamente a morte volta a ser vista de mais perto.

Mesmo que não haja sintomas e que o indivíduo não adoça sinalizando seu falecimento para a sociedade, há morte social diária, revelada nas perdas, nos estigmas que discriminam e violam os direitos humanos de quem vive com HIV e nas autopunições, na culpabilização e na baixa autoestima, pois o soropositivo pode passar a se enxergar de acordo com os rótulos sociais. O depoimento de José demonstra essa mudança na identidade:

Eu sou uma pessoa que não sou mais igual a outras pessoas. Mesmo que você não queira, você carrega o estigma e carregará sempre o estigma da doença, que é altamente transmissível, que as pessoas pensam que você parece um bicho de outro planeta, né? Eu já me puni muito com relação a isso: ‘poxa, uma pessoa tão bem informada como eu’. Eu sei muita coisa, eu leio muito, sabe? E cair numa dessa... (JOSÉ, 40 anos, ensino médio completo, vive com HIV desde 2006, faz tratamento).

O depoimento de José mostra como os enunciados sobre HIV/Aids modifica a subjetividade das pessoas, ao se considerar diferente dos outros. Por mais que ele não

revele sua sorologia para alguém, ele tende a se ver da mesma maneira que a sociedade o define, já que está imerso no mesmo contexto. Além disso, as ações preventivas de saúde foram, durante muito tempo, voltadas para as práticas do indivíduo e para o fornecimento de informações por acreditarem que o conhecimento modifica comportamento. No entanto, uma das suas consequências é a culpabilização por se sentir irresponsável e displicente, sentimentos produzidos pela noção de comportamento de risco sem levar em conta os contextos sócio histórico dos indivíduos, de acordo com o que defende Ayres *et al.*(2008).

O estigma que a pessoa sente e sofre é o produzido pelo o que Foucault (2004) chama de relações de poder que geram o saber sobre a Aids e a subjetividade das pessoas que vivem com o vírus. O modo como as pessoas positivas se veem foi produzido culturalmente a partir de discursos que, de tão propagadas, se transformaram em verdades.

As metáforas e os pensamentos mágicos em relação ao HIV são ainda maiores e mais fortes entre as pessoas soronegativas e as que nunca realizaram o teste. Termos como ‘prostrado’, ‘condenado’, ‘fracassado’, ‘deprimido’, ‘desesperado’, ‘desgostoso’ são alguns sentimentos citados pelos participantes que vivenciariam se fossem positivos. Os depoimentos a seguir ilustram a visão de dois participantes, um soronegativo e outro que nunca realizou o teste:

Olha, confesso que só o fato de imaginar já me causa pânico, entendeu? É como se a partir de um resultado positivo, existisse o antes e o depois. Ou seja, antes eu teria vida e depois não teria mais. Eu sei que essa é uma forma errônea de ver as coisas, mas em cima do HIV, além do problema físico que ele possa vir a causar, existe o problema social, a questão do preconceito. Além de você ter que lidar com situações na sua própria vida e problemas com a doença em si, você vai ter que lidar também com a sociedade, o que acho pior ainda, porque você vai se sentir excluído. (FRAN, 33anos, homossexual, superior completo, soronegativo).

Olha, eu nem consigo me imaginar soropositivo, eu particularmente acho que não teria mais autoestima, nem cabeça pra ainda manter uma vida sexual, uma vida amorosa. Eu já tentei namorar um rapaz soropositivo que disse pra mim antes que a gente tivesse relação sexual. Na hora falei: “beleza, que bom que você me falou pra que a gente se previna e não haja contágio”. Quando foi na parte dos ‘finalmentes’, eu não consegui e terminei o namoro. Por mais que na cabeça eu dissesse “não tem problema, a gente está se prevenindo, não há perigo de contágio”, mas quando estava na hora do ‘pega pra capar’, eu simplesmente não conseguia, eu bloqueava (LAURO, homossexual, 35anos, pós-graduado, nunca realizou o teste).

Ambas as falas exemplificam claramente o impacto psicológico que o diagnóstico positivo causa no indivíduo. Fran enfatiza a morte social, vista como pior

do que a física, e algo a ser encarado cotidianamente. A sorologia positiva é vista como um divisor de águas e de vida: antes e após o HIV, denotando a marca que o vírus pode deixar na história de vida da pessoa. Já Lauro comenta de uma experiência vivenciada próxima ao vírus causando bloqueio e rompimento no seu relacionamento, mesmo que tivessem se prevenindo. Isso nos mostra que possuir o conhecimento sobre prevenção, de que é possível ter uma vida normal com HIV e namorar alguém que vive com o vírus é uma regra que, nesse caso, não correspondeu à prática, pois mesmo com a informação ele não se sentiu protegido, possivelmente devido ao imaginário sobre o vírus e o perigo que seu parceiro sinalizava, ideias que ultrapassam a razão formal.

Esses depoimentos são úteis para nos mostrar que a Aids ainda é interpretada nos dias atuais como um terror e que o estigma e a discriminação geradores da morte social podem afastar os indivíduos do diagnóstico, já que o mesmo representa a possibilidade de estar infectado e, com isso, vivenciar toda a carga social imposta aos soropositivos. Vemos, então, que a Aids avançou muito em termos de tecnologia e inovação para o tratamento e conhecimento do vírus, mas durante essas quatro décadas pouco houve avanço em relação as representações sociais da Aids.

Um dos comportamentos que caracteriza a morte social é o silenciamento, o ocultamento da condição de positivo para o círculo social. De acordo com Goffman (1988), se a característica estigmatizante pode ser escondida, o estigmatizado utilizará de estratégias para omiti-la. Em relação ao HIV, o indivíduo consegue ocultar sua sorologia enquanto está assintomático, fazendo com que o medo de adoecer se torne ainda maior, gerando bastante sofrimento. O temor de ser descoberto se agrava ainda mais quando já há uso de antirretrovirais e as pessoas ao seu redor não sabem do tratamento.

Um dos entrevistados é profissional da saúde e durante toda a sua história de vida ouviu sobre prevenção às DST, o que o fez sentir-se ainda mais culpado diante do resultado positivo do teste. Além disso, sentia receio de seus familiares vissem o medicamento que era armazenado na geladeira, conforme ele expõe:

O complicado foi logo no começo que passaram medicação de geladeira, que tinha que deixar guardado lá, e eu tinha maior receio do pessoal de casa descobrisse alguma coisa e ficassem suspeitando. Aí eu começava a esquivar e aí, graças a Deus eu consegui falar com uma médica e ela passou uma terapêutica melhor e substituiu esse da geladeira pelo comprimido normal (CLOVIS, 33 anos, superior completo, vive com HIV).

O depoimento de Clovis ilustra as estratégias utilizadas pelas pessoas que vivem com HIV para não sofrerem discriminação da sociedade. No caso dele, não era apenas em casa que seu receio aparecia, mas também de levar a térmica para o trabalho e levantar a curiosidade ou a suspeita dos familiares e dos colegas.

Em relação à vida amorosa, a maior dificuldade mencionada pelas pessoas que vivem com HIV também está ligada ao fato da não revelação do diagnóstico e dos critérios de prevenção baseados na relação estável. Por mais que façam uso de TARV, os participantes temem não usar o preservativo por questões de reinfeção e de infecção do parceiro (Kahhale, Christovam e Esper, 2010) e passam por situações onde este não quer utilizar camisinha e não compreende quando eles dizem que não farão sexo sem preservativo, fazendo com que os indivíduos que vivem com HIV prefiram não iniciar um relacionamento que possa vir a ser duradouro, uma vez que este significa ter que revelar a sorologia ao companheiro, como podemos observar na fala de Tiago:

É muito difícil quando você tem HIV e vai namorar com uma pessoa porque quase todo mundo ainda tem na cabeça esse negócio de dizer: 'ai, é uma relação estável, meu namorado é fixo, então vou transar com camisinha com ele pela primeira vez, depois vou fazer sem'. Eu não vou mentir que hoje eu prefiro mais ficar com as pessoas. Conheci hoje, fiquei, transei e pronto, e tentar não me envolver mesmo, entendeu? Porque se eu sair hoje e transar com o cara, usei camisinha, pronto, não vou precisar dizer nada pra ele. E se eu ficar com uma pessoa que eu vou ter que namorar, eu não vou poder passar a minha vida toda mentindo. (TIAGO, 29 anos, ensino médio, vive com HIV desde 2006).

O estigma diante da revelação do diagnóstico e a incerteza de como o parceiro vai lidar com a notícia faz com que muitos indivíduos se esquivem dos relacionamentos, preferindo algo sem compromisso, pois retira a obrigação de revelar sua sorologia e diminui a culpa que possivelmente eles poderiam sentir caso o parceiro viesse a se infectar no relacionamento.

O desconhecimento acerca da transmissão e prevenção do HIV é também gerador de preconceitos. Nesse estudo, a maioria dos participantes demonstrou possuir conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV de acordo com as informações científicas divulgadas pelo Ministério da Saúde para a população. Todos os participantes citaram a camisinha como método de prevenção do HIV, que deve ser utilizado nas relações vaginal, anal e oral. Alguns também relataram a transmissão devido à múltipla parceria, ao compartilhamento de seringas e à transfusão de sangue, embora a contaminação via transfusão tenha diminuído.

No entanto, muitos participantes citaram conhecimentos incorretos acerca da transmissão e prevenção do HIV, muitos deles semelhantes à época do surgimento da epidemia quando pouco se sabia sobre o vírus e a doença em si. De acordo com um entrevistado, a Aids é uma doença 'muito contagiosa e facilmente transmissível', sendo relatado o beijo na boca, contato com feridas abertas, compartilhamento de copos, talheres e roupas de cama e banho como uma das vias de transmissão.

Um dos participantes que vive com HIV relata que possui utensílios separados na casa de uma amiga para que ele não a contamine, como ilustra a fala a seguir:

Ela é uma pessoa muito preconceituosa, é tanto que eu tenho um copo lá na casa dela. Eu tenho um copo e tenho um prato. Ela não mistura com os deles, ela diz 'tu entende?' - 'Eu entendo.' Às vezes, chego lá, eu quero água, alguma coisa e digo: 'eu vou lá pegar meu copo, cadê meu copo?' Ela não mistura, ela tem uma desculpa, diz que morre de medo. Mas eu abraço, eu beijo ela, sabe? 'Eu não tenho medo de abraço e de beijo, mas eu tenho medo', diz ela (José, ensino médio, bissexual, vive com HIV desde 2006).

Essa fala demonstra que apesar de estarmos na quarta década da Aids, ainda permanecem noções de contágio construídas na primeira década da epidemia. Além disso, a falta de conhecimento sobre transmissão é observada tanto por parte da amiga quanto do participante que diz entender o preconceito e o medo da amiga de contrair HIV pelo uso de utensílios compartilhados. Podemos interpretar que o prato e o copo são vistos como possíveis meios de transmissão como se o vírus, que está dentro do organismo, se fixasse permanentemente nos objetos, sendo capaz de infectar as pessoas que tenham contato com os mesmos. Esse medo demonstra como o vírus da Aids é entendido no imaginário social e como os falsos conhecimentos aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos em relação ao HIV/Aids, uma vez que gera estigma e discriminação, além de reforçar a metáfora do vírus como astuto e invencível, conforme apontado por Sontag (2007).

Sabemos que o estigma e o preconceito são fatores que desde o início da epidemia afetaram as pessoas positivas, pois se a Aids é o terror ou a peste e eles a possuem, então eles passam a ser a própria doença e a serem tratados como perigo da mesma maneira que a epidemia. Desse modo, as pessoas que não possuem a infecção sentem medo não somente da Aids, mas de todas as coisas e pessoas a ela relacionadas, por isso, rechaçam-nas. Nesse sentido, o diagnóstico, sendo o meio que revelará a presença ou não do HIV, está também associado a todos os rótulos aversivos da Aids. Portanto, é importante que o combate ao estigma e a discriminação participe da agenda

política da Aids, pois ambos constituem fatores estruturantes na vulnerabilidade não somente do HIV, mas de todas as formas de desigualdades sociais.

4.1.2.2 Barreiras que compõem a vulnerabilidade individual e social ao teste de HIV

A seguir explanaremos sobre as barreiras dos eixos individuais e sociais que favorecem para aumentar a vulnerabilidade dos gays e outros HSH em relação ao teste de HIV.

4.1.2.2.1 Falta de conhecimento acerca do HIV e da Aids

Nessa categoria englobamos a falta de conhecimento sobre prevenção, diagnóstico e assistência presentes nesse estudo. Acreditamos que apenas a informação não é suficiente para proteger os indivíduos do HIV, porém a sua ausência é um dos fatores que aumenta suas vulnerabilidades individual e social.

4.1.2.2.1.1 Sintomas do HIV e da Aids

Em relação aos sintomas do HIV e da Aids, os conhecimentos dos participantes são bem diversos, variando entre o desconhecimento total até o relato que não há uma sintomatologia específica para a Aids. Os (des)conhecimentos sobre sintomas foram independentes da escolaridade e da sorologia, embora os entrevistados que vivem com HIV e que sentiram algum sintoma à época do diagnóstico, tenham com maior facilidade falado sobre esse tema.

Os entrevistados relataram que poucas são as informações divulgadas sobre os sintomas do HIV e da Aids, fazendo com que as pessoas não os identifiquem com clareza. A maioria relatou que seus conhecimentos sobre sintomas advêm de comentários de terceiros, e não de um profissional de saúde, e portanto não sabia se a informação era correta. Outros relataram acerca da sintomatologia do HIV devido ao adoecimento de um amigo ou conhecido, que realizou o teste e deu positivo e, por isso, associaram os sintomas ao diagnóstico, como exemplifica a fala de Sandro:

u tenho um amigo meu que nele nasceu um herpes aqui [aponta para a barriga] e passou do estômago pra cá, pras costas. Ele não sabia que ele tinha HIV, aí ele pegou e foi fazer exame de sangue, aí deu, disse que ele tinha Aids. Pronto, aí ele ficou se cuidando e tá passando, tá sarando [a herpes] (SANDRO, 18 anos, ensino médio completo, nunca realizou o teste).

A fala de Sandro expressa como a falta de informação advinda do Governo pode contribuir para a vulnerabilidade individual e programática dos indivíduos à epidemia, uma vez que a busca pelo diagnóstico de HIV pode ser retardada já que as pessoas não relacionam os sintomas que sentem à infecção. Ademais, outra informação incorreta percebida no relato de Sandro é o diagnóstico positivo ser semelhante a ter Aids e não o vírus, demonstrando que para esse participante pode não haver diferença entre HIV e a Aids.

No tocante ao HIV, nenhum sintoma específico foi associado a ele, visto por alguns como assintomático. Já em relação à Aids, o emagrecimento rápido, as manchas na pele, os enjoos, e a mudança na aparência física foram os mais citados, sendo a baixa da imunidade, a facilidade de adoecimento e as doenças oportunistas as características frequentemente mencionadas nessa fase.

Um dos participantes que vive com HIV descreve sua percepção do que os doentes com Aids sentem, de acordo com a sua vivência na instituição onde faz seu tratamento:

Quando a Aids se encontra em estado avançado, a pessoa fica mesmo debilitada. Eu tenho os conhecimentos que eu vejo, assisto né? Mas quando tá com HIV, por exemplo, eu, não tenho, não sinto sintoma. Eu como não entendo, eu já fico meio assim, com a experiência que eu tenho, se eu olhar pra pessoa, já percebo que ela não está normal, e fico imaginando se vou passar pela mesma coisa. (JOÃO, 44 anos, fundamental completo, vive com HIV desde 2009).

A falta de conhecimento de João sobre os possíveis sintomas e a relatividade dos mesmos, de acordo com cada caso, faz com que ele imagine, a partir da sua vivência, se enfrentará situações semelhantes das pessoas que ele observa. Desse modo, a pouca informação sobre a doença contribui para aumentar o medo do desconhecido e de como sua doença evoluirá, podendo produzir uma intensa carga de sofrimento, que poderia ser amenizado com o fornecimento da informação.

Ademais, a mudança na aparência física como a magreza e a queda de cabelo, bem como a debilidade física são características que socialmente estão relacionadas com doenças graves, como câncer e Aids, por exemplo. Quando João observa seus colegas, ele diz que apenas olhando para o outro sabe quem está debilitado e com a doença avançada. Se a pessoa omite sua sorologia positiva devido ao estigma e a discriminação ou por qualquer outro motivo, no momento em que esses sintomas aparecem é como se seu segredo fosse revelado, pois mesmo que não divulgue sua condição de doente, as pessoas o identificarão como tal, gerando muito sofrimento no

indivíduo enfermo, pois a sua identidade passou da condição de normal e saudável para a de ‘aidético’ ou ‘soropositivo’.

Uma das barreiras relacionadas ao teste de HIV entre os HSH encontradas nesse estudo foi estar assintomático, ou seja, como não estão com algum sintoma que sinalize o aparecimento de uma doença, não há motivo para procurar um médico ou fazer o teste de HIV, conforme relatado pelo entrevistado:

As pessoas, muitas vezes, só procuram uma unidade médica quando acham que já tá tarde demais, quando a doença já tá avançada, entendeu? Quando sente alguma coisa... É como falei, a pessoa normal não sente nada, não vai para o médico, passa tempo sem ir ao médico, sem fazer um check-up, sem fazer os exames, sem fazer nada, entendeu? (MARCOS, 33 ano, homossexual, ensino fundamental completo, soropositivo e faz tratamento).

Esse trecho contém vários elementos que influenciam o diagnóstico tardio do HIV e conseqüente aumento da vulnerabilidade do HSH. Uma dos elementos culturais implícito é a ideia de que você só está doente se houver algum sintoma, fazendo com que algumas pessoas esperem o aparecimento do sintoma para buscar o serviço de saúde. Nesse estudo, três participantes só buscaram o teste de HIV após o aparecimento de sintomas, tendo dois deles recebido o diagnóstico positivo.

Esses dois entrevistados possuíam o conhecimento dos possíveis sintomas relacionado ao HIV e a Aids e, somado ao fato de terem se relacionado sem camisinha, concluíram que podiam ter se infectado, embora não quisessem acreditar nessa possibilidade, pois “isso não acontece comigo” (CLOVIS, bissexual, 33 anos, superior completo, soropositivo, fez o teste após sentir diarreia).

Interpretamos que a não procura por assistência devido à falta de sintomas possui relação com a identidade de gênero dos homens no Brasil, pois, de um modo geral, eles apenas buscam o serviço de saúde quando já estão doentes, aumentando suas vulnerabilidades ao HIV, uma vez que o diagnóstico tardio diminui a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas que vivem com a infecção.

Percebemos, então, como os valores culturais e as identidades de gênero formam as subjetividades desses homens e, junto à falta de informação dos sintomas, influenciam para que eles se tornem mais suscetíveis às doenças ao postergarem a busca pelo diagnóstico e assistência.

4.1.2.2.1.2 Tratamento

Nesse estudo, a barreira relacionada com o tratamento está relacionada com a falta de informação sobre o mesmo. Nenhum dos participantes que não realizou o teste o deixou de fazer porque existia tratamento. Isso nos mostra que o fato de existir terapêutica para a Aids não fez com que seu diagnóstico fosse mais procurado, pois há outros fatores que são obstáculos e que compõem a decisão de se submeter ao exame.

O conhecimento acerca do tratamento variou bastante entre os entrevistados. Os que vivem com HIV relataram maiores informações sobre o tratamento, vantagens e desvantagens de tomar os medicamentos e seus efeitos colaterais, mesmo aqueles que não fazem uso da TARV. Porém, alguns participantes positivos só obtiveram conhecimento da existência do tratamento, após seu diagnóstico e quando buscaram os serviços de saúde, como expresso por Célio:

Quando eu cheguei aqui [Cemja], olhe como sou ingênuo ainda, eu disse 'quando chegar no Cemja vou começar o tratamento, vou tomar uns dois vidros, três frascos e pronto. Acho que vou melhorar. Vou ficar livre!' Mas aí quando cheguei aqui eu fiz uma pergunta: 'me diga uma coisa, vou tomar esses remédios pelo resto da minha vida?'. Me veio tanta da dúvida sobre esse medicamento, que quando cheguei aqui, esclareci algumas e outras sobre tomar o remédio e agora sei que é pelo resto da vida (CÉLIO, 42 anos, 2º grau completo, vive com HIV desde 2011).

A fala de Célio expressa o desconhecimento que ele possuía em relação aos medicamentos e ao próprio HIV, ao pensar que ele ficaria curado e que bastaria tomar dois ou três frascos de TARV que ficaria “livre”. Apenas quando obteve contato com a instituição onde faria o tratamento foi possível adquirir os conhecimentos corretos sobre a TARV. Além disso, o trecho mostra a divergência de informação existente entre a população como um todo e as instituições de saúde sobre a vivência com o vírus.

A fala de Célio pode evidenciar que a informação sobre o tratamento de HIV está restrita aos serviços de saúde, fazendo com que a população ainda desconheça aspectos importantes da assistência ao HIV/Aids, podendo ter impacto na prevenção ao imaginar que basta tomar poucos frascos que ficará livre do vírus; como também na assistência, por não saber em quais locais deve-se buscar o tratamento e que o diagnóstico precoce auxilia para que ele seja mais eficaz.

Os participantes que nunca realizaram o teste de HIV foram os que forneceram respostas menos detalhadas, no entanto, de modo geral, a maioria relatou o termo ‘coquetel’ como o medicamento utilizado no tratamento, que pode reduzir a transmissão do vírus, prolongando a vida da pessoa, mas não cura.

Em relação aos locais de tratamento, o Hospital São José, o Cemja, o Hospital Geral de Fortaleza, o Hospital Nossa Senhora da Conceição e os postos de saúde foram citados como possibilidades para o tratamento e obtenção do medicamento. Porém, o Hospital São José foi o mais recordado pelos participantes, tanto como um local de referência que lida com doenças infecciosas quanto pelo estigma que essa instituição possui, fazendo com que muitos indivíduos prefiram ser tratados em outros locais.

No tocante à importância da disponibilidade do TARV, a maioria enfatizou a relevância do tratamento para prolongar e melhorar a qualidade de vida, deixando a pessoa com a aparência ‘normal’, sem apresentar as características que denotam a Aids. Sem o TARV o índice de mortalidade seria muito maior, segundo os participantes. Para os que vivem com HIV, essa importância foi ainda mais ressaltada e o medicamento foi comparado como “a oportunidade de viver. Se você não toma, sabe que vai morrer. É quase como o ar que você respira, se faltar você morre, então é muito importante que se tenha” (Pedro, 28 anos, vive com HIV desde 2009).

Essa fala de Pedro demonstra claramente a relevância do medicamento para quem vive com HIV, pois o mesmo é visto de modo semelhante a uma substância essencial para manutenção da vida, e na sua falta, não há possibilidade de continuar vivendo por muito tempo, evidenciando que o tratamento é visto como a ‘salvação’ para quem vive com o vírus.

De modo semelhante, alguns participantes que nunca realizaram o teste também percebem a TARV como a única saída para quem vive com HIV, mas acrescenta a noção de perigo inerente ao tratamento. Diante da abreviação da vida por meio do diagnóstico positivo, a TARV se torna menos mal, mas é visto como um novo perigo a ser enfrentado, já que o corpo pode não se adequar a quantidade de medicamento e antecipar a morte, como exemplificada na fala:

Os coquetéis são muito perigosos, mas nada é tão perigoso do que você já estar ciente que vai morrer mais rápido que o esperado. Então, hoje em dia, as pessoas utilizam os coquetéis mesmo sabendo que são perigosos em forma de uma segunda chance. Porque a primeira, eles tiveram. Como eles perderam, agora, a única maneira de recorrer é se dopando com uma quantidade de comprimidos e substâncias – a maioria são comprimidos muito grandes – que podem simplesmente, se a pessoa já tiver alguma alergia ou tipo de doença antecessor a esse, que não pudesse tomar um desses comprimidos, ser fatal. Porém, é a única chance que ela tem, é aquele velho ditado: se correr o bicho pega, se ficar o bicho come, não tem por onde correr (ANDRÉ, superior incompleto, nunca realizou o teste de HIV).

Logo em seguida a essa fala, André esclarece que o perigo advém dos efeitos colaterais que todo medicamento possui. De acordo com a sua fala, percebemos que não há uma boa possibilidade para quem recebe um diagnóstico positivo, já que se não faz o tratamento, morrerá mais cedo e, se faz, poderá sofrer efeitos colaterais e também antecipar seu fim, evidenciado na frase ‘se correr o bicho pega, se ficar o bicho come, não tem por onde correr’. Essa compreensão pode deixar os indivíduos vulneráveis ao HIV, pois o tratamento pode ser encarado como algo que não vale a pena ser enfrentado, já que trará algumas consequências aversivas. Além disso, essa concepção tem impacto no teste, pois se a pessoa decide previamente que não fará o tratamento, por que se submeteria ao diagnóstico?

Ademais, o medicamento pode ter diversos significados, sendo reconhecido como importante para o prolongamento da vida, mas também como a sinalização da Aids e por isso, é aversivo. Ao mesmo tempo em que ele representa a vida e a possibilidade de ter um cotidiano normal, o início da tomada da TARV é relacionado com o aparecimento da Aids, ou seja, com uma doença associada a morte e essa relação contribui para que o tratamento seja visto como algo não desejado, como expressa a fala de Enzo, diagnosticado com HIV a 06 meses antes da entrevista:

No momento, meu maior medo é um dia começar a tomar medicamento, porque uma coisa que eu soube recentemente é que a partir do momento em que a pessoa começa a tomar qualquer medicamento, ela já tem a AIDS, e não só vírus. Então, se eu tivesse em tratamento, eu acho que eu não conseguiria me relacionar muito bem com a pessoa que estaria ao meu lado por conta de eu ficar ainda meio nervoso. (ENZO, ensino médio incompleto, homossexual, vive com HIV desde janeiro de 2011).

A fala de Enzo nos mostra a intensidade do estigma relacionado à Aids, que traz como uma das consequências a interferência na forma como os indivíduos podem encarar a TARV. Ao invés de vê-la como uma ferramenta de manutenção da imunidade e de bem estar, ela é vista como a presença da Aids no organismo. Essa visão pode tornar os indivíduos vulneráveis, pois podem afastá-los da procura do tratamento precoce ou impactar na adesão ao tratamento, ao utilizar estratégias para esconder das pessoas próximas que faz uso do medicamento.

Os altos custos do tratamento foram relacionados com a importância de os medicamentos serem ofertados pelo Governo, gratuitamente, embora alguns revelem as dificuldades enfrentadas pelo SUS em manter a distribuição dos mesmos, uma vez que às vezes o fornecimento é atrasado fazendo com que o indivíduo tenha que comprá-lo,

comprometendo o acesso e a continuidade do TARV. Apenas um participante relatou que acreditava que os medicamentos eram pagos, pois como a “Aids era uma doença séria e muito comentada as pessoas pagariam pelo seu tratamento” (Luiz, 23 anos, superior incompleto, nunca realizou o teste de HIV).

Em relação às vantagens da TARV, a mais mencionada foi a longevidade, pois diante da incurabilidade da Aids e da ideia de morte rápida atrelada a doença, ter um mecanismo que prolongue a vida aparece com primazia. O tempo do prolongamento de vida ao tomar TARV foi mencionado pelos participantes como relativo, dependendo de cada organismo, mas a variação foi de 2 a 20 anos, sendo o maior tempo citado pelas pessoas que conheciam alguém que vivia com HIV há bastante tempo e que continuava vivo. Outras vantagens citadas foram a redução da carga viral, aumento da imunidade e da autoestima, poder ter uma vida ‘normal’ e não aparentar ter HIV.

Já as desvantagens mais citadas foram os efeitos colaterais, como náusea, vômito, mal-estar, tontura, dentre outros. Ademais, os participantes relataram ainda a quantidade de medicamento diário a ser ingerida, a necessidade de uma rotina para cumprimento dos horários dos medicamentos, a privação parcial de bebida alcoólica, a lipodistrofia, a giba (acúmulo de gordura próximo ao pescoço) e a possibilidade de haver reação aos medicamentos e não poder tomá-los, consoante o estudo de Teixeira e Silva (2008).

No tocante a influência do medicamento na realização do teste de HIV, a maioria disse que não interferia, mas enfatizaram que isso dependeria de cada pessoa. Os argumentos utilizados foram que os motivos que levam às pessoas a fazerem o teste são outros e não a existência do medicamento, tais como: percepção de risco, cuidar da saúde, manter o relacionamento, dentre outros. Ainda, o teste foi associado à prevenção e o medicamento à assistência, sendo procurado quando a pessoa já sabe que está doente, podendo denotar que os entrevistados que possuem esse raciocínio não fizeram uma relação entre testagem e tratamento.

No entanto, alguns participantes afirmaram que o medicamento interfere na testagem, pois a sua existência diminui o medo de descobrir que possui uma doença incurável e dá possibilidade de vida prolongada. Por outro lado, a existência do medicamento, segundo eles, faz com que muitas pessoas não se preocupem com a prevenção e com a realização do teste precoce, pois sabem que haverá tratamento, caso adoeçam. As falas abaixo expressam as ideias de dois participantes acerca da interferência do tratamento na decisão de buscar o teste:

Não interfere, o que atrapalha a fazer o teste é o preconceito, o medo da pessoa de ser rejeitada pela sociedade. Se você pensa em HIV, pensa em preconceito. Porque o HIV é como se fosse, pode-se falar, como se fosse uma gripe, tanto que tem o remédio, só não tem cura, mas tem remédio para manter. Mas tem sempre o preconceito que faz com que as pessoas não busquem o teste (VITOR, ensino médio completo, soronegativo).

Eu acho que interfere meio termo. Tem gente que realmente confia muito, “existe tratamento, tô nem aí!”. Mas também têm pessoas que, sabendo que teve uma relação de risco, sem proteção, sabendo das consequências que o adiamento do tratamento pode causar no seu corpo, vai buscar de toda forma o tratamento imediato. Isso aconteceu comigo. Eu sabendo que eu tava no risco, eu fui logo procurar pra fazer o teste. (CLOVIS, 33 anos, superior completo, vive com HIV desde 2008).

O primeiro trecho evidencia como o preconceito com doença influencia nos cuidados à saúde, tendo impacto negativo na prevenção, diagnóstico e assistência. De acordo com a fala de Vitor, o HIV apresenta sintomas semelhantes à gripe e possui tratamento, o que, teoricamente, justificariam a busca pela assistência; porém o preconceito existente com a doença em si e com os eventos a ela relacionados - como a testagem, o tratamento, os serviços de saúde de referência em HIV/Aids e com as pessoas vivendo com HIV/Aids, é tão intenso que afastam-nos do diagnóstico. Essa constatação nos reforça que não basta haver tratamento para que as pessoas acessem o teste de HIV. A intervenção para estimular o diagnóstico deve ser pensada de forma mais ampliada de modo que abranja os fatores estruturais que estão associados com as desigualdades sociais.

Já a fala de Clovis mostra que a existência do tratamento contribui para que algumas pessoas fiquem menos preocupadas com a Aids, pois caso se infecte sabem que podem se tratar, evidenciando que a Aids pode estar sendo encarada como uma doença crônica. Ao mesmo tempo, possuir informações sobre os benefícios do tratamento de HIV/Aids é importante para que as pessoas busquem o diagnóstico precoce após a emissão de algum comportamento que elas considerem de risco e obtenham acesso à assistência. Vale ressaltar que Clovis é profissional da saúde e, por isso, possui as informações sobre a TARV e os locais de assistência, o que facilitou sua busca ao diagnóstico, apesar de tê-lo realizado apenas após o aparecimento de um sintoma que gerou sua suspeita de estar infectado.

Referentes à vida amorosa e sexual após o uso dos antirretrovirais, todos os entrevistados que vivem com HIV relataram que houve mudanças em ambas, independente se eles estavam fazendo uso da TARV no momento da entrevista. Não

querer que o outro passe pela mesma situação e se infecte com HIV é uma das razões porque há diminuição das relações sexuais após o diagnóstico ou o cuidado é redobrado, como o caso supracitado do entrevistado que utiliza duas camisinhas para proteger sua esposa. A proteção ao outro é ainda maior quando este desconhece a sorologia positiva do parceiro, mas há também a preocupação com a recontaminação. Dois deles relataram certo período sem relação sexual após o diagnóstico, mesmo sabendo dos métodos de prevenção, que o tratamento reduz a transmissão e como colocar a camisinha de modo correto, como ilustra a fala:

Eu juro pra você que eu passei um ano e pouco sem ter relação com ninguém, quando eu descobri que tinha HIV. Eu tinha medo, receio. Sabendo o uso do preservativo, a técnica correta, sabendo se prevenir mesmo pra não passar pra outra pessoa, que não ia ter problema, mas mesmo assim eu fiquei com uma abstinência sexual depois que eu recebi o diagnóstico. Não é um celibato, não, mas eu evito ao máximo. Eu, recentemente, eu estou com uma pessoa, mas ela também não sabe da minha condição. É uma faca de dois gumes, na verdade, a minha condição... Porque eu não sei procurar uma pessoa da mesma condição que a minha (CLOVIS, 33 anos, superior completo, em tratamento antirretroviral).

A fala de Clovis mostra o impacto que o diagnóstico positivo para HIV ocasiona na vida sexual do indivíduo. O medo e as incertezas podem ser tamanhos que são capazes de paralisar ou afastar a pessoa de vivenciar sua sexualidade de modo satisfatório. A responsabilidade associada à noção de comportamento de risco gera culpabilização nos indivíduos que se descobrem positivos para HIV, principalmente quando você possui os conhecimentos de prevenção para evitá-lo, como no caso de Clovis.

A metáfora ‘faca de dois gumes’ expressa o conflito do indivíduo que vive com HIV acerca da revelação da sua condição, denotando que não há opção onde não haja aversividade. O receio de revelar a soropositividade ao parceiro é de sofrer discriminação e culpabilização por não ter contado anteriormente a sua sorologia, podendo ocasionar o fim do relacionamento. Ao mesmo tempo, o silêncio gera o afastamento do outro, além de diversas preocupações de ser descoberto, sinalizando possíveis punições.

Apenas um participante revelou que sua vida sexual não mudou após o diagnóstico de HIV e o tratamento, pois a sua esposa tomou conhecimento da sua sorologia após quase dois anos dele viver com o vírus. O fato de ela ser analfabeta e não entender sobre a doença foram os motivos relatados pelo participante que facilitou para que ele adiasse a revelação do diagnóstico. O uso do preservativo veio a ser adotado

após a descoberta da convivência com o vírus e a testagem da esposa foi realizada após ela saber da soropositividade do marido, dando negativa. Esse exemplo pode ser útil para mostrar como a falta de informação e a desigualdade de gênero nesse relacionamento permitiram para que a mulher ficasse vulnerável ao HIV.

A informação que o tratamento protege em até 96% o parceiro, em casais sorodiscordantes, quando um deles faz uso da TARV ocasionou surpresas nos entrevistados. No entanto, a maioria disse que esse conhecimento não mudaria suas vidas sexuais e amorosas, pois a proteção não é de 100%, havendo ainda risco para o parceiro, mesmo que pequeno, sendo preferível manter a camisinha, método já eficazmente conhecido. A experiência de Pedro mostra que mesmo que ambos sejam positivos, haja medicamento, a transmissão seja reduzida, e que possuam carga indetectável, há impacto na vida sexual de quem se descobre positivo:

Olha, você saber um dado é importante, mas eu volto àquela questão psicológica. Por exemplo, mesmo sem tomar o medicamento, mesmo os dois sendo positivos, só o fato de saber que tem HIV foi uma barreira enorme em nossa vida sexual. Está começando muito aos pouquinhos a normalizar agora, mas existe ainda muita dificuldade. Eu nem me imagino tendo relação com uma pessoa negativa, eu não me coloco nessa situação. Talvez eu não conseguisse por causa da possibilidade de eu infectar essa pessoa. Acho que é um compromisso moral (PEDRO, 28 anos, superior incompleto, não faz uso da TARV).

A fala de Pedro nos mostra como as representações simbólicas do diagnóstico de HIV superam as informações científicas acerca da infecção e do tratamento ocasionando barreiras entre os casais. Novamente, emerge o cuidado com o outro e a responsabilidade de não infectar alguém como modo de evitar o aumento da culpabilização de ser positivo. O compromisso moral relatado por Pedro diz respeito à ética do cuidado, de não querer para o outro aquilo que não deseja para si mesmo, apresentando a proteção ao próximo como uma das ações importantes para conter a epidemia.

No entanto, dois informantes comentaram que possuir o conhecimento do estudo mudaria suas vidas sexuais, sendo que um deles já sabia da pesquisa e o outro não. Este questionou a veracidade do estudo e afirmou que se fosse verdade, não precisaria usar a camisinha em todas as suas relações. De modo semelhante, o entrevistado que já conhecia a pesquisa relata que esse conhecimento, aliado à sua carga indetectável, faz com que ele não se preocupe quando acontece de ter uma relação sem preservativo. Além disso, ele explana que quando estava em um relacionamento estável,

seu companheiro não fazia uso da TARV, mas o CD4 dele aumentava pelo fato do entrevistado realizar o tratamento, conforme sua declaração:

Com relação ao estudo, realmente eu vejo que ele funciona. Eu faço tratamento e meu ex-companheiro não faz tratamento ainda, até hoje, e lembro que uma vez a gente foi fazer a consulta juntos e a médica sempre perguntava: 'e aí, vocês tão transando com camisinha?' E eu sempre dizia 'Dra., não.' O que estava acontecendo era que eu faço uso da medicação, meu CD4 tá subindo, minha carga viral é indetectável. E aí o interessante é porque quando ele ia ver o exame dele, tinha épocas que o CD4 dele estava baixo, mas aí na próxima consulta, o CD4 dele estava aumentando e carga viral dele diminuindo. Ou seja, é como se a minha medicação tivesse fazendo efeito nele também (TIAGO, 29 anos, ensino médio completo, vive com HIV desde 2006, faz uso de TARV).

Embora o estudo tenha se dado com casais sorodiscordantes, o informante relatou parecer haver proteção do seu parceiro, também positivo, pelo fato de ele usar a TARV. No entanto, percebemos que o não uso da camisinha não se deu com a informação sobre o tratamento, mas sim devido às regras pré-estabelecidas do relacionamento. Novamente, as informações mostram que a prática do sexo seguro sofre diversas interferências, embora o conhecimento repassado pela médica possa ter influenciado para que o casal continuasse a não utilizar camisinha em seus relacionamentos, uma vez que perceberam que o parceiro estava diminuindo sua carga viral.

Embora o tratamento de HIV tenha modificado o perfil da epidemia, aumentando a sobrevivência e a qualidade de vida, o diagnóstico positivo ainda é recebido com bastante dificuldade e sofrimento, mostrando que a Aids é vista como crônica pelos gestores de saúde, mas não por quem convive com a mesma.

4.1.2.2.1.3 Teste de HIV

O entendimento sobre o que era o teste de HIV dependeu de ter experienciado a testagem. Os informantes que viviam com HIV geralmente souberam informar com maiores detalhes o procedimento do teste, inclusive citando o teste periódico para contagem de CD4.

A maioria dos entrevistados soronegativos informou que o teste é o meio para 'saber se a pessoa tem ou não HIV'. Podemos interpretar essa informação como o teste não sendo visto como possibilidade de ter acesso ao tratamento e de autocuidado consigo e com o outro. Novamente, o teste não foi associado a TARV e sim a presença

ou ausência de doença. No entanto, cinco deles relataram sobre a importância do diagnóstico precoce para se ter acesso ao tratamento e melhorar qualidade de vida.

Entre aqueles que nunca realizaram o teste, os motivos foram desconhecimento sobre os locais que pudessem realizá-lo e percebemos também falta de informação sobre o que significa o seu resultado, como ilustra a frase a seguir:

O teste é pra saber se você tem soro positivo ou negativo. Acho que é basicamente isso, pra saber se você é positivo ou não, mas mesmo que você seja positivo, isso não quer dizer que você esteja com o vírus. Isso significa apenas que você tem facilidade de imunidade pro vírus (ANDRÉ, heterossexual, 20anos, cursando ensino superior, nunca realizou o teste).

Esse trecho revela a falta de conhecimento sobre o significado do resultado positivo que significa apenas baixa imunidade, mas não a presença do HIV. Isso nos mostra como a sociedade não tem acesso às informações sobre a testagem de modo geral, o que dificulta para que ela o procure. Ainda essa interpretação equivocada do teste favorece para que diante de um resultado positivo o indivíduo não busque assistência, já que o vírus não está presente em seu organismo, indo de encontro ao acesso precoce ao tratamento, uns dos incentivos do Ministério da Saúde.

Além disso, analisando as características desse entrevistado vemos que ele se autodeclara como heterossexual, podendo ser uma amostra de que os homens heterossexuais têm menos informação sobre o teste, embora André esteja cursando ensino superior que, teoricamente, o deixaria menos vulnerável, já que possui maior grau de instrução. Desse modo, percebemos que compreender os contextos de vulnerabilidade ao HIV é complexo e que não há solução única que abranja os diversos graus de suscetibilidade à doença.

Outra amostra do desconhecimento sobre o teste de HIV foi dois entrevistados que responderam que haviam realizado a testagem, através do hemograma completo, pois acreditavam que nele vinha o exame de HIV. O diálogo a seguir mostra como o entrevistado achava que já havia se submetido ao teste de HIV:

- [E]³¹ Você fez o teste de HIV alguma vez?
- Eu faço sempre.
- [E] Você fez quando?
- Eu fiz agora nesses dias. Eu vou entrar numa empresa ali perto da pracinha, aí eu tive que fazer de novo.
- [...]
- [E] O médico da empresa foi quem passou o exame de HIV?
- Foi. Tanto de HIV quanto dos restos.

³¹ [E] - Entrevistador

- [E] E ele disse pra você que tava passando o teste de HIV?
- Não. Ele disse que estava passando um hemograma completo, mas com certeza o HIV vai junto né? Mas ele nem tocou em HIV não, mas eu sei que vai né?
- [E] Porque hemograma é uma coisa e o teste de HIV é outra.
- Nem isso eu sabia, ó. Pensei que o HIV ia junto do hemograma (MÁRCIO, 19 anos, ensino médio incompleto).

Mais uma vez, esse diálogo mostra o desconhecimento presente na sociedade em relação ao teste de HIV. Essa informação pode revelar também que o profissional de saúde que prescreveu o teste pode não explicar para o seu paciente o que significam os exames que foram prescritos, mantendo-o na desinformação sobre a sua própria saúde.

Ademais, essa informação pode gerar impacto nas pesquisas quantitativas que estudam a prevalência de testagem de HIV em Fortaleza, pois seus dados podem estar superestimados, uma vez que o seu método de coleta não permite maiores diálogos e respostas abertas, onde o entrevistado pode expressar-se livremente sobre suas ideias.

Além dos entrevistados desconhecerem o teste de HIV, há desconfiança em relação ao teste rápido, devido à rapidez do resultado. Por isso entre os que já se submeteram à testagem, preferia o teste convencional, pois o fato do resultado demorar significa que a análise deve ser realizada com bem mais cautela do que no teste rápido, como ilustra o diálogo a seguir:

- [E] Se você fosse fazer hoje um teste rápido e um teste convencional, qual método tu escolheria?
- O convencional.
- [E] Mas o convencional por que?
- Demora mais né? É mais seguro, tem mais possibilidade dos laboratórios descobrirem, entendeu? Tem mais tempo pra poder fazer aquela análise no sangue (LUIZ, 23 anos, bissexual, superior incompleto).

Esse diálogo pode ilustrar um dos motivos pelos quais as pessoas não estão correspondendo a oferta do teste disponibilizado pelo Ministério da Saúde. O fato de o resultado sair rápido significa que o teste pode ser mal feito, devido à análise do sangue apressada. Já o convencional, como vai para o laboratório e demora para o resultado ser entregue, imagina-se que a análise é melhor realizada. Também nessa fala parece haver um pensamento fantástico de que o vírus fica escondido no corpo e que, por isso, precisa de mais tempo para o sangue ser melhor analisado e encontrá-lo com maior segurança. Essa ideia está de acordo com o que Sontag (2007) apresenta como a

metáfora de astúcia do vírus HIV, como aquele que se espalha silenciosamente no organismo e se esconde para camuflar sua descoberta.

De modo semelhante, outro participante que se submeteu ao teste rápido, o resultado foi positivo e ele acha que pode ter sido engano, como mostra a sua fala:

Olha, muitas pessoas acham que esse negócio de eu ter feito o teste rápido foi bom, mas ao mesmo tempo duvidoso porque, às vezes, pode dar engano, entendeu? Pode não ser, às vezes. Eu ainda tenho na minha cabeça que eu nem tenho o HIV, foi só um erro mesmo por conta dessa testagem rápida (ENZO, 19 anos, ensino médio incompleto, vive com HIV há 06 meses).

A fala de Enzo revela que pode haver pessoas que recebem o resultado positivo com o teste rápido, mas não confia e pensa que não está com a infecção, podendo não buscar auxílio nos serviços de referência ou até mesmo um reteste para comprovação, tornando-se vulnerável ao aparecimento de outras doenças e ao início do tratamento precoce.

Esses resultados mostram a importância dos gestores de saúde divulgar maiores informações sobre o teste rápido, principalmente aquelas relacionadas com sua eficácia e segurança. Isso pode contribuir para diminuir essa descrença em relação ao mesmo, tornando a possibilidade maior de realizá-lo.

Diante dessas informações, percebemos como a visão errônea da testagem é uma barreira que torna os indivíduos vulneráveis, mostrando a fragilidade das políticas públicas em HIV/Aids e das ações programáticas no município. Além disso, o diagnóstico precoce é uma das recomendações realizadas pelo MS, mas essas informações nos mostram que além de pouca informação sobre o teste, pode haver pessoa que acredite que o realizou, deu negativo e pode continuar não adotando práticas preventivas, tão estimuladas nas ações programáticas de saúde.

4.1.2.2.2 Proteções imaginárias face ao HIV e à Aids

Essa categoria diz respeito às estratégias baseadas em normas e valores socioculturais que contribuem na formulação de um raciocínio que faz sentido para os indivíduos e que justifica as relações sexuais sem preservativo.

Aliada à ideia de grupo de risco, os seguintes critérios foram citados pelos participantes para não usar preservativo: estar em um relacionamento fixo ou o parceiro ter namorada ou um relacionamento estável, o homem não sair comentando sua vida sexual publicamente, ter aparência bonita e saudável; e não haver penetração, apenas pegação. Alguns desses critérios estão relacionados com a promiscuidade e os estigmas

de que o doente, de modo geral, é magro e feio e independem se o entrevistado possuía algum conhecimento em relação ao HIV/Aids. As falas a seguir exemplificam como alguns desses parâmetros são utilizados como prevenções imaginárias:

Se for só pegação, putaria, eu não uso camisinha. Gosto de pegar, roçar, que não tem penetração, só ficar roçando. No oral não uso camisinha, na penetração eu uso, mas como eu te disse, eu peço no fato de aparência. Se a bichinha for feia eu uso. Se for uma bonita, no meu estilo, no meu perfil de beleza de pessoas, aí às vezes eu não uso (SAULO, 33 anos, nível técnico, homossexual, soronegativo).

Quando eu namoro, antes era aquela linha, ele é meu, é meu amor, tá namorando comigo, não uso. Agora não, depois do que eu vi que isso não quer dizer nada, agora hoje em dia eu uso mesmo. Certo que nem sempre, de cinco vezes que eu faço, três são com camisinha e duas não, mesmo que eu seja ativo ou passivo (MIGUEL, 21 anos, ensino médio, gay, soronegativo).

Essas falas podem revelar que mesmo que a pessoa possua os conhecimentos científicos sobre HIV/Aids e conheça suas formas de prevenção e transmissão, não indica que obrigatoriamente ela fará sexo seguro, uma vez que diversos fatores, como ideais de amor romântico, critérios de beleza e associações da doença com feiura, sujeira e debilidade, dentre outros estão presentes nesse momento e participam da decisão do uso do preservativo.

Outra estratégia de prevenção citada pelos entrevistados é acreditar que se o parceiro fez o teste e deu negativo, então não há necessidade de eles realizá-lo, pois o resultado será semelhante, conforme demonstrado no trecho:

Eu, na verdade, faço meus testes de tabela: meus namorados fazem. Eu tive um relacionamento de quatro anos aproximadamente, em que ele fez testes, mas esse relacionamento terminou justamente por um comportamento promíscuo dele, que me deu certo medo. Mas eu conversei com ele recentemente, já temos alguns anos separados, e ele disse que fez testes e “tá limpo” (LAURO, 35anos, homossexual, pós-graduado, nunca teste).

A ideia equivocada de que o HIV é altamente transmissível contribui para que os indivíduos pensem que não há possibilidade de o parceiro estar infectado e ele não e vice-versa, como se fosse praticamente impossível o parceiro não adquirir a infecção do cônjuge positivo. Portanto, se o parceiro se testou e deu negativo, então ele se sente aliviado como se o seu resultado fosse semelhante. Esse fato nos mostra como o desconhecimento sobre a transmissão do HIV, por meio de falsas ideias existentes no imaginário social, aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos ao vírus, uma vez que contribui para que eles não busquem o diagnóstico de modo precoce por acreditarem que conhecem a sua sorologia, mesmo que não tenham se submetido ao teste. Além

disso, mostra também o medo de se submeter diretamente ao exame e se aliviar ao saber que o parceiro fez e “tá limpo”, como se esse resultado refletisse a sua sorologia.

Ao utilizar esses critérios de prevenção a pessoa acredita que afasta a possibilidade de infecção por HIV em sua vida. É o caso de Tiago que relata “eu sempre conheci a doença de perto, sempre trabalhei no colégio, inclusive, fazia alguns trabalhos de conscientização, mas você sempre acha que aquilo vai acontecer com o outro e com você não. E acontece com qualquer um” (Tiago, superior incompleto, gay, vive com HIV desde 2006).

Costa (2010) buscou compreender como as culturas sexuais e juvenis vivenciadas por jovens homossexuais de Fortaleza são traduzidas em práticas de prevenção do HIV/Aids. A autora discute que as lacunas existentes entre as políticas de prevenção, juntamente com as questões estruturais formam o contexto onde esses jovens estão inseridos e influencia em como eles decidirão vivenciar suas sexualidades, adotando ou não práticas preventivas. Além disso, as políticas públicas devem levar em consideração aspectos subjetivos da ordem do desejo que, muitas vezes, impera sobre os discursos normativos de saúde, pois é parte inerente à vida. Portanto, conclui a autora, as políticas públicas em HIV/Aids devem considerar todos os aspectos que influenciam a decisão dos jovens de usarem o preservativo.

4.1.2.2.3 Baixa percepção de risco

A baixa percepção de suscetibilidade ao vírus foi relatada como uma das barreiras ao teste, pois segundo os entrevistados as pessoas não acreditam que podem contrair HIV, uma vez que não se identificam como pertencente a algum ‘grupo’ divulgado como *de risco* e, portanto, a Aids é uma doença distante da sua realidade. Ela pode acontecer com os outros, mas não consigo.

Um participante relata que nunca realizou o teste de HIV, pois não se percebe de risco, uma vez que não se inclui nas populações mais vulneráveis:

Não sou de risco, eu sempre me precavi bastante, então realmente eu nunca fiz questão de fazer o teste. Primeiro, não sou usuário de droga, geralmente uso camisinha e nunca apresentei nenhum sintoma que me falaram que as pessoas com HIV sentem, então nunca passou pela minha cabeça que eu poderia ter. Por isso, eu nunca tive essa questão de ter a preocupação de chegar até o local de fazer o teste pra poder saber se tinha contraído ou não (MICHEL, 31 anos, superior incompleto, bissexual, nunca realizou o teste de HIV).

É válido ressaltar novamente como a Aids não é reconhecida como uma doença de todos, de modo que a ideia de grupo de risco é bastante presente socialmente e são os “outros”, pouco havendo identidade e inclusão nos mesmos. Desse modo, os heterossexuais e os usuários de drogas pensam que a Aids é doença de gay, vistos como ‘promíscuos’; alguns gays não se percebem de risco, pois pensam que a Aids é doença de usuários de drogas ilícitas, que são culpabilizados duplamente, tanto por sua utilização quanto por contraírem HIV. Assim, a Aids é comumente vista como a doença do outro, distante de si.

O HIV, nesse caso, está associado a alguns comportamentos e grupo de risco e ao aparecimento de sintomas e não a vida sexual ativa. Como ele não se reconhece vulnerável ao HIV não tem motivos para buscar o teste. Além disso, Michel relata em sua entrevista que não tem o hábito de procurar os serviços de saúde, nunca tendo realizado um check-up, nem sabendo seu grupo sanguíneo. O raciocínio da invulnerabilidade de Michel está de acordo com o estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) e Gomes (2008) que demonstram como os homens se sentem fortes e por isso pouco frequentam os serviços de saúde, tendo como consequência o diagnóstico tardio das doenças se comparado com as mulheres. A falta de percepção da Aids como doença possível a todos que possuem vida sexualmente ativa e contato com fluidos corporais de terceiros produz pouca adesão às ações de saúde direcionadas à prevenção e assistência, tornando os indivíduos vulneráveis.

Somada à baixa percepção, estar assintomático mostra que não há algo de errado com sua saúde, contribuindo para não buscar o teste. As falas abaixo expressam como ainda a ideia de grupo de risco é presente nos dias atuais, contribuindo para a não realização do teste de HIV por quem não participa ou não se identifica com essa população:

Não sou de risco, não sou usuário de droga, nem transei sem camisinha, eu sempre me precavi bastante, então realmente eu nunca fiz questão de fazer o teste. Já sei que tem em determinados locais, mas às vezes tem aquela questão: “ah, estou me cuidando, estou bem, não acho que tenha necessidade”. Às vezes, é por comodismo, “hoje vou trabalhar, vou estudar, estou sem tempo, final de semana quero curtir”, então meio que você fica deixando. Eu não fiz por não pensar que fiz algo de errado, realmente nunca fiz por essa questão mesmo (Michel, bissexual, 31anos, superior incompleto, nunca realizou o teste).

A fala do entrevistado está de acordo com Ayres *et al.* (2008) e Bastos (2006) que mostram como o conceito epidemiológico de risco se transformou na noção

de grupo de risco associado a uma ideia de identidade, como se a pessoa só apresentasse duas possibilidades: ou é de risco ou não o é. Desse modo, o risco está relacionado a grupos específicos e é visto como uma unidade binária, não considerando a noção de gradação que mostra que todos estão vulneráveis em diferentes graus. Essa concepção produz estigma e preconceito em relação às populações mais vulneráveis ao HIV, além de afastar a possibilidade de os indivíduos se perceberem suscetíveis e buscarem o teste.

Por meio dos temas supracitados, percebemos que são diversos os incentivos e as barreiras para a realização do teste de HIV e geralmente não há um aspecto isolado na decisão; ao contrário, os incentivos e as barreiras parecem interagir de forma sinérgica na motivação da testagem. Ademais, somam-se aos motivos citados, os fatores sociais, econômicos e políticos que, apesar de não relatados diretamente pelos entrevistados, sabemos que participam como panorama geral contribuindo para delinear os mais variados contextos de vulnerabilidade.

Concordamos com Parker (2000) que se esses incentivos e barreiras não forem considerados no planejamento de ações políticas de combate à Aids no Brasil entre os homens que fazem sexo com homens, seus indicadores continuarão os mais altos quando comparados com a população não homossexual.

Portanto, os gestores da saúde pública não deveriam encarar o teste de HIV como qualquer outro exame diagnóstico, pois os resultados desse estudo mostraram as diversas associações, estigmas, preconceitos e por que não dizer, acusações, associadas ao HIV e a Aids e conseqüentemente à testagem.

A seguir explanaremos sobre os incentivos e barreiras ao teste gerados em nível programático ou institucional.

4.2 Incentivos e barreiras ao teste de HIV no âmbito programático

O objetivo desse tópico é mostrar os incentivos e as barreiras no âmbito programático, como também explorar como as recomendações do Ministério da Saúde em relação à testagem estão sendo compreendidas e vivenciadas pelos HSH desse estudo, de modo a visualizarmos a lacuna existente entre a regra governamental e a prática cotidiana.

O Brasil desde a descoberta da Aids foi um país que não aderiu às leis discriminatórias e compulsórias em relação ao HIV/Aids, porém os resultados desse tópico nos mostra que, na prática, os indivíduos sofrem por questões estruturais e

institucionais presentes nos serviços de saúde. No entanto, alguns fatores têm contribuído para estimular a busca pelo teste de HIV, conforme veremos a seguir.

4.2.1 Incentivos ao teste de HIV

Incluímos nesse tópico todas as ações ou políticas que foram citadas e favoreceram a busca do teste de HIV. Sobre esse tema foram construídas duas categorias: ‘Atividades sociopolíticas promotoras de saúde’ e ‘Estímulos dos profissionais de saúde ou ativistas’

4.2.1.1 Atividades sociopolíticas promotoras de saúde

As campanhas, os eventos LGBT como a Parada Gay e as oficinas de prevenção foram citados por dois entrevistados como as situações motivadoras de incentivo à testagem, como exemplificada pelas falas: “A terceira vez que eu fiz foi numa campanha que teve na Parada Gay, através de uma instituição, do GRAB (Bento, bissexual, 20 anos, ensino médio completo, soronegativo) e “Eu comecei a participar das oficinas do GRAB e no mesmo período que eu estava participando surgiu esse teste rápido, então, eles informaram pra gente, que estava havendo esse teste e que era bom todos nós fazermos (Ramon, bissexual, 24 anos, ensino superior incompleto, soronegativo).

Essas falas demonstram a importância de a parceria entre os movimentos sociais e o Governo, pois o trabalho das organizações sociais tem contribuído para ampliar o acesso à testagem de HIV ao fornecer informações acerca da importância do diagnóstico, associando-o ao tratamento precoce e à prevenção, e ao expandir os locais de testagem para além dos muros dos serviços de saúde, diminuindo, assim, a desigualdade do acesso em relação ao diagnóstico do HIV e de outras doenças virais, como a hepatite, entre as populações mais vulneráveis que possuem menos alcance aos serviços.

Nas entrevistas, o GRAB foi citado por alguns participantes como um espaço de aprendizado do tema DST/Aids, a partir das oficinas de prevenção que modificaram o significado da doença, antes vista como algo assombroso e certeza de morte; e após o acesso à informação, como uma doença possível de conviver e menos temida, como ilustra o depoimento de Miguel:

O fato de ter participado de algumas oficinas e cursos no GRAB tirou todo o preconceito que eu tinha com pessoas com HIV, eu tinha preconceito até com o teste, eu pensava que era outra coisa, que tinha que tirar litros e litros de sangue de mim e eu ficar anêmico. E agora não, vejo que por conta do meu conhecimento, não tenho mais preconceitos como antes. Eu não vou mentir, eu sou humano, humano erra, eu tenho os meus deslizes. Mesmo com meu conhecimento, acabo fazendo algum relacionamento de risco, só que quando eu faço, ou então, quando estou pra fazer sei bem o que fazer, sei as medidas que tomar, os locais que tem que ir, se alguma coisa der errada (MIGUEL, 21 anos, gay, ensino médio completo).

O depoimento de Miguel mostra a importância do acesso à informação para desmitificar as ideias equivocadas em relação ao HIV/Aids, que afastam os indivíduos do diagnóstico e dos serviços de saúde. Além disso, obter conhecimento de quais procedimentos pode realizar e os locais que pode procurar para ter acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e a assistência ao tratamento, dá a possibilidade ao indivíduo de gerir a sua sexualidade e práticas de modo mais consciente e, caso cometa algum ‘deslize’, o sofrimento poderá ser menor, pois sabe onde e como obter ajuda.

O GRAB também foi citado como um espaço de aquisição de novos conhecimentos e de convivências com outras pessoas, do mesmo sexo e idades semelhantes que favoreceu a troca de experiências e a liberdade para falar de temas tabus na sociedade de modo aberto, sem preconceito, utilizando a linguagem dos jovens que participaram das oficinas, fazendo com que eles possuíssem maior identidade com o tema que estava sendo discutido. Apesar de sabermos a importância do GRAB na atuação dos direitos LGBT em Fortaleza e do amplo trabalho desempenhado ao longo desses 23 anos, sendo referência na capital e conhecido nacionalmente, pode ser que a instituição tenha sido mencionada nessa pesquisa porque algumas entrevistas ocorreram nesse espaço e com HSH que frequentavam a organização.

Entendemos que a parceria entre Estado e movimentos sociais é de extrema importância e essa aliança ocorreu durante toda a resposta da epidemia de Aids no Brasil. As campanhas e eventos LGBT são importantes para o movimento nacional de Aids porque realizam mobilização comunitária, lutam politicamente contra o estigma e ampliam o acesso aos cuidados em saúde por meio de ações extramuros das unidades de saúde, alcançando os indivíduos mais vulneráveis ao HIV que, por falta de informação, pela discriminação com suas sexualidades, pela condição financeira escassa, dentre outros fatores, tendem a se afastar dos serviços de saúde.

4.2.1.2 *Estímulo dos profissionais de saúde ou ativistas*

O estímulo dos profissionais de saúde foi relatado por dois entrevistados como um dos motivos que auxiliam as pessoas a buscarem o teste. Um deles vive com HIV há 27 anos e participa hoje do movimento social de Aids. Na rotina do seu trabalho, diz que é comum “as pessoas se testarem por indicação de alguém da família ou dos profissionais que trabalham na saúde. A gente conversa e mostra a importância de se cuidar e que há possibilidade de tratamento” (Coan, 50 anos, bissexual, ensino médio completo).

Outro entrevistado não estava com nenhum sintoma que, para ele, significasse a possibilidade de ele ser soropositivo para HIV. Ele buscou um médico devido a um problema de saúde específico e este o encaminhou para infectologista, mas não explicou o porquê, de modo que o participante não conhecia o que essa especialidade tratava. Através da médica infectologista teve ciência do seu diagnóstico, como exposto no trecho:

Então, eu fiz porque a médica prescreveu. Inocente, sem saber de nada fui pra infectologista. Eu nem sabia quais eram as causas, qual era o procedimento de médico. Aí ela foi e pediu meus exames, e através deles, ela mesma me deu o resultado (MARCOS, 33 anos, gay, ensino fundamental completo, soropositivo há 3 anos e realiza tratamento).

As duas falas mostram situações diferentes: na primeira, as pessoas sabem que farão o exame, mas sentem medo e são encorajadas pelos profissionais de saúde que podem dar informações sobre o funcionamento do teste e quais os possíveis encaminhamentos após o resultado. Já na fala de Marcos, percebemos que ele procurou o infectologista com poucas informações sobre as causas do seu encaminhamento, além de fazer o teste porque a médica prescreveu e não porque ele notou que poderia ser importante para a sua saúde, naquele momento, realizar o diagnóstico.

Na primeira fala percebemos uma postura dialógica dos profissionais, já na segunda uma relação hierárquica onde o usuário se comporta como o que Paiva (2002) denomina de sujeito-consumidor, apenas utilizando os serviços disponíveis pelo sistema de saúde, mas sem a conscientização dos porquês e sem o poder de decidir sobre sua própria vida. Essa segunda conduta aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, pois eles não compreendem as causas da recomendação médica, podendo não segui-la. Ainda, a omissão da informação sobre a saúde de um indivíduo fere os princípios dos direitos humanos, pois se retira do usuário a possibilidade de conhecer o que está acontecendo com sua saúde e o poder de decisão sobre a própria vida.

Percebemos a importância da comunicação dialógica (PAIVA, 2002), onde os indivíduos que dela participam sejam valorizados com seus saberes, pertencentes dentro de um contexto histórico que influencia todas as suas condutas de vida. A partir do reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos, os profissionais da saúde podem ser importantes mediadores para reduzir a vulnerabilidade desses indivíduos em relação ao HIV/Aids e outras doenças.

O momento da consulta médica foi relatado como de suma importância para haver um diálogo entre o profissional e o usuário, de modo que este se torne ciente de todos os procedimentos realizados.

O Brasil nunca adotou a testagem compulsória, sendo o aconselhamento e o consentimento informado princípios obrigatórios desse processo. No entanto, os estudos de Araújo, Vieira e Araújo (2009) e de França-Júnior, Calazans e Zucchi (2008) mostraram que mulheres grávidas não passaram pelo aconselhamento pré-natal e algumas realizaram o teste sem o consentimento informado.

No roteiro das entrevistas, perguntamos se a prescrição do teste deveria ser informada ou compulsória e houve respostas diversas acerca do tema, dependendo também se os participantes já haviam ou não realizado o teste de HIV. Os que já realizaram e são positivos tenderam a relatar que o médico deveria pedir o exame a todos seus pacientes e utilizar estratégias para convencê-los a fazê-lo, mas não obrigá-los. Apenas dois entrevistados relataram que o médico não deveria avisar e que o teste deveria ser obrigatório para todos, podendo ser incluído no hemograma completo, como uma forma de desmitificá-lo, pois diminuiria o medo e o preconceito de quem o faz, já que todos passariam pelo mesmo exame.

Interpretamos que o fato de os participantes viverem com HIV e alguns deles só possuíram o conhecimento da sorologia após o aparecimento dos sintomas, influenciou para que os mesmos enfatizassem a obrigatoriedade do teste, já que podem pensar que o diagnóstico poderia ter sido descoberto mais cedo. Ainda, um dos entrevistados, profissional da saúde, fala sobre a sua rotina diante dos papéis de consentimento informado e da busca ativa das gestantes pela Estratégia de Saúde da Família, sendo diminuído seu trabalho se o teste fizer parte da rotina do pré-natal. Isso nos mostra como a visão do teste e como ele deve ser aplicado na sociedade está diretamente ligada às questões subjetivas e ao lugar que os indivíduos representam na sociedade.

Já os soronegativos variaram em suas respostas. Alguns disseram que o médico não deveria perguntar, pois se ele perguntasse as pessoas não fariam devido ao medo do diagnóstico. A prescrição seria obrigatória, mas a decisão seria do usuário. No entanto, a maioria dos entrevistados afirmou que o médico deveria informar que ele estava prescrevendo o teste de HIV ou perguntar se a pessoa tinha interesse em realizá-lo. Em ambos os casos, foi enfatizado que o profissional deve explicar por que ele estava prescrevendo o diagnóstico para que o usuário não se sinta amedrontado por achar que o médico suspeita de que o resultado será positivo. Além disso, o momento da consulta foi visto como propício para uma explanação sobre o HIV, as formas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids de modo que o usuário se torne informado e mais consciente sobre a infecção e, assim, possa decidir com maior clareza sobre o diagnóstico e tratamento.

A diferença nas falas se deu porque a maioria dos entrevistados entende o médico como um profissional que conhece sobre a saúde e, portanto, a sua prescrição tem um motivo; enquanto outros falaram que o médico deve perguntar se a pessoa quer realiza-lo porque é um direito do usuário o acesso à informação e a decisão se quer saber sua sorologia.

Ademais, os participantes afirmaram que o teste de HIV não é encarado como outros exames de sangue prescritos rotineiramente nos serviços de saúde. O diálogo abaixo demonstra que apesar da Aids hoje ser dita como uma doença crônica pela medicina, ela parece não ser desse modo encarada pela sociedade:

- [E]³² Você acha que o médico deveria perguntar para a pessoa se ela quer fazer o teste de HIV ou ele não precisaria perguntar? Por que?
- Eu acho que eles não têm esse direito, apesar da gente querer que todo mundo faça, que todo mundo se cuide.
- [E] Direito de quê?
- De passar, de fazer um exame, passar como um exame normal e sem você saber que é de HIV.
- [E] Você acha que não é um exame normal o de HIV? Igual o de urina ou de colesterol?
- Não, é um exame mais..., ele vai mexer muito com o seu psicológico né? Porque se meu colesterol está alto, eu vou tratar, cuidar e pronto. E já o HIV não. Você faz e obrigatoriamente você tem que ter cuidado porque é uma doença que mexe com seu ciclo de amizade, familiar, com tudo.
- [E] Apesar de que tem muitas doenças crônicas, por exemplo, a diabetes. Diabetes não tem cura também. Só tem tratamento, igual a Aids. O que muda de uma pra outra?
- Muda porque o sintoma do HIV é mais completo. A diabetes você corre alguns riscos, mas eu acho que o HIV ele agride muito. É pele, é sua

³² [E] – Fala do entrevistador

autoestima, é tudo. Até porque a população já criou aquele monstro do HIV (SAULO, 33 anos, homossexual, nível técnico).

Esse depoimento é bastante rico para mostrarmos que o teste de HIV não é encarado como os outros exames devido ao estigma e ao preconceito relacionado à Aids. Desse modo, ela não pode ser comparada com outras doenças crônicas, pois apesar de estas também não haver cura, não há tanto o peso do julgamento social sob o indivíduo. Embora haja acesso universal ao tratamento da Aids, aumentando a sobrevivência e a qualidade de vida, a Aids não deixou de ser um sério problema de saúde. Uns dos maiores desafios atuais não é lidar com a biologia do vírus em si, mas sim com o preconceito enraizado de modo intenso na sociedade.

Não queremos dizer que a política de acesso universal não é importante. Ela é fundamental, é um direito de todos os brasileiros que dela necessitem e que deve ser garantido pelo Estado, por meio do SUS. Mas, defendemos que para aumentar o acesso ao diagnóstico, não basta haver oferta de teste pelo Ministério da Saúde e acesso ao tratamento, há também que transformar o modo como a Aids é enfrentada e significada na nossa cultura.

Outro motivo relatado em favor de o médico perguntar sobre a realização do exame foi a vergonha que as pessoas podem sentir se elas realizarem o pedido, pois por um lado não sabem como serão interpretadas pelo profissional, mas por outro o usuário pode ficar constrangido ou com raiva diante da prescrição médica que pode ser entendida como se o profissional estivesse vendo aquele paciente como pertencente a algum grupo erroneamente associado a Aids, como exposto na fala:

Eu acho que o médico deveria perguntar. Agora, acho que isso também ia gerar muito problema pelo seguinte: tem gente que, às vezes, até acho que iria adorar se o médico perguntasse 'você quer fazer o exame de HIV?'. Porque tem gente que tem vergonha de pedir. Porque quando você diz que quer fazer um teste de HIV, eu acho que todo médico vai fazer a mesma pergunta que ele me fez: 'por que você quer fazer o teste?'. Aí, aquilo já acaba te inibindo. Mas, por exemplo, imagina uma senhora de 60 anos, vai ao médico e ele pergunta 'a Sra. quer fazer o teste de HIV?', aí até a senhora vai ver aquilo como uma safadeza, 'ah, tá me chamando de safada'. (TIAGO, 29 anos, gay, ensino médio completo, soropositivo).

A conclusão de Tiago de que a pergunta do médico geraria problema possui relação com o estigma em relação à Aids e com a noção de grupo de risco. O usuário não pede para o médico prescrever o exame porque teme que ele pense que o paciente fez 'algo de errado' e por isso quer realizar o teste. É como se o pedido do usuário revelasse o que fez de errado, de modo privado. E, em se tratando de um pedido

realizado por homens, no caso desse estudo, fazer algo de errado relacionado à Aids pode ser entendido pelo médico como relação sexual anal desprotegida e com outro homem.

Porque a Aids foi associada a alguns grupos de risco e homens heterossexuais dificilmente solicitarão o exame de modo voluntário, sem que estejam doentes, o pedido do teste ao médico pode revelar não só uma prática sexual de risco, mas também algo sobre a orientação sexual daquele usuário. A vergonha sentida advém da denúncia ao outro de um comportamento socialmente visto como errado, o que exemplifica como a intolerância às práticas homoeróticas gera a vulnerabilidade do indivíduo.

A noção de grupo de risco também aparece na fala de Tiago quando o médico pergunta a uma senhora de 60 anos se ela deseja realizar o teste. A interpretação que a senhora acharia a pergunta do médico uma safadeza mostra que possui uma ideia que os idosos não têm relação sexual e, se possuem, é com o marido, excluindo-se dos grupos de risco associados à Aids.

Já os participantes que nunca realizaram o teste defenderam que o médico deveria perguntar, pois ele deve trabalhar com a possibilidade da pessoa não querer saber seu diagnóstico, como apontado no depoimento a seguir:

Eu acho importante que o médico, receitando ou não o exame, esclareça sobre HIV/AIDS, incentive os pacientes a fazerem os exames, mas que sempre pergunte, consulte se pode ou não fazer o exame. Já aconteceu de eu fazer um exame em que em dado momento da minha vida o médico perguntou se poderia fazer entre os testes o do HIV e eu disse que não. Nessa época foi mais ou menos quando eu tava terminando o relacionamento, então eu tava muito apavorado com as possibilidades e pedi que não fizesse, que eu faria depois. Mas ele deve consultar se pode ou não fazer, é um direito que acredito que a gente tenha (LAURO, 35 anos, homossexual, pós-graduado).

A fala de Lauro expõe como a decisão de realizar o teste de HIV sofre influência também do contexto de vida que a pessoa enfrenta, não sendo suficiente a informação de que ele é ‘bom para a sua saúde’ ou que ‘tem tratamento se der positivo’. Os profissionais de saúde devem, então, levar em consideração os diversos fatores que podem interferir na realização da testagem para, inclusive, compreender a recusa ao teste como um direito e não como negligência à saúde.

Percebemos nesses incentivos como os profissionais de saúde e os movimentos e organizações sociais podem atuar de modo a favorecer a aproximação do usuário com sua saúde, mas é de extrema importância que o haja o diálogo, a escuta das

necessidades de cada indivíduo para que eles se sintam acolhidos e entendidos em suas demandas, favorecendo a promoção da saúde em seu sentido ampliado.

Infelizmente, nem sempre o Estado tem cumprido com o seu papel de proteger os brasileiros contra os danos à saúde e os profissionais, imersos na cultura ocidental nordestina, traz consigo e para seu trabalho, os valores da sua história de vida, podendo contribuir para gerar ou manter as desigualdades em saúde e aumentar a vulnerabilidade dos HSH em relação à Aids. A seguir, versaremos sobre as barreiras institucionais em relação ao teste de HIV.

4.2.3 Barreiras ao teste de HIV no âmbito institucional

Incluímos como barreiras todos aqueles fatores que estão associados com a vulnerabilidade programática dos indivíduos, relacionados ao não cumprimento do papel do Estado e das instituições públicas de saúde em oferecer recursos sociais que protejam os indivíduos dos danos à saúde. Para esse tópico construímos as seguintes categorias: ‘Mídias governamentais direcionadas ao Hiv e à Aids’ e ‘Despreparo dos colaboradores de saúde’.

4.2.3.1 Mídias governamentais direcionadas ao HIV e à Aids

As campanhas publicitárias governamentais foram citadas como barreiras ao teste devido à sua escassez ou ineficiência para estimular a testagem. Um dos participantes relata que só vê campanhas sobre HIV na época do carnaval e apenas voltada para a prevenção, lembrando o uso do preservativo. Sobre a testagem de HIV pouco é divulgado, diferente de outras enfermidades, como a campanha contra a gripe, como expõe a fala a seguir:

O Governo não sabe fazer campanhas sobre HIV/Aids. A única campanha que eu achei legal do Governo foi a do carnaval desse ano (2011). Mas a que parecia um casal de gay só passava depois da meia-noite. E outra coisa que eu acho péssima é que o Governo só faz campanha em época de festa. Passou carnaval, cadê que você vê na televisão? E sobre o teste? piorou! Pronto, um exemplo perfeito, gripe. Todo hospital tem cartaz, passa direto propaganda na televisão sobre a vacinação. E cadê pra fazer o teste de HIV? Cadê pra usar camisinha? Você não vê. (MIGUEL, 21 anos, ensino médio completo, soronegativo).

O depoimento de Miguel mostra como a questão da testagem de HIV está invisível para a sociedade, contribuindo para que a Aids não seja entendida como uma problema de todos, já que pouco se fala publicamente, contribuindo para que ela seja

vista como uma ameaça distante, aumentando a vulnerabilidade não somente dos HSH, mas de todos os brasileiros.

Não podemos esquecer que a mídia é um veículo produtor de conhecimentos e de subjetividades, de acordo com certos interesses. Como a Aids é associada com temas tabus como a sexualidade e estamos imersos em uma sociedade católica e conservadora, falar sobre Aids de modo aberto e sem preconceito vai de encontro aos valores sociais religiosos que a mídia cotidianamente estabelece e reforça. Por isso, é possível vermos campanhas sobre a gripe e até cada vez mais sobre o câncer, doença também crônica semelhante à Aids. Porém, essas duas não estão associadas com comportamentos ditos ‘promíscuos’ das prostitutas ou dos gays e ‘irresponsáveis’ dos usuários de drogas. Ainda, se tem uma ideia social que falar sobre sexo estimula as pessoas a fazê-lo e divulgar sobre prevenção, testagem e tratamento vai estimular com que as pessoas não se cuidem, pois sabem que se algo acontecer tem como tratar.

Um dos desafios do movimento nacional de Aids e LGBT enfrenta é a bancada religiosa evangélica que cada vez mais tem ganhado espaço no cenário político do Brasil. No Governo Dilma, assistimos ao veto do Kit sobre sexualidade nas escolas a partir de uma aliança do Governo e a bancada religiosa.

Outra forma de publicidade ineficaz relatada foram os cartazes fixados nos postos de saúde, pois há poucas informações sobre a Aids e sobre o teste, de acordo com a fala a seguir:

Você olha pra esses cartazes, vê só a letra bonita. Só uma paisagelinha. Eles têm que informar mesmo como você me informou, de fazer exame a cada um mês. Tem que informar para a pessoa entender. Isso aí? [referindo-se ao cartaz] “Teste de Aids, faça sim!” Tudo bem, você entende que é um teste de Aids, mas você não entende o que é realmente a Aids, não sabe o quando fazer (MÁRCIO, 19 anos, ensino médio incompleto, nunca realizou o teste).

A fala de Márcio pode mostrar que os cartazes utilizados pelo Ministério da Saúde pouco contribuem para a conscientização acerca da prevenção e do diagnóstico da Aids, pois embora tenha o imperativo ‘faça sim’, o usuário não possui a informação do que é o teste, com quanto tempo deve se testar, os locais que deve procurar e etc.

A falta de conhecimento também apareceu em relação ao tempo recomendado pelo Ministério da Saúde, no sítio do Fique Sabendo, para a realização da testagem. Todos os participantes desconheciam que o Governo recomenda o período de

pelo menos um mês após uma exposição de risco para a submissão ao teste. Alguns entrevistados relataram ser pouco tempo, interferindo na eficácia do teste, pois “não dá tempo de agredir nenhuma célula do seu corpo, assim, que dê resultado” (Saulo, 33 anos, nível técnico, soronegativo).

Outros acharam que seria desnecessário e que estimularia o não uso do preservativo, pois como seria pouco tempo após a exposição do comportamento de risco, a repetição do teste seria utilizada como prevenção, como ilustra o depoimento a seguir:

Eu acho que é exagero. Porque vai haver um grande desperdício de material, um desgaste de material à toa. Eu também acho que vai dar liberdade pra pessoa estar praticando e todo mês estar indo lá fazer o teste, continuar praticando até um dia chegar e ter o resultado positivo (RAMON, 24 anos, gay, superior incompleto, soronegativo).

A partir desses resultados, vemos que a recomendação do Governo não é conhecida e levada em consideração, mostrando até certa descrença ao pensar que é exagero, tornando os indivíduos vulneráveis em relação ao HIV. A maioria dos entrevistados citou o tempo de 3 meses como adequado para a realização do teste, pois ouviram falar desse período pelos profissionais de saúde e acreditam que é um tempo mais ideal para o resultado ser confiável. Apenas um entrevistado relatou que um mês é muito tempo para se buscar o teste, devendo o indivíduo fazê-lo logo após o comportamento de risco, demonstrando desconhecimento em relação à janela imunológica.

Apesar de relatarem 3 meses como o tempo ideal para a testagem, a maioria dos entrevistados não buscou o diagnóstico de HIV quando se expuseram a algum comportamento de risco citado pelo Ministério da Saúde, mostrando o não seguimento do que este recomenda.

As razões encontradas nesse estudo como barreiras às recomendações do Governo foram: os homens geralmente procuram os serviços de saúde tardiamente; as pessoas não possuem informações sobre a testagem, não sabem quais lugares procurar para realizá-lo; o estigma e o preconceito em relação à Aids faz com que as pessoas a vejam como um “bicho de sete cabeças”³³; medo do resultado ser positivo, pois não sabem que hoje há tratamento para a doença; baixa percepção de risco, encarando a Aids como “Aquele negócio de que acontece com meu vizinho e jamais vai acontecer

³³ Fala de João, 44 anos, ensino fundamental completo, soropositivo.

comigo”³⁴; para algumas pessoas a Aids não existe, é uma invenção; confiam mais nos métodos de testagem mais demorados, como o teste convencional e há pouca divulgação do governo e campanhas sobre a recomendação da testagem.

Outro participante defende que a barreira ao teste se dá também porque ele não é trabalhado nas campanhas e mídias como um ato moral, onde as pessoas buscariam fazê-lo como forma de também proteger as outras. De acordo com o entrevistado, o Estado, devido aos interesses políticos, atua de modo mais imediatista e por isso não investe em uma educação mais conscientizadora, como revela o depoimento a seguir:

A questão é que o teste é apresentado como dado só físico, algo que é feito pra você descobrir ou não se tem HIV. Ele não é apresentado e, como várias coisas na sociedade, principalmente na nossa, como uma questão moral. Primeiro, se você não se testa, a possibilidade de você infectar outra pessoa e você estragar a vida de outra pessoa é muito alta. Se você sabe e é uma pessoa moralmente consciente, você vai fazer de tudo pra não infectar a outra pessoa. E o segundo fato é a sua responsabilidade com você mesmo. Porque a partir do momento que você tem responsabilidade com você mesmo, você vai abrir teus olhos. A partir do momento que você acha que pode ter sido infectado ou não, você vai procurar fazer o exame. Primeiro, eu não quero aquilo pra mim, se eu não quero pra mim, eu não vou querer pro outro, então você tem que optar primeiro em ser uma pessoa eticamente moral. É igual a jogar lixo na rua. Você pode colocar um monte de placa, mas se a pessoa não tomar consciência moral, ela vai continuar jogando e olhando para o cartaz. Então, só espalhar cartaz, não vai ser fácil. Agora, o que acontece? Porque eu produzir isso aqui é muito barato [aponta para folder do Ministério da Saúde que estava sob a mesa]. Agora, eu produzir uma consciência moral, isso tem que ser feito durante uma vida inteira. Isso custa muito caro. Isso leva tempo. O Estado é imediatista, isso é coisa que talvez você resolva daqui há 20, 30 anos. Isso aqui, você manda pra gráfica, no outro dia ela te entrega e você espalha no meio da rua e aparece nos olhos da sociedade 'olha, o Governo tá se preocupando com a AIDS' (PEDRO, 28 anos, gay, superior incompleto).

A fala de Pedro mostra que o teste não deve estar somente relacionado à Aids, mas também ao outro, ao cuidado ético que, como pessoa, se deve ter com o próximo e consigo mesmo. Segundo ele, e concordamos com a sua afirmação, o conhecimento em si não é suficiente para gerar conscientização do cuidado de si e do outro se não há a consciência moral.

Essa fala é bastante oportuna para discutirmos a questão do cuidado como valor, debatida por Pinheiro (2009), que vai de encontro ao conceito de cuidado presentes nas políticas em saúde que é visto como um procedimento técnico específico, baseado nas ciências biomédicas que produzem normatizações a serem seguidas pela

³⁴ Fala de André, 20 anos, superior incompleto, soronegativo.

população de modo generalizado, sem considerar os aspectos sociais, históricos e culturais.

As políticas em HIV/Aids apresentam normatizações generalizadas a serem seguidas por toda população, desconsiderando os aspectos individuais que geram necessidades ímpares de saúde. Além disso, ao construir planos de enfrentamento para uma “população alvo”, como o caso dos HSH, desconsideram as diversas expressões das sexualidades englobadas dentro de uma mesma categoria, tendo como consequência o não reconhecimento e não seguimento daquela recomendação, como pode ocorrer com as políticas de testagem.

O teste de HIV, segundo Pedro, não é apresentado como uma questão moral, de cuidado consigo e com outro, mas apenas como um instrumento técnico capaz de produzir saber sobre a saúde e por isso os indivíduos devem se submeter ao mesmo. Ocorre que, segundo Pinheiro (2009) a díade saber-fazer abrange não apenas aspectos técnicos, mas também os estéticos e éticos e, por isso, políticos, expressos na liberdade de decidir sobre a própria vida, mas levando em consideração o “pensar” no outro, de modo que a sua escolha perpassa pela responsabilidade coletiva, ou seja, pela capacidade de se afetar por aquilo que é público, por aquilo que interessa aos outros. Portanto, a decisão de fazer o teste não seria apenas individual, segundo a própria vontade, mas em conjunto, pois o outro estaria totalmente implicado nessa escolha, uma vez que sofre as consequências desta.

Adotar o cuidado como valor implica em “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser. Por direito de ser, entendemos o direito de ser diferente e que essas diferenças devem ser respeitadas publicamente” (PINHEIRO, 2009, p. 18). Nesse sentido, assumir o cuidado como um valor, e não como um procedimento técnico, é fazer valer o princípio da integralidade em saúde presente no SUS, que considera as necessidades individuais de cada usuário, pois o enxerga como um sujeito de direito e não como um sujeito consumidor (Paiva, 2002) de um serviço prestado pelo Estado.

Portanto, defendemos que enquanto as políticas de saúde não considerarem os aspectos estruturais, sociais e programáticos, juntamente com os fatores subjetivos, que levem em conta as necessidades de saúde individuais dos gays, bissexuais e heterossexuais, o princípio da integralidade estará sendo violado e isso se expressará

nos indicadores epidemiológicos que continuarão a apresentar a população HSH como de maior vulnerabilidade ao HIV/Aids.

4.2.3.2 Despreparo dos colaboradores de saúde

Como barreiras programáticas, os entrevistados citaram algumas ações dos profissionais de saúde diferenciadas fazendo-se necessária a criação de subcategorias e suas subdivisões dentro desse tema. As subcategorias criadas foram: ‘Aconselhamento pré e pós-teste’; ‘Preconceito’; ‘Falta de confidencialidade’.

4.2.3.2.1 Aconselhamento pré e pós-teste

O aconselhamento pré e pós teste é um dos princípios da testagem e deve ser obrigatório nos serviços públicos de saúde. No entanto, nem todos os participantes que realizaram o teste no serviço público passaram pelo aconselhamento pré e pós teste e souberam explicar o que seria. A falta de aconselhamento, além de ser uma violação dos direitos dos cidadãos, torna os HSH vulneráveis ao HIV, tanto porque deixam de receber informações importantes sobre a prevenção e o tratamento e de trocar conhecimentos que possam auxiliá-los no gerenciamento dos seus próprios riscos quanto porque não são acolhidos e apoiados em um momento de bastante angústia e medo. Ainda, o aconselhamento participa da Política Nacional de Promoção da Saúde e a sua ausência também viola um dos princípios do SUS que é a integralidade do cuidado.

Uma das críticas realizada pelos entrevistados que receberam os aconselhamentos é que estes foram semelhantes e acreditam que seja o mesmo para todos os usuários que realizam o teste, não levando em consideração a diferença de cada indivíduo, conforme ilustra a fala a seguir:

O aconselhamento para mim não funciona porque ele é muito automático, é igual a você ligar para uma secretária eletrônica, o recado é sempre igual. Eu sei que se eu chegar ali pra fazer um aconselhamento, ela vai falar pra mim igual o que ela vai falar para todo mundo. Então, eu acho muito automático. Eles tratam todos iguais, mas nós somos diferentes, fazemos sexo de modos diferentes (MIGUEL, gay, 21 anos, ensino médio completo, soronegativo).

O depoimento de Miguel demonstra que o aconselhamento não está sendo realizado segundo a recomendação da OMS (2004) e sua ênfase parece ser no aspecto educativo em detrimento do apoio emocional e da avaliação de risco. Além disso, quando o profissional de saúde trata todos iguais, eles desconsideram a unicidade de

cada sujeito e as motivações idiossincráticas para a realização do teste. Como consequência, a conscientização sobre os cuidados em saúde é menor e os usuários não se sentem e não são respeitados em suas necessidades. Ao agir desse modo, os profissionais de saúde deixam de cuidar dos indivíduos de modo integral e ferem também o princípio da equidade do SUS, onde cada pessoa deve ser assistida de acordo com a sua necessidade.

Outros participantes relataram que os aconselhamentos que se submeteram foram formais, semelhante à aulas de sexualidade do ensino fundamental, onde a professora versa apenas da parte biológica e reprodutiva, não discutindo sobre o desejo e as práticas homoeróticas, deixando implícito o preconceito com as orientações sexuais diferentes da heterossexual, como podemos verificar na fala:

Os aconselhamentos que eu passei foram muito formais. Parece ensino de colégio, pra aluno de 8ª série. Além disso, ela fala tanto que a gente não absorve tudo e fica cansativo. Você vai ficando tenso, porque, mostram aquelas imagens feias de DST's, fala que HIV é isso, que é aquilo, que não tem cura, você vai ficando mais assustado ainda. O aconselhamento que eu gostei, a profissional falava gíria, era super dinâmica, você via que ela não tinha preconceito com gay e era tão descontraída que a gente ficava à vontade para perguntar e nos expressar (ZITO, 25 anos, bissexual, ensino médio completo).

O trecho da fala de Zito nos mostra como a ênfase na parte biológica, nas figuras das DST e nas normas de prevenção parece não ser o método mais eficaz de educação em saúde, visto que, além de cansativo, é aversivo, pois são imagens feias que são aliadas à informação sobre a incurabilidade do HIV, deixando o usuário ainda mais temeroso em realizar o teste. O aconselhamento em que ele se sentiu à vontade foi quando a profissional utilizou a linguagem cotidiana dos jovens gays, não demonstrando o preconceito com as formas de vivenciar suas sexualidades. Essa atitude mostra compreensão e permite que os jovens se sintam acolhidos e dispostos a dirimir suas dúvidas.

Sabemos que faz parte do aconselhamento pré-teste explicar sobre as dúvidas em relação às DST, mas isso não implica que uma 'aula' necessita ser dada pelo profissional da saúde, não deixando espaço para expressões dos próprios usuários.

Filgueiras e Deslandes (1999) avaliaram quatro CTA para observar se as ações de aconselhamento estavam sendo seguidas de acordo com as recomendações da Coordenação Nacional DST/Aids e perceberam que houve pouca acolhida por parte dos

profissionais de saúde, apesar de estes relatarem a sua importância. A escuta, critério básico do aconselhamento, foi a diretriz menos observada, pois os usuários não possuíam espaços para tirarem suas dúvidas e a ênfase eram as normatizações de prevenção.

Esse tipo de aconselhamento é uma barreira ao teste de HIV, pois os usuários não são escutados em suas necessidades de saúde e não se sentem compreendidos para expressarem suas dúvidas e a sua sexualidade, já que implícitas no discurso do profissional estão as normatizações condizentes com a prevenção, inibindo os usuários de revelarem as práticas diferentes das regras de saúde, pois sabem que serão punidos. Além de não auxiliar na conscientização desses usuários, os profissionais podem ainda gerar culpa e impacto na autoestima dos usuários por terem desrespeitado uma norma de saúde, podendo inclusive desistir de realizar o teste de HIV ou de buscar seu resultado, pois enfrentará outro aconselhamento.

As falas dos entrevistados estão de acordo com o estudo de Souza e Czeresnia (2007), que mostrou como o aconselhamento pré-teste pode também ser uma barreira para a testagem, pois muitas vezes os discursos dos aconselhadores são coercitivos, desrespeitosos, pouco acolhedores, variando entre a disciplina e o liberalismo sexual, baseados na heteronormatividade, nem sempre condizentes com a realidade da pessoa a ser testada.

Outra barreira em relação ao aconselhamento é o despreparo dos profissionais para lidar com as emoções, principalmente no momento do resultado positivo do teste, como mostra a fala:

O complicado foi o acolhimento da pessoa que me entregou o resultado, né? A forma como ela chegou para dizer o tempo de vida com o vírus, que eu poderia viver 10 anos. Pensei: “Pronto! Tenho 30 anos, vou viver até os 40. E na verdade não é bem isso, né? Eu não me senti acolhido. Nesses momentos, a informação é importante, mas o apoio emocional também (CLOVIS, 33 anos, bissexual, superior completo, profissional da saúde).

Esse trecho da fala de Clovis nos mostra como os discursos diante de um resultado positivo para HIV devem ser cuidadosos, pois fornecer uma previsão do tempo de vida de uma pessoa pode ser aversivo e não condizer com a realidade. Ainda, o tempo é bastante relativo, podendo 10 anos ser muito para um usuário e pouco para outro, como o caso de Clovis. Também se deve levar em consideração que outros aspectos sociais envolvem um diagnóstico positivo da Aids, diferente da sobrevida e

qualidade de vida que os antirretrovirais possam oferecer, tornando o momento do recebimento do exame bastante emotivo.

Filgueiras e Deslandes (1999) mostraram que os profissionais de saúde relataram insegurança diante de situações embaraçosas ou inesperadas e temem que perguntas que eles desconheçam sejam realizadas.

Também devemos levar em consideração que nem sempre os aconselhadores são profissionais da saúde mental que possuem, em suas formações acadêmicas, maior preparo para lidar com as emoções. Portanto, enfatizamos a importância da formação contínua dos profissionais de modo que possam também ser ouvidos e preparados para realizar um aconselhamento de qualidade, diminuindo a vulnerabilidade dos HSH em relação ao HIV.

4.2.3.2.2 *Preconceito*

Um dos entrevistados relatou que o preconceito dos profissionais da saúde em relação à sorologia positiva é um dos motivos pelos quais ele não revelou sua sorologia aos seus colegas. O medo da exclusão faz com que nosso informante se mantenha em silêncio, como podemos verificar no diálogo abaixo:

- [E]³⁵ Como você acha que iria ser visto se, na saúde, descobrissem que você tem HIV?

- Ai, eu não quero nem imaginar! Acho que com certeza teria muita limitação, muita barreira, muito isolamento, com certeza. Porque na minha percepção também, o pior preconceito está mesmo é no pessoal que é da saúde.

- [E] Um profissional da saúde...

- Pois é, imagina eu, na minha condição de soropositivo, como profissional de saúde, qual é a pedra que vão jogar, o tamanho da pedra que vão jogar em cima de mim? Eu conheço um bocado de gente que veio da saúde, que conhece meu trabalho, sabe quem eu sou e eu falando uma coisa e, na verdade, estando naquela condição (CLOVIS, 33 anos, bissexual, superior completo).

A fala de Clovis revela como o preconceito gera o ocultamento da sua condição em relação ao HIV para evitar possíveis barreiras que sabe que pode vivenciar. O fato de ele ser profissional de saúde torna ainda mais velado esse segredo, pois como é possível alguém que trabalha com prevenção não se proteger contra as doenças

³⁵ [E] – Corresponde à fala do entrevistador

sexualmente transmissíveis? A pedra que jogariam em Clóvis podem ser as críticas e os julgamentos sociais por não ter seguido uma regra de saúde conhecida por ele. Além disso, mostra o descompasso do discurso dos profissionais da saúde que propagam a prevenção ao HIV/Aids, mas não a praticam em sua vida real.

Além do preconceito com as pessoas que vivem com HIV, os profissionais de saúde podem tê-lo em relação às sexualidades dos HSH, constituindo a chamada homofobia institucional, um dos fatores estruturantes da vulnerabilidade dessa população, pois afastam os homens que não são heterossexuais dos serviços de saúde, colocando-os na invisibilidade.

Uma observação relevante desse estudo é que nenhum dos entrevistados se identificou como HSH, mas como gays, homossexual, bissexual. Essa informação pode ser útil para os gestores das políticas públicas examinarem até que ponto as políticas que são construídas para os HSH contidas no Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis e as recomendações de testagem não são seguidas por que não há reconhecimento identitário das mesmas? Será que o uso da categoria HSH pela Saúde Coletiva não reforça o estigma e o preconceito com as diversas expressões de sexualidade existente entre os homens ao colocá-las na invisibilidade?

Costa (2010) analisou a política brasileira de prevenção ao HIV/Aids para verificar a construção da vulnerabilidade dos HSH ao HIV/Aids na cidade de Fortaleza, a partir dos discursos do Departamento Nacional DST/Aids e HV, da Organização não Governamental GRAB e dos próprios HSH presentes na cidade. O autor discute que o termo HSH foi adotado pelo Brasil por recomendações de organismos internacionais como a OMS, Banco Mundial e UNAIDS e essa parceria precisa ser analisada por meio das trocas entre eles que envolvem, além de apoio técnico e financeiro, capital simbólico e político, com relações de credibilidade e legitimidade. E conclui que não há razão para se formar políticas públicas para determinadas “populações alvo”, onde os HSH se inserem, mas sim políticas e ações direcionadas aos possíveis contextos intersubjetivos produtores de vulnerabilidade, que não se prendem à identidades pré-formuladas.

4.2.2.2.3 Falta de confidencialidade

Outro aspecto relacionado como barreira ao teste é a indiscrição dos profissionais de saúde que lidam com o processo de diagnóstico. Muitos entrevistados citaram que preferem realizar o teste no serviço privado, pois a discrição é maior, a realização do exame é mais rápida, uma vez que não há tantas filas de espera, podendo sair do laboratório rapidamente. Também foi relatado que as informações podem ser repassadas pelos próprios profissionais da saúde após o conhecimento da sorologia positiva de algum usuário, como declarado a seguir:

Eu acredito que se houvesse mais discrição as pessoas se sentiriam mais seguras pra fazer esse teste, pra ir buscar né? Porque a questão da visibilidade da pessoa ir buscar um teste pra saber se é soropositivo, realmente intimida e em muitos momentos. Eu não chego a crer totalmente na confidencialidade daqueles dados. Então, já escutei muitos amigos enfermeiros, pessoas que trabalhavam em laboratórios fazendo comentários antiéticos, que não poderiam divulgar dados, mas de comentar comigo como sendo amigo “ah, fulano ali fez exame lá, parece que deu positivo”. Então, não acho muito discreto. Eu faria num laboratório particular e ainda assim de preferência não na minha cidade (LAURO, 35anos, homossexual, pós-graduado, nunca realizou o teste).

O depoimento de Lauro fala sobre a desconfiança dos profissionais de saúde no tocante ao sigilo do teste. A confidencialidade é um dos princípios da testagem defendidos pela OMS (2004) e seguidos pelo Brasil (1998), parece estar sendo violada pelos profissionais de saúde que possuem acesso aos resultados. Esse comportamento aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, pois faz com que os mesmos sintam-se inseguros em realizar o teste nesses locais e, quando decidem realizar, procuram o serviço particular que não dispõe de aconselhamento pré e pós-teste ou ainda buscam outras localidades afastadas da sua habitação acarretando em maiores custos de tempo e de dinheiro, podendo ser outros dificultadores para o acesso ao teste de HIV.

Desse modo, vemos como a falta de conhecimento sobre a Aids e a testagem, o estigma e a discriminação, a baixa percepção de risco e os papéis de gênero aliados à pouca divulgação do governo são barreiras ao teste de HIV. Portanto, é importante que os gestores da saúde atuem de modo a quebrar esses obstáculos, a fim de melhorar o acesso ao diagnóstico de HIV à população HSH.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi construído sob os seguintes pressupostos: a) A política de acesso universal à TARV no Brasil forneceu um novo sentido para realizar precocemente o teste de HIV, pois os indivíduos soropositivos teriam acesso ao tratamento, garantindo maior tempo e qualidade de vida. b) Ao longo dos anos, embora tenha aumentado o número de indivíduos que se submeteram ao teste de HIV, muitos deles só o procuraram quando já estavam com Aids, tendo impacto em todos os níveis de cuidados com a saúde; c) Os homens que fazem sexo com homens é uma população que possui alta vulnerabilidade ao HIV/Aids, tendo o risco acrescido em 835 vezes em relação aos heterossexuais na região Nordeste; d) Há uma lacuna entre as recomendações políticas de testagem e as ações cotidianas em relação ao diagnóstico;

Diante dessas concepções, nossa hipótese é de que a decisão de realizar o teste de HIV é multideterminada por vários fatores individuais, sociais, programáticos e estruturais, ligados às desigualdades sociais que delineiam os contextos de vulnerabilidade dos indivíduos tornando-os maior ou menor grau suscetíveis à Aids.

Nesse sentido, objetivamos conhecer os incentivos e as barreiras individuais, sociais e programáticas dos HSH que influenciam na busca do teste de HIV e como eles entendem e vivenciam as recomendações governamentais referentes ao diagnóstico.

Inicialmente consideramos que o teste era conhecido pela maioria dos entrevistados e entendido como o meio para saber se está ou não com Aids. Houve desconhecimento em relação aos locais de testagem, ao significado do resultado do teste e desconfiança em relação ao teste rápido, interpretado pela maioria como ineficaz devido à rapidez da entrega do resultado, não sendo possível analisar o sangue de modo pormenorizado para encontrar o vírus. O teste convencional apresentou a vantagem do tempo para analisar minuciosamente o sangue, porém a demora do resultado foi vista como a parte mais difícil do processo de testagem, sendo vivenciada com bastante angústia.

Outro desconhecimento em relação ao teste foi a crença de tê-lo realizado por meio do exame de hemograma completo. Acreditamos que essa informação seja relevante para a vigilância em saúde e pesquisas epidemiológicas para mostrar que os dados de prevalência do teste nas pesquisas com HSH podem estar superestimados, não correspondendo com a realidade da testagem em Fortaleza. Isso mostra também que a

complexidade que envolve o tema da Aids demanda o uso de múltiplos métodos e abordagens de pesquisas que possam apreender a amplitude da questão.

Sabemos que a infecção pelo HIV e a Aids representam fases diferentes da doença, porém acreditamos que ambas desencadeiam sentimentos aversivos e atitudes repulsivas semelhantes devido às diversas associações construídas socialmente ao longo das décadas da epidemia, não havendo separação entre elas para a sociedade. Do mesmo modo, pensamos que os elementos que possuem alguma relação com o HIV e Aids, como por exemplo, o teste de HIV está associado com os mesmos significados e representações que a doença possui. Além disso, o teste é o meio que diagnosticará se a pessoa possui ou não a tão temida enfermidade, fazendo com que muitas vezes ele seja considerado aversivo. Por outro lado, os mesmos estigmas relacionados à Aids, juntamente com uma sinergia de saberes, crenças, valores e visões sobre sexualidade e de percepção de risco podem ser influências para o indivíduo buscar o teste de HIV.

Desse modo, o teste foi significado como sentença, revelador da verdade sobre o sujeito e suas práticas. Sua realização foi vivenciada como um momento de bastante pavor, demonstrando como as representações sociais da Aids influenciam diretamente o diagnóstico.

Como incentivos ao teste de HIV, apontamos a percepção de risco como a mais mencionada nesse estudo e os participantes tenderam a se auto perceber em risco diante do conhecimento da sorologia do ex-companheiro ou do atual. A Aids foi vista como uma doença distante, que acontece apenas com algumas pessoas transparecendo a ideia de grupo de risco. Do mesmo modo, a noção de comportamento de risco esteve presente, contribuindo para gerar culpabilização e baixa autoestima naqueles indivíduos que não conseguiram seguir as normatizações do Estado. Sugerimos que as intervenções preventivas em saúde trabalhem no sentido de desmitificar a ideia de grupo de risco e de comportamento de risco, pois ambas auxiliam para tornar os indivíduos suscetíveis ao HIV ao não reconhecer a infecção como uma possibilidade próxima de si.

Os conhecimentos sobre prevenção e transmissão foram importantes para estimularem os indivíduos à testagem, que nesse caso foi encarada como reveladora da verdade daquele que sabe que não se comportou de acordo com as normatizações do Estado e, por isso, deverá pagar pelas consequências dos seus atos. Percebemos nos relatos a ideia de comportamento de risco e a culpabilização por não ter se comportado de acordo com a regra, tendo impacto na saúde psicológica desses indivíduos que se sentem deprimidos por não terem seguido uma informação que eles conheciam. Por

outro lado, visualizamos que possuir conhecimento não necessariamente faz com que o comportamento correspondente ao mesmo ocorra, demonstrando que apenas o fornecimento da informação sobre o teste não garante que o indivíduo busque o serviço de saúde para realizá-lo.

Desse modo, defendemos que as intervenções em prevenção devem levar em consideração os diversos fatores que estão presentes no momento de um encontro afetivo, inclusive aqueles da ordem do desejo que são inerentes à vida e importante para que os indivíduos vivenciem a sua sexualidade. Consideramos ainda que a exposição ao risco não deve ser atribuída somente a vontade do indivíduo, mas que o amplo quadro das vulnerabilidades seja utilizado como referencial para não perdermos de vista os múltiplos fatores que delineiam o perfil da Aids.

No nível programático, os incentivos ao teste foram as atividades sociopolíticas promotoras de saúde, onde os indivíduos obtiveram acesso às informações sobre o diagnóstico em locais diferentes das Unidades de Saúde, contribuindo para ampliar o contato com a testagem. Além de acesso ao teste, as ONG e a Parada Gay foram citadas como espaços de aprendizados importantes de modo que modificaram o significado da doença, antes vista como algo assombroso e certeza de morte; e após o acesso à informação, como uma doença possível de conviver e menos temida.

Em relação às barreiras, o estigma e a discriminação e a homofobia institucional foram obstáculos presentes em todas as falas dos entrevistados. Além do estigma da Aids, os HSH sofrem com o estigma e a homofobia referente às suas orientações sexuais e estes geram o ocultamento e a marginalidade dessa população que, para vivenciar sua sexualidade sem culpa e julgamento social, muitas vezes passa por situações de alta vulnerabilidade.

Além disso, a homofobia institucional fere os princípios dos direitos humanos ao promover desigualdade e afastamento dos serviços de saúde por parte dos profissionais que apresentam discursos heteronormativos, não atendendo a população de gays e outros HSH em suas necessidades específicas.

Ainda, ressaltamos que a categoria HSH inclui diferentes identidades sexuais e, portanto, não deve ser atendida de modo unificado, pois bissexuais e homossexuais possuem identidades distintas e comportamentos sociais e sexuais diferenciados e por isso são afetados pela homofobia de forma diferente. Portanto, é premente que a Saúde Coletiva na temática da Aids trabalhe também na perspectiva dos

direitos humanos, de modo a promover a integralidade desses indivíduos, uma vez que os HSH são violados em seus direitos de modo geral e não apenas na saúde. Essa violação mostra como há lacunas na ação do Estado em promover a saúde dos HSH de modo ampliado, de acordo com o conceito adotado pelo SUS.

O estigma em relação a Aids esteve bastante presente nesse estudo e as metáforas a ela relacionadas se assemelham às utilizadas no início da década de 80, o que pode mostrar que as mudanças culturais ocorrem muito mais lentamente e por isso são muito mais desafiadoras do que as tecnológicas. Nossos achados mostraram pouco progresso em relação à representação social da Aids, pois esta ainda é encarada como morte e condenação. Nesse sentido, o teste de HIV foi visto como um julgamento que decidirá o futuro do indivíduo. Metáforas relacionadas à Aids e ao diagnóstico mostraram a aversividade presente no momento do exame. Todas essas representações sociais aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos, pois geram estigma e discriminação, afastando-os da experiência da testagem.

Somado ao estigma, ainda encontramos conhecimentos equivocados em relação à transmissão do HIV/Aids, como beijo na boca, compartilhamento de utensílios, feridas e a ideia da alta transmissibilidade do vírus, de modo que é impossível ter contato sexual com alguém que vive com HIV e não se infectar. Esse estudo mostrou indivíduos que nunca realizaram o teste de HIV e acreditavam saber da sua sorologia pelo resultado do exame do seu parceiro.

O tratamento não foi um fator incentivador do teste de HIV, pois a maioria dos entrevistados não possuía conhecimento sobre o mesmo. A hipótese de que a TARV levaria as pessoas a se testar com maior frequência não foi verificada nesse estudo, embora o tratamento tenha sido visto como sumamente importante para as pessoas que vivem com HIV.

A falta de sintomas do HIV também foi uma barreira ao teste, sofrendo influência dos papéis de gênero, já que na nossa cultura os homens procuram os serviços de saúde tardiamente, apenas quando já se encontram doentes. Desse modo, é importante que as ações em saúde voltadas para HSH considerem os papéis de gênero de modo a melhor compreender os obstáculos que distanciam os homens dos serviços de saúde, principalmente os bissexuais que nem sempre revelam publicamente suas relações com homens.

As barreiras programáticas relacionadas ao teste tiveram relação ao aconselhamento realizado de modo generalizado, sem levar em consideração os

contextos de vida dos usuários, além da educação formal, onde as normas de prevenção são constantemente reforçadas, já ditando o certo e o errado de acordo com as ciências biomédicas. Além de não se sentir acolhido, muitos participantes não encontraram nesse espaço que seria de escuta, um momento de diálogo, onde as trocas de experiências poderiam ocorrer e de suporte emocional. Desse modo, o aconselhamento em HIV/Aids não é realizado de modo a promover a saúde dos HSH, uma vez que o cuidado está sendo reduzido a repasse de informações, pouco contribuindo para politizar os indivíduos e empoderá-los como sujeitos de suas próprias escolhas.

No tocante às políticas, as recomendações da testagem eram desconhecidas para a maioria dos HSH, denotando a lacuna do Estado em promover informação, embora divulgue a importância da realização do diagnóstico precoce. Soma-se a isso a escassez das campanhas em DST/Aids e as mídias governamentais ineficazes que não contribuem para melhorar o acesso à informação sobre a testagem. A escassez de campanhas televisivas, que ocorre apenas no período de carnaval, dificilmente divulga o amor entre pessoas do mesmo sexo, pois essa cena vai de encontro aos valores religiosos e às normas heterossexuais hegemônicas na sociedade brasileira e cearense. O Estado é citado como preocupado com ações educativas imediatistas que não contribuem para significar a questão da realização do teste como um valor moral, a partir do cuidado que os indivíduos teriam consigo e com os outros. Defendemos que o Brasil, como país laico, não pode tratar a Aids a partir de um viés religioso, mas sim na ótica do conceito ampliado de Saúde e nos princípios que regem nosso SUS.

Sugerimos que as campanhas utilizem a linguagem cotidiana dos indivíduos para que melhor compreendam a mensagem e se sintam afetados pelo anúncio de modo que busquem os serviços de saúde mais rapidamente. Acreditamos que o uso da linguagem formal e a seleção de mídias que podem aparecer na TV reforçam o preconceito com os gays e outros HSH, tornando-os mais vulneráveis ao HIV.

Como pesquisadores da Saúde Coletiva, consideramos de suma importância que os gestores e elaboradores das políticas públicas adotem intervenções que atuem diretamente nos fatores estruturais, sociais e programáticos que geram as diversas desigualdades sociais se quisermos modificar significativamente a conjuntura do HIV/Aids em Fortaleza para a população de HSH.

Mais importante do que a ótica sanitária da Saúde Pública, consideramos a transformação dos contextos de intersubjetividade, de modo que os indivíduos possam se tornar sujeitos de direito construindo possibilidade de vida satisfatória para si e os

outros do seu entorno. A luta contra a Aids é também uma luta política, onde a busca e a manutenção dos direitos humanos deve ser de todos. Para isso, precisamos sentirmo-nos cidadãos de direito, que acredita que da mesma maneira que o panorama atual da Aids foi construído por uma dinâmica sócio-histórica-política-econômica, ele pode ser transformado em um menos desigual e mais humano.

Portanto, consideramos que o Estado deve investir na formação em direitos humanos dos profissionais do SUS, de modo que a intolerância, o estigma e a discriminação sejam substituídos por um cuidado como valor, considerando e respeitando o usuário em suas diferenças e necessidades de saúde, de modo a fortalecer o princípio da integralidade e de restabelecer uma relação mais humana.

Observamos nesse estudo que nenhum participante se identificou como HSH o que nos mostra a baixa efetividade da utilização dessa categoria nas políticas de saúde, que a utilizam com a justificativa de aumentar o acesso aos serviços da população masculina que faz sexo com homem. No entanto, a categoria HSH não alcança esse objetivo, uma vez que engloba pessoas do sexo masculino que não se identificam como “homem” e nem enxerga a identidade do seu parceiro como “homem”. Ainda, a ênfase da categoria HSH está na prática sexual de homens que fazem *sexo* com outros homens como se a questão fundamental da Aids fosse comportamental e não contextual.

Sem haver identidade com a categoria é difícil reconhecer e seguir os planos de enfrentamento à epidemia e as políticas de Saúde direcionadas aos HSH. Nessa perspectiva, acreditamos ser um equívoco utilizar a categoria HSH na construção de políticas públicas voltadas para gays, bissexuais e heterossexuais que possuem sexo com homem. Além disso, refletimos que o uso do termo HSH pelos órgãos políticos como um modo ‘neutro’ de falar das sexualidades excluídas socialmente contribui para perpetuar a homofobia, uma vez que mantém velada a existência das diversas identidades sexuais masculinas.

Sabendo que nenhuma pesquisa é neutra e capaz de apreender a realidade dos fenômenos em sua totalidade, apontamos como limitações desse trabalho: o fato da pesquisadora ser mulher impediu que adentrasse em espaços como as saunas gays, onde o público permitido é apenas masculino; além de que os homens heterossexuais que possuem relação com homens dificilmente revelam publicamente suas práticas sexuais, ainda mais para uma mulher, dificultando que a pesquisadora pudesse realizar todas as entrevistas desse estudo. Por isso, foi preciso agregar novos entrevistadores que fossem

do sexo masculino e conhecessem os espaços homoafetivos a fim de conseguirmos uma amostra variada das informações.

Além disso, algumas entrevistas foram realizadas em espaços de sociabilidade, no momento de lazer em que o entrevistado poderia estar acompanhado por amigos. Esse fato contribuiu para que nem todas as entrevistas estivessem aprofundadas, já que a mesma teria de ser realizada mais rápida e pode ter induzido que o participante verbalizasse o discurso politicamente correto, não retratando o que realmente ocorre em sua vida prática. Aliás, pensamos que essa seja uma limitação de qualquer pesquisa sobre Aids e prevenção, pois o pesquisador não tem como utilizar metodologias participantes para observar o fenômeno acontecer em seu ambiente natural.

Outra limitação que apontamos que pode ter favorecido o discurso politicamente correto foi o lugar que os outros entrevistadores ocupam como profissionais da saúde do serviço de referência onde as entrevistas foram realizadas ou como ativistas do movimento LGBT e Aids. O fato de alguns entrevistados já os conhecerem pode ter facilitado o vínculo e a revelação de assuntos difíceis envolvendo o HIV, mas por outro lado, pode ter induzido e/ou favorecido respostas que não condizem com o que de fato ocorre em suas vidas.

Por fim, consideramos que enquanto as políticas e ações em saúde possuem o foco no indivíduo e apenas na modificação do comportamento através de regras biomédicas normatizadoras, dificilmente veremos as desigualdades e epidemias relacionadas à Aids serem modificadas e a população de gays, de bissexuais e de heterossexuais continuará a se manter no patamar de vulnerabilidade aumentada. Muitos são os desafios a serem perseguidos e uma mudança conjuntural que requer a Aids necessita de uma transformação social em termos, inclusive, de valores.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Santa Catarina: Argos, 2009.

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência e Saúde Coletiva [on line]**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/26.pdf>>. Acesso em 12 fev 2012.

ANDRADE, S. M.O. *et al* . Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/27.pdf>>. Acesso em 19 fev. 2012.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, C. L. F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti HIV no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 33, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n2/a011.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2011

ARAÚJO, V. L. B. **Pessoas de 50 anos e mais vivendo com HIV/AIDS no Ceará, Brasil**. 2009. 101 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/bitstream/123456789/1348/1/2009_dis_vlbara%20c3%baixo.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2011.

ASPRAY, T. J. *et al*. Rapid assessment methods used for health-equity audit: diabetes mellitus among frail British care-home residents. **Public Health**, v. 120, n. 11, p. 1042-51, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16938318>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

AYRES, J. R. C. M. **O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes**, 1996. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. Debate sobre o artigo de Fry *et al*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Dez. 2012

AYRES, J. R. C. M. *et al*. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. cap. 6, p.121-143.

BARATA, G. F. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)**. 2006. 196 p. Dissertação (Mestrado em História) -

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARBOSA JUNIOR, A. *et al.* Trends in the AIDS epidemic in groups at highest risk in Brazil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 727-737, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19347198> >. Acesso em: 13 jan. 2011.

BARBOSA, S. M. **A intenção da adoção de comportamento sexual seguro entre doadores de sangue:** enfoque na prevenção de HIV/AIDS. 2011. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmacologia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 65-76, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2214.pdf> >. Acesso em 14 jun. 2011.

BASTOS, F. I. **AIDS na terceira década.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BASTOS, F. I. *et al.* AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. **Int. J. Epidemiol**, v. 37, n. 4, p. 729, 2008. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/729.full.pdf+html>>. Acesso em 13 mar. 2011

BATES, C. J. *et al.* The RARE model of rapid HIV risk assessment. **J. Health Care Poor Underserved**, v. 18, n. 3 Suppl., p. 16-33, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938464> >. Acesso em: 26 ago. 2010.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a07v10n1.pdf> >. Acesso em: 16 ago. 2011

BRANSON, B. M. *et al.* **Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings.** Estados Unidos da América, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>>. Acesso em 22 de abr. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional n. 39, de 19 de dezembro de 2002, acompanhada de novas notas remissivas e dos textos integrais das Emendas Constitucionais e das Emendas Constitucionais de Revisão. São Paulo: Saraiva, 1988a.

_____. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS:** diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 1998b. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2010.

_____. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: Senado Federal, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm>. Acesso em 20 nov. 2010.

_____. **Vigilância do HIV no Brasil:** Novas Diretrizes. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/162vig_hiv_005.pdf>. Acesso em 20 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Fique Sabendo.** Brasília, 2003. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo/>>. Acesso em: 20 fev. 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:<http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano_hsh_pdf_25272.pdf>. Acesso em 22 abr. 2010.

_____. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 168 p.

_____. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Agiliza e amplia normas para a realização de testes de HIV. Poder Executivo, Brasília, 14 out. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html>. Acesso em: 20 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST e Aids.** Brasília, ano VII, n.1, 2010a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil:** cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso_universal_brasil_port_pdf_68184.pdf>. Acesso em 23 de jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, p.1-77, 2010c. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/cta2010-01-web.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde [Notícias]. **DST, Aids e Hepatites Virais investe R\$ 64 milhões em testes para diagnóstico do HIV.** Brasília, 2010d. Disponível em: <<http://sistemas.Aids.gov.br/fiquesabendo/index.php?q=node/96>>. Acesso em: 2.abril 2011.

_____. Ministério da Saúde [Notícias]. **Ministério da Saúde amplia acesso a teste de HIV.** Brasília, 2010e. Disponível em: <

<http://sistemas.Aids.gov.br/fiquesabendo/index.php?q=node/100> >. Acesso em: 2 abril 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2010f. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em 10 fev 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **História da AIDS**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pagina/historia-da-Aids>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CAMARGO JR., K. R. de. Rediscutindo a pauperização [Debate sobre o artigo de Fry *et al.*,] Debate sobre o artigo de Fry *et al.* **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 23, n.3, p. 508-510, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/03.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2011.

CAMPOS, I.O. "**Passando a Vida a Limpo**": a repetição de teste de HIV em centro de testagem e aconselhamento. 2005. 135 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

CAMPOS, R. *et al.* Social networks and daily activities of street youth in Belo Horizonte, Brazil. **Child development**, v. 65, n. 2, p. 319-330, 1994. Disponível em: <<http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1132&context=psychfacpub>>. Acesso em 14 dez .2012.

CASTELLS, M.; MAJER, R. V; GERHARDT, K. B. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASTIEL, L.; GUILAM, M.; FERREIRA, M. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CAVALCANTE, M. S. *et al.* Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a08v26n2.pdf>>. Acesso em 14 out. 2011.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Aspectos Epidemiológicos da Aids. In: **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2011a.

_____. Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **IPECE - Informe, nº 2, março 2011**: estimativa do PIB cearense em 2010 e seu desempenho setorial. Fortaleza: IPECE, 2011b. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/IPECE_Informe_No2_PIB_2010.pdf>. Acesso em 12/02/2012.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENCIÓN. **HIV among Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men (MSM)**. USA: Center Disease Control (CDC), 2010.

CHEQUER, P. *et al.* Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. **AIDS**, v. 6, n. 5, p. 483, 1992. ISSN 0269-9370.

CHOPRA, M. *et al.* 'Nothing new': responses to the introduction of antiretroviral drugs in South Africa. **AIDS**, v. 20, n. 15, p. 1975, 2006.

COSTA, C. C. P. **Culturas sexuais e proteções imaginárias: juventudes homossexuais face ao HIV**. 2010. 144f (Dissertação). Mestrado em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: Tipografia Jaboti, 1989.

DE BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em 26 maio 2011.

DE MELLO, M. *et al.* **Assessment of risk factors for HIV infection among men who have sex with men in the metropolitan area of Campinas City, Brazil, using respondent-driven sampling**. Brazil: Ministério da Saúde, Programa Nacional DST/AIDS. Horizons: Population Council, 2008. Disponível em: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/Brazil_MSMRiskFactors.pdf>. Acesso em 8 abr. 2011.

DOURADO, I. *et al.* Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40 (Suppl), 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/03.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2011.

FELISMINO, H. P.; DA COSTA, S. F. G.; SOARES, M. J. G. O. Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 87-99, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a08.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2011.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n 2 (Supl), p. S213-S222, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a03v19s2.pdf>>. Acesso em 3 abr. 2011.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. **Rev. de Saúde Pública**, v. 36, n. 4 (Supl), p. 96-107, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11169.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2011

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 (Supl), p.121-S131, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1293.pdf>>. Acesso em 16 maio 2010.

FINKLER, L.; OLIVEIRA, M. Z.; GOMES, W. B. HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. **Aletheia**, Canoas, n. 20, p. 09-25, 2004. ISSN 1413-0394. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942004000200003>. Acesso em 12 abr. 2011.

FONSECA, M. G. *et al.*. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1 (Supl), p. 77-87, 2000. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v16s1/2214.pdf>. Acesso em 12 abr. 2011.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 678-85, 2002.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3 (Supl), p. 333-343, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13521.pdf>. Acesso em 12 abr. 2011.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Redes Assistenciais**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. **Perfil Epidemiológico de Aids e Sífilis em Fortaleza, CE**. Fortaleza, 2010

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Coordenação de Políticas de Saúde. Coordenação Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais. **Monitoramento do plano de ações e metas de 2010**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **Vigiar e Punir**. Tradução Raquel Ramalheite. 29ª ed.. Rio de Janeiro: Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

FRANÇA-JUNIOR, I. Testagem anti-HIV no Brasil: crescimento desigual. In: A Epidemia de Aids no Brasil: temas de vulnerabilidade programática e social - V Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **Anais do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, 2011, São Paulo: ABRASCO, 2011.

FRANÇA-JUNIOR, I. *et al.* Acesso ao teste de HIV no Brasil 2003: a pesquisa nacional Brasília: Ministério da Saúde, IBOPE, 2003.

FRANCA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005. **Rev.Saúde Pública**, v. 42, n. 1 (Supl), p. 84-97, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/11.pdf>>. Acesso em 13 fev. 2011.

FRY, P.; MACRAE, E. J. B.N. **O que é homossexualidade**: Brasiliense 1991.

FRY, P. H. *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-507, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/02.pdf>. Acesso em 13 maio 2011.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: teoria e prática**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enferm. [Internet]**, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06>. Acesso em: 12 ago. 2011.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2011.

GONDIM, R.; KERR, L. R. F. S. Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. **Rev Bras Epidemiol**, v. 3, n. 1-3, p. 38-49, 2000. Disponível em: < www.scielosp.org/pdf/rbepid/v3n1-3/05.pdf>. Acesso em 12 ago. 2011.

GONDIM, R. C. *et al.* Risky sexual practices among men who have sex with men in Northeast Brazil: results from four sequential surveys. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 6, p. 1390-1398, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600021> Acesso em 12 ago. 2011.

GOSINE, A. "Raça", cultura, poder, sexo, desejo e amor– inscrevendo os “homens que fazem sexo com homens”. *In*: CORNWALL, A; SUSIE, A. **Questões de sexualidade: ensaios transculturais**. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 69 - 80.

GRANGEIRO, A. Diagnóstico do HIV e os Centros de Testagem e Aconselhamento. *In*: CONGRESSO DE PREVENÇÃO 2010 – FÓRUM DIAGNÓSTICO DO HIV , 2010, Brasília: **Palestras...**Brasília, 2010. Disponível em: <

http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/sites/default/files/page/2010/16.06.2010/Forum_AlexandreGranjeiro1.pdf>. Acesso em 13 ago. 2011.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO-SILVA, L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, p. 87-94, 2009. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>. Acesso em 13 ago. 2011.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/14.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2011

GRECO, M. *et al.* Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 109-117, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102007000900017&script=sci_arttext>. Acesso em 13 jul. 2011.

GRUPO GAY DA BAHIA. Homossexuais GLBT Assassinados no Brasil: 2009. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.ggb.org.br/imagens/TABELA_GERAL_2009_assassinatos_de_homossexuais.pdf>. Acesso em 15 set. 2010

GUERRIERO, I.; AYRES, J.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 4 Supl, p. 50-60, 2002. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4s0/11163.pdf>. Acesso em 14 fev. 2011.

GUIMARÃES, M. **HIV/AIDS não é sentença de morte**: uma análise crítica sobre a tendência à criminalização da exposição sexual e transmissão sexual do HIV no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA. 3: 40 p. 2011. (Coleção Cidadania e direitos.)

HERMAN, E.; BENTLEY, M. Rapid assessment procedures (RAP) to improve the household management of diarrhea. **International Nutrition Foundation for Developing Countries**, v.12, n. 6, 1993.

HOGG, R. S. *et al.* Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 279, n. 6, p. 450-454, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [200-]. **Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002/2003**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 26/02/2012.

KAHHALE, E. P.; CHRISTOVAM, C.; ESPER, E. HIV/Aids: enfrentando um sofrimento psíquico. São Paulo: Cortez, 2010. 144p.

KARAM, E. G; GHANDOUR, L.A; MAALOUF, W.E; YAMOUT, K; SALAMOUN, M.M. A rapid situation assessment (RSA) study of alcohol and drug use in Lebanon. **J Med Liban**, v. 58, n. 2, p. 76-85, 2010.

KELLER, W. *et al.* **Field guide on rapid nutritional assessment in emergencies.** World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1995.

KENDALL, C. *et al.* Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans--results of qualitative research. **Social science & medicine**, v. 60, n. 2, p. 297-311, 2005.

KENDALL, C. *et al.* An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. **AIDS and Behavior**, v. 12, p. 97-104, 2008.

KENDALL, C.; HILL, Z. Chronicity and AIDS in three South African Communities. In: MANDERSON, L; SMITH-MORRIS, C. **Chronic conditions, fluid states:** chronicity and the anthropology of illness. New Jersey: Rutgers Univ Pr., 2010.

KERR-PONTES, L. R. *et al.* Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil. **AIDS**, v. 13, n. 6, p. 709-717, 1999.

KERR, L. R. *et al.* Avaliação de Comportamento de populações vulneráveis à Aids: propostas de monitoramento. In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA E 11º CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2006, Rio de Janeiro. **Anais do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

KERR, L. R. *et al.* Disparities in mother-to-child transmission in Northeast Brazil: regional failures within successful country programs. **AIDS Care**, v. 23, n. 6, p. 771-4, 2011.

KERR, L. R.; MOTA, R. S.; [Kendall, C.](#) . Epidemiologia do HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens (HSH) no Brasil. In: Camila Castro; Francisco Pedrosa. (Org.). **Rede SAGAS Brasil: interações preventivas com juventudes homossexuais, mulheres lésbicas e pessoas vivendo com HIV/AIDS.** 1ed. Fortaleza: GRAB, 2012, v. 1, p. 99-122.

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MACHADO, R. Introdução: Por uma Genealogia do poder. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Graal, 2004.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008. Disponível em: < redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013612.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200008>. Acesso em: 23 set. 2010.

MANN, J. Saude Pública e Direitos Humanos. **PHYSIS: Rev. Saude Coletiva**, v. 6, n. 12, p. 135 -145, 1996. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/07.pdf>. Acesso: 23 set. 2011.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; THOMAS, W. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARINS, J. R. *et al.* Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 17, n. 11, p. 1675-82, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853750> >. Acesso em 22 jul. 2011.

MARKS, G. *et al.* Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. **J.Acquir.Immune.Defic.Syndr.**, v. 39, n. 4, p. 446-453, 2005.

MATTOS, R. A.; TERTO JÚNIOR, V.; PARKER, R. As estratégias do Banco Mundial ea resposta à AIDS no Brasil; The World Bank Strategies and the Response to AIDS in Brazil. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Políticas Públicas e AIDS).

MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2011

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003

MOCROFT, A. *et al.* Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. **Lancet**, v. 362, n. 9377, p. 22-29, 2003.

MOTA, M. P. Análise de metodologia de investigação: homossexualidade. *In*: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M., *et al.* (Ed.). **AIDS: Pesquisa Social e Educação**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.46-64.

MOTT, L. **A cena gay de Salvador em tempos de Aids**. Salvador: Editora do Grupo Gay da Bahia, 2000a.

_____. Por que os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias? *In*: **SEMINÁRIO GÊNERO & CIDADANIA E DISTRIBUIÇÃO DA JUSTIÇA**, 2000, Unicamp. **Palestras...** Unicamp, 2000b.

_____. **A Transmissão Dolosa do HIV-Aids: relatos na imprensa brasileira**. Revista Impulso. Piracicaba, SP: Unimep, 2002.

NEEDLE, R. H. *et al.* Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 6, p. 970, 2003.

OLIVEIRA, R. M. R. Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 80-87, 2006. Disponível em: < www.scielo.org/pdf/rsp/v40s0/11.pdf>. Acesso em 22 nov. 2011.

OLTRAMARI, L. C.; OTTO, L. S. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 55-61, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n3/a08v18n3.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing**. Geneva: WHO/UNAIDS, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf>. Acesso em 21 out.2011.

_____. **Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities**. Geneva: WHO/UNAIDS, 2007. Disponível em: < http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241595568_en.pdf>. Acesso em 22 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **COMBAT HIV/AIDS, MALARIA AND OTHER DISEASES**. ONU, 2000

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Know your status initiative**. Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde, 2007. Disponível em: < <http://www.haztelaprueba.info/>>. Acesso em 13 jul. 2011.

OTTAWA, C. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Canada: Ottawa, 1986.

OTTOSSON, D. **Homofobia de Estado**: Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas. Un informe de ILGA -. Asociación Internacional de lesbianas y gays, 2010.

PAICHELER, G. População geral e prevenção da infecção pelo HIV: do risco para a ação. **Cad Saude Publica**, v. 15, p. 93-105, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X1999000600010&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em 08 set. 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção eo cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 11, p. 25-38, 2002. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/02.pdf>. Acesso em 12 abr. 2011.

PAIVA, V. *et al.* Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e de AIDS. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 4, p.4-11, 2002. Disponível em: < [ww.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11158.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11158.pdf)>. Acesso em 02 jul. 2011.

PAIVA, V *et al.* A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero. **Cuadernos Mujer y Salud**, p. 34-38, 2007. Disponível em: < www.ip.usp.br/portal/images/.../vulnerabilidade_das_mulheres.pdf>. Acesso em 12 ago. 2011.

PAIVA, V. *et al.* A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Cien Saude Colet**, v. 16, p. 4199-4210, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001100025&script=sci_arttext>. Acesso em 1 maio de 2010.

PALELLA, F. J., JR. *et al.* Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. **The New England journal of medicine**, v. 338, n. 13, p. 853-60, 1998.

PARKER, R. **Bodies, pleasures, and passions: sexual culture in contemporary Brazil**. Boston: Beacon Press, 1991.

_____. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. São Paulo: Relume-Dumará, 1994.

_____. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política**. São Paulo: ABIA, 2000.

_____. O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS. **Boletim ABIA**, v. 48, p. 3-5, 2002.

PARKER, R. G.; AGGLETON, P.; HORIZONS, P. C. **HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action**. Population Council: New York, 2002.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. D. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S89-S102, 2000. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v16s1/2215.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2011

PARKER, R. G., HERDT, G.; CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. **Saúde em Debate**, v. 83, p. 17-45, 1995.

PASCOM, A. R. P. B. J., A. SZWARCOWALD, C.L. Diferenças regionais nas práticas sexuais e comportamentos relacionados à transmissão do HIV. In: **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.18p.

PECHENY, M. HSH en América Latina: itinerário de uma categoria, persistência de uma epidemia, mal-estar nas respostas. In: **SAGAS na prevenção às DSTs e ao HIV/AIDS na população LGBT**. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

PEREZ RIBAS, R.; MACHADO, F. **Distinguishing chronic poverty from transient poverty in Brazil: developing a model for pseudo-panel data**. Brasília: International Poverty Centre Working Paper, 2007. Disponível em: < <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper36.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2012.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

PISCULLI, M. L. *et al.* Factors Associated with Refusal of Rapid HIV Testing in an Emergency Department. **AIDS Behav**, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano. **A Verdadeira Riqueza das Nações: vias para o Desenvolvimento Humano**. New York, 2010. Disponível em: < www.idis.org.br/biblioteca/pesquisas/pnud_hdr_2010.pdf>. Acesso em 23 fev. 2011.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS plus MDGs: synergies that serve people. UNAIDS, 2008.

_____. Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS/10.12E, UNAIDS - **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. p.1-64. 2010a.

_____. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Technical Report UNAIDS/10.11E, UNAIDS - **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. p.1-364. 2010b.

_____. A ONU e a Resposta. AIDS no Brasil. UNAIDS - **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. p.1-56. 2010c.

_____. UNAIDS World Aids day report. UNAIDS / JC2216E. **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**. 2011. Disponível em: < http://www.unAids.org/en/media/unAids/contentassets/documents/unAidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

REIS, R. K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 32-37, 2005.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 37, n. 4, p. 312-7, 2004.

ROSSI, L. **Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: < redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012204.pdf>. Acesso em 03 mar. 2010.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. Sup 2, p. S321-S333, 2009. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>. Acesso em 03 mar. 2010.

SEFFNER, F. Masculinidade bissexual e violência estrutural: tentativas de compreensão, modalidades de intervenção. *In: Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids*. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, p. 85-104, 2004.

SINGER, M. AIDS and the health crisis of the US urban poor; the perspective of critical medical anthropology. **Social science & medicine**, v. 39, n. 7, p. 931-948, 1994.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, V; CZERESNIA., D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem antiHIV. **Interface-Comunic, Saude, Educ**, v. 11, n. 23, p. 531-548, 2007. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a10v1123.pdf>>. Acesso em 16 out. 2011.

SOUZA-JR, P. R.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. **Clinics.(Sao Paulo)**, v. 62, n. 5, p. 579-584, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322007000500008>. Acesso em 24 mar. 2010.

STIMSON, G. V. *et al.* **The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use:(IDU-RAR)**. World Health Organization, 1998.

STIMSON, G. V. *et al.* Rapid assessment and response studies of injection drug use: knowledge gain, capacity building, and intervention development in a multisite study. **American journal of public health**, v. 96, n. 2, p. 288-95, 2006.

SZWARCOWALD, C. L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil**: Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

SZWARCOWALD, C. *et al.* Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. **Bol Epidemiol AIDS**, v. 13, n. 1, p. 18-24, 2004.

TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 729-773, 2008.

TEIXEIRA, P. R.; PARKER, R. Políticas públicas em AIDS. *In: Parker R. Políticas, instituições e Aids*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 43-68, 1997.

TELLES-DIAS, P. *et al.* Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 94-100, 2007.

TRAVASSOS, C. Debate sobre o artigo de Fry et al. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 518-519, 2007.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F. AIDS? Tô fora: um estudo com adolescentes em duas escolas de Belo Horizonte sobre os fatores que determinam o uso do preservativo na era da AIDS. **ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP**, v. 12, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta convite para participação na pesquisa

Gostaríamos de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**(Des)Motivações dos homens que fazem sexo com outros homens em relação ao teste de HIV**”. Para participar dessa pesquisa você precisa ter pelo menos de 18 anos de idade, residir em Fortaleza e fazer sexo com homem, mesmo que faça também com mulheres.

Os objetivos principais deste estudo são: entender o que vem ocorrendo em relação aos comportamentos, atitudes e práticas sexuais, incentivos e barreiras à realização do teste do HIV, entre a população de homem que fazem sexo com homens em Fortaleza. Sua participação é de fundamental importância, pois acreditamos que você nos ajudará a entender a situação da Aids em Fortaleza entre os homens que fazem sexo com homens e a construir políticas de prevenção das DST e Aids mais condizente com a sua realidade.

Realizaremos entrevistas individuais, onde faremos perguntas sobre seus conhecimentos, comportamentos e crenças em relação à AIDS e ao teste de HIV, bem como sobre as motivações e as barreiras para a realização do teste. Pedimos sua permissão para gravar a sua entrevista a fim de melhor utilizar os dados colhidos.

Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você terá o direito de deixar de responder ou de pedir para não gravar as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Gostaríamos de pedir seu contato telefônico ou e-mail para que possamos falar com você e marcarmos uma hora e local para nossa entrevista.

Em caso de dúvida, você poderá procurar a professora e pesquisadora **Ligia Kerr** nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o **Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará**.

Portanto, eu _____
declaro que compreendi esse convite e aceito participar da entrevista.

Contato telefônico: _____

E-mail: _____

Assinatura do participante: _____

Local _____ e data ____/____/____

Polegar direito (analfabeto)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “(Des)Motivações dos Homens que fazem sexo com outros homens em relação ao teste de HIV”, que será realizada em Fortaleza, entre a população de homens que fazem sexo com homens, não importando a sua orientação sexual, a partir de 18 anos de idade e que residam em Fortaleza. Os objetivos principais deste estudo são: conhecer e entender quais os incentivos e as barreiras existentes para alguém realizar o teste de HIV. Sua participação é importante porque acreditamos que você poderá nos ajudar a entender a situação da Aids em Fortaleza e suas informações contribuirão na reformulação e na construção de políticas de prevenção e assistência às DST e à AIDS mais condizente com a sua realidade, no intuito de melhorar o acesso ao cuidado com a saúde.

Realizaremos entrevistas individuais que têm perguntas sobre seus conhecimentos, comportamentos e crenças em relação à AIDS e ao teste de HIV, bem como sobre as motivações e as barreiras para a realização do teste. Pedimos sua permissão para gravar a sua entrevista a fim de utilizar seus dados com maior fidelidade.

Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder ou de pedir para não gravar as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Em caso de dúvida, você poderá procurar **Ligia Kerr** nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o **Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.**

Portanto, eu _____
declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista

Assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____/____/_____
(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via participante)

Polegar direito (analfabeto)

APÊNDICE C - Roteiro para investigação das (des)motivações em relação ao teste de HIV entre homens que fazem sexo com outros homens

Data:

Local da entrevista:

Informações cadastrais:

Idade:

Estado Civil:

Sexo:

Orientação Sexual:

Escolaridade:

Atividade Principal:

TEMA 1: CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS

1) O que você sabe sobre HIV/ AIDS?

Explorar:

- Transmissão, prevenção, tratamento (quais serviços de saúde?), sintomas, se HIV é igual a AIDS.

- Situação na comunidade (Você acha que têm pessoas com maior risco de pegar HIV? Ver situação de álcool e outras drogas, quais tipos de drogas).

2) O que você sabe sobre os remédios que atualmente são usados no tratamento das pessoas que vivem com HIV?

Explorar:

- Se eles curam ou apenas tratam, gratuitos ou pagos?

- Importância da disponibilidade,

- Vantagens e desvantagens do medicamento.

- Existir medicamento interfere em fazer o teste?

3) O que você sabe sobre o teste de HIV?

-O que é? Como (sangue, fases do teste/aconselhamento)? Quando/Por que? Onde faz?

- Teste rápido x teste convencional (tempo do resultado).

- Para quê (vantagens e desvantagens)?

- Já fez o teste de HIV? (Quantas vezes? Por quê? Quando? Onde (serviço público ou privado)?)

4) Você acha que o médico deveria perguntar para a pessoa se ela quer fazer o teste de HIV ou ele não precisaria perguntar? Por que?

5) A recomendação do governo é que as pessoas devem se testar sempre após um mês que se envolveram em um comportamento risco. O que você acha disso? Você acha que as pessoas conhecem e seguem essa orientação? Por que?

6) O que você acha que o Sistema de Saúde deve fazer para estimular que as pessoas façam o teste? Explorar:

- Ações de prevenção, de melhoria de acesso aos serviços.

TEMA 2: ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

7) Você acha que as pessoas revelam o resultado do seu teste? Por que? O que muda na vida da pessoa quando ela revela para alguém seu resultado?

- E você revelaria seu resultado? A quem? Por que?

8) Você conhece alguém com HIV? Como soube? O que sentiu? Como você agiu? Qual seu contato com essa pessoa? Você já viu alguém ser tratado de forma diferente porque ele era HIV +?

Explorar:

- Relacionamento com pessoas soropositivas (como soube, o que sentiu, reação, contatos).

9) Se você fosse portador do HIV, como se veria?

10) Eu vou falar algumas frases e gostaria que você me dissesse o que acha delas e por que.

Declarações	Concordo	Discordo	Neutro	Por que?
É seguro para as pessoas que têm HIV trabalhar com crianças.				
Uma pessoa que tem AIDS deve ter feito algo errado e merece ser punido.				
As pessoas que têm AIDS devem ser isolados.				
As pessoas que têm AIDS não devem trabalhar.				
A maioria das pessoas se tornam HIV positivo por serem fracas, ou tolas.				
Você tem que ser membro de um grupo de alto risco para estar em risco de contrair AIDS.				

As pessoas podem ser curadas da AIDS por meio da fé.				
--	--	--	--	--

TEMA 3: PRÁTICAS SEXUAIS

- 10) Quais as práticas sexuais mais comuns para você?
- 11) Você acha que tem algum risco de pegar HIV? Por que? (Como você se cuida? (usa preservativo? Com qual frequência?)
- 12) Quando você decide se usa ou não camisinha quando transa?
- 13) O que acontece se o parceiro (a) não quiser usar camisinha? Se não usa, o que faz quando o parceiro pede para usar?
- 14) Como foram seus últimos relacionamentos? (estáveis, legais, traumatizantes, duradouros, rápidos, comprometidos...)
- 15) Com que frequência você transa?

ANEXO

ANEXO A- Parecer do comitê de ética em pesquisa



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 260/09

Fortaleza, 28 de agosto de 2009

Protocolo COMEPE n° 263/ 09

Pesquisador responsável: Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr

Dept°./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

Título do Projeto: "Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 27 de agosto de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Miriam Parante Monteiro

Dr.ª Miriam Parante Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEP/UFCE