



DIMENSÕES SOCIAIS E POLÍTICAS

VANESSA LEITE,
VERIANO TERTO JR.
E RICHARD PARKER
(ORGANIZADORES)

DA PREVENÇÃO



DIMENSÕES
SOCIAIS E
POLÍTICAS
DA
PREVENÇÃO

VANESSA LEITE,
VERIANO TERTO JR.
E RICHARD PARKER
(ORGANIZADORES)

2018

Copyright ©ABIA, 2018

Diretor Presidente:

Richard Guy Parker

Diretor Vice-Presidente:

Veriano de Souza Terto Júnior

Tesoureira:

Simone Souza Monteiro

Conselho Fiscal:

Luis Felipe Rios do Nascimento,
Fátima Maria Gomes da Rocha e
Fernando Seffner

Suplentes:

Alexandre Domingues Granjeiro,
Carlos Alberto Ebeling Duarte e
Pedro José de Novaes Chequer

Associados/as Participantes:

Claudia Garcia Serpa Osório de Castro,
Francisco Xavier Ramos Pedrosa Filho,
Jorge Adrian Belouqui,
Kenneth Rochel Camargo Júnior,
Mário César Scheffer,
Regina Maria Barbosa,
Ruben Araújo Mattos e
Valdiléa Gonçalves Veloso Santos

Coordenação Editorial:

Richard Parker,
Veriano Terto Jr. e
Angélica Basthi

Relatoria: Vanessa Leite

Revisão de Textos: Vanessa Leite

Projeto Gráfico e Diagramação: A 4 Mãos

Tiragem: 1.000 exemplares

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta publicação, desde que citados a fonte e o/a respectivo/a autor/a.

Distribuição Gratuita

REALIZAÇÃO



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Entidade de fins filantrópicos.

Av. Presidente Vargas, 446 - 13º andar

20071-907 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21) 2223-1040

E-mail: abia@abiains.org.br

www.abiains.org.br

APOIO



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
<i>Richard Parker, Veriano Terto Jr. e Vanessa Leite</i>	
DIREITO À SAÚDE E À PREVENÇÃO COMO UM DIREITO	10
Pedagogias e Políticas no Campo da AIDS: o desafio de superar o desperdício da experiência e reinventar a prevenção	11
<i>Fernando Seffner</i>	
Políticas de Prevenção: a prevenção como um direito	17
<i>Katia Edmundo</i>	
Direito à Prevenção, à Felicidade e ao Bem-Viver	23
<i>Vera Paiva</i>	
Políticas Públicas de Saúde e Prevenção como Direito	29
<i>Roger Raupp Rios</i>	
NA ERA DA PREVENÇÃO COMBINADA	35
O Tratamento para a Prevenção da Exposição Sexual e Diversos Lugares das PVHA Através da História	36
<i>Jorge Beloqui</i>	
Na Era da Prevenção Combinada	45
<i>Paula Emília Adamy, Gilvane Casimiro, Adele Benzaken</i>	
IMPREP implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV: um projeto de demonstração no contexto de prevenção combinada no Brasil, México e Peru	51
<i>Maria Cristina Pimenta, Brenda Hoagland, Marcos Benedetti, Tatianna Alencar, Beatriz Grinsztejn, Valdílea Gonçalves Veloso</i>	
AVALIANDO AS POSSIBILIDADES E LIMITES DA PREVENÇÃO BIOMÉDICA.	56
A Contribuição dos CTA na Oferta da Prevenção Combinada: limites e possibilidades	57
<i>Karina Wolffenbüttel</i>	
Prevenção e Testagem do HIV/AIDS na Baixada Fluminense: contribuições da pesquisa social	64
<i>Simone Monteiro</i>	

SEXO EM TEMPOS DE PREVENÇÃO RETROVIRAL	70
Escolhas Conscientes Pedem Métodos Pertinentes: barebacking e a prevenção do HIV..... <i>Wilson Nascimento Almeida Junior</i>	71
A Implementação da Profilaxia Pós-Exposição na Perspectiva dos Trabalhadores da Linha de Frente em Saúde..... <i>Bruno Silva Kauss</i>	76
Sexo em Tempos de Prevenção Antirretroviral..... <i>Maria Amélia Veras</i>	82
TRANSFORMAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A PREVENÇÃO.....	87
Necessidades e Barreiras para o Acesso aos Cuidados Relativos ao HIV de Pessoas Trans no Brasil <i>Angelo Brandelli Costa</i>	88
A Invisibilidade e a Ausência de Respostas Efetivas à Garantia do Direitos à Saúde da População Trans..... <i>Bruna Benevides</i>	93
Gênero, Sexualidade e Envelhecimento	99
<i>Fernando Pocahy</i>	
A ONDA DE CENSURA, MORALISMO E CONSERVADORISMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A PREVENÇÃO E A SAÚDE SEXUAL.....	105
Prevenção de HIV, Tecnicismo e Conservadorismos	106
<i>Thiago Pinheiro</i>	
Censura, Conservadorismo e Moralidades: implicações para a prevenção e a saúde sexual de gays e HSH	112
<i>Gabriela Calazans</i>	
Reflexões sobre Desafios ao Campo de HIV/AIDS a partir das Experiências Transadas pelo Movimento de Prostitutas Brasileiras.....	120
<i>Leila Barreto</i>	
PREVENINDO AS EPIDEMIAS DE SIGNIFICAÇÃO	125
A Atualidade e a Multitemporalidade dos Processos de Estigmatização da AIDS.....	126
<i>Gustavo Zambenedetti</i>	
Sorodiscordância, Discriminação e Estigma: anotações a partir de duas pesquisas.....	132
<i>Mônica Franch</i>	
Estigma e Discriminação: barreiras para a resposta à epidemia do HIV.....	143
<i>Cleiton Euzebio</i>	

APRESENTAÇÃO

| RICHARD PARKER | VERIANO TERTO | VANESSA LEITE |



Esta publicação é fruto de dois dias de intensos diálogos realizados no Seminário “Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção”, organizado pela ABIA em novembro de 2017, em comemoração aos seus 30 anos de atuação. As apresentações no Seminário foram muito instigantes e nos trouxeram múltiplas reflexões. Assim, decidimos organizar essa publicação, onde reunimos 21 artigos, a partir dos principais pontos das falas dos convidados que compuseram as oito mesas do evento, para compartilhar a experiência do Seminário e, de alguma forma, manter vivo o espírito de encontro e troca que produzimos naqueles dois dias.

O Seminário contou, para sua elaboração e realização, com a colaboração de um grupo de assessores, parceiros da ABIA, que se reuniu por vários meses para pensar seu formato, e também com o envolvimento ativo da equipe da instituição, que estruturou um trabalho coletivo na organização do encontro.

Ao propor o Seminário, a ABIA vislumbrava alguns objetivos: em um primeiro momento, revisitar um diálogo intersetorial que tem sido muito importante para o enfrentamento da epidemia de AIDS e outras questões afins no Brasil; colocar na mesma sala ativistas, pesquisadores, gestores, pessoas dos serviços de saúde e de comunidades mais afetadas pela epidemia e estabelecer um diálogo, possibilitando a troca de ideias sobre as questões mais importantes ligadas à epidemia. Em uma perspectiva mais ampla, o encontro teve a intenção de debater questões ligadas à justiça social, à cidadania – uma tradição no Brasil para a qual a ABIA sempre contribuiu e que anda um pouco esquecida.

Outro aspecto importante na elaboração do Seminário diz respeito à importância de construir novos laços entre gerações. Muito tempo passou nesses 30 anos de enfrentamento da epidemia. Alguns começaram sua atuação nos anos 1980 e é importante que novas gerações surjam e assumam um lugar de protagonismo no enfrentamento da epidemia. Nas décadas anteriores havia mais espaço e oportunidades para que essa entrada acontecesse. Atualmente, verifica-se maior dificuldade nessa “renovação de quadros” no campo. Nessa perspectiva, as mesas no Seminário, cujas falas integram essa publicação, foram compostas por diferentes gerações, incluindo pessoas mais novas, que estão entrando no ativismo e na pesquisa. Um dos dilemas a ser enfrentado é a formação, a transição de gerações e o intercâmbio entre estas. Assim, respondemos ao o desafio de estimular esse importante diálogo entre gerações.

Numa época em que o movimento de AIDS está de certa forma “enamorado” por novas abordagens biomédicas na prevenção, o Seminário buscou reafirmar a

importância das dimensões sociais e políticas da prevenção – fundamentais em um contexto de prevenção biomédica, visto que o processo biomédico não acontece sozinho, mas em um contexto social e político.

Um dos grandes desafios tem sido afirmar o direito à prevenção em um contexto mais amplo de direitos humanos. Vivemos um momento em que o acesso ao tratamento se impõe como o direito a ser garantido. Contudo, tem sido muito mais difícil de se entender e de se trabalhar a prevenção como um direito. Assim, os artigos de Fernando Seffner, Katia Edmundo, Vera Paiva e Roger Raupp Rios trazem contribuições para essa reflexão.

Os textos de Jorge Beloqui, Paula Adamy e Maria Cristina Pimenta vêm colaborar com a reflexão do que poderíamos chamar de “era da prevenção combinada”. É preciso definir melhor o que de fato é prevenção combinada, conceito não muito bem fundamentado no contexto brasileiro. Ainda há várias questões em aberto, pois a prevenção combinada se articula tanto a novas abordagens biomédicas quanto a abordagens “antigas”, mais ligadas ao comportamento, questões culturais e educacionais, que podem colaborar para sua construção.

Há vários debates em torno da prevenção biomédica (PEP, PrEP, Testar e Tratar), mas não estão claras nem as formas de implementação nem suas consequências, em um contexto em que possam dar certo. Assim, como pessoas que pensam essas abordagens, Karina Wolffenbuttel e Simone Monteiro, em seus artigos, refletem sobre as possibilidades e limites das novas estratégias biomédicas e os desafios para sua implementação.

Ao voltar nosso olhar para as práticas sexuais, que não necessariamente entram nas discussões oficiais sobre a epidemia mas fazem parte da vida das pessoas, os artigos de Wilson Nascimento Almeida Junior, Bruno Silva Kauss e Maria Amélia Veras levantam questões ligadas ao uso de retrovirais (PEP, PrEP), mas também de práticas eventualmente transgressivas na perspectiva das autoridades sanitárias, mas não para as comunidades afetadas – como o *barebacking*, entre outras.

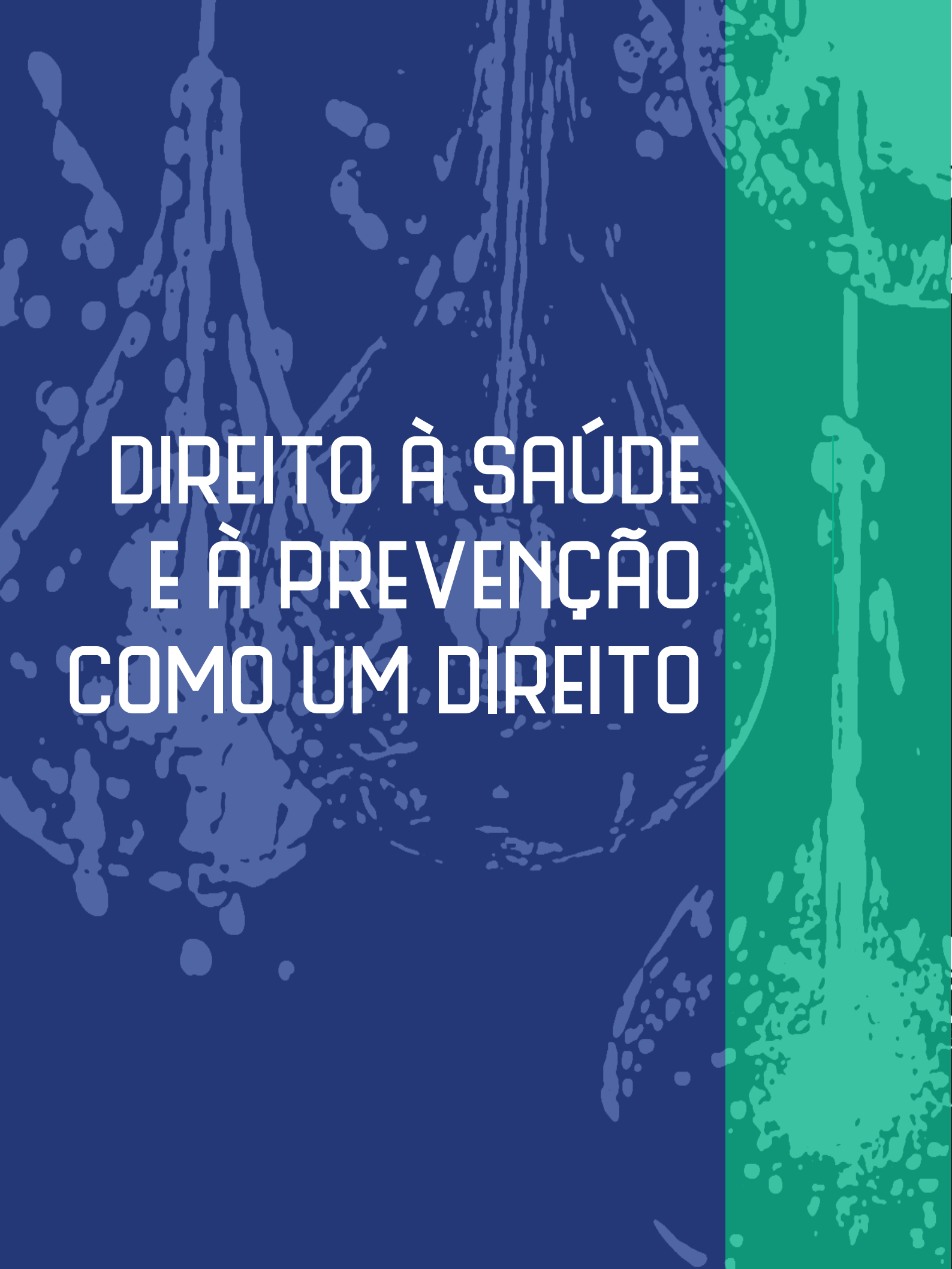
Vivenciamos um conjunto de transformações no mundo contemporâneo em relação às questões de gênero e da sexualidade, mudanças que interrogam os valores hegemônicos em nossa cultura, mas que nem sempre são muito debatidas no contexto da prevenção. Assim, os artigos de Angelo Brandelli, Bruna Benevides e Fernando Pochay se propõem a refletir como mudanças que estão acontecendo na sociedade, na construção de gênero e sexualidade, em sua articulação com outros marcadores sociais, como geração, estão repercutindo no âmbito da saúde sexual e no enfrentamento ao HIV/AIDS.

Se a sociedade está mudando em relação ao gênero e à sexualidade, verificam-se também fortes reações a essas mudanças. Os artigos de Thiago Pinheiro, Gabriela Calazans e Leila Barreto discutem essa “onda” de censura, moralismo e conservadorismo e suas consequências para a prevenção e a saúde sexual. Estamos conscientes do contexto político em que estamos vivendo, mas temos poucas oportunidades para refletir sobre os impactos no nosso trabalho: como essas questões afetam nosso fazer cotidiano, o enfrentamento à AIDS, as ações educativas de saúde sexual, e como continuar fazendo o trabalho que fazemos.

Articulando-se a esse debate, os artigos de Gustavo Zambenedetti, Mónica Franch e Cleiton Euzebio pretendem refletir sobre as epidemias de significação; as epidemias simbólicas, que são consequências do “vírus ideológico”. A discriminação é o que há de mais difícil a enfrentar, especialmente no contexto de conservadorismo que vivemos. Fica mais difícil enfrentar não só a doença, mas seus determinantes, pois as “epidemias ideológicas” são mais difíceis de enfrentar que o vírus.

A ABIA, nos últimos tempos, tem insistido na necessidade de construção de uma *pedagogia da prevenção* – necessidade de empoderamento e enfrentamento da opressão, motor do HIV e das outras questões de saúde que o acompanham. Sem isso, nenhuma inovação biomédica tem chance de avançar. Contudo, não será possível construir essa *pedagogia da prevenção* sem enfrentamento político. É preciso fortalecer a articulação de diversas abordagens disciplinares e olhares e construir juntos essa pedagogia da prevenção; mas, sem enfrentamento político, não há possibilidade de sucesso.

Esperamos que as reflexões reunidas nessa publicação sejam mais um instrumento na construção de nosso fazer cotidiano e dessa *pedagogia da prevenção*. E, ao reunir atores e discursos diversos, possamos nos fortalecer para os enfrentamentos que ainda virão.



DIREITO À SAÚDE E À PREVENÇÃO COMO UM DIREITO

PEDAGOGIAS E POLÍTICAS NO CAMPO DA AIDS:

O DESAFIO DE SUPERAR O DESPERDÍCIO DA EXPERIÊNCIA E REINVENTAR A PREVENÇÃO

| FERNANDO SEFFNER¹ |

¹ Professor da Faculdade de
Educação da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS)



Para pensar as dimensões sociais e políticas da prevenção e levantar questões para responder a pergunta “como e porque compreender a prevenção como um direito?”, é importante resgatar alguns conceitos que nos possibilitem futuras proposições. É importante pensar também que o principal motivo de celebrar 30 anos é fazer com que esta celebração nos sirva para pensar mais 30 anos – pelo menos – para frente. Na perspectiva de dar ênfase à noção de pedagogia, que envolve centralmente os movimentos de ensinar e de aprender acerca da prevenção, nossa proposição vem no sentido de uma pedagogia que convida a ensinar sem constringer, que convida ao convívio com os conhecimentos. Roland Barthes, a partir do conceito de “sabedoria”, reflete sobre a arrogância dos discursos técnicos, o que queremos evitar. Segundo o autor,

[...] há uma idade em que se ensina o que se sabe; mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisar. Vem talvez agora a idade de uma outra experiência, a de desaprender; de deixar trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe à sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos. Essa experiência tem, creio eu, um nome ilustre e fora de moda, que ousarei tomar aqui sem complexo, na própria encruzilhada de sua etimologia: *Sapientia*: nenhum poder, um pouco de saber, um pouco de sabedoria e o máximo de sabor possível.

(BARTHES, sd., pág.47)

Essa proposição de Barthes pode ser útil para pensar a prevenção em seus diferentes momentos: ensina-se o que se sabe, depois o que não se sabe. E podemos pensar o desafio da prevenção alargando a discussão, os termos que se relacionam com a noção de *sabedoria*. A sabedoria está fora de moda. O que é valorizado é o saber técnico e outras formas de saber derivadas da pesquisa ou de treinamentos mecânicos. Há uma ênfase na transmissão da informação. A partir do conceito de sabedoria, podemos refletir sobre a arrogância dos discursos técnicos. A sabedoria é o uso do conhecimento associado à experiência – que se forja em contraposição a uma ideia muito presente na educação hoje, o “talento”, entendido como uma habilidade natural, ligado ao discurso da meritocracia. Os 30 anos de existência da ABIA são aqui pensados como 30 anos de experiências, que produziram sabedoria. É com ela a nos guiar que vamos andar mais 30 anos, ou muitos mais.

Já avançamos outro conceito importante na construção da ideia da prevenção como um direito, que é o de *experiência*. Aqui caminhamos de perto com as ideias de Jorge Larrosa Bondía (2014). Pode-se pensar a educação “do ponto de vista da relação entre a ciência e a técnica ou, às vezes, do ponto de vista da

relação entre teoria e prática”. Nas últimas décadas, o campo pedagógico tem estado separado entre os chamados “técnicos” e os chamados “críticos”, entre os partidários da educação como ciência aplicada/técnica e os partidários da educação como práxis político-ideológica. Esse binarismo pode ser paralisante. De olhos postos na trajetória de experiências da ABIA, e querendo valorizar nela uma dimensão pedagógica para os próximos 30 anos frente aos desafios da prevenção, nos interessa pensar a educação a partir de outro par: experiência/sentido. Pensar as ações na prevenção indagando os sentidos das experiências. Como afirma Jorge Larrosa Bondía (2002), “experiência não é o que aconteceu com você, mas o que você fez com o que te aconteceu.”

Para pensar a prevenção como um direito, é necessária uma postura que indague aos indivíduos sobre o sentido da experiência, das múltiplas experiências. Que sejamos iluminados pelas palavras de Clarice Lispector (1978):

[...] A prova de que estou recuperando a saúde mental, é que estou cada minuto mais permissiva: eu me permito mais liberdade e mais experiências. E aceito o acaso. Anseio pelo que ainda não experimentei [...]. Estou felizmente mais doída [...].

Vivemos tempos de estrangimentos das experiências e das vidas possíveis e encaminhamento para modelos muito estreitos de vida. Alguns pontos tornam-se, assim, muito importantes para que se repense o campo da prevenção: (i) há lacunas entre pesquisadores e ativistas de duas ou três gerações dedicados à prevenção; (ii) há necessidade de fazer dialogar conceitos e práticas, rearticular uma rede ativista/acadêmica que tem raízes profundas no Brasil, mas que anda um pouco desativada por questões conjunturais, reconhecendo que esses dois lugares são *loci* fundamentais de pensamento; (iii) é importante refletir sobre os enfrentamentos passados e as lições que se tira deles – não tomar o novo como algo que soterra o antigo, lembrando algumas lições da história do enfrentamento da epidemia no Brasil, se queremos revigorar o campo para o futuro; (iv) a partir de um lugar de fala que é a educação, é fundamental estarmos atentos à ideia de que os artefatos e processos culturais, queiramos ou não, são produzidos e consumidos enquanto pedagogias culturais, produzem ensinamentos e posições de sujeito. Assim, uma campanha de prevenção é um artefato cultural que se propõe a mudar o que as pessoas pensam.

² Recomendamos o documentário de Beatriz Alonso “Lute como uma menina” disponível para livre acesso em canal dedicado no YouTube.

Proposições para pensar a reinvenção da prevenção

Vivemos tempos em que a escolarização assumiu outros significados, outros sentidos para a escola se desenharam. Não há mais como viver a condição juvenil sem ser em estreita ligação com a escola – questões que nos colocam outra escola, com outros sentidos e significados para o processo de escolarização. A escola pública brasileira que emergiu das diretrizes da Constituição Federal de 1988 e cresceu muito com a ampliação da democracia é cada vez mais um lugar onde se podem contar as histórias dos muitos e diferentes grupos sociais que produzem o ser brasileiro. Há um grupo de jovens que, durante as ocupações das escolas em 2015 e 2016, mostrou que aposta na politização da vida cotidiana via gênero e sexualidade, a partir da construção de relações mais igualitárias. Os movimentos juvenis de ocupação das escolas públicas tinham uma pauta dirigida as autoridades – receber as verbas devidas, ter professores para todas as disciplinas, não ser realocados em escolas distantes, instalação de equipamentos pedagógicos. Mas o que interessa aqui é valorizar o modo como os jovens viveram os dias de ocupação das escolas, ou seja, como se organizaram para comer, dormir, se divertir, conversar, tomar decisões. E nessa construção da vida cotidiana se percebeu a enorme importância das questões de gênero e sexualidade, com um forte protagonismo das meninas², e com debates vigorosos sobre equidade de gênero e respeito pelas diferentes orientações sexuais. É preciso, assim, apostar na escola como local de exercer o direito à prevenção, que implica questões de gênero e sexualidade.

É necessário trabalhar com as culturas juvenis – noções de *online/off-line*, popularidade virtual politização dessa popularidade, redes de contatos, influenciar e ser influenciado –, que podem trabalhar a nosso favor. Podem ser o lugar de experimentar outros modos para pensar a prevenção. Os dados de acesso à web no Brasil mostram que é baixa a produção de informações, e muito forte sua replicação. É preciso apostar em jovens produtores de informação sobre prevenção. Pensar a web como lugar de arriscar-se a novos contatos, superar a segregação social brasileira via web, é uma aposta possível. As camadas populares dependem muito de redes de ajuda mútua para viver e sobreviver à presença limitada de serviços governamentais. A web pode ajudar nisso, pensando a AIDS.

Vivemos um contexto de incertezas, flexibilização, trabalhos temporários, ausência de garantias e de redes de proteção social, sob o discurso da meritocracia e do estilo “*self-made man*”, um senso comum de que cada um é responsável por levar adiante seus sonhos, pelo seu sucesso, pela sua saúde – o que alguns autores

chamam de “sequestro do futuro”. Há um horizonte amplo para pensar os reflexos disso na disposição em realizar a prevenção. A prevenção está ligada a quem deseja ter um futuro e estar bem nesse futuro. Vivemos uma imprevisibilidade do futuro, que se apresenta com alto grau de incerteza. Esse não é um desafio novo. Já vivemos isso usando o conceito de morte civil, quando tiraram o futuro de quem tinha HIV. Temos experiências para enfrentar essa realidade.

Há atualmente uma explosão dos ativismos emergentes em gênero e sexualidade, que envolvem meninos e meninas de todos os tipos e lugares e que se constroem em diálogo e tensão com o feminismo institucionalizado, com os movimentos LGBTI institucionalizados e com as forças conservadoras, obviamente. Contudo, há dificuldade para trabalhar a prevenção nesses espaços. Identificamos uma explosão de lugares onde se fala de gênero e sexualidade; contudo, há dificuldade para “colar” o discurso da prevenção nesses espaços. As gerações mais velhas de ativistas estão acostumadas com ativismos mais “institucionalizados” e menos “fluidos”. Há produções bem interessantes que têm discutido como os ativismos são momentos de adesão, e depois os indivíduos voltam à sua vida. São ativismos por vezes marcados pela curta duração, pela intensa participação um tanto espontânea. Essa é uma questão a ser pensada e um desafio: como inserir a pauta da prevenção nesse horizonte a partir de possíveis conexões?

Ao mesmo tempo que identificamos essa ampliação dos ativismos, há uma grita pela ideia de que a família tem precedência em relação a outras instituições – escola e outras agências – no que tange aos aprendizados morais em relação ao gênero e sexualidade. E isso impacta nas ações. Contudo, a máxima utilizada pelo Escola sem Partido – “meus filhos, minhas regras”, um achincalhe à agenda feminista – vai de encontro ao marco legal que afirma que esses aprendizados não são exclusivos da família. O direito de aprender, o direito de saber, estão na Constituição Federal de 1988, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), no Estatuto da Criança e do Adolescente. Estão em acordos que o Brasil assinou em fóruns internacionais. Mas esses confrontos nos dão indícios de um conflito entre gerações. Há vários casos em diferentes estados do Brasil onde os pais pressionam a escola em um sentido – não abordar gênero e sexualidade – e seus filhos, no entanto, pressionam em outro, querem discutir esse tema.

No que tange às inter-relações entre o pertencimento religioso e a prevenção à AIDS, não há como desconhecer que a adesão a um pertencimento religioso joga com as identidades das pessoas. É preciso insistir na conexão entre religião e culturas de gênero e sexualidade para pensar a prevenção; e, de modo mais geral,

na conexão entre religião e cuidado de si e dos outros. É necessário conhecer os evangélicos de quem tanto se fala – e que são diversos, como os muçulmanos são diversos, mas que muitas vezes são apresentados como homogêneos. É preciso atentar para as pesquisas que indicam afastamento dos fiéis do que pensam as lideranças, e retomar projetos e ações pedagógicas que indaguem do pertencimento religioso, que dialoguem com isso, de modo respeitoso e emancipatório. Temos elementos para isso no projeto “Respostas religiosas à AIDS”, desenvolvido pela ABIA nos últimos anos. É preciso enfrentar o difícil propósito de anunciar para as pessoas que desejamos viver em um país onde tenhamos a maior liberdade possível de expressão religiosa coexistindo com a maior liberdade de expressão da diversidade sexual. Ao que parece, isso é como colocar a palha, o fogo e a gasolina lado a lado. Mas vamos enfrentar esse desafio.

Finalizamos pensando nos 30 anos vividos pela ABIA, e no conturbado cenário político brasileiro que vivemos hoje. A ABIA representa um lugar de fala importante para as pessoas vivendo com HIV/AIDS e para as pessoas que lidam com a prevenção. Mas ela representa também um conjunto de falas que hoje circulam pela sociedade brasileira, e viraram ideias força para muitas ações políticas. Penso aqui em conceitos e proposições como solidariedade, pedagogia da prevenção, vivendo com HIV, a cura da AIDS, aceite a diversidade. São falas que a partir da ABIA circulam em muitos outros espaços, elas proliferaram. Falas enunciadas por pessoas e organizações que lutam pela ampliação do pluralismo democrático e do respeito à vida. A ABIA volta a cumprir hoje um papel que já cumpriu em outros momentos: frente a um cenário muito adverso para políticas públicas de prevenção e respeito à diversidade, ela nos faz acreditar que o impossível pode e será possível.

Referências

BARTHES, R. Aula, p. 47, São Paulo, Editora Cultrix Pensamento, sd.

BONDÍA, J. L. Tremores – Escritos sobre experiência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014;

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002, n° 19, p. 20-28

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>.

LISPECTOR, C. Um sopro de vida. Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1978.

POLÍTICAS DE PREVENÇÃO: A PREVENÇÃO COMO UM DIREITO

| KATIA EDMUNDO³ |

³ Diretora Executiva do CEDAPS; Professora Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UNESA)



“Torna-se fundamental envolver as diferentes gerações, suas práticas e abordagens. Neste sentido, destaca-se a importância do envolvimento da juventude, reconfigurando os saberes sobre a epidemia, seus modos de transmissão, suas tecnologias de prevenção e de cuidado.”

O fortalecimento das dimensões sociopolíticas da prevenção frente às IST/AIDS na conjuntura que enfrentamos no Brasil demanda que as experiências acumuladas pelas pessoas, grupos e instituições, desde os anos 80, sejam reavivadas, reafirmadas. É preciso reconfigurar as alianças necessárias para a resistência. A prevenção é um direito, e a prevenção como direito deve ser o *abre-alas* para as reflexões e debates a serem realizados. *Quantas pessoas não reconhecem a prevenção como direito, não lutam por ela, não a reivindicam, e não a vivenciam no seu dia a dia?* O convite vem no sentido de chamar a todos para uma aliança frente ao reconhecimento da *prevenção como um direito*, estabelecido no âmbito dos direitos humanos, dos direitos de cidadania e da democracia conquistados nas últimas décadas, e pelos quais é preciso lutar para que permaneçam e se consolidem.

No âmbito da prevenção combinada como política brasileira (BRASIL, 2017) há uma série de estratégias que podem ser acionadas e levam-nos a defender que seja priorizado o acesso – aos insumos e tecnologias novas e antigas – mas também observadas a acessibilidade⁴ dos diferentes perfis populacionais. O direito à prevenção deve estar articulado e sintonizado com os processos de escolha de cada um em suas relações diversas e plurais.

A prevenção pode e deve ser inserida nos movimentos sociais que guardam interface com debates sobre gênero e sexualidade, mas também em agendas de diferentes outros movimentos sociais, muitas vezes invisíveis e excluídos do debate sobre a prevenção por conta dos tabus sociais, como os movimentos de pessoas com deficiência (EDMUNDO, MERESMAN, 2016). A prevenção precisa estar ligada à criação de uma cultura de significados e sentidos que possam ser apropriados e recriados pelas pessoas e suas relações. Parte-se da ideia de que é preciso criar uma cultura de solidariedade e prevenção que possibilite reflexões e construções coletivas de práticas seguras.

Ao olharmos para documentos antigos que foram produzidos no campo de prevenção ao HIV (como o documento “Princípios da Prevenção”, do UNAIDS, lançado em 2005⁵), fica claro que muitas de suas proposições são atuais para o

⁴ Acessibilidade numa perspectiva de inclusão em que sejam superadas as barreiras físicas, sociais, emocionais, e de linguagem e comunicação para garantia do acesso.

⁵ http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc-585-prevention-paper_pt.pdf



debate sobre a prevenção como um direito, tais como: (i) é fundamental a participação da comunidade e dos indivíduos para os quais os programas de prevenção são direcionados. Só dessa maneira os impactos poderão ser observados; (ii) todos os esforços/programas de prevenção ao HIV devem ter como base fundamental a promoção, a proteção e o respeito aos direitos humanos, incluindo a igualdade de gênero; (iii) os programas de prevenção ao HIV e as estratégias devem ser diferenciados e adaptados localmente para os contextos relevantes nos quais eles forem implementados, a partir da cultura local, para serem escritos e reescritos, dos pontos de vista epidemiológico, econômico, social e cultural; (iv) os programas de prevenção ao HIV devem ser de âmbito geral, aplicando um amplo espectro de políticas e intervenções programáticas já conhecidas por serem efetivas. As políticas intersetoriais precisam se fazer valer; (v) a prevenção ao HIV é para toda a vida. Torna-se fundamental envolver as diferentes gerações, suas práticas e abordagens. Neste sentido, destaca-se a importância do envolvimento da juventude, reconfigurando os saberes sobre a epidemia, seus modos de transmissão, suas tecnologias de prevenção e de cuidado. Portanto, tanto a disponibilização de intervenções já existentes quanto a pesquisa e o desenvolvimento de novas tecnologias requerem um esforço de longo prazo, sustentável, que vá se recriando a partir das pessoas e das necessidades das pessoas, reconhecendo que os resultados apenas serão identificados em longo prazo e que, portanto, os mesmos precisam ser mantidos; (vi) os programas de prevenção ao HIV devem apresentar uma cobertura, escala e intensidade que sejam satisfatórias o suficiente para que se observe uma diferença. É necessário que alcancem as populações e façam chegar a prevenção capaz de mobilizar uma série de forças, mesmo em contextos conservadores, e mudar as vidas nos territórios.

O que se observa é que tais princípios precisam ser revisitados, com a clareza de que as aprendizagens acumuladas no âmbito dos setores científicos, governa-

“O Brasil tem um dos piores índices de desigualdade do mundo. Nas cidades tais índices se materializam muito claramente nos diferentes contextos de vulnerabilidade, nos quais as populações enfrentam racismo, estigma, violência urbana, pobreza extrema, péssimas condições de moradia, machismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, dificuldade de acesso a serviços públicos, doenças diversas.”

“Mobilizar territórios populares para a prevenção é contribuir para a participação ativa dos sujeitos em contextos mais vulneráveis na construção da resposta ao HIV/AIDS e, assim, promover ações em que o direito humano e a cidadania prevaleçam.”

mentais, acadêmicos e, em especial, comunitários, devam ser considerados para a construção e consolidação das respostas para a prevenção ao HIV/AIDS. O Brasil tem um dos piores índices de desigualdade do mundo. Nas cidades tais índices se materializam muito claramente nos diferentes contextos de vulnerabilidade, nos quais as populações enfrentam racismo, estigma, violência urbana, pobreza extrema, péssimas condições de moradia, machismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, dificuldade de acesso a serviços públicos, doenças diversas. Essa realidade se concentra em algumas regiões – favelas e periferias, a rua de uma forma geral. Esses contextos nos dizem como devem se desenvolver intervenções para a prevenção, considerando sua dimensão social e política, e que façam sentido para as pessoas.

É fundamental que se reflita, na construção de um contexto de prevenção, acerca de como são consideradas as populações estratégicas (profissionais do sexo, gays e HSH, pessoas *trans*, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas) e as populações prioritárias (jovens, indígenas, população negra, pessoas em situação de rua) no âmbito das transversalidades de cada uma destas categorias populacionais reconhecidas a partir dos dados epidemiológicos. Perspectivas sociais e culturais sobre os grupos populacionais também devem ser consideradas na construção de intervenções efetivas. Em função de um conjunto de fatores negativos que concorrem para uma capacidade maior ou menor de proteção, é preciso construir uma abordagem sociopolítica da prevenção, que remeta à noção de vulnerabilidade estrutural como determinante para a maior ou menor exposição ao HIV e a convergência de fatores positivos como caminhos para a prevenção.

As redes comunitárias como, por exemplo, a Rede de Comunidades Saudáveis^{6,7} que se configuram como um conjunto de relações sociais, de vizinhança, de confiança, tem sido capaz de criar respostas de prevenção junto com as pessoas, inclusive nos contextos de maior vulnerabilidade – a que chamamos de “prevenção popular” (VALLA, 1999) – em que a mobilização de segmentos populares para a prevenção está pautada na presença da “camisinha” e da informação na cena

⁶ Iniciativa de articulação de organizações comunitárias de base (OBC) fomentada pelo Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS).

⁷ <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/ANEXO-I-Network-of-communities-Katia-Edmundo-Brazil.pdf>

comunitária e no fortalecimento de uma *rede de apoio social* (EDMUNDO, 2007), entendida como:

Qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos para quem o fornece e para quem o recebe.

(VALLA, 1999)

Mobilizar territórios populares para a prevenção é contribuir para a participação ativa dos sujeitos em contextos mais vulneráveis na construção da resposta ao HIV/AIDS e, assim, promover ações em que o direito humano e a cidadania prevaleçam. A ação é desenvolvida por agentes comunitários de prevenção a partir do apoio social entre vizinhos e familiares, na perspectiva da promoção da saúde. A “prevenção popular” se dá através de relações constituídas pelas camadas populares; qualifica a relação mais dialógica da prevenção – ligada ao cotidiano das pessoas –, capaz de fortalecer as redes de prevenção, e possibilita reforçar a ideia da prevenção como um direito. É importante reafirmar que situações do cotidiano dos territórios – desde as mais simples, como não conseguir uma documentação, até a realidade de jovens assassinados –, todo esse “caldeirão” de violências e ausência de direitos precisa ser mobilizado para criar um ambiente propício de prevenção.

Não é preciso esperar todos esses fatores negativos serem superados no território para se realizar o trabalho de prevenção (EDMUNDO et al, 2007). Ao contrário, as experiências que temos acompanhado nos mostram que a prevenção é capaz de gerar mobilização social. Ela discute sexualidade, amorosidade, estigma, intimidade, e constitui uma possibilidade de fazer diferença neste contexto de conservadorismo e violações a que assistimos. As ações locais implementadas pelos próprios moradores e transformações sociais estruturais devem ser vistas como processos complementares, que podem ser cada vez mais fortalecidos a partir da participação social mais qualificada. Quanto mais as populações são consideradas *alvo* das ações, menos elas se envolvem na prevenção na perspectiva de um direito. É fundamental considerar as populações como **participantes**, como sujeitos do seu próprio processo de prevenção, parceiros na construção dos processos de prevenção, que precisam estar articulados à sua realidade, e fazer sentido, ter significado para as pessoas.

Não podemos perder de vista dois aspectos fundamentais nessa discussão. A perspectiva da **prevenção como um direito** precisa se construir em articulação com o SUS. É preciso garantir o direito constitucional à saúde. Atuar para o



fortalecimento do SUS e lidar com as Unidades Básicas de Saúde como aliadas do processo de prevenção. Outro aspecto importante diz respeito à **ampliação e fortalecimento da resposta** frente ao HIV/AIDS. Ela precisa ter velocidade, reflexão crítica, liderança em diferentes níveis, não só governamental e das associações, mas do cotidiano da vida das pessoas. Ela precisa acionar as redes sociais *online* e presenciais, e precisa trazer à tona o direito à participação e à cidadania, palavra que está fora de moda, mas precisa ser reativada na perspectiva de fortalecimento de uma política de prevenção ao HIV/AIDS.

Para finalizar, palavras do Betinho, ainda tão atuais:

Em relação à AIDS, como em relação a várias outras coisas, o apartheid social se manifesta. Quem é rico se trata e vive com uma qualidade de vida muito melhor (...) Para uma pessoa doente e pobre, estar com AIDS é um drama duplo: o de ser pobre e o de sofrer as consequências de uma epidemia que ainda está em processo de controle e a caminho da cura, e, principalmente, o de saber que seu tempo de vida vai ser tão roubado quanto seu salário, suas esperanças, sua qualidade de vida, sua cidadania.

(SOUZA, 1994)

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Sumário Executivo. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

EDMUNDO, K. Pobreza e HIV/AIDS: a resposta dos movimentos populares no Rio de Janeiro. Tese de doutorado. EICOS/UFRJ. 2007

EDMUNDO, K., MERESMAN, S. Caminhos da inclusão: sexualidade, HIV/AIDS e deficiências. ABIA. Boletim ABIA, 2016, n. 61 <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/node/1355>

EDMUNDO, K. et al. Vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. Rev. Saúde Pública 2007;41(Supl.2):127-34. http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/ANEXO-4-impacto-territorial-e-AIDS-_2007.pdf

SOUZA, Herbert. AIDS e pobreza. Boletim ABIA, Rio de Janeiro, n. 23, p. 2, mar./abr. 1994.

VALLA, V.V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública, 15 (Supl. 2), 7–14.

DIREITO À PREVENÇÃO, À FELICIDADE E AO BEM-VIVER

| VERA PAIVA⁸ |

⁸ Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), co-coordenadora do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS-USP).



A resposta mais organizada à AIDS nunca deixou de pensar a prevenção. Já nos anos 1980, acadêmicos e ativistas, entre os quais me incluo, discutiam e enfrentavam o estigma e a discriminação, produziam oficinas de sexo seguro para vários segmentos e espaços sociais, defendendo a centralidade da participação das pessoas afetadas e seu direito de opinião sobre a resposta à epidemia. Lutávamos pelo direito ao “tratamento digno e, ao mesmo tempo, cuidávamos” (PAIVA *et al*, 1992). No início dos anos 2000, depois de uma década mais focada no acesso ao tratamento, que defendíamos desde os anos 1980, e que tem impacto na prevenção e no controle epidemiológico da AIDS, repensamos a prevenção como direito (PAIVA, 2002). Pensada como emancipação psicossocial da vulnerabilidade, defendíamos a prevenção como inseparável do direito ao tratamento e à saúde integral garantido na Constituição de 1988 (PAIVA *et al*, 2013).

O desafio sempre foi a complexidade da sinergia de ações necessárias nessa direção. Cada momento da resposta à AIDS salientava novas dimensões, sem prescindir de todas as outras. De um lado, ao investir em compreendê-las densamente, produzíamos protocolos para práticas buscando prevenir o agravamento do sofrimento evitável (psicossocial) entre os já afetados pela AIDS – e no final dos 1990 foi saliente para nós do NEPAIDS o que chamamos de “direito de amar” das pessoas convivendo com o HIV (incluindo ter filhos) (PAIVA *et al*, 2002). De outro, pensando a resposta estrutural à AIDS e as práticas em saúde, da prevenção ao bom cuidado, insistíamos no direito de cada um/a de construir seus projetos de “felicidade” (AYRES, 2001) e, por exemplo, no direito de decidir sobre o seu tratamento e direito de viver uma sexualidade livre de violência, nos termos de cada pessoa. A perspectiva dos direitos humanos tem sido o horizonte ético-político compartilhado nesse campo de teorias, técnicas e práticas desde os anos 1980. Ao definir o processo saúde-doença implicado na proteção, violação ou negligência de direitos ampliamos a visão epidemiológica de “controle da epidemia”, ou de uma prevenção que era sinônimo de evitar que “soropositivos infectem soronegativos”.

O direito à prevenção de brasileiras/os dependerá de um conjunto de intervenções (sociais/estruturais, programáticas e no plano das pessoas) que evitem mais adoecimento e mortes, mas também sofrimento psicossocial, que considero o *mal-estar evitável* – uma experiência pessoal e intersubjetiva, qualitativamente observável, cuja “régua” muda sempre porque depende de diferentes cenas interpessoais e contextos sociais, históricos e geracionais. Como contraponto deste mal-estar-evitável, além da noção de projeto de felicidade, valorizo a noção de *Bem-viver*, disseminada pela marcha das mulheres negras que, em 2015, ocupou Brasília



“Enfrentamos um crescimento de setores conservadores e novas alianças que nunca vi em três décadas de trabalho. Se no Congresso Nacional uma aliança conservadora tenta atacar a laicidade e o debate sobre gênero e sexualidade, nas câmaras municipais, como nas favelas e comunidades periféricas onde trabalhamos, novas alianças ameaçam fisicamente quem o promove.

contra a discriminação e por justiça, equidade, solidariedade e bem-estar “que são valores inegociáveis, diante da pluralidade de vozes que coabitam o planeta e reivindicam o **Bem Viver**”⁹. Cinquenta mil mulheres marcharam “pelo direito à vida, pelo direito à humanidade, pelo direito a ter direitos e pelo reconhecimento, e valorização das diferenças”.

Reconhecendo diferenças, o direito à prevenção não será um genérico. A experiência da prevenção, como a do adoecimento, não é igual para negras e brancas, homens e mulheres, em diferentes idades ou extratos sociais, para diferentes identidades de gênero, orientações sexuais ou religiosidades, e é marcada pelo território. Além disso, a tarefa ficará incompleta, se não atuarmos na transformação da estrutura social e na estrutura cultural valorativa subjacente, articulando políticas de igualdade e distribuição com as de reconhecimento (FRASER, 2007).

Desde que retomamos a centralidade do debate sobre prevenção na ABIA em 2002 (ABIA, 2002), aprendemos mais sobre como interpelar a hierarquização das diferenças que produz a desigualdade para mitigar a maior vulnerabilidade à AIDS. Aprimoramos mais um pouco o modo de não-sermos os “pregadores” ou “receitadores” de sexo mais seguro e camisinhas como genéricos, agora combinando PEP/PrEP, além de redução de danos: a prevenção é para **cada** cena e cenário, produzida com **cada** pessoa e para **sua vida** cotidiana – será distinta a cada cena, mesmo em contextos compartilhados por um mesmo segmento e grupo.

Avançávamos, mas, de modo inesperado para minha geração, na 4ª década da AIDS acumulamos retrocessos na proteção e promoção dos direitos sociais e à saúde, e para piorar, na garantia dos direitos civis e políticos dos que tem resistido a esse retrocesso. Enfrentamos um crescimento de setores conservadores e novas alianças que nunca vi em três décadas de trabalho. Se no Congresso Nacional uma aliança conservadora tenta atacar a laicidade e o debate sobre gênero e sexualidade, nas câmaras municipais, como nas favelas e comunidades periféricas onde

⁹ ARTICULAÇÃO DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS. “Marcha das Mulheres Negras-Novembro de 2015. Coordenação Jurema Werneck, Nilza Iraci, Simone Cruz. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2016/09/E-book-Marcha-das-Mulheres-Negras-comprimido-20.09.16.pdf>

trabalhamos, novas alianças ameaçam fisicamente quem o promove. E mata, como se viu no caso de Marielle Franco. Esses setores, derrotados nos anos 1980 e no Congresso-constituinte que produziu o direito universal à saúde e nossa laicidade, agora atuam pela precarização definitiva do Sistema Único de Saúde e da educação tiram tudo que se refere a gênero, sexualidade e prevenção. Com o movimento Escola sem Partido, como discute Fernando Seffner, aprofundam a perseguição e “criminalização” de qualquer menção a direitos humanos, a valorização da liberdade de opinião e da autonomia dos mais jovens.

O desafio central para garantir o direito à prevenção nessa 4ª década da epidemia é, portanto, pensar como superar esse obstáculo estrutural/estruturante, resultado de uma *justiça de transição*¹⁰ que nenhum governo do período democrático conseguiu completar. A in-justiça que não puniu torturadores deixou como legado a banalização da violência de estado. Esse legado da ditadura militar é sustentado simbolicamente por uma “noção jaboticaba” (que só existe no Brasil), forjada pelos ex-beneficiários da ditadura militar (e das prisões políticas e arbitrárias de opositores, da morte e da tortura): “direito humanos é direito para bandido”.

É preciso inverter essa lógica! Direitos humanos não existem para “defender bandidos”, existem para impedir que o Estado se torne o bandido, como pensaram os que conseguiram o acordo global para afirmar a Declaração dos Direitos Humanos em 1948. Depois do nazismo, do fascismo e das bombas de Hiroxima-Nagasaki, era clara a urgência de estabelecer referências para o diálogo mundial que evitassem que diferenças e divergências se realizem no ódio que tem poder de destruir a humanidade/mulheridade, literalmente.

Como já se mostrou e discutiu muitas vezes, as bases do sucesso da resposta brasileira à AIDS tem sido uma perspectiva filiada aos direitos humanos, implementada com base no direito universal à saúde integral de qualidade e por meio de ações baseadas no debate científico e no direito à informação completa. Portanto, com direito a práticas de prevenção e cuidado no âmbito do estado laico e da liberdade religiosa – todos ameaçados nesse momento. Na atual gestão nacional da AIDS conseguiu-se ter espaço para discutirmos consensos de prevenção sem abandonar o debate sobre sexualidade. Contudo, nesse contexto de violação e negligência de direitos humanos, como seguir protegendo, por exemplo, os mais jovens? Uma geração hipersexualizada (pela mídia, pelas redes sociais) e, ao mesmo tempo, socializada nesse momento em que atolamos na hipocrisia moral e no cinismo? Se o direito à prevenção saiu da agenda prioritária do movimento social, agora mais do que nunca precisa estar.

¹⁰ Para quem não conhece o tema: <http://memorias-daditadura.org.br/justica-de-transicao/index.html>



A pesquisa acadêmica e do cotidiano da prevenção nos ensina que pastores e políticos (religiosos também), não são como suas “ovelhas”. Temos tido espaço em escolas, quando colocamos os direitos humanos como figura (e não fundo) e explicitamos essa referência para o trabalho. Ao conversarmos com pessoas num **modo psicossocial** e não sociopsicológico, se deixamos de conversar com um “tipo-epidemiológico, sociológico ou psicológico”, evitamos reproduzir processos de estigmatização baseados nas diferenças (no sexo, na cor da pele, na classe social e também na religiosidade). Processos de estigmatização retiram as pessoas da posição de sujeitos de sua vida cotidiana e de direitos, inclusive à prevenção.

Temos experimentado uma abordagem “multicultural dos direitos humanos” (MDH) que tem sido muito produtiva. Quando o debate se acirra contra programas de prevenção e educação sexual na escola, por exemplo, insistir em seus princípios tem feito as conversas avançarem. O resultado mais comum quando o diálogo se estabelece com base no princípio de que “somos reciprocamente sujeitos de direitos” é permitir a realização do programa de prevenção, mesmo que optativo para quem quiser. Mais ou menos assim: uma mãe [ou professora] diz para outra – “se eu impuser minha religião, ficarás feliz? ”; “Se proibir seus filhos de participar posso também fazer o mesmo em outras atividades? ”

“Seus direitos são meus direitos, ou serão apenas seus privilégios!” Entramos na conversa como técnicos de prevenção propondo esse, entre outros princípios para o diálogo. Fazem sucesso em qualquer comunidade, inclusive nas regiões mais distantes do centro, no campo e na cidade. Como diria Boaventura Souza Santos: “precisamos defender a igualdade sempre que a diferença gerar inferioridade, e defender a diferença sempre que a igualdade implicar em descaracterização” (PAIVA *et al*, 2018).

“Mesmo pais e professores mais resistentes aprendem que seus filhos fazem sexo e a comunidade escolar sustentará o programa na maioria das experiências, mesmo quando autoridades locais (e na escola a diretora é fundamental) o boicotarem.”

Processos de consentimento comunitário com “participação” e “sem discriminação”, permitem coletar dados “específicos daquele território” (três outros princípios da MDH) e mudamos mais uma vez a qualidade do diálogo e dos programas de prevenção oferecidos. Mostramos que adolescentes evangélicos começam a vida sexual tal como os católicos, os de outras religiões ou os sem-religião e com a mesma idade (entre 14-15 anos, em média). Só que sem a informação adequada para usar preservativo e contracepção. Temos conseguido incluir o teste HIV na agenda da conversa com os jovens – pensando especialmente nos jovens homossexuais, *trans* e nas meninas que não usam camisinha ou estão abusando da contracepção de emergência. Mesmo pais e professores mais resistentes aprendem que seus filhos fazem sexo e a comunidade escolar sustentará o programa na maioria das experiências, mesmo quando autoridades locais (e na escola a diretora é fundamental) o boicotarem.

Portanto, o maior desafio nesse momento para a promoção e expansão do direito à prevenção é pensar como criar a oportunidade para debater **o que são direitos humanos** e defender um futuro e pacto social nacional que construa a “autonomia” e “dignidade” e sustente a “liberdade” de todas/os, seus princípios fundamentais. As pessoas mais vulneráveis à AIDS dependem que se aprofunde o debate sobre como a diferença não estruturará desigualdades e que se articule o direito à vida com saúde à prevenção de sofrimento cotidiano evitável, inclusive dessa dimensão que chamamos de sofrimento psicossocial.

Referências

ABIA. *Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*, 2002.

AYRES, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72, 2001.

FRASER, N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova*, São Paulo, 70: 101-138, 2007.

PAIVA, V. e cols. *Em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus Editorial, 1992.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: A prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v.6, p.25 - 38, 2002.

PAIVA, V., SEGURADO, A.A. C., FILIPE, E. M.V., SANTOS, N., LIMA, T. N. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Revista Psicologia USP*. v.13, p.105 - 134, 2002.

PAIVA, V., CALAZANS, G. SEGURADO, AAC. Introdução: entre indivíduos e comunidades. Paiva et al. *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde*. Livro III. Curitiba: Juruá Editora, 2013, 2a edição.

PAIVA V, BERMÚDEZ PX, MERCHAN-HAMANN E, TAGLIAMENTO G, CASCO R, SILVA V, ANTUNES MC, SANCHEZ M, SANTOLIN F, BRITO I. Cenas escolares e sexualidade: saúde e prevenção nas escolas na perspectiva dos direitos humanos. UNESCO/Dpto IST/AIDS e Hepatites Virais/OPAS, 2018 (in print).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E PREVENÇÃO COMO DIREITO

| ROGER RAUPP RIOS¹¹ |

¹¹ Doutor em Direito (UFRGS), Desembargador Federal (TRF4).



Direito à prevenção e prevenção como direito

A partir dos discursos jurídicos sobre direito à saúde e a articulação de alguns conceitos, pretende-se apontar algumas repercussões jurídicas acerca da prevenção como direito. O foco da reflexão será o da prevenção como um direito, o que se diferencia da proposição do direito à prevenção como um dos conteúdos do direito à saúde. A ordem da expressão instiga a pensar a prevenção em um contexto maior – prevenção como direito no paradigma dos direitos humanos – e depois contextualizar as práticas jurídicas a partir de uma perspectiva mais abrangente, o que se mostra ainda mais necessário nesse momento histórico onde o Estado Social encontra-se em crise.

Tomando por base o acúmulo da ABIA acerca do tema prevenção¹², é possível identificar o ponto de partida desta trajetória na pedagogia do tratamento. Em seguida, desenvolveu-se uma problematização dessa pedagogia – sem perder de vista suas vitórias e avanços – e, a partir daí, constituiu-se uma pedagogia da prevenção, articulada a uma pedagogia do empoderamento. Certas estratégias e conceitos, mesmo o conceito de prevenção ou ainda de letramento em saúde, passam a ser compreendidos de forma crítica, vindo a tomar outro significado nessa trajetória. Retomando esta trajetória, propõe-se a recuperação de conceitos jurídicos fundamentais, ancorados no direito à saúde, para pensar o lugar e as consequências dos discursos sobre a prevenção.

O direito à saúde como direito fundamental: titularidade e amplitude

O ponto de partida nesse esforço de contextualização jurídica da prevenção como direito é o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Conforme a redação vigente, dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Não há dúvida quanto à afirmação de uma diretriz político-institucional neste dispositivo constitucional. Além disso, o texto do artigo 196, conforme a metodologia jurídica, abre possibilidades para diversas concretizações possíveis em face das mais variadas situações fáticas envolvendo demandas de saúde; vale dizer, na

¹² Pedagogia da Prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI, Observatório Global/ Observatório Nacional de Políticas de AIDS, Perspectiva Política, novembro, 2015.

“...quando se fala de “integralidade” na saúde, é muito importante que se inclua a ideia de prevenção. Mais ainda: do ponto de vista jurídico, a titularidade do direito a saúde é mais que individual, é também coletiva, o que tem consequências para além do tratamento, como se dá na pedagogia da prevenção.”

formulação da teoria jurídica, o artigo 196 prevê uma norma jurídica tipo princípio, caracterizada por ser um mandamento normativo que ordena que, dentro dos quadros fáticos e jurídicos, a maior eficácia jurídica e efetividade prática possíveis. Desse modo, a par de consagrar uma diretriz político-institucional para o Estado, a norma do artigo 196 repercute na afirmação de outros direitos, na maior medida do possível de direitos.

Assim, por exemplo, quando se enuncia a saúde como “*direito de todos*”, está-se a afirmar que o legislador, o administrador, o juiz e a sociedade têm o dever de extrair o máximo possível de iniciativas, ações, prestações e políticas institucionais. Enquanto mandamento de otimização, não há dúvidas de que inclui a prevenção. Nessa linha, ao proclamar o *direito de todos*, deve-se contemplar todos os grupos, suas identidades e interseccionalidades, em todos os territórios possíveis e alcançáveis. Logo, quando se fala de “integralidade” na saúde, é muito importante que se inclua a ideia de prevenção. Mais ainda: do ponto de vista jurídico, a titularidade do direito a saúde é mais que individual, é também coletiva, o que tem consequências para além do tratamento, como se dá na pedagogia da prevenção.

Discursos reducionistas e perniciosos ao direito à saúde

No campo jurídico tradicional, diante da invocação do “direito à saúde”, predomina, quando não se apresenta de forma exclusiva, uma tendência reducionista e perniciosa. Salienta-se a medicalização e enfatiza-se a chamada “judicialização da saúde” (compreendida como judicialização da medicação), e, o que é ainda mais grave e pernicioso, associa-se esta reivindicação a hipóteses de manipulação e desvirtuamento das políticas sociais de saúde.



Daí que, com frequência, a abordagem desenvolvida limita-se, de modo reducionista, a expor os contextos, reivindicações e demandas de saúde como se fossem basicamente situações em que poucos indivíduos abocanham de forma egoísta recursos escassos e, pior ainda, onde agentes mal intencionados se valem de disfunções administrativas e jurídicas para lucrarem com a manipulação de reivindicações e a desorganização do sistema de saúde, esquecendo-se de todo o quadro muito abrangente onde questões sociais, administrativas, jurídicas e políticas surgem, tem de ser compreendidas e equacionadas. Tudo com o efeito pernicioso de deslegitimar toda construção histórica da saúde como um direito subjetivo público universal, ao mesmo tempo individual e coletivo.

Esta reflexão, ao abordar a redução de riscos e as ações de promoção da saúde e de proteção diante de riscos e enfermidades, vislumbrando a prevenção, tomada de modo mais amplo, para além do cenário biomédico, na medida em que incorpora promoção e proteção. A concepção de promoção aqui sustentada abrange a prevenção nessa dimensão mais ampla, para além da dimensão biomédica, como também a inseparável comunicação e articulação entre a perspectiva individual e a perspectiva coletiva.

Com efeito, afirmar que as dimensões individual e coletiva do direito à saúde são inseparáveis e interdependentes para a prevenção, implica o entendimento de que somente ações integradas em nível individual e nível coletivo serão normativamente bem orientadas e adequadas e eficazes. Nenhum indivíduo pode pleitear a disponibilidade de recursos para investimento em saúde. Isso é tipicamente um direito metaindividual, um direito coletivo, nesse sentido. Investimentos em pesquisa, questões de patentes, disseminação de experiências estratégicas, participação social, considerações das especificidades, entre outras, são prestações no campo da saúde que estão articuladas ao direito coletivo, com evidentes e imprescindíveis efeitos individuais.

Prevenção e direitos humanos

Nesse contexto, uma abordagem de direitos humanos na prevenção pode ser relacionada a alguns direitos humanos, dentre os quais enumero alguns.

Em primeiro lugar, a possibilidade e a disponibilidade de recursos de toda ordem, tais como experiências, informações, tecnologias e insumos, na área da prevenção, tem relação direta com *privacidade* e *autonomia*, pois amplia o leque de possibilidade de escolhas e de trajetórias de vida dos indivíduos e dos grupos. Nes-

sa medida, a promoção da privacidade e da autonomia relacionam-se diretamente à proteção da dignidade humana e à igualdade, no sentido de que os indivíduos e grupos não sejam tratados de forma discriminatória, como objetos da prevenção, o que se dá por posturas hierarquizantes ações tecnocráticas.

Outro direito que tem relação direta com a prevenção é o *direito à educação*, que tem como finalidades o desenvolvimento das pessoas, a participação cidadã e a inserção no mercado de trabalho. As tecnologias e insumos de prevenção, do ponto de vista da “pedagogia do empoderamento”, articulam-se então ao direito à educação – que, junto aos direitos à privacidade, autonomia e dignidade, também dá base jurídica à prevenção como direito, nessa perspectiva crítica, ligada à autonomia e às pedagogias da prevenção.

Todo o valor que as políticas e pedagogias do tratamento têm se relaciona diretamente com os direitos sociais e prestações fáticas – relaciona-se com medicação, orientação, assistência farmacológica, entre outros. Direito a educação, direito à autonomia, à dignidade, direito a uma ordem econômica justa, direitos culturais, são todos direitos metaindividuais que estão aí colocados e estão completamente relacionados no contexto dos direitos coletivos, de evidente e inegável pertinência em matéria de prevenção como direito.

Quando então se olha para uma abordagem jurídica do direito à saúde e da prevenção como um direito, pode se identificar diversos elementos, a partir dos pontos elencados.

Contexto, Reflexos e Enfrentamentos

O contexto em que vivemos, de neoliberalismo desenfreado e fascismo social, tem relação direta com modelos de prevenção de cunho individualista e objetificante. Essa lógica está na base de projetos de lei de criminalização da transmissão,

Em relação aos reflexos no direito, pode-se falar da objetificação da pessoa, como um receptáculo de uma política de prevenção tecnocrática. Quanto mais o direito à saúde vira o direito ao tratamento, mais o indivíduo vira uma pessoa abstrata, sem idade, raça, sexo, território.

de discussões de proibição do sangue gay para doação, com o pânico moral diante do que alegam ser “ideologia de gênero”. Todos esses aspectos conjunturais estão relacionados. E se sabe o quanto esse modelo culpabilizante e individualista impacta para uma prevenção eficaz, impõe uma piora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, especialmente nas populações mais vulneráveis.

Em relação aos reflexos no direito, pode-se falar da objetificação da pessoa, como um receptáculo de uma política de prevenção tecnocrática. Quanto mais o direito à saúde vira o direito ao tratamento, mais o indivíduo vira uma pessoa abstrata, sem idade, raça, sexo, território. Essa é uma dimensão muito importante na lógica jurídica, a tensão entre sujeito abstrato vs. sujeito concreto e suas especificidades. Há quem invoque as diferenças de forma progressista, e há quem as invoque de forma conservadora. Há quem evoque a abstração e generalização para romper barreiras e preconceitos e há quem as evoque para invisibilizar mecanismos de subordinação. Sem maniqueísmos, é necessário analisar de forma contextual, o que não impede colocar a questão sobre como, em geral, essa abordagem biomédica, autoritária, está mais ligada a uma tendência de abstração do sujeito. Assim, verifica-se o modo reducionista e pernicioso como o direito à saúde como um direito individual ao tratamento, e especialmente à assistência farmacológica, tem sido invocado para fragilizar a saúde pública. Claro que isso se reflete no enfraquecimento dos direitos coletivos, na educação e cultura e em uma pedagogia da prevenção.

No que diz respeito aos enfrentamentos, como esse debate se reflete dentro das instituições jurídicas? Houve, no judiciário, no plano jurídico, um avanço na reflexão acerca desses conteúdos, até alguns anos atrás. Contudo, começaram a surgir juristas de matriz conservadora propondo uma interpretação puramente tecnocrática da saúde, com as restrições que o legislador quiser impor, abordagem essa que disputa espaço no campo, que era mais alinhado a uma perspectiva do direito à saúde mais amplo, mais democrático e integral. Assistimos ao crescimento do número de juristas (pesquisadores, professores, juízes), que ganham espaços institucionais – com a criação de comissões dentro dos ministérios públicos, dentro dos vários ramos judiciários – fazendo avançar uma agenda do mercado, uma concepção tecnocrática do direito a saúde, comprometida com uma agenda neoliberal e com a saúde privada.

Assim, o diálogo intersetorial é fundamental. A prevenção pode ser a chave para fazer avançar esses enfrentamentos, pois enfatiza aspectos que por si só chamam atenção ao contexto, baseados na crítica a um modelo biomédico, individualista e neoliberal e críticos diante de visões reducionistas e perniciosas do direito à saúde.





NA ERA DA PREVENÇÃO COMBINADA

O TRATAMENTO PARA A PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO SEXUAL E DIVERSOS LUGARES DAS PUHA ATRAVÉS DA HISTÓRIA

| JORGE BELOQUI¹³ |



¹³ Professor da Universidade de São Paulo (USP), membro do Grupo de Incentivo à Vida (GIV).

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e à sua família, saúde (**PREVENÇÃO ou TRATAMENTO**) e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (Artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos.)

A partir desse artigo da Declaração, é importante ressaltar alguns pontos: o direito à saúde inclui prevenção e/ou tratamento; saúde e bem-estar estão interligados, mas são dimensões diferentes; e ter saúde não é o mesmo que ter acesso a médico e remédio.

Segundo a Declaração das Pessoas Vivendo com HIV (1990), “todas as pessoas têm direito à informação clara e exata sobre a AIDS. Os portadores do vírus têm direitos a informações específicas sobre sua condição”. Contudo, nem sempre tem sido fácil acessar tais informações. No início da epidemia e até pelo menos 1998, as agências internacionais argumentavam que os países em desenvolvimento só podiam fazer prevenção para o HIV, porque o tratamento era muito caro. Em 1998, houve a publicação do livro “*Confronting AIDS*” (AINSWORTH et al)¹⁴, de dois funcionários do Banco Mundial, que iam nesta linha. Sustentavam que iniciar o acesso ao tratamento poderia tornar mais difícil voltar atrás no futuro. Na época, o lema era prevenção sim, tratamento não.

A grande contribuição do Brasil para o mundo em relação à AIDS foi o fornecimento da terapia tríplice para as PVHA por parte de um país em desenvolvimento. Em 2003, a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o UNAIDS (Programa de AIDS da ONU) lançaram a campanha “3 em 5” (*Three by Five*), ou três milhões de PVHA em tratamento até 2005. Nessa perspectiva, a saúde das PVHA era a finalidade. A seguir, apresentarei uma certa cronologia da discussão sobre o tratamento como prevenção – a estratégia “Testar e Tratar”.

I. Declaração Suíça (2008)

Em 2008, a Comissão Suíça de AIDS (Vernazza et al, 2008)¹⁵ lançou declaração que afirmava que uma pessoa com HIV, sem nenhuma outra IST (infecção sexualmente transmissível) e seguindo um tratamento antirretroviral (TAR) com carga viral totalmente suprimida, não transmitiria o HIV pela via sexual. Essa afirmação

¹⁴ Ainsworth, Martha*Over, A. Mead. *Confronting AIDS*; Series Name:A World Bank policy research report. ISBN 0-19-521117-0.

¹⁵ Vernazza P et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses* 89 (5), 2008.



“O estudo devia encerrar em 2015, mas sua etapa duplo cego foi interrompida após uma revisão do Comitê de Dados e Segurança (DSMB), que revelou a ocorrência de 39 infecções; 28 poderiam ser geneticamente ligadas ao parceiro HIV-positivo e, desta, 27 ocorreram em casais em que o parceiro soropositivo não tinha começado a terapia antirretroviral imediatamente.”

seria válida sob as seguintes condições: a pessoa com HIV aderisse o tratamento antirretroviral “ao pé da letra” e fosse acompanhada por um médico; a carga viral se situasse abaixo do nível de detecção há pelo menos seis meses; a pessoa com HIV não tivesse nenhuma úlcera genital por IST. Essa declaração gerou grande discussão na época.

2. HPTN 052 (2011)

Este importante estudo (MYRON et al, 2011 e 2016)^{16/17}, iniciado em 2005 em Botsuana, Brasil, EUA, Índia, Quênia, Maláui, África do Sul e Zimbábue examinou se o início precoce do tratamento com ARVs reduzia o risco de transmissão heterossexual do HIV. O estudo comparou os índices de transmissão do HIV entre casais sorodiscordantes (um parceiro infectado pelo HIV e o outro não), baseado em dois cenários: o parceiro infectado pelo HIV iniciava o tratamento com ARV imediatamente ou só começava a tomar ARVs somente quando a quantidade de células T CD4+ em seu corpo caísse para um número entre 200 e 350, ou apresentasse sintomas. O plano era recrutar 1.750 casais, e o parceiro HIV-positivo do casal deveria ter contagem de células CD4 superior a 350 células/mm³. A contagem média de CD4 no momento da entrada no estudo foi de 436 células/mm³ – nível superior ao limite que as orientações em vigor da Organização Mundial da Saúde na época recomendavam para o início do tratamento.

O estudo devia encerrar em 2015, mas sua etapa duplo cego foi interrompida após uma revisão do Comitê de Dados e Segurança (DSMB), que revelou a ocorrência de 39 infecções; 28 poderiam ser geneticamente ligadas ao parceiro HIV-positivo e, desta, 27 ocorreram em casais em que o parceiro soropositivo não tinha começado a terapia antirretroviral imediatamente. Isso se traduziu em uma redução de 96% no risco de transmissão, um resultado altamente significativo. O

¹⁶ Myron S. Cohen et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. August 11, 2011 N Engl J Med 2011; 365:493-505. DOI: 10.1056/NEJMoa1105243.

¹⁷ Myron S. Cohen et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. September 1, 2016 N Engl J Med 2016; 375:830-839.

estudo mostrou: (i) a alta eficácia do tratamento como prevenção; (ii) a importância de subir o início do tratamento para 550 CD4 para evitar o aparecimento de sintomas, embora isso tenha sido questionado metodologicamente; (iii) o paciente que transmitiu o HIV tinha começado o tratamento havia um pouco mais de um mês e, portanto, esse caso não contradizia a Declaração Suíça.

3- Estudo PARTNER

Esse estudo (RODGER *et al*, 2016)¹⁸ analisou, entre setembro de 2010 e maio de 2014, casais sorodiscordantes em 75 clínicas de 14 países europeus. Os critérios de inclusão determinavam que o parceiro positivo deveria ter carga viral indetectável (menor de 200 cópias/ml) em tratamento antirretroviral e que o casal não tivesse o hábito de sempre usar preservativos durante o sexo. Os casais só foram incluídos na análise final quando a carga viral mais recente dos parceiros soropositivos fosse indetectável. Participaram, para a análise do estudo, 548 casais heterossexuais, sendo 279 com a mulher soropositiva, e 340 casais homossexuais masculinos. Não houve infecções em nenhum casal. Vale ressaltar que nenhuma infecção ocorreu mesmo havendo níveis bastante elevados de ISTs, sobretudo entre casais homossexuais. Os casais gays relataram mais de 22.000 transas sem preservativos e os heterossexuais, mais de 36.000. No final desse período, 11 pessoas se tornaram soropositivas (dez homossexuais e um heterossexual), mas nenhuma dessas infecções estava ligada ao parceiro soropositivo no casal (o tipo de vírus era geneticamente diferente). Os resultados desse estudo foram divulgados em 2016. Uma extensão do estudo continua até 2019 para casais gays.

As diretrizes de TAR de 2015 dos Estados Unidos, afirmam que “esses resultados mostram que a TAR precoce é mais eficaz na prevenção da transmissão do HIV do que todas as outras intervenções estudadas de prevenção comportamental e biomédica”.

4- Estudo *Opposites Attract*

Durante a IX Conferência Internacional da Sociedade de AIDS sobre Ciência do HIV (IAS 2017), em Paris, foi relatado um estudo (BAVINTON *et al*, 2017)¹⁹ que incluiu 343 casais homossexuais sorodiscordantes. O estudo não encontrou um único caso de transmissão do HIV em 16.889 atos de sexo anal sem preservativos. Ele examinou se o HIV é transmitido entre casais gays de diferentes sorologias

¹⁸ Rodger AJ et al for the PARTNER study group. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA, 2016;316(2):1-11. DOI: 10.1001/jama.2016.5148. (12 July 2016).

¹⁹ Bavinton B et al. (presenter Grulich A) HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 9th International AIDS Society Conference on HIV Science, Paris, abstract no TUAC0506LB, July 2017.

para o HIV quando o parceiro HIV positivo está em tratamento que suprime completamente o HIV. Os parceiros HIV positivos participantes do *Opposites Attract* tinham uma chamada “carga viral indetectável” 98% do tempo. O estudo recrutou e acompanhou casais homossexuais em clínicas na Austrália, em Bangcoc e no Rio de Janeiro.

A evidência determinada pelo *Opposites Attract* soma-se à evidência do estudo PARTNER de que as pessoas HIV-positivas em tratamento efetivo contra o HIV – que suprime completamente seu vírus – não podem transmitir sua infecção através do sexo. Em conjunto, **os dois estudos não encontraram um único caso de transmissão do HIV em quase 40.000 atos de sexo anal sem uso de preservativos** entre homossexuais. Os dois estudos também encontraram que, se o parceiro positivo estiver em tratamento bem-sucedido, a ocorrência de outra infecção sexualmente transmissível (IST) não aumentaria o risco de transmissão do HIV. No ensaio *Opposites Attract*, os participantes tiveram uma IST durante 6% dos atos sexuais anais; no estudo PARTNER, 17,5% dos participantes tiveram uma IST em algum ponto do estudo. Os estudos mostraram também que a posição sexual não faz diferença. Ressalte-se que, se a carga viral não estiver suprimida, a transmissão é 10-20 vezes mais provável se o parceiro HIV-positivo for o “ativo”. No *Opposites Attract*, o parceiro HIV-positivo foi “passivo” um terço do tempo.

Conclusões em relação à estratégia do tratamento como prevenção: (i) o uso do tratamento para fins de prevenção traz benefícios para a saúde pública; (ii) uma vantagem é que a medida é tomada em um momento distante do relacionamento sexual; (iii) também pode ser tomada em um momento de sobriedade alcoólica ou de outras drogas; (iv) a responsabilidade fica mais por conta da adesão da pessoa com HIV; (v) os dois parceiros ficam com a responsabilidade de não pegar outra IST.

Os resultados do estudo HPTN-052 deram o combustível para a adoção da estratégia “Testar e Tratar”, que propõe a tratar as PVHA assim que sejam diagnosticadas com o HIV, independente de sintomas ou contagens de CD4, tendo como finalidade primeira a redução da transmissão do HIV. O Protocolo Clínico

“...as metas “90-90-90” prescindem de metas equivalentes para a prevenção entre pessoas sem HIV, diminuição de estigma e discriminação e taxas de mortalidade.”

“...a partir de 2015, há bases científicas definitivas para oferecer TAR a todas as pessoas com HIV, por benefício clínico e por benefícios para a prevenção da transmissão – independentemente de metas “90-90-90”.”

brasileiro de 2013 incorporou essa perspectiva e os médicos deveriam estimular o seu uso para quaisquer pacientes, visando a redução da transmissão do HIV – com a indicação, contudo, de que deveriam continuar usando preservativos. No caso de pacientes com CD4 superior a 500, o protocolo afirma que “não há benefícios clínicos conclusivamente comprovados”. Uma reflexão que se impõe seria o “estímulo” dos médicos ao uso dos medicamentos. A autonomia dos sujeitos estaria aí ameaçada?

Em julho de 2014, foram lançadas as metas “90-90-90” do UNAIDS²⁰ que propõem 90% das pessoas com HIV diagnosticadas; 90% destas com acesso a TAR; e 90% destas com carga viral indetectável até 2020. Ou seja, 72,9% das pessoas com HIV com carga viral indetectável até 2020. Por esse raciocínio, uma tal proporção reduziria notavelmente a transmissão do HIV e resultaria numa diminuição drástica das novas infecções, com previsão de controle da epidemia até 2030. Diferente de outras metas de tratamento anteriormente colocadas (3 milhões de PVHA tratadas até 2005, 15 milhões em 2015), que visavam a saúde das PVHA, as metas “90-90-90” visam o controle da epidemia e as PVHA **seriam o meio para conquistar esse fim**, desafiando a ética de Kant. A ênfase não está na saúde das PVHA, o que é uma afronta à dignidade humana. Além disso, as metas “90-90-90” prescindem de metas equivalentes para a prevenção entre pessoas sem HIV, diminuição de estigma e discriminação e taxas de mortalidade.

O Benefício Clínico do Tratamento Precoce

Então, como ficou o benefício clínico do início da TAR para as PVHA com mais de 500 CD4 e assintomáticas? Antes do resultado do estudo START (LUNDGREN *et al*, 2015)²¹, havia estudos com resultados contraditórios sobre a conveniência de iniciar TAR com contagens superiores a 500 CD4 em assintomáticos. O estudo START mostrou que as pessoas que iniciam a terapia antirretroviral quando a sua

²⁰ <http://www.unaids.org/en/resources/909090>

²¹ Lundgren JD *et al*. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *New England Journal of Medicine*. July 20, 2015.

contagem de células CD4 ainda é elevada (superior a 500 céls/mm³) em vez de esperarem que a contagem diminua para valores inferiores a 350 células/mm³, têm um risco inferior (estatisticamente significativo) de desenvolver a doença. Os resultados finais foram apresentados na Conferência IAS 2015 e publicados simultaneamente na edição avançada do *New England Journal of Medicine*. O estudo incluiu 4.685 adultos com HIV em 35 países do mundo.

As pessoas que participaram do ensaio tinham uma contagem de células CD4 superior a 500 no início do mesmo e foram divididas de forma aleatória: um grupo iniciaria imediatamente o tratamento e o outro adiaría o tratamento para quando a contagem de células CD4 fosse inferior a 350 ou fossem desenvolvidos sintomas de AIDS. A porcentagem combinada de episódios graves relacionados com AIDS, episódios graves não relacionados com AIDS (doença cardiovascular, problemas renais e de fígado, etc.) e morte foi de 1,8% nos participantes que se encontravam no grupo de início imediato do tratamento, em comparação com 4,1% no grupo que adiou a TAR – uma redução de 57%. Por essa razão, a OMS, em suas orientações publicadas em setembro de 2015, recomendou o tratamento para todas as pessoas, independentemente da contagem de células CD4. Vale ressaltar que as pessoas foram acompanhadas por uma média de três anos, e que mais de 95% dos que adiaram o tratamento continuaram assintomáticos. Portanto, o tratamento imediato, nesses casos de CD4 superior a 500 e assintomáticos, não seria necessário e, como sempre, pode-se esperar um pouco até que a pessoa esteja decidida a iniciar o tratamento, dedicando a ele a adesão necessária.

Como consequência, a partir de 2015, há bases científicas definitivas para oferecer TAR a todas as pessoas com HIV, por benefício clínico e por benefícios para a prevenção da transmissão – independentemente de metas “90-90-90”.

Ainda em 2017, especialmente durante a Conferência da IAS, foi divulgada a Declaração “Indetectável = Intransmissível”²² assinada por cientistas de muito prestígio, como os principais pesquisadores dos estudos aqui apresentados. A declaração afirma que pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável em seu sangue têm um risco insignificante de transmissão

²² <https://www.preventionaccess.org/undetectable>

“O percurso apresentado nos faz afirmar que as pessoas que tomam TAR diariamente, como prescrito, e mantêm uma carga viral indetectável, não têm risco efetivo de transmitir o vírus pela via sexual para um parceiro HIV-negativo.”

sexual do HIV. Dependendo dos medicamentos empregados, pode levar até seis meses para que a carga viral fique indetectável. A supressão viral contínua e confiável do HIV requer a seleção de medicamentos apropriados e excelente adesão ao tratamento. A supressão viral do HIV deve ser monitorada para assegurar tanto os benefícios de saúde pessoal quanto de saúde pública.

Em 27 de setembro de 2017, a Divisão de AIDS do CDC (Centro de Controle e Prevenção De Doenças)²³ dos EUA emitiu a seguinte opinião sobre a Declaração Indetectável = Intransmissível (tradução nossa):

Avanços científicos mostraram que a terapia antirretroviral preserva a saúde das PVHA. Também temos fortes evidências da efetividade da prevenção com a TAR. Quando a TAR resulta em supressão viral, definida como inferior a 200 cópias/ml ou níveis indetectáveis, ela previne a transmissão sexual do HIV. Em três estudos diferentes, que incluíram milhares de casais e vários milhares de relações sexuais sem camisinha ou PrEP, não foram observadas transmissões do HIV para um parceiro HIV-negativo quando a pessoa com HIV estava virologicamente suprimida.

O percurso apresentado nos faz afirmar que as pessoas que tomam TAR diariamente, como prescrito, e mantêm uma carga viral indetectável, não têm risco efetivo de transmitir o vírus pela via sexual para um parceiro HIV-negativo.

No Brasil, posteriormente o Programa Estadual de DST-ADS do Estado de São Paulo aderiu a esta posição em dezembro de 2017²⁴ e em janeiro de 2018 a Sociedade Brasileira de Infectologia tomou idêntica posição²⁵.

Mas em 11 de outubro de 2017, o UNAIDS e outras agências internacionais lançam a Coalizão pela Prevenção em Genebra²⁶. O diretor do UNAIDS, Michel Sidibé, declarou na época que somente com o tratamento das PVHA não conseguiremos controlar a epidemia.

Conclusão

Assim, vale recapitular o lugar do tratamento das PVHA, sobretudo daqueles dos países em desenvolvimento, durante a epidemia: se antes da consagração da terapia tríplice em 1996 as agências internacionais insistiam em que nos países em desenvolvimento só deveria ser fornecida prevenção, somente depois do ano 2000 é que organismos internacionais colocaram metas de tratamento, com a finalidade de tratar da saúde das PVHA. Em 2014, depois dos resultados do HPTN-052, mas antes dos resultados do estudo START (julho de 2015), foram lançadas as metas

²³ <https://www.cdc.gov/hiv/library/dcl/dcl/092717.html>

²⁴ **NOTA INFORMATIVA Nº 02/2017/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP**

²⁵ <https://www.infectologia.org.br/pg/1420/parecer-do-comit-de-hivAIDS-indelectvel-intransmissvel>

²⁶ <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/>



90-90-90 que visavam o tratamento das PVHA para controlar a epidemia do HIV, e não necessariamente melhorar a saúde das PVHA. Com os resultados positivos do estudo START houve fundamentos suficientes para que os dois objetivos fossem conjuntos. E em outubro de 2017, retorna ao cenário internacional a prevenção do HIV como medida a ser tomada pelas pessoas sem HIV.

Referências

AINSWORTH, M., FRANSEN, L., OVER, M. Confronting AIDS; Series Name: A World Bank policy research report. ISBN 0-19-521117-0.

BAVINTON, B et al. (presenter Grulich A) HIV treatment prevents, HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 9th International AIDS Society Conference on HIV Science, Paris, abstract no TUAC0506LB, July 2017.

LUNDGREN, J.D. et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. New England Journal of Medicine. July 20, 2015.

MYRON, S. Cohen et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. September 1, 2016 N Engl J Med 2016; 375:830-839

MYRON, S. Cohen et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. August 11, 2011 N Engl J Med 2011; 365:493-505

DOI: 10.1056/NEJMoa1105243

RODGER, A.J. et al for the PARTNER study group. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA, 2016;316(2):1-11. DOI: 10.1001/jama.2016.5148. (12 July 2016).

VERNAZZA, P. et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bulletin des médecins suisses, 89 (5), 2008.

NA ERA DA PREVENÇÃO COMBINADA

| PAULA EMÍLIA ADAMY²⁷ | GILVANE CASIMIRO²⁸ | ADELE BENZAKEN²⁹ |

²⁷ Psicóloga Sanitarista. Mestre em Psicologia Social e Organizacional. Consultora Técnica do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

²⁸ Consultor do no Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, na área de Prevenção e articulação social.

²⁹ Médica. Doutora em Saúde Pública pela FIOCRUZ / Escola Nacional de Saúde Pública. Atualmente é Diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretária de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.



Este artigo se propõe a apresentar como a discussão da prevenção combinada tem se desenvolvido no Ministério da Saúde. O debate sobre prevenção combinada teve início em 2013, a partir da atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2013), que modificou o critério para início da TARV independente de CD4, fortalecendo o paradigma do tratamento como prevenção. A ação do Ministério da Saúde se construiu alinhada aos documentos internacionais na área, como o documento do UNAIDS, “*Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*” (UNAIDS, 2010). Ainda é importante ressaltar que todo esse percurso e construção desse campo se relaciona com a força das organizações da sociedade civil e suas conquistas, o fortalecimento democrático e a construção do SUS.

Pode-se apresentar uma linha do tempo da resposta brasileira ao HIV/AIDS e os paradigmas da prevenção, abordando três momentos. Em um primeiro momento (década de 1980), trabalhava-se com a noção de grupos de risco para o HIV; vivenciava-se uma responsabilização das pessoas pela epidemia e não havia um olhar para os determinantes e condicionantes sociais; identificou-se o aumento do preconceito e o estigma em relação às PVHIV.

No segundo momento (década de 1990), trabalhava-se com uma abordagem mais centrada no comportamento e nos determinantes sociais da epidemia; houve a incorporação do conceito de vulnerabilidades como consequência dos padrões de organização da sociedade; falava-se em uma tendência de feminização da epidemia. As estratégias eram divididas em três eixos: veiculação de informação, atuação nos determinantes sociais e a mudança comportamental.

No terceiro momento (a partir de 2009), a epidemia se intensifica em alguns segmentos populacionais caracterizados de populações-chave, que são segmentos populacionais que, muitas vezes, estão inseridos em contextos que aumentam suas vulnerabilidades e apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. Começa a se trabalhar com a incorporação da prevenção combinada, que provoca ruptura da distinção entre prevenção e tratamento. As estratégias de prevenção incluem uso de ARV, combinado com outras formas de prevenção clássicas. A prevenção combinada do HIV se endereça às três dimensões que contribuem para a transmissão do HIV: biomédica, comportamental e estrutural.

Em relação à ruptura da distinção entre prevenção e tratamento, foi necessário ouvir as críticas a esse processo. Houve um questionamento por parte da sociedade civil organizada da tendência à medicalização da prevenção. Outra crí-



tica levantada é sobre o risco de não se articular o termo “população-chave” às questões relacionadas às vulnerabilidades – mantendo, como em décadas passadas, uma perspectiva de atenção em que se trabalhava com a ideia de grupo de risco. Se a mudança de nomenclatura não incorporasse a concepção de vulnerabilidade, a mesma seria só de semântica.

Como dito anteriormente, ao olhar para o contexto epidemiológico do HIV e sífilis, verifica-se um contexto de epidemia concentrada em determinadas populações, a partir de dados das últimas RDS, com prevalências bem diferentes da população em geral. As populações-chave para o HIV no Brasil são:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens, com prevalência de HIV de 18,4% e 14% para sífilis (KEER, 2018);
- Pessoas trans, com prevalência de HIV de 31,2%³⁰ (GRINSZTEJN et al., 2017);
- Trabalhadoras do sexo, com prevalência de HIV de 5,3% e sífilis de 8,4% (FERREIRA-JUNIOR et al, 2018);
- Pessoas que usam álcool e outras drogas, com prevalência de HIV de 5,0% (BASTOS & BERTONI, 2013) e 6,9% para o HIV e 29,8% para sífilis em pesquisa realizada em Pernambuco;
- Pessoas privadas de liberdade.

É importante ressaltar que a população trans foi historicamente invisibilizada, pois nos boletins epidemiológicos ficava subsumida nos HSH. Além disso, existem outras populações no Brasil que possuem características transversais que ampliam vulnerabilidades e que são denominadas populações prioritárias, que são: população negra, população em situação de rua, população jovem e população indígena. Também é importante ressaltar que o uso de drogas e o trabalho sexual são fatores que transversalizam com todas as populações e podem sobrepor vulnerabilidades.

Em relação às populações prioritárias, é de fundamental importância deixar claro que, em relação à população negra, que é a maioria da população brasileira, não é a questão da cor que sobrepõe vulnerabilidade, mas o racismo institucional, que provoca violências e cria barreiras de acesso – e é exatamente isso que precisa ser enfrentado. Em relação à faixa etária dos jovens, é importante considerar que muitas vezes eles/as estão vivenciando experimentações, contextos e momentos de vida que afetam a sua capacidade de escolha. Também, em relação à população

³⁰ Os dados aqui apresentados referem-se ao Projeto Transcender, com travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e baixada fluminense, em virtude dos dados do “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre travestis e mulheres trans”, realizado em 12 capitais em 2016 e 2017, ainda não terem sido computados no momento da apresentação deste trabalho.

em situação de rua, torna-se necessário focar as ações em algumas áreas, principalmente em grandes metrópoles. O mesmo vale para a população indígena, que impõe um olhar para algumas regiões específicas, visando ao desenvolvimento de trabalho direcionado.

Estratégias de ação e a agenda da prevenção combinada do Ministério da Saúde

A partir de 2016, o Ministério retomou o Grupo de Trabalho de Prevenção, que foi importante para abrir diálogo em relação ao que estava sendo construído, sendo que o grupo contribuiu também para a elaboração do documento de prevenção combinada. Havia fortes críticas à ênfase na intervenção biomédica. O Ministério da Saúde ouviu as críticas relacionadas à necessidade de retomar ações em relação ao preservativo, trabalhando na perspectiva de realizar campanhas em que ele esteja incorporado na cena sexual; o preservativo precisa ser trabalhado de outras maneiras, de forma que se erotizem mais as campanhas. Também se discutiu sobre o aconselhamento, já que o conceito do mesmo precisava ser atualizado em relação às estratégias de prevenção combinada, além de desburocratizado, para não criar barreiras de acesso. Outro aspecto que ficou claro nesse processo é que, se é tão óbvia a necessidade de se trabalhar aspectos da sexualidade no diálogo para a oferta do preservativo, também é importante “sexualizar” a intervenção com medicamentos. Articulou-se, em paralelo a isso, outro grupo de trabalho para reorganizar os CTA, para retomar discussões que norteavam as diretrizes, a fim de incorporar as estratégias de prevenção combinada e reorganizá-lo mais em articulação com as redes de atenção à saúde.

Isto posto, ressalta-se que a prevenção combinada implica na ideia de conjugação de evidências científicas, base comunitária e garantia de direitos. Assim, nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para conter novas infecções.

“Outro aspecto que ficou claro nesse processo é que, se é tão óbvia a necessidade de se trabalhar aspectos da sexualidade no diálogo para a oferta do preservativo, também é importante “sexualizar” a intervenção com medicamentos.”

Diante da evolução e dinamicidade da epidemia do HIV/AIDS, o Ministério da Saúde tem trabalhado para superar a ideia de uma única estratégia de prevenção ao abrir espaço para um novo paradigma, que demonstra maior efetividade nas respostas, como a prevenção combinada. Há a necessidade de uma conjugação de intervenções que combinem algumas das diferentes estratégias de prevenção – biomédicas, comportamentais e estruturais. Essa conjugação precisa estar sempre em movimento, em constante construção, em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base – com destaque para a não-hierarquização dos métodos preventivos e o papel das estratégias que reforçam a singularidade do indivíduo e sua autonomia e direito à escolha.

Todo esse processo resultou em uma série de produtos e a publicação de alguns documentos – “5 Passos para a Prevenção Combinada do HIV na Atenção Básica” (BRASIL, 2017a), “Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (BRASIL, 2017b), “Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2017c); a pactuação de uma agenda de trabalho integrada com o Departamento de Atenção Básica/MS para qualificação das ações de IST, HIV e HV na Atenção Básica; e um projeto estratégico para reorganização dos CTA.

Para finalizar, apontam-se alguns desafios e perspectivas da conjugação de intervenções: (i) necessidade de quebrar as barreiras e limitações para dialogar sobre as experiências cotidianas da sexualidade; (ii) entender que a sexualidade está permeada por valores, culturas e desigualdades, e que a abordagem da vivência sexual precisa contemplar formas de superar estigmas e preconceitos relacionados a perspectivas heteronormativas; (iii) a abordagem da sexualidade precisa envolver questões de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, de maneira a compreender as diferentes vivências sexuais e processos identitários existentes, para que se possa acolher de forma adequada a diversidade e a singularidade de cada sujeito; (iv) considerar que as ofertas de PEP, PrEP e Tratamento para Todas as Pessoas não enfoquem apenas a medicalização, correndo o risco de deixar o corpo e o tema da sexualidade de lado; (v) trabalhar de forma a erotizar os preservativos, para que possam ser incorporados de fato à “cena” sexual.



Referências

- BASTOS, F.; BERTONI, N. (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIO-CRUZ, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, Ministério da Saúde: 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. 5 Passos de Prevenção Combinada na Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. HIV/AIDS na Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.
- Ferreira-Junior et al. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. In: *Medicine* (2018) 97:S1
- GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV*, v. 4, p. e169-e176, 2017.
- KERR et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. In: *Medicine* (2018) 97:S1.
- SANTOS, N.T.V.; ALMEIDA, R. B. F.; BRITO, A. M. Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife: s.n, 2016.
- UNAIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper>. Acessado em 12/02/2017.

IMPREP

IMPLEMENTAÇÃO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP) PARA HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E PESSOAS TRANSGÊNERO:

UM PROJETO DE DEMONSTRAÇÃO NO CONTEXTO DE PREVENÇÃO COMBINADA NO BRASIL, MÉXICO E PERU

| MARIA CRISTINA PIMENTA | BRENDA HOAGLAND | MARCOS BENEDETTI |
| TATIANNA ALENCAR | BEATRIZ GRINSZTEJN | VALDILÉA GONÇALVES VELOSO³¹ |



³¹ Maria Cristina Pimenta, MS, PhD. Coordenadora de Pesquisas, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Ministério da Saúde do Brasil. Valdiléa Gonçalves Veloso, MD, PhD, Pesquisador Principal, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI. Beatriz Grinsztejn, MD, PhD, Co-pesquisador e Pesquisador Principal do estudo no Brasil, INI/Fiocruz. Hamid Vega-Ramírez, MD, MSc, Co-Pesquisador do Protocolo e Pesquisador Principal do estudo no México, Clínica Especializada Condesa. Carlos Cáceres, MD, MPH, PhD, Co-Pesquisador do Protocolo e Pesquisador Principal do estudo no Peru, Centro de Investigación Interdisciplinar em Sexualidad, Sida y Sociedad Universidad Peruana Cayetano Heredia. Brenda Hoagland, MD, PhD, Co-pesquisadora, Gerente do Protocolo, Coordenação Clínica, INI/Fiocruz; Marcos Benedetti, MA, Gerente do Protocolo, INI/Fundação; Tatianna Alencar, MPH, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Ministério da Saúde do Brasil.

O projeto de pesquisa “ImPrEP – Implementação da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) para homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero” é um projeto de demonstração, no contexto de prevenção combinada, desenvolvido no Brasil, México e Peru. Trata-se de um projeto de grande porte, que envolve vários estudos organizados em torno de um projeto principal, denominado “protocolo de demonstração” – que este artigo se propõe a apresentar em linhas gerais.

O estudo tem como investigador principal Dra. Valdiléa Veloso, pesquisadora do Instituto Nacional de Infectologia, Evandro Chagas (INI), Fiocruz. Os investigadores principais para o Brasil são as Dra. Valdiléa Veloso e a Dra. Beatriz Grinsztejn, INI Fiocruz e Coordenação Clínica, da Dra. Brenda Hoagland, INI/Fiocruz. O investigador principal no Peru é o Dr. Carlos Cáceres, da *Universidad Peruana Caetano Heredia* e no México, o Dr. Hamid Vega, da Clínica Condesa e Dr. Hugo López-Gatell, do *Instituto Nacional de Salud*.

O propósito do projeto ImPrEP é trazer novas informações e evidências acerca das oportunidades, barreiras e dificuldades que a “vida real” dos serviços de saúde traz para a oferta da PrEP, como parte da oferta de prevenção combinada nos três países – e, assim, gerar evidências de como essas barreiras podem ser ultrapassadas na oferta da PrEP como uma importante ferramenta para a prevenção. Essa pesquisa surgiu com base no estudo de demonstração PrEP Brasil e em face a possibilidade de implementação da política de PrEP no Brasil, bem como a necessidade de estudos demonstrativos no Peru e México.

O objetivo geral do protocolo é avaliar a decisão de uso, segurança e viabilidade da PrEP, no contexto de prevenção combinada do HIV em serviços de saúde pública e organizações não governamentais, para homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas transgênero (TG). Trata-se de um projeto de implementação da PrEP, multicêntrico e aberto, tendo como um dos seus objetivos monitorar a implementação da PrEP no Brasil.

A população do estudo são homens gays, HSH e pessoas transgênero em risco de infecção pelo HIV. Os critérios de inclusão no estudo seguem exatamente o que está preconizado no protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas para a profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV (PCDT) do Ministério da Saúde (MS), a não ser pelo oferecimento de diagnóstico de clamídia e gonococo por meio de exame de biologia molecular, o monitoramento do nível do medicamento no sangue, e a coleta de carga viral. Assim, estudar a viabilidade de inclusão de exames de biologia molecular para clamídia e gonococo na rotina da PrEP SUS, realizar estudos de custo efetividade e apresentar evidências científicas à Comissão



“Trata-se de um projeto de implementação da PrEP, multicêntrico e aberto, tendo como um dos seus objetivos monitorar a implementação da PrEP no Brasil.”

Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC, além de estudar as medidas de adesão. Os participantes em potencial, passarão por triagem de risco sexual de HIV/ISTs e a eles será oferecida PrEP e outras opções de prevenção do HIV disponíveis em cada país participante. Aqueles que atenderem aos critérios de uso de PrEP serão convidados a participar do estudo.

Os centros participantes foram escolhidos a partir da indicação do MS no contexto dos centros identificados com capacidade e experiência desejável para ofertar PrEP no SUS. O estudo terá 7.500 participantes incluídos (3.000 no Brasil, 3.000 no México, 1.500 no Peru), de modo que se trabalhará com aproximadamente 22.000 pessoas por país. Pelo esquema de PrEP previsto, cada participante receberá associação de dose fixa de FTC/TDF (Emtricitabina 200mg/Tenofovir 300mg) por via oral uma vez ao dia. O estudo terá duração de aproximadamente trinta meses. A inclusão de participantes ocorrerá ao longo de doze meses, e cada participante do estudo será acompanhado por até trinta meses com o medicamento, conforme o momento de ativação do centro de pesquisa. Até o momento, estão envolvidos 33 centros de estudo, sendo quinze no Brasil, nos estados do Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Pernambuco, Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Niterói), Rio Grande do Sul, Santa Catarina, e São Paulo (São Paulo, Santos, Campinas). As localidades foram selecionadas por já haver alguma experiência com a PrEP e existirem serviços adequados para o estudo. Pretende-se proceder a um estudo complementar em cidades nas quais há serviços ligados ao SUS que ofereçam a PrEP – o que está sendo chamado de PrEP SUS –, a fim de comparar as informações.

Os objetivos do estudo são: (i) determinar a adoção de PrEP diária entre HSH e TG, a quem é oferecida PrEP no contexto de programas de saúde pública; (ii) determinar as diferenças da decisão do uso de PrEP diária de acordo com características sociodemográficas e práticas de risco; (iii) descrever a frequência dos eventos adversos e toxicidades da PrEP entre participantes incluídos no estudo; (iv) descrever padrões e correlatos de adesão à PrEP em participantes incluídos

no estudo; (v) medir alterações de comportamento sexual de risco entre participantes incluídos no estudo.

O estudo se propõe a estar o mais perto o possível da “vida real” dos usuários do SUS. Portanto, procedeu-se a uma mobilização institucional para que, após o estudo, os profissionais de saúde não tenham de aprender a manejar outro sistema operacional de informações, optando por usar o sistema de informações de medicamentos do SUS – SICLOM e para que não haja atendimento diferenciado para os usuários que estão no estudo e os que estão fora dele.

O estudo tem ainda, como objetivos secundários: (i) descrever a prevalência de HIV entre indivíduos avaliados para uso de PrEP; (ii) avaliar a incidência de HIV e o número de novos diagnósticos de HIV entre os participantes do estudo; (iii) verificar a ocorrência e o padrão de resistência a medicamentos do HIV em pessoas que se infectarem pelo HIV durante sua participação no projeto de demonstração de PrEP; (iv) determinar a frequência e as razões para descontinuar a PrEP; (v) avaliar a prevalência e incidência de ISTs.

Os participantes precisam atender os seguintes critérios de inclusão: (i) sexo masculino no nascimento, exceto homens transgênero (que serão incluídos somente no Brasil); (ii) capacidade e disposição de fornecer consentimento livre e esclarecido por escrito; (iii) idade maior ou igual a 18 anos; (iv) não estar infectado pelo HIV-1, definido a partir de teste rápido de anticorpo de HIV negativo na visita inicial; (v) não ter história prévia de doença renal.

Por ser um projeto de monitoramento o participante será incluído a partir da chegada dele nos serviços. Participantes em potencial serão pessoas que chegam aos serviços por demanda espontânea ou gerada por redes sociais e educadores de pares. O projeto conta com um Comitê Assessor Comunitário (CAC) composto por representantes das cidades onde o estudo está sendo implementado, com representação equitativa para a população de homens gays e hsh e pessoas trans. O projeto, por meio do CAC irá apoiar e articular atividades de informação, educação e acompanhamento do estudo pela sociedade civil.

Os participantes potenciais poderão também ser referidos por centros de testagem em HIV, serviços de IST, serviços de PEP e encaminhados por centros comunitários, bem como através das redes sociais (por exemplo, anúncios e *banners* em sites populares entre HSH e pessoas trans) e outras referências (consultórios médicos, outros serviços de saúde, clínicas de ISTs etc.). Essa demanda será estimulada a partir de atividades educativas e de divulgação.



Estudos adicionais ainda serão desenvolvidos: (i) *surveys* qualitativos com as populações participantes do estudo em cada país; (ii) *survey* com *stakeholders* (pessoas-chave da política, com representantes governamentais e não-governamentais); (iii) estudo de incidência de HIV das amostras positivas (infecção recente; estudos de custo-efetividade; avaliação da composição de serviços mais efetivos). Um dos propósitos do estudo será ainda avaliar e monitorar as melhores composições entre governo e sociedade civil (serviços governamentais, ações de ONGs, testagem móvel), de modo a verificar, assim, qual será a combinação de serviços mais eficiente para alcançar as populações mais vulneráveis na implantação e disseminação da PrEP nos países envolvidos no estudo.³²

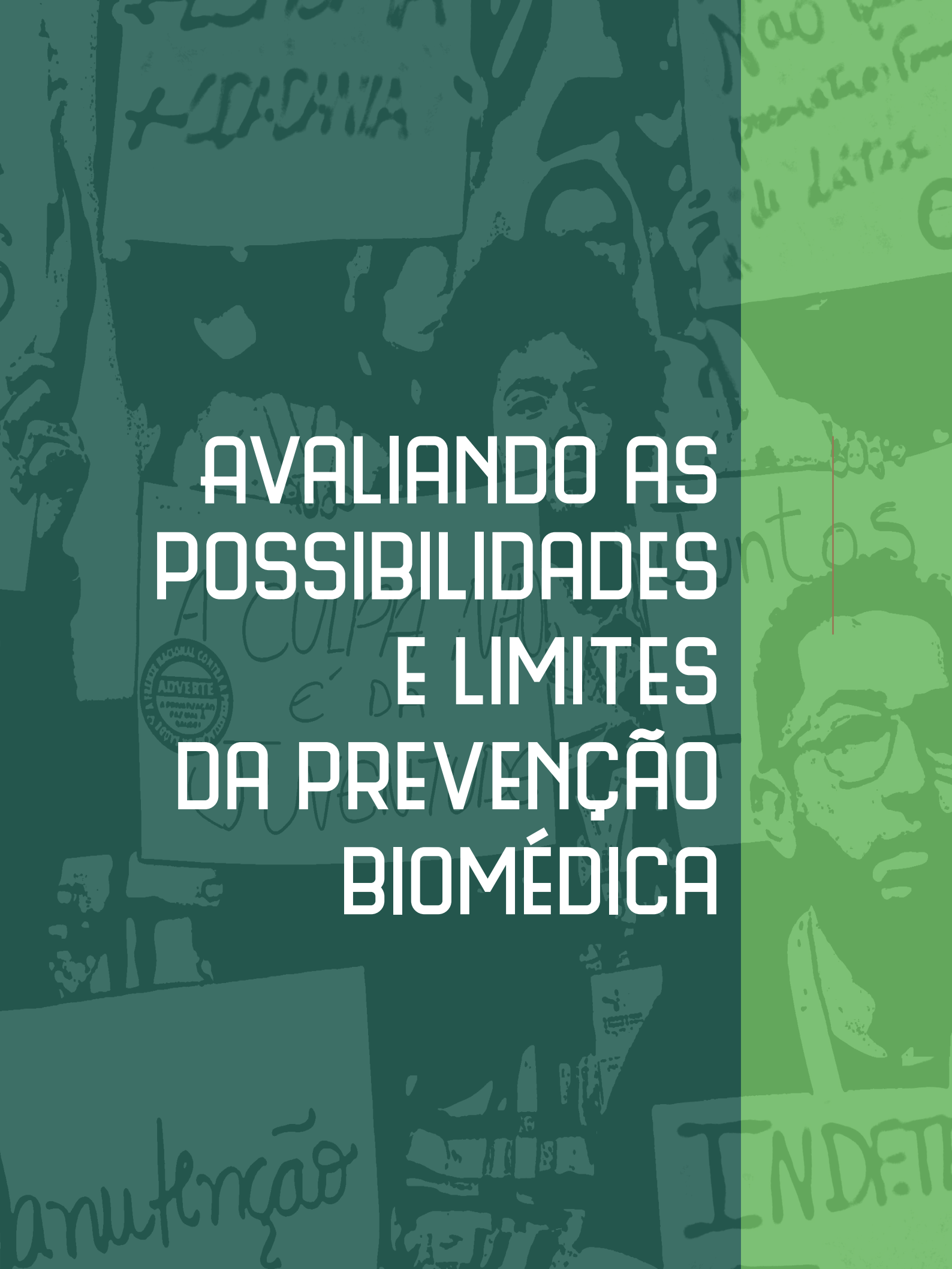
Para mais informações acesse: www.imprep.org

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. *Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. – Brasília. Ministério da Saúde, 2017.60 p.: il.
- GRINSZTEJN, B.; HOAGLAND, B.; MOREIRA, R.I.; KALLAS, E.G. *et al.* Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brazil: 48 week results of a demonstration study. In: *The Lancet HIV*, Volume 5, Issue 3, e136 - e145. Published February 2018.
- GRANGEIRO, A., COUTO, M.T., PERES, M.F., LUIZ, O., ZUCCHI, E.M., DE CASTILHO, E.A., ESTEVAM, D.L., ALENCAR, R., WOLFFENBÜTTEL, K., ESCUDER, M.M., CALAZANS, G., FERRAZ, D., ARRUDA, E., CORRÊA, M.D.A.G., AMARAL, F.R., SANTOS, J.C., ALVAREZ, V.S. KT. Pre-exposure and pos-exposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open*. 2015;5:e 009021. Página 57 de 60 Protocolo Versão 1.0.10 de outubro de 2017.
- RAVASI, G., GRINSZTEJN, B., BARUCH, R., GUANIRA, J.V., LUQUE, R., CÁCERES, C.F. GM. Towards a fair consideration of PrEP as part of combination HIV prevention in Latin America. *J Int. AIDS Soc.* 2016; 19:21113.
- VELOSO, V.G., F. MESQUITA, GRINSZTEJN B., Pre-exposure prophylaxis for men and transgender women who have sex with men in Brazil: opportunities and challenges. *J Int. AIDS Soc.*, 2015. 18 (4 Suppl 3): p. 20010.

³² Pesquisa financiada pela UNITAID - organização internacional que investe em inovações para prevenir, diagnosticar e tratar o HIV / AIDS, a tuberculose e a malária. Copatrocínio do DIAHV/SVS/Ministério da Saúde do Brasil; do Instituto Nacional de Infectologia, Fundação Oswaldo Cruz, e colaboração da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), Fiocruz. México: Clínica Especializada Condesa na Cidade do México City e Instituto Nacional de Saúde Pública; Peru: Universidade Cayetano Heredia (UPCH) and Ministério da Saúde do Peru.





AVALIANDO AS POSSIBILIDADES E LIMITES DA PREVENÇÃO BIOMÉDICA

A CONTRIBUIÇÃO DOS CTA NA OFERTA DA PREVENÇÃO COMBINADA: LIMITES E POSSIBILIDADES

| KARINA WOLFFENBÜTTEL³³ |

³³ Centro de Referência e
Treinamento em DST/AIDS
do Programa Estadual de DST/
AIDS de São Paulo



Apresentaremos a contribuição dos CTA na oferta da Prevenção Combinada na perspectiva da gestão e principalmente dos serviços de saúde. Enfocaremos os limites e possibilidades da implementação da prevenção combinada nos CTA considerando a história, organização do trabalho nestas unidades e o desafio que é traduzir protocolos para rotina dos serviços. Afinal, é nos serviços de saúde que a agenda de implementação de tecnologias e estratégias vem se materializar.

A reflexão aqui proposta leva em conta também uma experiência de trabalho, desde os anos 90, em serviço, em um CTA que, posteriormente, se fundiria com um serviço de DST e, num segundo momento, com um serviço de hepatite, do qual mais tarde viria a se divorciar. Neste serviço participamos atendendo pessoas, gerenciando o serviço e propondo novas organizações no processo de trabalho. Atualmente, no Programa Estadual de DST AIDS desenvolvo uma interlocução junto aos CTA com a finalidade de apoiá-los em seu aprimoramento.

A priorização da ampliação do acesso à testagem do HIV e da sífilis na rede de serviços da Atenção Básica, particularmente no pré-natal colocou os CTA fora do foco de atenção no Brasil entre 2000 e 2010. Mais recentemente, porém, estes voltaram a ocupar um lugar de destaque principalmente a partir da implantação da prevenção combinada incluindo a oferta da PEP, PREP.

No estado de São Paulo esta rede se ampliou principalmente desde 2007. E neste processo de ampliação da rede, parte deles também aumentou sua resolubilidade, incluindo a testagem rápida do HIV, sífilis e hepatites B e C e o tratamento de IST.

CTA em SP estão localizados estrategicamente. Existe atualmente no estado de São Paulo uma rede de CTA (149) presente em 111 municípios. Estão presentes em municípios com maior número de casos de AIDS e têm sido referência para uma parcela das pessoas mais vulneráveis ao HIV desde o início da epidemia. Oitenta e sete por cento dos casos de HIV notificados em 2015 foram diagnosticados em municípios com CTA.

Historicamente os CTA são serviços identificados como locais que ofertam a testagem do HIV da sífilis e das hepatites B e C. Inicialmente nos CTA coletava-se a amostra de sangue que era enviada aos laboratórios, responsáveis por processarem os exames emitindo laudos. A realização de exames com a implementação dos testes rápidos, saiu de dentro dos laboratórios e passou a ser realizada dentro dos CTA. Isto impactou enormemente o processo de trabalho. A testagem rápida é um trabalho realizado artesanalmente, um a um e toma muito do tempo principalmente da equipe de enfermagem. Conseqüentemente a capacidade de atendi-



“Espera-se que as estratégias da prevenção estejam disponíveis, sem hierarquia entre elas, ou seja, sem que a rotina de testagem seja a porta de entrada exigida para encaminhamentos posteriores para acessar a PEP, a PREP ou mesmo o atendimento de IST, encaminhamentos realizados apenas no momento da entrega do resultado do exame.”

mento de pessoas que desejam realizar o teste quando comparamos testes rápidos e convencionais é menor com TR. Esta consequência vai de encontro ao esperado, ou seja, que a implantação de testes rápidos ampliasse a realização de exames na unidade.

A pessoa que chega ao CTA para realizar exames vive o estranhamento de uma aparente contradição. Desde a chegada à unidade até o recebimento do resultado no mesmo dia, uma pessoa passará entre uma e duas horas no serviço se não houver uma fila a ser enfrentada. Como dissemos a realização do TR é realizado individualmente e o processo de coleta da amostra, processamento do exame, emissão dos laudos, entrega de resultados demora muito mais que a realização de exames convencionais que são mais ágeis uma vez que após coletada a amostra de sangue o indivíduo sai do serviço e retorna outro dia para pegar seu resultado de exame. Considerando a entrega do resultado, o exame convencional demora mais. No entanto, considerando cada ida ao serviço, o teste rápido demanda muito mais disponibilidade de tempo para realização do processo todo na unidade. A vantagem do TR não está na agilidade, mas sim na resolubilidade, pois se fica sabendo o resultado do exame no mesmo dia.

É neste serviço que funciona como uma pequena “fábrica de testagem” que se coloca o desafio atual de ofertar às pessoas o rol de estratégias da prevenção combinada. Espera-se que as estratégias estejam disponíveis, sem hierarquia entre elas, ou seja, sem que a rotina de testagem seja a porta de entrada exigida para encaminhamentos posteriores para acessar a PEP, a PREP ou mesmo o atendimento de IST, encaminhamentos realizados apenas no momento da entrega do resultado do exame.

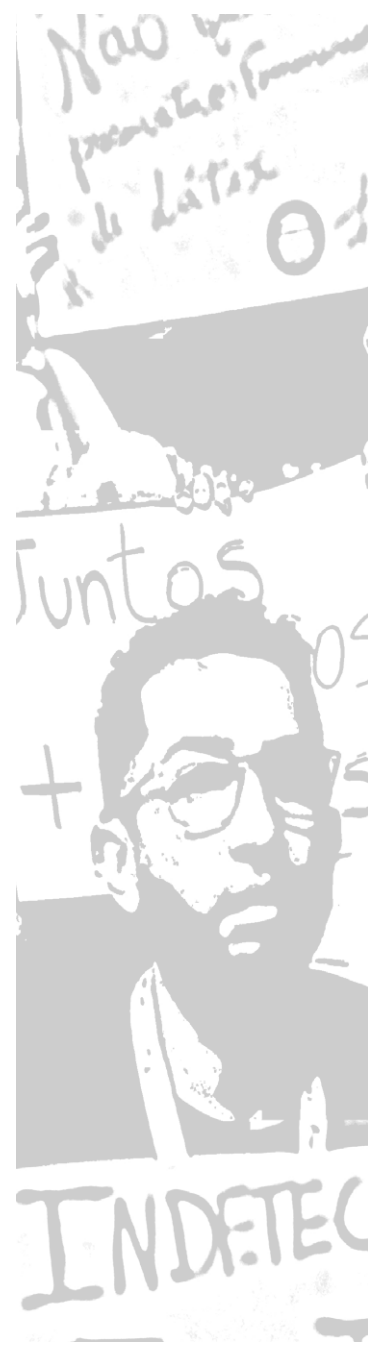
Disponibilizar Prevenção Combinada no serviço deve considerar permitir que as pessoas escolham a estratégia mais adequada para si em um dado momento de suas vidas e que as acessem em momento oportuno. Isto nos CTA significa modificar o processo de trabalho, alterar rotinas e deixar de organizar o atendimento a partir da realização do teste de HIV. Ao organizar o trabalho ao redor do teste o serviço centra sua organização na lógica da realização dos procedimentos e não de acordo com as necessidades dos usuários.

O contexto é ao mesmo tempo desafiador e promissor. Promissor porque muitos CTA ofertam um leque diversificado de ações. Um levantamento realizado junto aos CTA do estado de São Paulo aponta que 96% dos serviços ofertam preservativos masculinos femininos e gel lubrificante, 78% realizam tratamento para IST, 74% realizam PEP Sexual.

De outro lado, no quesito oferta de exames de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, no entanto, ironicamente, os serviços que deveriam possuir um cardápio completo de exames, ou seja, ofertar as duas modalidades de testagem, pelos métodos convencionais utilizando o laboratório e pelo método rápido, o faz em apenas 69% deles. Além desta lacuna, a testagem, o atendimento de IST, a realização da PEP são portas de entrada separadas, e usuários são atendidos dentro das rotinas padronizadas.

Além de ampliar a disponibilidade do rol de tecnologias que integram a prevenção combinada, o desafio, portanto, é implementar nos serviços uma forma de organização do trabalho que coloque a pessoa no centro do cuidado ofertado e permita que as pessoas escolham e combinem as estratégias ofertadas no serviço mais adequadas para sua situação e momento de vida.

Para além das tecnologias biomédicas ofertadas, pretende-se que nos CTA seja implementada a tecnologia de “gerenciamento de riscos”, um diálogo entre profissionais de saúde e usuários do serviço que tem por objetivo apoiar pessoas



“É importante ressaltar que considerando a rede de atenção à saúde, a definição do papel do CTA deve levar em conta as diferentes realidades, contextos locais e a capacidade de respostas destes serviços, buscando sempre o maior nível de resolubilidade possível em relação às necessidades das populações vulneráveis atendidas.”

“Todos entram no serviço, realizam o teste e posteriormente recebem o encaminhamento para outras demandas que possam surgir. Com a entrada da prevenção combinada no CTA usuários que chegam ao serviço poderão fazer caminhos diferentes dentro do serviço.”

nas escolhas que farão em suas vidas, manejando situações e buscando reduzir os riscos de infecção pelo HIV.

Todos os CTA conseguirão ofertar o rol pretendido? É importante ressaltar que considerando a rede de atenção à saúde, a definição do papel do CTA deve levar em conta as diferentes realidades, contextos locais e a capacidade de respostas destes serviços, buscando sempre o maior nível de resolubilidade possível em relação às necessidades das populações vulneráveis atendidas.

Para fora dos CTA, como integrante da Rede de Atenção, o CTA tem o papel de potencializar a incorporação das ações de prevenção combinada do HIV, especialmente no que concerne à intensificação do processo de descentralização da testagem e aconselhamento na Atenção Básica.

Voltando o olhar para dentro do serviço, seu funcionamento e organização percebe-se imediatamente a necessidade de mudança. Os CTA centrando sua rotina na oferta de testes, não diferencia o atendimento segundo a necessidade de cada usuário que chega. Todos entram no serviço, realizam o teste e posteriormente recebem o encaminhamento para outras demandas que possam surgir. Com a entrada da prevenção combinada no CTA usuários que chegam ao serviço poderão fazer caminhos diferentes dentro do serviço. A título de exemplo podemos citar as pessoas que realizarão imediatamente a PEP sexual, retirarão insumos e adotarão a testagem como rotina, outras chegando ao serviço optarão pela PREP dado seu estilo e situação de vida e também adotarão a testagem do HIV como rotina de prevenção, outros ainda optarão por realização de teste apenas em situações de risco e retirarão insumos de prevenção com frequência. Estas são algumas das formas de combinar as estratégias no CTA que necessitarão de trajetórias diferentes dentro do serviço, todas elas definidas a partir do diálogo realizado no acolhimento.



Entendemos que a Prevenção Combinada nos CTA requer a implantação da tecnologia do acolhimento para otimizar o uso do serviço, uma organização de funcionamento centrada nas pessoas atendidas. Sem a identificação individualizada das necessidades de cada sujeito é mais provável que as estratégias ofertadas possam não ser as mais adequadas ao contexto e situação de vida apresentados. É necessário combinar a tecnologia mais adequada com a também viável e adequada de ser utilizada.

A Prevenção Combinada implica, portanto, um atendimento processual, que ao longo do tempo, demandará retornos e um acompanhamento que por sua vez exigirá novos posicionamentos e decisões por parte dos usuários e também flexibilidade do serviço.

Este não é o CTA tal como o conhecemos no presente, mais afeito a atendimentos pontuais encerrados em si mesmos, iniciando com a realização do teste e sendo encerrado na maioria das vezes com entrega do resultado e realização dos encaminhamentos quando pertinentes. Cada atendimento é tratado como único evento de testagem e se encerra com as orientações e encaminhamentos realizados na entrega do resultado. No serviço, o atendimento da demanda é padronizado e não diferencia a pessoa que está realizando o teste por primeira vez na vida, da outra que volta regularmente ao serviço para realizar o teste como parte do autocuidado, ou necessita repetir o exame para cobrir uma possível janela imunológica, ou outra que necessita do teste, mas estaria em tempo de usufruir da PEP, etc.

O “novo” CTA necessitará de protocolos de cuidado, de um atendimento continuado e também de um atendimento que diferencie as necessidades e a as pessoas mais vulneráveis ao HIV e às outras IST dentre todos os atendidos no serviço. A população dos CTA atendida atualmente é diversa e inclui, por exemplo, a demanda reprimida para testagem e outras demandas de pessoas não particularmente vulne-

ráveis, mas que buscaram o CTA por falta de alternativa. Mais um desafio, atender ao princípio da equidade na organização do atendimento do CTA, atuando de forma diferente e dando maior atenção e prioridade àqueles em situação de maior vulnerabilidade.

Tornando-se o CTA um serviço que oferta o cuidado continuado a pessoas mais vulneráveis é preciso refletir sobre a importância de aspectos como a vinculação e retenção de usuários no serviço. A prevenção combinada em suas estratégias biomédicas demanda que usuários retornem inúmeras vezes ao serviço, para buscar o resultado de um exame, para realizar outros, para buscar uma medicação, para tomar outra dose da vacina de hepatite A ou B, para dar continuidade a um processo de aconselhamento voltado à gestão de riscos com o qual se comprometeu, por exemplo.

A equipe deste “novo” CTA deverá definir novos papéis na equipe multiprofissional. Para fora, o serviço deverá acompanhar e buscar garantir a vinculação de usuários diagnosticados com HIV na referência assistencial que o acompanhará, o tratamento de sífilis se não realizado pelo próprio CTA, e outras demandas encaminhadas para outros pontos de atenção da rede.

Internamente, será novidade para o CTA o envolvimento com a continuidade de atendimento de pessoas que buscaram estratégias que demandam continuidade de atendimento, tomada regular e adequada de medicação, repetição regular de exames, vacinação, dentre outras. Será preciso um controle de pessoas que estejam faltando a retornos agendados, existência de estratégias de contato e busca de pessoas que necessitam retornar ao serviço. Acompanhamento individualizado dos usuários. Este é um importante desafio para esta equipe e serviço, pois também altera o rol de atuação e papel de seus diferentes integrantes.

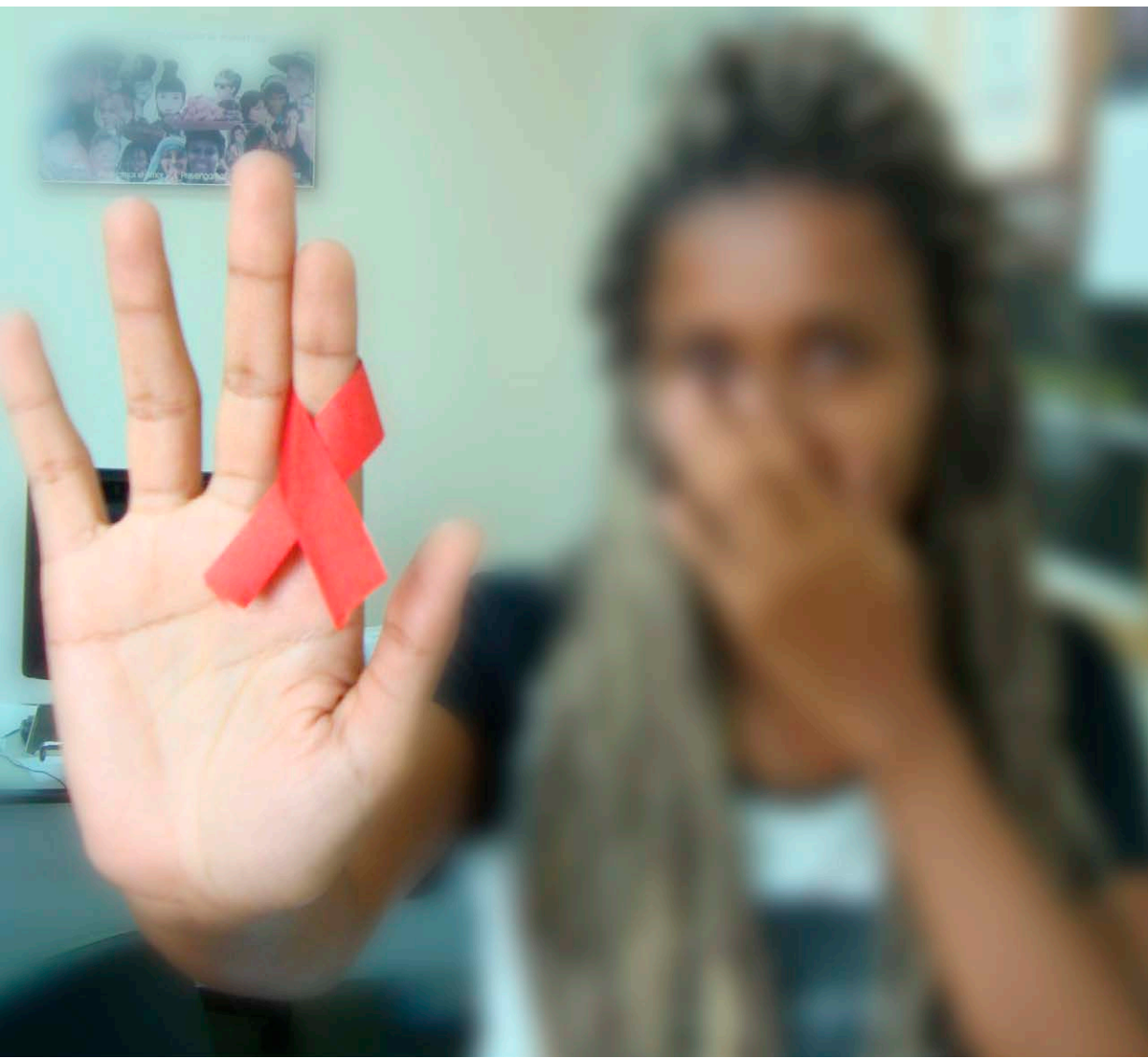
Finalizando gostaria de sintetizar os principais desafios dos CTA para aprimorar o cuidado de pessoas mais vulneráveis como sendo:

- 1.** Respeitar e valorizar a autonomia dos sujeitos e suas escolhas;
- 2.** Mudar o foco do trabalho centrado nos procedimentos (testes, PEP, tratamento de IST) para o cuidado centrado no indivíduo;
- 3.** Trabalhar de forma interdisciplinar;
- 4.** Ser o mais resolutivo dentro de suas possibilidades;
- 5.** Articular o CTA com os demais pontos de atenção envolvidos no cuidado;
- 6.** Compartilhar a responsabilidade do cuidado.

PREVENÇÃO E TESTAGEM DO HIV/AIDS NA BAIXADA FLUMINENSE: CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA SOCIAL

| SIMONE MONTEIRO³⁴ |

³⁴ Pesquisadora do Instituto
Oswaldo Cruz, FIOCRUZ



A partir de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e a Fiocruz, desenhou-se o projeto “Teste perto de você”, que objetiva implementar e avaliar o modelo de testagem móvel de HIV (UMT) em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro em cinco anos – um a cada ano. Nos dois primeiros municípios (Niterói e Nova Iguaçu) a oferta de teste foi planejada para a população geral e nos municípios subsequentes para grupos mais vulneráveis ao HIV, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e prostitutas. Com o propósito de obter subsídios para desenvolver o projeto, a coordenação do “Teste perto de você” nos solicitou um estudo qualitativo sobre o contexto programático de prevenção e cuidado do HIV/AIDS nos três municípios cuja oferta de teste foi voltada para HSH, travestis e prostitutas, quais sejam Belford Roxo, São João do Meriti e Duque de Caxias.

O estudo qualitativo envolveu: (i) um exame da literatura nacional e internacional na última década para mapear as diretrizes e estratégias de testagem do HIV e aconselhamento; (ii) um mapeamento de ações de prevenção e assistência, visando identificar problemas e potencialidades para implementar o projeto nos três municípios; (iii) e uma análise das demandas e barreiras relativas à prevenção, diagnóstico e cuidado referentes ao HIV/AIDS enfrentadas pelos beneficiários do projeto.

Três oportunidades raras caracterizaram tal estudo. Primeiro, a possibilidade de reunir o âmbito da gestão (SES-RJ), uma instituição acadêmica (Fiocruz) e um financiador externo na formulação e implementação de uma política. Segundo, a viabilidade de montar uma equipe de profissionais qualificados, marcada pela diversidade de formação e atuação profissional (pesquisa, gestão, serviço, movimento social), com maior ou menor proximidade com os municípios em questão. Terceiro, o diálogo contínuo com a coordenação do projeto “Teste perto de você”.

Em termos metodológicos, o trabalho percorreu as seguintes etapas: (i) revisão de literatura; (ii) entrevistas com gestores, profissionais, ONGs, lideranças de movimentos sociais e a população de HSH, travesti e prostitutas, nos três municípios; (iii) a realização de grupos focais com profissionais de saúde e lideranças sociais locais; (iv) observação das ações extramuros (ex. Consultório na rua), das paradas LGBT nas localidade e de espaços de sociabilidade LGBT, incluindo aplicativos de interação sexual); (v) pesquisa sobre o contexto desses municípios. Os resultados, aqui brevemente citados, foram organizados e publicados em duas versões, uma completa (MONTEIRO e BRIGEIRO, 2017) e outra sintética, bem como debatidos durante um seminário realizado na Baixada Fluminense, em 2017, a fim de que



“Em contraponto, a TcP se caracteriza pela normalização do teste, orientada pelo princípio de que o conhecimento do estado sorológico é uma condição fundamental para a prevenção ao permitir o início do tratamento, a redução da carga viral e, conseqüentemente, a interrupção da cadeia de transmissão do vírus. “

gestores, profissionais, lideranças e a população local pudessem se apropriar das informações colhidas.

Em paralelo estamos produzidos artigos para revistas científicas com os achados do estudo. Um deles, disponível *online* (MONTEIRO *et al*, 2017), tem por base a primeira fase no estudo centrada na revisão da literatura. O artigo analisa os princípios e justificativas das atuais diretrizes globais de AIDS, centradas no tratamento como prevenção (TcP) e discute os desafios da sua implementação no contexto brasileiro. Tal foco parte do pressuposto que a produção acadêmica é uma importante fonte para compreender os fundamentos e apropriações das políticas globais de AIDS nos contextos locais.

A análise indicou mudanças na lógica dos modelos de prevenção, tendo por base as diferenças nos fundamentos da estratégia de Testagem e Aconselhamento Voluntário (VCT), datada de 1990 e que segue presente e a atual estratégia do tratamento como prevenção (TcP). O VCT tem foco na testagem voluntária e no aconselhamento, visando à conscientização das condições de vulnerabilidade ao HIV e estímulo à prevenção e ao uso do preservativo. Essa lógica – fundada no paradigma da excepcionalidade, isto é, na busca espontânea do exame face a uma demanda individual – orientou a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento Voluntário (CTA) em todas as regiões do país.

Em contraponto, a TcP se caracteriza pela normalização do teste, orientada pelo princípio de que o conhecimento do estado sorológico é uma condição fundamental para a prevenção ao permitir o início do tratamento, a redução da carga viral e, conseqüentemente, a interrupção da cadeia de transmissão do vírus. Desse modo, a testagem passa a ocupar um lugar privilegiado nas estratégias de prevenção frente à valorização dos seus benefícios coletivos. Nessa direção, preconiza-se a testagem de rotina e a ampliação da oferta da testagem para lugares além dos

serviços de saúde, como farmácias, saunas, unidades móveis, com grande ênfase na captação das denominadas populações-chave. Tal enfoque tende a reduzir o protagonismo do aconselhamento e a importância do preservativo, característicos da VCT.

Outro aspecto observado na revisão refere-se às dificuldades que as ONG/ AIDS têm enfrentado para atuar no controle social e como produtoras legítimas e autônomas de discursos preventivos, diante das restrições de recursos nacionais e internacionais. Nota-se que os financiamentos atuais têm priorizado projetos nos quais as ONGs assumem um papel auxiliar, sendo muitas vezes mobilizadas pelos governos para captar as populações-chave, por seu capital de acesso as mesmas, mas sem participar da formulação dessas políticas.

Em termos gerais, conclui-se que o TcP opera uma transformação do paradigma de prevenção, levando ao predomínio de uma abordagem mais tecnocrática e biomédica das intervenções, centrada nas barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento. Ao passo que aspectos ligados ao enfrentamento de fatores estruturais ligados à vulnerabilidade ao HIV e ao estigma, à participação dos ativistas e à abordagem da sexualidade perdem espaço. Assim, a despeito dos inegáveis benefícios do diagnóstico precoce do HIV e dos avanços terapêuticos na qualidade de vida das PVHA e no controle da epidemia, a efetividade do tratamento como prevenção no Brasil requer uma discussão dos problemas estruturais, de modo a potencializar seus benefícios e reduzir seus eventuais danos. Tais aspectos orientaram o desenvolvimento da segunda etapa do estudo, centrada no trabalho de campo nos três municípios.

A pesquisa nos municípios indicou algumas especificidades do contexto local que impactam na implantação do projeto “Teste perto de você”. Uma delas é o perfil político conservador, com forte influência das religiões evangélicas neopen-

“Um claro aspecto com relação ao qual se pode fazer um contraponto com a literatura sobre a TcP é a falta de continuidade entre a testagem e adesão ao tratamento; os profissionais apontam que, em seu cotidiano, essa passagem não é feita de maneira automática, seja em função do receio do estigma da AIDS, seja em função dos efeitos colaterais da medicação.”

tecostais nas estruturas de poder, o que limita o desenvolvimento de políticas públicas mais progressistas para a população LGBT e mulheres. Tais fatores, somados a crise política e econômica do Estado do Rio de Janeiro, tem contribuído para um apagamento da AIDS como problema social, com uma grande restrição de investimento em ações de prevenção e assistência. Foi observado que as políticas voltadas para AIDS tornam-se muito menos políticas de Estado que de governo, ficando sujeitas a mudanças a partir de alterações na gestão, por ocasião das eleições.

Outra característica é a baixa presença de ONGs feministas, LGBT ou de HIV/ AIDS nos três municípios. As poucas organizações enfrentam falta de sede e financiamento, mantendo-se pela atuação de alguns militantes. Isto confere ao movimento social um caráter mais pessoalizado. Destacam-se as ações comunitárias da Pastoral da AIDS e da Associação Missão Resplandecer (Amires), em termos de assistência e direitos das pessoas vivendo com HIV, bem como o relevante trabalho governamental do Centro de Referência LGBT da Baixada.

Segundo gestores e profissionais de saúde a testagem tem sido realizada na rede básica de saúde, decorrente da descentralização e nos CTAs. Embora eles sejam favoráveis as políticas de ampliação da testagem nos municípios, alegam que a grande questão é que os recursos humanos estão trabalhando em sua capacidade máxima; assim, dispor de uma unidade de testagem móvel cria uma demanda que não há como atender. Alguns dos profissionais acumulam muitos anos de trabalho, o que é um ponto forte, mas estão pouco familiarizados com a política de TcP, embora tenham suas opiniões a respeito. A PEP tem baixa demanda, sendo muito pouco disponibilizada e de oferta recente, permanecendo, em grande medida, desconhecida.

Um claro aspecto com relação ao qual se pode fazer um contraponto com a literatura sobre a TcP é a falta de continuidade entre a testagem e adesão ao tratamento; os profissionais apontam que, em seu cotidiano, essa passagem não é feita de maneira automática, seja em função do receio do estigma da AIDS, seja em função dos efeitos colaterais da medicação. Há que pontuar, ainda, a ausência de ações educativas em vários planos, limitadas basicamente a ações pontuais extra-muros; faltam materiais educativos e tradição de trabalho sobre HIV/AIDS junto a gays/HSH, travestis e prostitutas; são poucas as parcerias, e a equipe vem buscando reforçá-las a fim de estimular o grande potencial nesse sentido. Além da homofobia e do conservadorismo, observa-se a escassez de dados acerca dessas populações.

Com base nos achados do estudo foram feitas diversas recomendações (ver nota 1), tendo em vista as potencialidades e limitações dos contextos locais e a



distancia entre testar e tratar. Frente às restrições de uma racionalidade da prevenção, que aposta numa dimensão de autovigilância e tira a sexualidade do horizonte, faz-se necessário conjugar a implantação das UMT nos municípios com a ampliação e formação das equipes de saúde e investimentos em ações de prevenção estruturais e de base comunitária, a partir de parcerias entre instituições governamentais e com o movimento social.

Referências

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Testagem e prevenção do HIV/AIDS na Baixada Fluminense: potencialidades e desafios. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IOC, 2017.

MONTEIRO et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: Uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência e Saúde Coletiva* [na internet] (2017/Set).

SEXO EM TEMPOS DE PREVENÇÃO RETROVIRAL

ESCOLHAS CONSCIENTES PEDEM MÉTODOS PERTINENTES: *BAREBACKING* E A PREVENÇÃO DO HIV

| WILSON NASCIMENTO ALMEIDA JUNIOR³⁵ |

³⁵ Psicólogo Clínico/ Hospitalar, Mestre em Ciências.



Introdução

No final do final dos anos 1990, grupos de pessoas estadunidenses tornam público que já não utilizam mais o preservativo em suas relações sexuais³⁶. Nesse momento, o não uso do preservativo refletia protestos contra os parcos avanços na cura da AIDS. Para referir o sexo desprotegido, foi tomado de empréstimo dos rodeios americanos o termo *barebacking* que ao pé da letra, significa montar no pêlo, sem sela, ou seja, sem apetrechos de segurança. Com o passar do tempo, o termo que no Brasil tem como equivalente “sexo no pêlo”, “sexo na pele”, “sexo sem látex”, passou a ser utilizado pela comunidade gay internacional para nomear o sexo anal sem o uso do preservativo³⁷.

A internet tem servido de refúgio e local comum para o encontro dos adeptos da prática, a busca de parceiros, compartilhamento de experiências e principalmente como meio de expressão do *barebacking* cuja principal matéria-prima é a pornografia.

Embora a prática já estivesse sido registrada no Brasil desde o início dos anos 2000, é a partir de 2015 que o *barebacking* se torna conhecido do grande público por intermédio de uma reportagem do programa Fantástico da rede Globo intitulada “Clube do Carimbo³⁸”. Dado o alto grau de exposição às Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV, o *barebacking* tem despertado preocupação aos equipamentos de saúde ao mesmo tempo em que constitui desafio à prevenção. Assim, o artigo propõe uma reflexão acerca do sexo sem preservativo em tempos de prevenção antirretroviral a partir de dados gerados por pesquisa³⁹ que teve como objetivo investigar o quê e como se fala da exposição ao HIV/AIDS no contexto do *barebacking*. A investigação aconteceu entre 2015/17 e teve duas fontes principais: de um lado, registros de um *blog* de *barebacking* baseado no Rio de Janeiro, utilizado dentre outros para divulgação de festas sexuais e pornografia; de outro, observações realizadas ao longo de mais de um ano em aplicativos de encontros gays como *Grindr* e *Hornet*, bem como em grupos de *Whatsapp*. Na pesquisa em si, porém, fez-se uso dos textos redigidos no já referido *blog* como fonte de dados.

³⁶ Dentre esses grupos destacavam-se atores pornográficos de filmes gays famosos na época.

³⁷ Utilizo no texto o termo sexo sem preservativo e não sexo sem proteção dado que em certos arranjos afetivo-eróticos o uso do preservativo pode ser dispensado, não significando que as pessoas estejam desprotegidas por exemplo: pessoas sob uso de PrEP, carga viral indetectável e arranjos tais como *serosorting*.

³⁸ A reportagem denunciava casos de homens que foram supostamente contaminados pelo HIV em festas sexuais por parceiros que utilizam preservativos com furos ou que foram rompidos durante o ato sexual sem observância/consentimento. Relatava-se a existência de “carimbadores”, ou seja, grupos de homens que se organizavam em *blogs* e sites da internet, onde ensinavam a romper o preservativo durante o sexo sem que o parceiro percebesse objetivando a contaminação pelo HIV. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/4037058/>. Acesso em agosto 2017.

³⁹ Palavras Dissidentes: a exposição ao HIV/AIDS no discurso de um *blog* de *barebacking* sex direcionado a homens que tem sexo com outros homens. Universidade Federal de São Paulo, dissertação de mestrado em Saúde coletiva.

“Ao avaliar os adeptos da prática de barebacking, observa-se que o envolvimento em práticas de risco é atravessado por uma série de fatores sociais. Quando entram em jogo as masculinidades – e são muitas –, a questão se reveste de novos matizes, uma vez que a exposição aos riscos constitui uma característica de certa masculinidade, ou ao menos é reforçada para certa masculinidade.”

Escolhas conscientes requerem ações pertinentes

Os estudos que se ocuparam do barebacking mostram que diferentes são os motivos envolvidos na prática o que se confirma na pesquisa realizada. Da disponibilidade de novos medicamentos, ao erotismo do sexo sem preservativo, passando pela não utilização do preservativo somente com parceiros fixos ou conhecidos, os sujeitos envolvidos no barebacking têm consciência dos contratempos envolvidos no sexo sem preservativo. Isso não significa dizer que a prática se fundamente na exposição ao HIV ou ISTs, embora tenha sido observado em menor escala alguns homens que relataram interesse em se contaminarem com o HIV. É importante ressaltar que em certos contextos a exemplo da prostituição viril, à exposição configura valorização da exposição ao perigo – sentido similar ao que se observa na prostituição das mulheres. Em ambos os casos, muitas vezes tal valorização se concretiza monetariamente: o sexo sem preservativo, nesse cenário, com frequência custa mais caro. O fragmento abaixo expressa bem essa relação:

“Eu adquiri o HIV meio que “sem querer”. Transava com os caras na pele mas no fundo não queria pegar HIV, sabe como é né? Até que virei michê... E a galera aqui acolá me pagava para fazer sexo sem, até que... Hoje a galera aqui em Fortaleza me paga para fazer esse lance do carimbo. Já devo ter leitado uns 10. Cobro só 250 pilas pra carimbar, mas é tudo muito restrito claro”.

No contexto investigado temos então além da consciência dos contratempos envolvidos no não uso do preservativo, também conhecimento acerca dos serviços de saúde para acesso a medidas como a PrEP por exemplo. Todavia no contexto investigado, as pessoas não fazem nada a partir dessas informações, – o que problematiza a ideia de que a questão medicamentosa de algum modo facilita o sexo desprotegido – sendo o HIV e as DSTs consequências.

Identificaram-se na pesquisa então, três dimensões fundamentais no sexo desprotegido: **a)** o “erotismo” gerado pela falta de meios de proteção – que eventualmente leva à prática, **b)** o sexo desprotegido entre parceiros fixos ou eventuais o que eu chamo de evento, e por fim **c)** aspectos ligados às masculinidades. Ao avaliar os adeptos da prática de *barebacking*, observa-se que o envolvimento em práticas de risco é atravessado por uma série de fatores sociais. Quando entram em jogo as masculinidades – e são muitas –, a questão se reveste de novos matizes, uma vez que a exposição aos riscos constitui uma característica de certa masculinidade, ou ao menos é reforçada para certa masculinidade.

Temos então, que ao lidar com uma população que se engaja em sexo desprotegido consciente dos riscos corridos, torna-se necessário pensar em técnicas de prevenção específicas para essa situação.

Quando do surgimento da prática do *barebacking*, acreditava-se que os adeptos de fato desejavam expor-se ao HIV. Tal percepção não chega a ser falsa, pois há quem de fato queira se expor ao máximo, o que torna interessante engajar-se em sexo com parceiros soropositivos. Contudo, não é uma realidade predominante, o que vai de encontro à noção de que o *barebacking* seja uma prática irresponsável. Aqueles que nele se engajam não só “sabem o que estão fazendo” como é possível que a exposição tenha para eles algum sentido.

Defendo então, estarmos diante em certa medida, de uma “escolha”, uma vez que as pessoas têm consciência do que estão fazendo e dos riscos que estão correndo. Indago então como pensar a prevenção nestes casos? Tendo em mente a tendência biomédica da prevenção o problema estaria resolvido. Porém, assim como não se pode impor o uso do preservativo, tampouco se pode obrigar ninguém a tomar um remédio. Nesse sentido, a única maneira possível é pensar em uma pedagogia da prevenção específica para esse público, apresentando-lhes as diferentes formas de prevenção com vistas a escolhas que reflitam necessidades e re-

“Nesse sentido, os aspectos sociais conferidos a experiência homossexual em nosso país, deve constituir ponto primordial na formulação das ações, sobretudo porque até mesmo à mera curiosidade de se manter uma relação homossexual é muitas vezes motivo para que as pessoas sofram violências.”

alidades individuais. Além de pensar em formas de prevenção para esse segmento, é preciso fazer com que as pessoas tomem conhecimento das opções existentes, sem contar a garantia de acesso a todos. Especialmente em se tratando dos homens que tem sexo com outros homens (HSH), é preciso lembrar que este universo envolve tramas peculiares que se não consideradas podem dificultar as ações e conseqüentemente o acesso aos insumos. Nesse sentido, os aspectos sociais conferidos a experiência homossexual em nosso país, deve constituir ponto primordial na formulação das ações, sobretudo porque até mesmo à mera curiosidade de se manter uma relação homossexual é muitas vezes motivo para que as pessoas sofram violências. Lembro que a violência dispensada às pessoas homossexuais abrange diferentes configurações sociais, inclusive institucionais o que justifica o afastamento de homens, mulheres, pessoas trans, travestis e qualquer pessoa dos serviços de saúde.

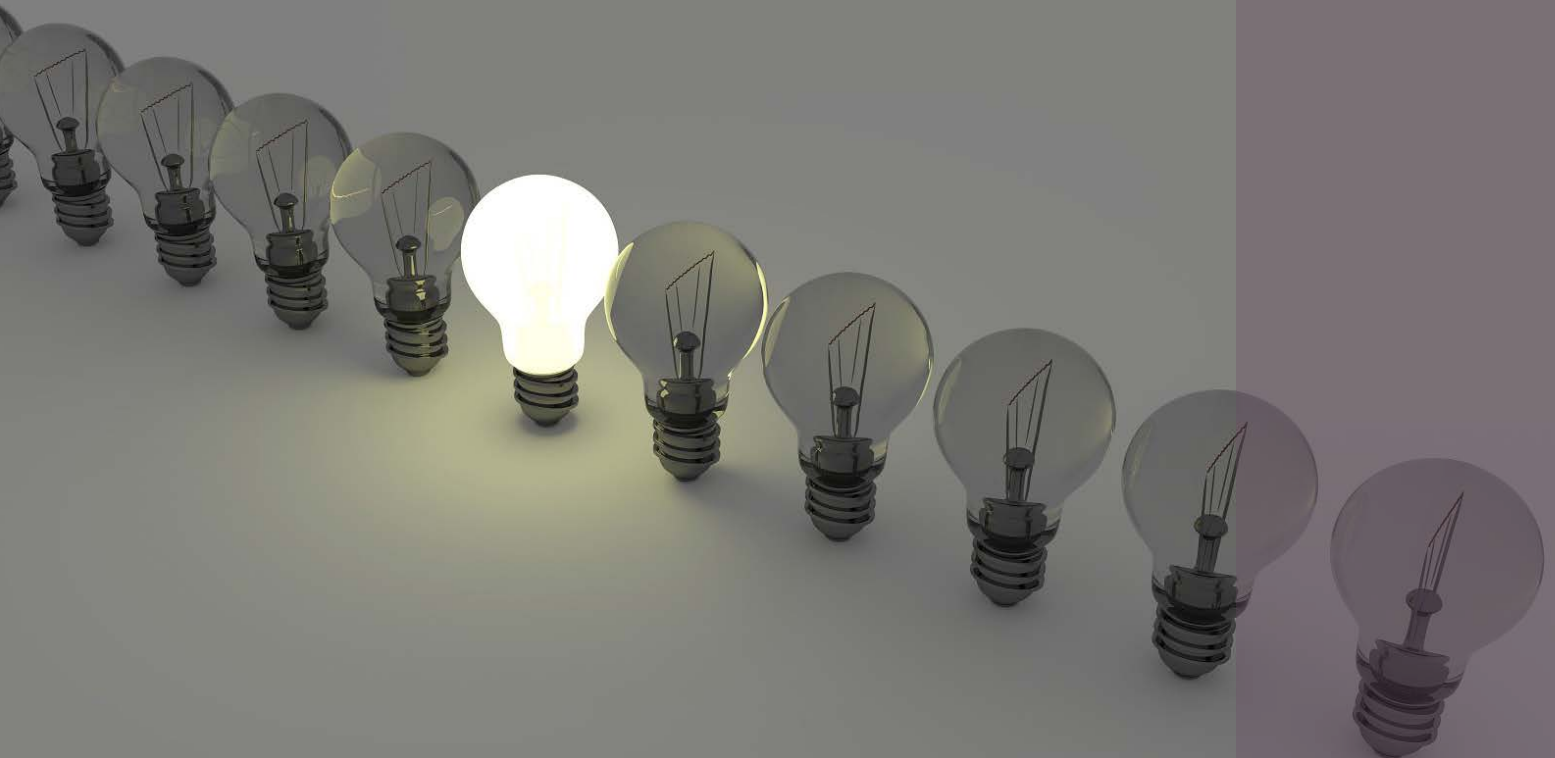
Para tanto, um caminho possível – e talvez único – seja atualmente, os próprios meios *online* já frequentado por tal público. Com efeito, uma vez que este adota uma linguagem e um erotismo muito específicos, a prevenção tem de ser pensada do mesmo modo em termos de uma linguagem e uma imagem específica para esse perfil. Acima de tudo, é imprescindível investir em mais pesquisa, objetivando entender os sentidos de que o *barebacking* se reveste.

De fato, apesar da atual ênfase na prevenção pela via medicamentosa, a dimensão pessoal das experiências não pode ser negligenciada. O investimento em estratégias de prevenção medicamentosa, sem um entendimento do sentido que a prática do sexo desprotegido tem para cada um, será em vão. Há que seguir investigando as experiências das pessoas, como elas entendem o sexo desprotegido, como o sexo acontece em suas vidas e o que elas entendem dessa questão.

A IMPLEMENTAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA LINHA DE FRENTE EM SAÚDE

| BRUNO SILVA KAUSS⁴⁰ |

⁴⁰ Bacharel em Direito. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2017). Pesquisador associado do “Projeto Combina!”, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.





Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, ou simplesmente PEP, foi ampliada em 2010, pelo Ministério da Saúde, para os casos de exposição sexual consensuais, ou seja, situações em que houve falha ou não uso de nenhum método de prevenção ao HIV (PCDT-PEP, 2015).

A partir da observação prévia da escassez de estudos acerca da implementação da PEP, este artigo faz um exame de da atuação dos profissionais de saúde a respeito dessa tecnologia, no contexto das análises de implementação de políticas públicas. Estas têm por objeto o conjunto de ações de agentes públicos ou privados, na consecução de objetivos definidos no processo de formulação das políticas públicas (LIPSKY, 1980; WILSON, 1989; HILL & HUPE, 2010). Para tanto, não basta considerar exclusivamente o plano normativo, na suposição de que este se realizará conforme foi pensado para a política; é preciso examinar a implementação e averiguar a efetividade do que foi construído no processo de formulação. Por isso, os autores de referência, aqui, atuam, majoritariamente, com a literatura de “burocracia de nível de rua” ou dos “trabalhadores da linha de frente em saúde” (LIPSKY, 1980; LOTTA, 2012; LIMA & D’ASCENZI, 2013; AGARWAL et al., 2015).

A pesquisa⁴¹ que fundamenta este artigo foi de cunho qualitativo, compreendendo entrevistas em profundidade e observações de cunho etnográfico; o universo empírico foi o SAE e o CTA do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC), conhecido como “Postão da Cruzeiro”. O “Postão”, que congrega diversas especialidades, entre elas a assistência em HIV/AIDS, localiza-se no bairro de Santa Teresa, região da capital gaúcha atravessada por várias questões sociais e diferentes vulnerabilidades. Em cerca de oito meses de campo, entre agosto de 2015 e março de 2016, foram entrevistados quinze profissionais (alguns deles, residentes), com formação acadêmica em medicina, enfermagem, farmácia, serviço social, psicologia e administração.

Os pontos centrais de discussão aqui são: (i) as ressalvas à PEP, devidas ao desconhecimento do Protocolo de PEP e protocolos e o temor da banalização de seu uso; (ii) a produção do “sujeito reincidente” e da culpabilização, construídas em torno da percepção de uso reiterado da PEP, ignorando o contexto dos sujeitos; (iii) concentração das tarefas em poucos profissionais de saúde; (iv) ausência ou não-efetividade de capacitação sobre PEP; (v) percepção de que a PEP não constitui uma emergência médica. (vi) o acesso à PEP como um direito

O “Postão da Cruzeiro”, SAE (fundado em 1995) e CTA (fundado em 1994) são dois serviços fisicamente separados, que se encontram no mesmo andar, mas em áreas diferentes. Embora, em 2012, ambos tenham sido reunidos em uma única

⁴¹ Este trabalho apresenta parte dos resultados de pesquisa de Mestrado em Políticas Públicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), concluído em 2017, que tratou da implementação da PEP pelos trabalhadores da linha de frente do serviço público de Porto Alegre (RS), com foco especialmente nos profissionais de saúde.



gerência, seguem funcionando como se fossem dois serviços distintos, com regras organizacionais próprias. Uma constatação inicial do estudo foi o desconhecimento do Protocolo de PEP (PCDT-PEP, 2015) por parte da maioria dos membros da equipe, com exceção daqueles envolvidos diretamente na avaliação de risco e na avaliação clínica dos usuários em situação de exposição ao HIV. A falta de domínio do plano normativo por parte dos demais era evidenciada quando estes eram indagados a respeito, ainda que afirmassem ter conhecimento da tecnologia.

A maior parte dos profissionais reconhecia a importância da PEP, mas com ressalvas. Alguns temiam o que percebiam ser uma ênfase excessiva nas novas tecnologias, em detrimento de outras estratégias de prevenção. De fato, um receio recorrente era que a banalização da prevenção antirretroviral levasse ao total abandono dos preservativos masculinos, bem como de outras respostas de cunho político, social e comportamental. Nas palavras de um dos profissionais que participaram da pesquisa:

[A PEP] É válido, porque acidentes acontecem mesmo. Mas, às vezes, tu vê que tem pessoas que repetem. Vêm mais de uma vez. Ah, já vem duas, três, quatro vezes. Então tu vê que as pessoas mesmo sabendo do risco, elas correm o risco, sabe? E vai chegar uma hora que pode ser que não dê certo, né? Ela começa a tomar a medicação, a tomar a medicação e vai que uma hora não funcione? (Profissional de Farmácia, entrevista em agosto de 2015.)

A partir dessa ideia de repetição – do sujeito que retorna várias vezes em busca da PEP – produzia-se a noção de sujeito “reincidente”:

O que a gente vê [...] é que tem gente que vem várias vezes. O sujeito que é reincidente. Isso aí é que a gente vê muito, né [...]. É o papo do: “Fulano! Tu aqui de novo!”. (Profissional de Medicina, entrevista em agosto de 2015.)

Face a essa percepção de “reincidência”, eram corriqueiros questionamentos expressando um julgamento imediato do usuário que, por sua vez, gerava certa culpabilização, no sentido de que a “reincidência” se devia à negligência e à falta de cuidado de si.

O desconhecimento do Protocolo de PEP e a produção das noções êmicas a respeito do uso da estratégia pelos usuários foram indicativos da não realização de capacitação sobre o Protocolo de PEP. Tal hipótese foi confirmada pelos pro-

“À época da coleta de dados, as atividades relacionadas à PEP estavam concentradas exclusivamente nas mãos dos profissionais de enfermagem do SAE; nenhum dos demais profissionais se dedicava à implementação dessa tecnologia.”

fissionais entrevistados, os quais relataram não ter recebido capacitação ou outro tipo de ação pedagógica sobre o plano normativo. Ainda que alguma ação desse tipo tivesse sido realizada, observa-se que o desconhecimento dos profissionais em relação ao protocolo, sinaliza para ausência de efetividade de tal ação.

O SAE e o CTA são dois serviços fisicamente separados, reunidos em uma única gerência desde 2012. No entanto, seguiam funcionando como se fossem dois serviços distintos, com regras organizacionais próprias. À época da coleta de dados, as atividades relacionadas à PEP estavam concentradas exclusivamente nas mãos dos profissionais de enfermagem do SAE; nenhum dos demais profissionais se dedicava à implementação dessa tecnologia. Ao ingressar no serviço, o usuário era encaminhado para um profissional de enfermagem, responsável pela avaliação de risco, pela avaliação clínica e pela indicação da medicação para o profissional médico, que se encarregava da prescrição em si.

À época da coleta de dados, as atividades relacionadas à PEP estavam concentradas exclusivamente nas mãos dos profissionais de enfermagem do SAE; nenhum dos demais profissionais se dedicava à implementação dessa tecnologia. Entre as justificativas mais comuns para a recusa de atendimento estavam a “agenda cheia”, a sobrecarga do serviço e a escassez de profissionais. Sobretudo, porém, prepondera ainda a tese de que exposição sexual não é doença e, portanto, não é preciso atender como urgência.

Porque a gente tem agenda cheia, né. O serviço tá enforcado, né. [...] Nós, em Porto Alegre, temos o maior índice de mortalidade, né. E uma das coisas é porque não tem gente pra atender, né. Então a gente dá preferência, eu [Profissional de Medicina], de atender o paciente, e aí a exposição sexual, né, não é uma doença, né. É uma situação de risco, né, e uma intervenção, assim, então, que a gente costuma não ter tempo. [...] porque não tem profissional nem pra atender os doentes, né. Então é falta de gente mesmo, né. (Profissional de Medicina, entrevista em agosto de 2015).

Ademais, constatou-se que os profissionais entrevistados percebiam que os seus pares não reconheciam o caráter de urgência médica no atendimento de usuários em situação de exposição sexual. Embora o “Postão” dispusesse de serviço de emergência, seus profissionais, em geral, se recusavam a atender usuários em situação de exposição, encaminhando-os ao SAE.

Aí as emergências começaram tipo assim: é violência, atende; não é, não atende, deixa pra ir no outro dia, né? Deu bem assim: tá, foi estupro, foi isso, aquilo, atende, né. Se não, ah tá, então tu vai lá no outro dia que não precisa atender, porque tipo assim: “ah, fez, agora, né, ‘te rala! [...]” (Profissional de Medicina, entrevista em agosto de 2015).

Observavam-se, ainda, situações em que à avaliação de risco não correspondia indicação de uso da PEP; ainda assim, por medo e ansiedade, o usuário pressionava o profissional a prescrevê-la mesmo sem indicação – o que pode ser interpretado como respeito à autonomia do sujeito e ao usufruto da estratégia como um direito. Esse ponto ganha relevância com o lançamento da PrEP, visto que os profissionais vão se deparar com usuários sem indicação para seu uso e terão de lidar com a tensão gerada pelo desejo destes de utilizá-la mesmo assim.

Com relação aos desafios à implementação, ficam as palavras de uma profissional do serviço:

Então, assim, eu acho que os gestores deveriam já estar presentes, vendo o aumento dessa demanda e já estarem prevendo a capacitação da rede para absorver essa demanda, preparação, capacitação, de fazer uma projeção, isso tem a ver com gestão, né. Porque não é uma coisa louca, ah, uma coisa do serviço, isso é uma coisa que vem do Ministério, uma coisa nacional, né, e que tem que estar prevista. Acho que não está dessa forma ainda, pelo menos eu não ouvi falar nada nesse sentido, de que, bom, vamos preparar a Atenção Básica, né. Acho que isso está muito incipiente, né. (Profissional de Serviço Social, entrevista em agosto de 2015).

Com isso, conclui-se que o processo de implementação não é neutro. Por mais elaborado que seja o plano normativo, os profissionais de linha de frente agem, interagem, modificam as estratégias pensadas; com efeito, para além da execução técnica, há uma execução simbólica envolvendo conflitos, percepções e valores. No cenário de incorporação da PrEP, é preciso atentar para o cotidiano dos serviços e, principalmente, aqueles que traduzem normas e objetivos relacionados às políticas públicas.

Referências

AGARWAL, Smisha et al.. Evidence on feasibility and effective use of Health strategies by frontline health workers in developing countries: systematic review. *Trop Med Int Health*, n. 20(8), p. 1003-1014, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (PCDT-PEP). 2015. Disponível em: < <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

LOTTA, Gabriela S. O Papel das Burocracias do Nível de Rua na Implementação de Políticas Públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: *Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática*. Org. Carlos A. P. de Faria. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 406 p., 2012.

LIPSKY, M., *Street-Level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, 1980.

SEXO EM TEMPOS DE PREVENÇÃO ANTIRRETROVIRAL

| MARIA AMÉLIA VERAS⁴² |

⁴² Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde LGBT (NUDHES).

DISQUE SAÚDE
136
www.saude.gov.br

AIDS.
ESCOLHA
SUA FORMA
DE PREVENÇÃO.



#EuMePrevinoAssim

hiv.aids.ms

minsaude

MinSaudeBR

Camisinha masculina e feminina, testagem de HIV, medicação pós-exposição (PEP), exames de HIV no pré-natal e até mesmo tratamento para evitar a transmissão e a doença. Para todo momento ou situação que você viver existe uma forma de se prevenir da aids. Ora uma, ora outra. Combine e recombine os métodos. Só não abra mão da prevenção.

Informe-se em: www.aids.gov.br

Este artigo congrega reflexões derivadas de um conjunto de estudos realizados pelo NUDHES (Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde LGBT), coordenado pela autora.⁴³ Os dois primeiros, “Sampa Centro” (restrito à cidade de São Paulo e coordenado pelo NUDHES) e “Me convida que eu vou” (de âmbito nacional, coordenado por Ligia Kerr), foram conduzidos junto à população HSH. Os outros três (“Muriel”, “Pesquisa Divas” e o “Projeto Coorte TransNacional”) envolvem a população transexual. A “Pesquisa Divas” integra a mesma iniciativa do Ministério da Saúde que conduziu estudos utilizando a metodologia RDS em doze capitais brasileiras: esta segunda rodada de estudos (uma primeira foi realizada em 2009) inclui estudos com profissionais de sexo, HSH e, pela primeira vez, travestis e transexuais femininas, e seus resultados ainda não se encontram publicados. O “Projeto TransNacional” é um estudo internacional que está sendo realizado simultaneamente em São Francisco, Califórnia e em São Paulo, e que será também realizado em Nanjin, China, na capital da Namíbia e, provavelmente, no Vietnã e em Portugal. O estudo tem dentre os seus objetivos estimar a incidência de infecção pelo HIV e o impacto dos eventos de transição social e biomédica na incidência de HIV, comportamentos preventivos, e outros resultados de saúde importantes.

No que diz respeito à população de pessoas transexuais os estudos realizados pelo grupo não tem se restringido à análise das questões relativas ao HIV, ao contrário, a proposta é analisar um conjunto de fatores concernentes ao acesso a direitos e serviços, a violação de direitos, à inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, na escola e outras instituições relevantes. É nesse contexto que o HIV (e outras ISTs) são “reveladores” de desigualdades estruturais. Os estudos também analisam os comportamentos associados⁴⁴ à infecção pelo HIV e investigam-se as “novas” tecnologias de prevenção, isto é, o conhecimento, acesso e a utilização de PrEP e PEP. Do mesmo modo, procura-se compreender como essas comunidades têm se organizado e como tem sido o processo de visibilidade e apoio social.

Os marcos teóricos utilizados são os referenciais da vulnerabilidade, muito utilizado no Brasil e útil para trabalhar tanto o contexto quanto as questões do nível individual. Sobretudo com a população de pessoas transexuais, tem-se lançado mão também da teoria de afirmação de gênero, que busca identificar a lacuna entre as necessidades de afirmação de gênero e o atendimento às mesmas, bem como as repercussões sobre a saúde das pessoas quando estas não são atendidas: quanto maior a lacuna, maiores seriam os desfechos negativos de saúde. Este referencial tem se mostrado muito apropriado ao contexto brasileiro. Emprega-se ainda o referencial dos direitos humanos e saúde, para não só construir os instrumentos, mas também orientar a análise e a interpretação dos dados.

⁴³ O NUDHES reúne um grande número de pesquisadores. A autora agradece a todos os seus integrantes; aos e às participantes; e ao CRT DST/AIDS, parceiro institucional do conjunto das pesquisas que propicia as condições para que elas se materializem. Para maiores informações: www.nudhes.com

⁴⁴ Em relação a HSH especificamente, um estudo nacional anterior de atualização dos dados de prevalência de infecção foi mais vinculado a fatores associados à infecção por HIV, tendo também investigado sífilis e hepatites B e C.

AIDS.
ESCOLHA
SUA FORMA
DE PREVENÇÃO

“Uma parcela grande dos respondentes mencionava o uso do preservativo, que, junto com o gel lubrificante, constituiu o método mais citado. Isso não significa que eles afirmassem fazer uso do preservativo em todas as relações; pelo contrário, havia variações consideráveis em termos de frequência, uso, tipo de parceiro, entre outras categorias.”

Os dados disponíveis de infecção por HIV, um marcador biológico bem claro, são úteis para entender o que está acontecendo com o “sexo”. Em 2016, o estudo RDS⁴⁵ entre HSHs apresentou uma prevalência de infecção por HIV de 24,8% (STUDY *et al*, 2018) em São Paulo (dados ainda não haviam sido publicados no momento do seminário). Em 2011/2012, o estudo “Sampa Centro” havia revelado uma prevalência de infecção de 15% (VERAS *et al*, 2015). Portanto, em São Paulo, capital, entre os anos de 2011/2012 e 2016, verificou-se um aumento importante da prevalência de infecção por HIV. Em que pesem as limitações e problemas de comparar estudos de abordagens metodológicas e períodos distintos, o fato dos estudos não serem representativos da população de HSH não reduz sua importância, nem a necessidade de reflexão a respeito.

O Projeto Muriel, primeiro estudo conduzido pelo NUDHES com a população de travestis e transexuais masculinos e femininos (embora a amostra final de homens trans fosse pequena), foi realizado em sete municípios do estado de São Paulo. Não foram realizados testes, mas a prevalência auto referida de infecção por HIV foi de 26%, em uma amostra de quase setecentas pessoas (673). Em 2017, sob coordenação de Monica Malta e Francisco Inácio Bastos (Fiocruz/Rio de Janeiro), o estudo denominado Divas, que também utilizou RDS, em São Paulo encontrou uma prevalência de 35% de infecção por HIV na população de travestis e mulheres transexuais. São dados alarmantes, que reforçam a vulnerabilidade e a importância de atentar para essa população.

O “Sampa Centro”, de 2011, perguntou aos HSH participantes como se protegiam de infecções sexualmente transmissíveis, e os resultados indicam o que essa população está fazendo ou pensando acerca de prevenção.⁴⁶ Uma parcela grande dos respondentes mencionava o uso do preservativo, que, junto com o gel lubrificante, constituiu o método mais citado. Isso não significa que eles afirmassem fazer

⁴⁵ O estudo RDS utiliza redes de relações sociais: os participantes recrutam membros de seu círculo de relações para que os pesquisadores possam construir um mapa, em que cada pessoa distribui convites e recruta pares, constituindo cadeias – o que permite vislumbrar concentrações mostrando quem se relaciona e está em círculos em que a prevalência da infecção é muito maior.

⁴⁶ As alternativas foram codificadas posteriormente, a partir da resposta espontânea dos 1.217 respondentes, HSH de alta escolaridade entrevistados no centro de São Paulo.

uso do preservativo em todas as relações; pelo contrário, havia variações consideráveis em termos de frequência, uso, tipo de parceiro, entre outras categorias. Por outro lado, identificou-se uma série de outras estratégias que não fazem parte de nenhum cardápio oficial, como “ser fiel”, “selecionar bem os parceiros”, “optar por práticas de menor risco” (o que implica em um conhecimento associado ao *status* de infecção), bem como, em números muito pequenos, o uso de PrEP e PEP.⁴⁷

No mesmo estudo, entre as razões citadas para não se testar para HIV, aquelas que fazem referência a “medo” preponderaram. O “medo” continua sendo uma barreira para a testagem e busca de tecnologias de prevenção.

Em São Paulo em 2016, embora os números não sejam definitivos e as análises se encontrem em andamento, podemos destacar algumas características do comportamento sexual dos participantes: alto percentual de respondentes que referem praticar sexo anal desprotegido, seja ele insertivo ou receptivo; outra é a “última relação sem camisinha”, entendida como um indicador de que de fato não se está usando, que chega a quase 40% da amostra. O indicador “sexo desprotegido” vem aumentando em relação a pesquisas anteriores.

Do mesmo modo, é muito maior a visibilidade da condição de homossexualidade e travestilidade, mas em contextos de muita violência. Não é possível afirmar se a violência cresceu na medida em que cresceu a visibilidade; todavia, a quase totalidade dos *gays* entrevistados, tanto os mais jovens quanto os mais velhos, já tornaram pública a sua orientação sexual muito precocemente. Os dados mais recentes de estudo do grupo indicam um menor número de HSH que inicia sua vida sexual com mulheres, comparado com os dados captados cinco ou seis anos atrás.

Um levantamento informal feito em novembro de 2017, por participantes do NUDHES, em um dos mais populares aplicativos para encontrar parceiros sexuais⁴⁸ revelou, propostas de *barebacking*, oferta de drogas como cocaína,⁴⁹ propaganda de

⁴⁷ Em 2011, o nível de conhecimento acerca dessas tecnologias não era muito maior do que o percentual de pessoas que afirmavam utilizá-las.

⁴⁸ Vem se constatando a alta conectividade, por meio dos aplicativos, entre os HSHs – dado que ainda não é válido para a população trans, que faz uso do aplicativo em percentuais muito inferiores.

⁴⁹ Embora não tenha sido ainda adequadamente captada pelas pesquisas, a ampliação do uso explícito de drogas nos clubes e locais de encontros *gays* é cada vez mais notória. Em São Paulo, substâncias como a cocaína e drogas sintéticas viraram uma febre – levando, nos principais clubes da cidade, a casos de convulsões e quedas na pista com frequência crescente.

“Estamos na era da prevenção combinada, que considera a diversidade de necessidades, e que deveria operar em múltiplos níveis: na comunidade, na sociedade, buscando engajamento e lidando com o contexto, fazendo uso de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. “

garotos de programa que aceitavam pagamento em cartão. Ou seja, o sexo, na era da prevenção medicalizada – está ao “alcance da mão”, o que parece configurar uma significativa mudança nos padrões.

Os dados dos estudos revelam o que poderia ser uma menor percepção de risco de ser infectado pelo HIV. Claramente, o HIV/AIDS não fazem parte do discurso. Apesar da ausência do HIV/AIDS no discurso, porém, os dados revelam que o medo continua presente. A revelação dos testes positivos no âmbito das pesquisas é sempre tensa, às vezes dramática, tanto no caso dos que ainda não conheciam o seu diagnóstico, mas também de grande parte dos que já sabiam, sugerindo que estes nutriam alguma esperança de que o diagnóstico não se confirmasse. Esta cena é antiga, conhecida de todos os que atuam nesse campo, segue fazendo parte desse contexto.

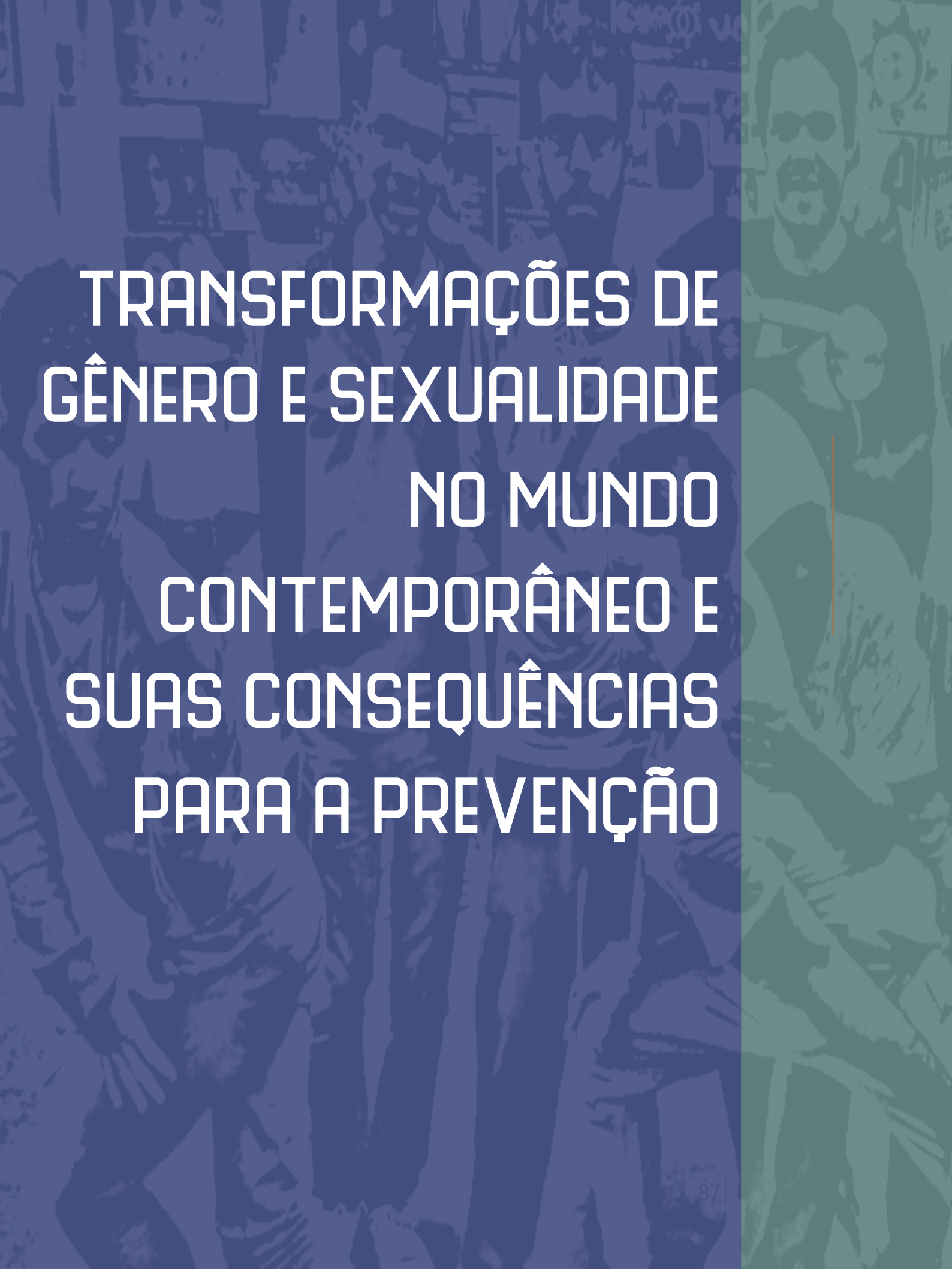
Estamos na era da prevenção combinada, que considera a diversidade de necessidades, e que deveria operar em múltiplos níveis: na comunidade, na sociedade, buscando engajamento e lidando com o contexto, fazendo uso de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. Em todos os textos de referência as intervenções estruturais fazem parte, porque está provado que sem intervenções estruturais não há tecnologia biomédica ou não biomédica que resolva. Neste Brasil de hoje, parece que esquecemos. Para onde estamos indo?

Referências

STUDY, O., KERR, L., KENDALL, C., MOTA, R.S., BRITO, A.M. de, MERCHAN-HAMANN, E, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. 2018;0 (April).

VERAS, M.A.S.M., Calazans, G.J., RIBEIRO, M.C.S.R., OLIVEIRA C.A.F, GIOVANETTI, M.R., FACCHINI, R. et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. AIDS Behav. 2015;19(9):1589–98.





**TRANSFORMAÇÕES DE
GÊNERO E SEXUALIDADE
NO MUNDO
CONTEMPORÂNEO E
SUAS CONSEQUÊNCIAS
PARA A PREVENÇÃO**

NECESSIDADES E BARREIRAS PARA O ACESSO AOS CUIDADOS RELATIVOS AO HIV DE PESSOAS TRANS NO BRASIL

| ANGELO BRANDELLI COSTA⁵⁰ |

⁵⁰ Professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenador do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais, membro do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX/ UFRGS).



Este artigo parte da constatação da elevada prevalência em HIV em mulheres trans e travestis – prevalência que, no Brasil, chega a 33%, segundo meta-análise publicada em 2013 (BARAL et al, 2013) que inaugurou a discussão mundial acerca da necessidade de se olhar com maior atenção para essa população específica. Com efeito, estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (COSTA et al, 2015), revelou uma prevalência de 25% em HIV entre mulheres trans que buscam esse serviço – número que, quando comparado aos dados brasileiros de 2013 relativos à população em geral, HSH e mulheres com histórico de trabalho sexual, evidencia a discrepância existente entre esses grupos e a população trans. Constatou-se ainda a falta de relação significativa entre prevalência e ano de ingresso no programa de cirurgia de afirmação de gênero; isto é, desde 1998, quando o programa foi fundado, até 2013, a prevalência permaneceu em torno de 25%, o que mostra a falência ou as dificuldades de implementação de estratégias de prevenção voltadas para essa população.

Tomando como objetivo investigar acessos e barreiras relacionados aos cuidados do HIV em pessoas trans e com outras identidades de gênero no Rio Grande do Sul e São Paulo, a pesquisa que fundamentou este artigo⁵¹ estruturou-se em torno de um questionário. Esse instrumento foi todo baseado na interface com as comunidades trans, em especial as do Rio Grande do Sul.⁵² Trata-se de um instrumento, com mais de dez seções, que incluem aspectos de saúde, hormônios, cirurgias, ISTs, saúde sexual, renda, entre outros. A partir das categorias êmicas reportadas pelos participantes (“mulher trans (sexual)”; “mulher”; “travesti”; “homem trans (sexual)”; “homem”), empreendeu-se uma categorização baseada, em grande parte, no acesso aos procedimentos de afirmação de gênero, um dos focos do estudo.

A amostra total somou 710 pessoas trans e com outras identidades de gênero; o critério de inclusão era reportar um sexo designado no nascimento diferente da identidade de gênero atual. Os participantes apresentaram uma média de idade de 26 anos; a maioria se declarou branca; 20% se declararam com ensino superior e 5%, com pós-graduação – percentuais muito mais altos que a prevalência nacional. Tão elevada escolaridade da amostra torna ainda mais alarmantes os resultados encontrados.

Tais dados devem ser situados no contexto de violência em relação a pessoas trans no Brasil, primeiro país em números absolutos e quarto em números relativos de homicídios de pessoas trans. Este artigo vem inserir-se, portanto, na interface entre tão elevada soroprevalência e o alto grau de violência, preconceito e

⁵¹ Este artigo apresenta um recorte dos dados da pesquisa de doutorado em Psicologia do autor, concluído em 2015 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Parte dos resultados foi publicada em dois artigos (COSTA et al, 2016; COSTA et al, 2018); um terceiro tem publicação prevista em breve.

⁵² A princípio, o levantamento se restringiria aos hospitais que acolhem as pessoas para as cirurgias de afirmação de gênero, o que estabeleceria um recorte específico; todavia, acabou se ampliando para uma coleta *online*. Baseou-se em um estudo canadense chamado *TransPULSE Project*, com cuja responsável, Greta Bauer, os pesquisadores brasileiros estabeleceram uma parceria. Tanto no Canadá quanto no Brasil, o estudo foi informado pela comunidade, isto é, construído a partir dos dados encontrados pelas próprias comunidades trans investigadas, que, a partir da parte qualitativa do estudo, levantaram as necessidades a serem avaliadas.

“72,7% das mulheres trans/travestis, 50,6% dos homens trans e 52% das pessoas com outras identidades de gênero relataram já haver se testado para HIV em algum momento da vida – dos quais quase 50% haviam se testado nos últimos seis meses. Em comparação, a PCAP aponta uma frequência nacional de acesso à testagem de 36,5%, com 38,4% tendo se testado nos últimos seis meses. “

discriminação institucional a que essa população se encontra sujeita no Brasil. Com efeito, da amostra supradescrita 86,8% declararam já haver enfrentado alguma forma de violência, tais como assédios físicos (67%), verbais (41,3%) e sexuais (40,4%), ameaças silenciosas (20,2%), violência física (19,6%), violência sexual (12,1%) – em episódios ocorridos, em sua maior parte, na rua (79,4%), em contexto educacional (53,3%), em casa (35%) e no trabalho (27,4%). Entretanto, apenas 10,2% denunciaram a violência sofrida.

Dos motivos relatados para não se testar para HIV (os participantes podiam assinalar mais de um), a alegação de que o respondente sempre teria feito sexo seguro, o que eliminaria a necessidade de teste, foi a mais prevalente (24,93%) – seguida, em ordem decrescente, de “não acredito estar em risco”; “sempre usei agulhas descartáveis”; “tinha medo de ser HIV positiva/o”; “não acho importante me testar”; “não fiz sexo recentemente”; “não sei onde me testar anonimamente”; outras razões; “os locais de testagem que conheço são insensíveis comigo”; “não quero que saibam que me teste”; “não quero que minha/meu parceira/o saiba que me teste”.

Por outro lado, 72,7% das mulheres trans/travestis, 50,6% dos homens trans e 52% das pessoas com outras identidades de gênero relataram já haver se testado para HIV em algum momento da vida – dos quais quase 50% haviam se testado nos últimos seis meses. Em comparação, a PCAP aponta uma frequência nacional de acesso à testagem de 36,5%, com 38,4% tendo se testado nos últimos seis meses. Portanto, na população trans, a frequência de testagem é muito mais elevada que na população em geral – e, entre as mulheres trans, o grupo mais estudado, diversos estudos (BUSTAMANT et al, 2015; LEE et al, 2015; PINHEIRO Junior et al, 2015; OLDENBURG et al, 2016) confirmam a frequência ainda mais alta, chegando

a 90,4% na Indonésia (PRABAWANTI et al, 2015) e 97,6% em Portugal (GAMA et al, 2017).

Dos motivos para testagem, o mais prevalente foi que a mesma fazia parte de *checkup* de rotina, hospitalização ou cirurgia – seguido de “queria saber se era soropositiva/o”; “senti que me expus em uma relação”; sem motivo específico; “alguém me aconselhou a me testar”; “tive receio de transmitir o HIV”; “fiz sexo com alguém que suspeitei ser HIV-positiva/o”; “me senti doente”; outro; “fui abusada/o sexualmente”; “senti que me expus no trabalho”; “fiz sexo com alguém que eu sabia ser HIV-positiva/o”; “não sei”; “compartilhei seringas”. Sublinhe-se que o aconselhamento específico para testagem não é a razão mais frequente.

Em relação à cascata de cuidado, das pessoas trans soropositivas 92,32% estavam vinculadas ao serviço; dessas, 82,05% encontravam-se em terapia antirretroviral – novamente, porcentagens muito superiores às da população brasileira em geral, que parecem colocar em questão a centralidade das novas estratégias centradas sobretudo em “testar e tratar” para a população trans. Por outro lado, sendo o levantamento de dados datado de 2015, quando ainda não existia PrEP, a PEP era desconhecida de 68,6% dos respondentes.

Por fim, 66,1% dos respondentes reportaram um histórico de trabalho sexual visando à sobrevivência e ao pagamento das contas – sendo esse percentual de 40,8% no caso das mulheres trans, 5,8% no dos homens trans e 12,1% entre pessoas com outras identidades de gênero.

A partir desses dados, pode-se destacar algumas questões para debate e reflexão: as pessoas trans, especialmente mulheres trans e travestis, constituem uma população altamente testada; a testagem nem sempre é motivada pela “vulnerabilidade”, podendo ocorrer em contextos totalmente diversos, tais como um *checkup* de rotina – não em função de um entendimento de que essas pessoas necessitam

“Como, então, trabalhar a prevenção junto à população trans, com um olhar voltado especificamente para as questões de diversidade sexual e de gênero – em um contexto em que não se pode falar em sexualidade e gênero na saúde nem na educação, face à onda de retrocessos e conservadorismo político que vem recrudescendo no Brasil?”

de um acesso específico (por parte dos profissionais de saúde, por exemplo), levando em conta sua vulnerabilidade para o contexto da epidemia.

Quais seriam, então, os limites para “testar e tratar” – considerando-se que a população trans apresenta uma altíssima prevalência de HIV, se testa (ou é testada) de maneira frequente, já está vinculada ao serviço e com acesso ao TARV? Insistir somente nessa estratégia – sem levar em conta o contexto de vulnerabilidade do ponto de vista da violência estrutural, especialmente da falta de acesso à renda e educação, e da precarização do trabalho sexual motivado pela sobrevivência – dificultará o entendimento das questões específicas que contribuem para tão elevada prevalência. A testagem por si só não é suficiente; é necessário investir em outras estratégias de prevenção.

Como, então, trabalhar a prevenção junto à população trans, com um olhar voltado especificamente para as questões de diversidade sexual e de gênero – em um contexto em que não se pode falar em sexualidade e gênero na saúde nem na educação, face à onda de retrocessos e conservadorismo político que vem recrudescendo no Brasil? Pode ser relevante examinar esses dados à luz do que Pelúcio (2007) chamou de “cidadania” e processo de “cidadanização”, nos quais a população trans, e especialmente mulheres trans e travestis, são subjetivadas na lógica do HIV/AIDS – tal como evidencia sua alta frequência de testagem. Entretanto, fica a pergunta: como mover a atual lógica das políticas de prevenção centradas na testagem e tratamento, na retórica dessexualizada da biomedicina, em direção a outra pautada pela garantia de direitos fundamentais como o direito a saúde, a identidade, a não-discriminação e a dignidade?



A INVISIBILIDADE E A AUSÊNCIA DE RESPOSTAS EFETIVAS À GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS

| BRUNA BENEVIDES⁵³ |

⁵³ Presidenta do Conselho LGBT de Niterói, Membro da Diretoria da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) e do Fórum Estadual de Travestis e Transexuais-RJ.



Levantamento feito pela ANTRA dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil revelou 179 assassinatos em 2017 – 25% a mais que em 2016. O enfrentamento à violência (física, psicológica, simbólica e institucional) é um dos principais fatores e bandeiras de luta do movimento trans – que nasceu no Rio de Janeiro em 1993, sobretudo, em reação a ela. Mas foi a partir do movimento de HIV/AIDS que a população trans conseguiu se organizar, identificar uma cidadania perdida, embora ainda precária naquele momento, e passou a colocar sua voz e ocupar espaços para pautar suas necessidades de sobrevivência e na luta contra a epidemia do HIV.

Face à baixíssima estimativa de vida dessa população (até pouco tempo, era 35 anos; agora já se fala em 27) e o quanto a prevalência aumentou, constata-se a falta de avanços, de fato, no atendimento às populações tidas como chaves. Como combater a infecção, se o atendimento nos serviços de saúde ainda se pauta em preconceitos arraigados contra nossa população, pautados em estigmas e na transfobia? Como ajudar as pessoas no combate ao HIV, se a maioria delas não tem dinheiro de passagem para ir ao posto de saúde? E quando chegam não tem o medicamento pela crise do estado e falta de investimento do estado – que foi congelado por 20 anos?

É necessário incluir o combate às vulnerabilidades e o contexto em que nossa população está inserida para pensarmos em saídas eficazes que possam barrar o avanço da epidemia e diminuir a prevalência em nossa população que já se estima em algo acima de 40%. Somos prioridade para pesquisa, mas não somos prioritárias para as campanhas e apoio institucional. As campanhas, quando acontecem, se dão majoritariamente no carnaval e *in loco*; sem um direcionamento para as populações-chave, logo, as informações não chegam na ponta. Cabe ao movimento social fazer esse trabalho, assumindo a responsabilidade de levar informação à nossa população – missão cada vez mais difícil nestes tempos pós-golpe, de crescente esvaziamento de recursos.

De fato, em vários espaços, vê-se um esvaziamento do acesso ao tratamento; não são raras as denúncias de pessoas que não estão conseguindo receber a medicação, que, apesar da prevalência altíssima, não chega na ponta. Estamos assistindo ao desmonte das políticas sociais que vinham sendo conquistadas, inclusive de saúde. Recentemente, por meio de uma manobra, cortaram a verba destinada ao processo transexualizador, que já não recebe novos usuários no Rio de Janeiro desde 2011. É muito provável que, em médio ou curto prazo, os serviços ligados ao processo transexualizador, na prática, deixem de existir. Não derrubam a portaria,



“Quem se prostitui, ao buscar o posto de saúde, tende a evitar a região de sua residência. Contudo, muitas vezes seu endereço obriga a pessoa a ser atendida no posto mais próximo. Quem está no movimento social tenta fazer arranjos, acordos, de modo a obter comprovantes de residência que permitam a quem se prostitui acessar o serviço de saúde próximo de seu local de trabalho.”

porque isso causaria um confronto direto com o movimento; mas cortam a verba. O mesmo tem se dado com os programas de HIV/AIDS.

Quando se verifica uma deficiência no repasse de verbas, inclusive para o acesso à medicação, inviabiliza-se a realização do trabalho de prevenção. Quase não se abrem mais editais. Em dezembro de 2017, por exemplo, ocorreu o ENTLAIDS (Encontro Nacional de Travestis e Transexuais Lutando contra a AIDS), maior encontro nacional de Travestis e Transexuais organizadas para discutir meios de prevenção de HIV/AIDS, que ocorre há 24 anos no Brasil. Ainda assim, em 2016, a inscrição no edital foi negada. A aprovação se deu mediante recurso. O episódio mostra como a população trans é a primeira a ser chamada para participar de estudos, mas não recebe igual prioridade quando se trata de pensar estratégias para reforçar o acesso à informação, à formação, à medicação entre outras questões. Em geral, não chega a devolutiva para essa população, que tanto contribui para a pesquisa.

Com relação à intervenção medicamentosa, não existem hoje estudos sobre a associação entre o antirretroviral e a hormonioterapia. Seja para pacientes infectados, ou em relação a PrEP ou PEP. A maior parte da população de travestis e transexuais faz uso de terapia hormonal por conta própria, sobretudo em função da vulnerabilidade – por uma questão de sobrevivência, porque o serviço de saúde não é acolhedor. Nada se sabe sobre a interação medicamentosa com o silicone industrial, ou a penicilina historicamente usada pelas travestis. Temos o exemplo de uma travesti que se descobriu soropositiva, iniciou o antirretroviral e por seis meses sofreu com diversas reações frente à combinação deste com o AAS infantil que ela usava para “afinar o sangue”, por ter ouvido falar que isso melhoraria sua circulação em relação à compressão causada pelo silicone industrial. O médico só descobriu quando ela comentou que fazia uso do AAS e ele decidiu pesquisar. O

caso ilustra a falta de informação e, principalmente, de acolhimento e escuta capacitada para a população trans na saúde.

A falta de reconhecimento e respeito ao uso do nome social – tema em debate há 25 anos no movimento trans, e até hoje não inteiramente implementado – contribui enormemente para a exclusão das pessoas trans nas escolas, serviços de saúde e demais ambientes sociais. Muitos cobram que essa população se qualifique para trabalhar, mas ninguém oferece oportunidades – daí serem pouquíssimas as pessoas inseridas no mercado formal de trabalho; quando se faz o recorte para quem está inserido no mercado formal de trabalho e tem ascensão de carreira, o número é de apenas 4% de toda uma população. Isso é preocupante. Por outro lado, segue inalterada a elevada taxa de pessoas trans que são levadas a buscar a prostituição, como única alternativa de renda, por conta dos estigmas e da exclusão: 90% de nossa população está na prostituição. Evidentemente, essa pessoa vai se expor a clientes que vão pagar mais para fazer sexo sem preservativo; daí a importância de se falar sobre PrEP, e em casos de acidentes relacionados às práticas sexuais, a PEP.

Ademais, quem se prostitui, ao buscar o posto de saúde, tende a evitar a região de sua residência. Contudo, muitas vezes seu endereço obriga a pessoa a ser atendida no posto mais próximo. Quem está no movimento social tenta fazer arranjos, acordos, de modo a obter comprovantes de residência que permitam a quem se prostitui acessar o serviço de saúde próximo de seu local de trabalho. Por outro lado, é preciso cuidado para que uma não fique sabendo da sorologia da outra e elas acabem se denunciando umas às outras para os clientes. Reproduzindo estigmas e “sorofobia” que a sociedade impõe sobre todas nós. Por fim, com relação aos HSH, é preciso lembrar que a “culpa” é sempre das travestis e transexuais na

“Em caso de algum acidente no ato sexual entre mulheres trans e homens trans, este, na maioria das vezes, lança mão da pílula do dia seguinte. Não se fala em PEP, nem em acesso, até porque acredita-se que homens trans, assim como mulheres lésbicas, não contraem HIV/AIDS – visto que não existe uma política pública pensada para essas pessoas; sequer há política de HIV/AIDS e prevenção para esses dois grupos.”

prostituição. Os que usam a prostituição são “senhores de bem”. E a estratégia, tem sido “imunizar” a nossa população, nos colocando como vetores em potencial, para salvar os “senhores de bem” da contaminação e como responsáveis por interromper a transmissão do HIV. É responsabilidade demais para uma população que mal consegue ler e escrever. Que não tem cidadania reconhecida ou acesso aos espaços comuns na sociedade.

Não obstante todas essas questões, a discussão do acesso da população trans à saúde limita-se ao processo transexualizador e/ou HIV/AIDS. Quem busca um posto de saúde com uma amigdalite, por exemplo, é encaminhado para o Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, porque os profissionais de saúde não sabem lidar com essa população e fica parecendo que todas as nossas demandas de saúde estão relacionadas exclusivamente aos procedimentos de transição de gênero. Quando chega uma mulher trans no serviço de saúde, o médico muitas vezes não se dá ao trabalho de fazer uma anamnese básica. Não nos examina e nem toca nossos corpos.

Em caso de algum acidente no ato sexual entre mulheres trans e homens trans, este, na maioria das vezes, lança mão da pílula do dia seguinte. Não se fala em PEP, nem em acesso, até porque acredita-se que homens trans, assim como mulheres lésbicas, não contraem HIV/AIDS – visto que não existe uma política pública pensada para essas pessoas; sequer há política de HIV/AIDS e prevenção para esses dois grupos. Isso constitui um problema gravíssimo, uma vez que, no caso de homens trans, estes passam a eleger a prostituição como meio de sobrevivência pela dificuldade de acesso ao mercado formal, mesmo tendo, em geral, escolaridade superior à das travestis e mulheres trans – verifica-se processo similar ao ocorrido com mulheres trans e travestis, exatamente por conta da exclusão e falta de acesso.

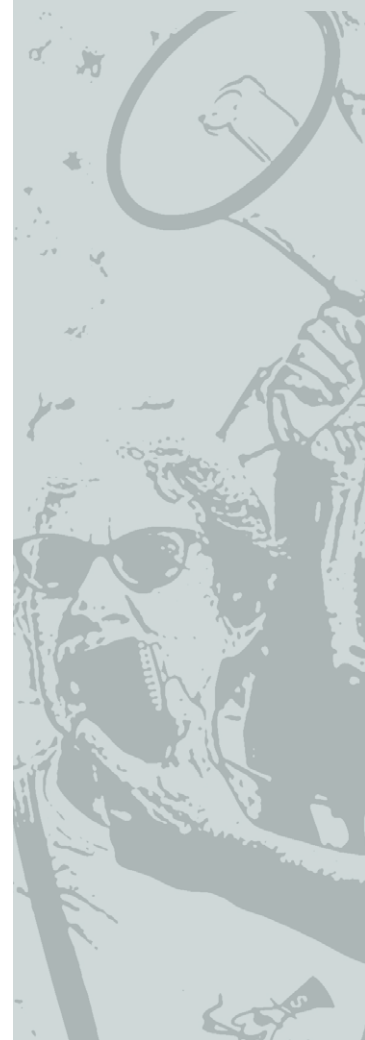
Os desafios são intensificados pela falta de discussão sobre gênero e sexualidade. Poucos recebem, dos pais e/ou da escola, e especialmente na juventude e infância/adolescência, uma educação aberta sobre sexualidade. Daí em geral, fica claro, faltar preparo para discutir o assunto. Faz-se sexo, mas não se fala sobre ele – um problema grave para as questões de ISTs e HIV/AIDS, por não estarmos conseguindo dialogar com nossos pares. É imprescindível, cada vez mais inserir as pessoas travestis, mulheres transexuais e homens trans nos diálogos cotidianos, especialmente nas questões de saúde e acesso ao HIV/AIDS.

Falar de travestis e transexuais é falar de violência, de sobrevivência e resistência. A violência é uma das primeiras instituições que essas pessoas conhecem, muitas vezes dentro de casa. É falar de uma possibilidade de não morte! Uma das

primeiras coisas que escutam ao verbalizar que são pessoas não-homens, não-cisgêneras, é que vão morrer de AIDS. Recentemente, foi instituída uma rede nacional de pessoas trans vivendo e convivendo com o HIV. A maior relevância dessa iniciativa é o fato de que elas estão falando por si mesmas. Mas o estigma e o preconceito continuam. Pessoas há 30 anos no movimento de HIV/AIDS têm a sensação de estar nos anos 1980, por discutir e pautar praticamente os mesmos temas, tamanho é o retrocesso nesse campo.

E é exatamente por todo esse panorama, desolador e preocupante, que nós, do movimento nacional, através da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e nos demais espaços que ocupamos, resistiremos a tudo e a todos!

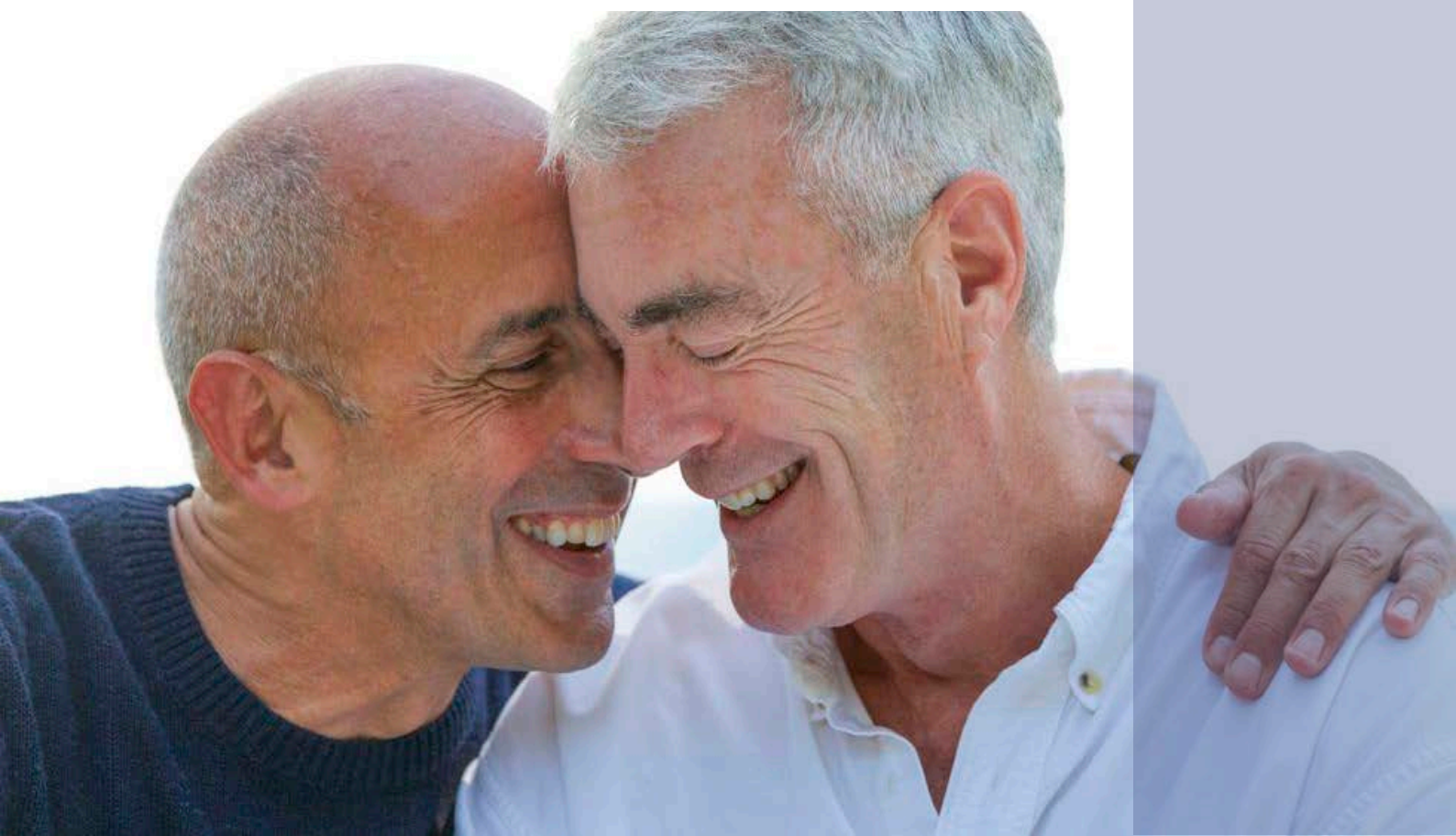
Por uma saúde acolhedora, livre de transfobia e que nos reconheça como cidadãos e cidadãs de fato é que lutamos. E assim será, desde sempre!



GÊNERO, SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO

| FERNANDO POCAHY⁵⁴ |

⁵⁴ Professor da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenador do GENI - Grupo de Estudos em Gênero, Sexualidade e(m) Interseccionalidades na Educação e(m) Saúde.

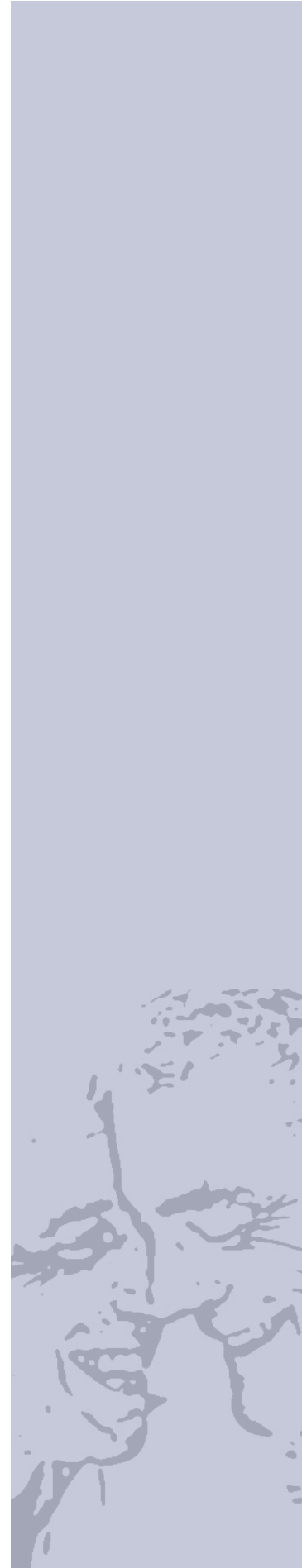


Esta comunicação aborda o tema do envelhecimento e a questão de como o marcador da idade, ou a interpelação etária, se articula às diferentes posições que os sujeitos ocupam na intersecção com gênero, sexualidade, raça e localidade, entre outros marcadores no jogo da produção da identidade e da diferença (SILVA, 2001).

O interesse pela intersecção de gênero e envelhecimento já nos é conhecido desde meados dos anos 1980, notadamente a partir das contribuições da pesquisa antropológica (DEBERT & DOLL, 2005) e dentro de certa possibilidade de compreender o que era gênero à época – no limite, questões de mulheres, questões de homens. De outra parte, a discussão sobre sexualidade e geração do ponto de vista da diversidade encontraria lugar somente a partir dos anos 2000 – isso tanto do ponto de vista do envelhecimento quanto da juventude. Inicialmente a juventude e somente algum tempo depois a preocupação com o envelhecimento LGBT emerge na cena da pesquisa, não antes de ter passado pela preocupação do movimento social (desde as preocupações com AIDS/ HIV e outras IST) (POCAHY & DORNELLES, 2017).

Apesar da incipiente produção no cruzamento diversidade sexual e de gênero e velhice e raça, muitos estudos e amplo social debate vêm mostrando que múltiplos são os enunciados e complexa é a trama dos sujeitos e das instituições que disputam os significados e as políticas sobre o envelhecimento no Brasil contemporâneo. Apesar de não poucos esforços associativos, vasta e diversificada pesquisa acadêmica, poucas são as certezas sobre os rumos da velhice, especialmente no estado de exceção em que nos encontramos. Porém, nossas certezas são ainda mais duvidosas quando interseccionamos nessa rede enunciativa a questão da AIDS, epidemia que igualmente envelhece – seja pelo fato de que muitos sujeitos infectados pelo vírus seguem suas vidas envelhecendo, seja porque muitos sujeitos idosos e idosas vêm se infectando com o vírus do HIV e outras IST.

Diante de tudo isso e das poucas garantias que temos no cenário de emergência da questão da velhice, sobretudo diante da uma reforma previdenciária totalmente comprometida com o cálculo neoliberal, temos por certo apenas os indicadores sobre a longevidade dos brasileiros e das brasileiras. Somos um país que envelhece a passos largos e cambaleantes, tendo a expectativa de vida atingido atualmente a faixa de 75,44 anos, em uma média geral. Há 15 anos, estimávamos 69,83 anos para a média nacional. No ano 2000, o percentual de brasileiros acima de 65 anos era de 6%; em 2017, 8% (IBGE, 2016). E já se aproximam o número de crianças até 8-9 anos em domicílios ao número de idosos e idosas. No entanto,



“Essa chave analítica isolada nos informa apenas que as respostas governamentais vêm sendo simplificadas pela aritmética neoliberal, responsável por culpabilizar e excluir a população idosa, sobretudo através do sequestro de direitos e da crescente precarização daqueles historicamente desfavorecidos no jogo da produção das interseccionalidades que marcam a diferença e a tornam, então, desigualdade ou as letalizam.”

decrece a população jovem. Há uma prospecção de que o número de idosos e idosas equipare-se ao número de jovens⁵⁵.

A longevidade tem uma série de implicações em termos de políticas de educação, saúde, trabalho, assistência, cultura e lazer, entre outros: se a vida se alonga, os problemas também, assim como novos horizontes éticos, estéticos e políticos se definem, impondo a revisão profunda de nossos termos sociais, políticos e culturais sobre a velhice.

No entanto, os termos de uma rica e complexa disputa acerca dos significados da velhice vêm sendo obnubilados pela racionalidade econômica. Há uma leitura amplamente difundida desse quadro demográfico nos seguintes termos: o número de pessoas idosas no Brasil avança em progressões geométricas, com impacto social e econômico. Isso releva que os partidários dessa leitura não costumam examinar o significado de “social” e “econômico” em outros termos que não o do cálculo. Essa chave analítica isolada nos informa apenas que as respostas governamentais vêm sendo simplificadas pela aritmética neoliberal, responsável por culpabilizar e excluir a população idosa, sobretudo através do sequestro de direitos e da crescente precarização daqueles historicamente desfavorecidos no jogo da produção das interseccionalidades que marcam a diferença e a tornam, então, desigualdade ou as letalizam. Efeito disso, a marcação da diferença amplia as condições de precarização e vulnerabilidade, quando não menos passa a letalizar o sujeito marcado no jogo da regulação das idades e tempos da vida. Paradoxal, por outra parte, no jogo de produção da diferença é o caso da população trans, cuja expectativa de vida caiu de 35 para 27 anos – ou seja, ou essas pessoas não conhecem a experiência do envelhecimento (porque morrem muito cedo), ou antecipa-se a experiência do envelhecimento (pelos muitos agravos à saúde e precarização da vida).

⁵⁵ <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2011/04/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>

Contudo, a emergência da população de pessoas ditas velhas/ idosas – e a significação de “velhice” não corresponde à cronologia marcada na racionalidade econômica,, ultrapassando os limites e estourando as representações ditas normais ou esperadas para o/a idoso/a. A experiência cultural e política do envelhecimento assume corpos, formas, cores diferentes, conforme diferenças culturais – e a ideia de sermos uma sociedade velha ou que envelhece não expõe apenas os efeitos estruturais de um suposto peso sobre o sistema previdenciário ou outras mazelas da racionalidade economicista. A trama do envelhecimento é mais complexa do que aquela do cálculo do governo – ou aquela da biopolítica – política de gestão da vida.

A questão da longevidade é uma questão moderna, como já apontava Foucault (2004), e é uma questão global, pautada atualmente no governo explicitamente de um estado cada vez menor (em seu aporte social, mas cada vez maior na sua ingerência e gestão da vida), agenciando cumplicidades em um processo de exclusão que muitas vezes se expressa em micropolíticas cotidianas de profundo desprezo cultural pela velhice e ódio à diversidade. Tudo isso estimulado pela noção de jovialidade como estilo de vida normativo, a ser vivido por toda a existência. Não faltam campanhas publicitárias tanto de uma cosmética da existência/corpo não velha, quanto nas próprias representações governamentais sobre a população brasileira, para apagar as marcas da velhice (ou tutelar e controlar essas representações). No entanto, é paradoxal a ênfase na jovialidade, força, vitalidade, porque a juventude tem uma posição igualmente tutelada, constrangida; ademais, o extermínio da juventude negra a impedirá a muitos/as de conhecer o envelhecimento, para exemplificar com outro tipo de marcação da diferença (letalizada).

Assim como os significados de gênero e sexualidade são apre(e)ndidos-ensinados, o desprezo pela velhice é igualmente ensinado-aprendido no jogo da cultura, nas instituições como a escola, por exemplo. Porém poucos estudos colocam a

“O foco – com trabalhos centrados nas experimentações de homens gays e alguns com mulheres ainda é nas práticas sexuais e sociabilidades, sem muita relação com aspectos de assistência ou proteção social aos idosos e às idosas LGBT. O olhar para os idosos em idades e posições de fragilidade física é ainda um grande desafio.”

questão do envelhecimento para além das imagens da infantilização do/a idosos/a, a questão da assistência ou da debilidade. Tampouco ocupa as preocupações escolares a questão da finitude ou da morte. Mas como não pensar a questão da morte em cidades, por entre outras razões, onde há certa potência necropolítica (MBEMBE, 2013), como no Rio de Janeiro, e grupos mais vulneráveis à violência?

O que se ensina e aprende sobre envelhecimento na escola e outros espaços educativos? O que nossos artefatos culturais, como currículo, imagens de campanhas de saúde, cinema, TV, falam e dizem ou fazem falar sobre a marca geracional da velhice? Será ainda aquela representação doce e asséptica de um corpo sem sexualidade, sem marcação racial, regional, sem “deficiência”, blindado ao gênero e à sexualidade?

E como essa questão aparece no cenário da política LGBT? Como disse anteriormente, somente no início dos anos 2000 que nossas inquietações com o envelhecimento das minorias sexuais e de gênero passam a ocupar a agenda acadêmica. Júlio Simões escreveu um texto seminal sobre a questão do envelhecimento, em 2004, publicado na coletânea intitulada *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras* organizada por Carrara et al. (2004). Mas demoraria ainda uma década para surgirem outros trabalhos. Estudos e intervenções face a certa demanda epidemiológica (HIV/AIDS) – tanto do ponto de vista da juventude quanto do envelhecimento. Isto é, o movimento LGBT só se deu conta da questão da juventude/envelhecimento por conta de uma interpelação da AIDS. Nesse período, projetos de ONGs – Nuances (2003) e ABIA (ALMEIDA & RAXACH, 2013), por exemplo – trouxeram à pauta a discussão do envelhecimento e do HIV. Do ponto de vista da pesquisa, alguns trabalhos começaram a ser produzidos – mas, ao contrário do contexto dos EUA (HENNING, 2017), por exemplo, as pesquisas brasileiras em muito ainda referem-se a práticas e experimentações da sexualidade e performance de gênero. Por mais que esse viés se articule ao campo da política, não estamos suficientemente atentos à intersecção do campo da política pública com o envelhecimento. O foco – com trabalhos centrados nas experimentações de homens gays e alguns com mulheres ainda é nas práticas sexuais e sociabilidades, sem muita relação com aspectos de assistência ou proteção social aos idosos e às idosas LGBT. O olhar para os idosos em idades e posições de fragilidade física é ainda um grande desafio. Nossos estudos ocupam-se em muito de idosos ditos jovens

Todavia, a partir do momento em que sinais de “decrepitude” ou de vulnerabilidade mais evidenciada implicam uma responsabilidade do Estado, e não somente da família – como se ajeitam as pessoas LGBT, como sobrevivem em situação de

abandono ou mesmo de moradia institucional Há aí um desafio para a pesquisa, hoje, em termos de como o Estado vai se responsabilizar – sem (re)privatizar a velhice (DEBERT, 2004), jogando sua responsabilidade para as famílias. E me pergunto: face a uma sociedade tão heteronormativa, em caso de uma responsabilidade devida à família, a quais familiares recorreriam pessoas que tiveram seus laços rompidos?

Aprendemos-ensinamos sobre gênero e sexualidade a vida inteira; mas o que nossas políticas têm oferecido ou o que elas querem que sejamos na cama das idades, o que pode um corpo idoso e minoritário do ponto de vista de marcadores como raça, gênero, sexualidade, sorologia, localidade em uma sociedade que clama pela democracia?

Referências

- ALMEIDA, W. & RAXACH, J. C. 3ª Idade, Homossexualidade e Prevenção do HIV – História de Vida de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. ABIA: Rio de Janeiro, 2012.
- DEBERT, G. G. & DOLL, J. Entrevista com Guita Debert. Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, Porto Alegre, (7), 101-116, 2005.
- DEBERT, G.G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.
- FOUCAULT, M. Defender la sociedad. Buenos Aires: FCE, 2006.
- HENNING, Carlos Eduardo. Gerontologia lgbt: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos lgbt”. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 283-323, jan./abr. 2017
- MBEMBE, A. Necropolítica. Arte & Ensaios - Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, n. 32, dezembro 2016, pp. 122-151.
- NUANCES, Grupo pela Livre Expressão Sexual. Campanha Prazer não tem idade. Porto Alegre, 2003.
- POCAHY, F.; DORNELLES, P.G. Gênero, sexualidade e envelhecimento: mapeando a pesquisa e a intervenção social LGBT no Brasil. Journal of Studies on Citizenship and Sustainability, v.1, p.124 - 138, 2017.
- SILVA, T.T. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007, pp. 73/102.
- SIMÕES, J.A. Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idades e identidades sexuais. In CARRARA, Sergio [et.al]. Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. (415-447). Rio de Janeiro: Garamond, 2004, pp. 415-447.

“Um beijo
para você
que usa
camisinha e
se protege
das DSTs,
aids e
hepatite
virais”

A ONDA DE CENSURA, MORALISMO E CONSERVADORISMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A PREVENÇÃO E A SAÚDE SEXUAL

Sem
Vergonha,
Garota.



Ministério da Saúde



Ministério da Saúde



PREVENÇÃO DE HIV, TECNICISMO E CONSERVADORISMOS

| THIAGO PINHEIRO⁵⁶ |

⁵⁶ Pós-doutorando do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



Este artigo discute a relação entre tecnicismo e conservadorismo na história da prevenção do HIV. Baseia-se na investigação⁵⁷ dos discursos acerca do uso da camisinha como método de prevenção de HIV e de algumas reflexões desenvolvidas no âmbito do projeto Combina⁵⁸ a partir do diálogo com pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde envolvidos.

O fato de o sexo (mais) seguro ter sido uma construção comunitária é um dado crucial para refletirmos acerca dos *loci* de produção de saber, dos tipos de saberes produzidos e dos compromissos que eles assumem ao longo do tempo. A proposição inicial da camisinha como prevenção de HIV emergiu de um amplo debate e articulação da comunidade gay, que, no início do enfrentamento da epidemia de AIDS, se viu interpelada por recomendações preventivas que ameaçavam suas posições ideológicas. A possibilidade de se optar por práticas sexuais de baixo ou nenhum risco, dentre elas a penetração com uso de camisinha, representou a continuidade da defesa do prazer com bandeira política.

O debate mais amplo que fervilhava nos Estados Unidos, no Brasil e em outros lugares acabou por se condensar na proposta de uso da camisinha como prevenção de HIV.

A síntese desse debate em um discurso mais estrito que propunha a camisinha como principal ou única solução para a prevenção de HIV, implicou em uma simplificação e despolitização dos argumentos produzidos naquele momento, isto é, em um retrocesso na articulação entre cuidado em saúde, liberdade sexual e respeito aos direitos.

No Brasil, particularmente, a própria ideia de promover o uso da camisinha esbarrou em várias resistências, em especial oriundas de figuras religiosas. Em grande parte, a dimensão ideológica dessas resistências ganhou o contorno de um questionamento de ordem técnica a respeito da eficácia desse método preventivo. Em reação, para fundamentar a proposição da camisinha, investiu-se na demonstração de sua viabilidade, eficácia e sustentabilidade como estratégia de prevenção.

Houve, a partir de então, uma exacerbação dos argumentos técnicos na construção da camisinha como norma de prevenção. Tal processo possibilitou a transformação desse artefato – originalmente vinculado a contextos marginais, como os cenários de prostituição – numa tecnologia médica como outra qualquer, permitindo aos profissionais prescrever a camisinha como se prescreve um analgésico. O tecnicismo dessa abordagem prescritiva ganhou sua expressão mais nítida no mantra “use camisinha”, repetido independentemente do contexto e de dificuldades à adoção desse método. Tornou-se, em alguns momentos, uma postura impositiva,

⁵⁷ Pesquisa realizada pelo autor no âmbito de seu doutorado em medicina preventiva pela USP, finalizado em 2015 e no qual se recuperaram discursos preventivos focados na camisinha e direcionados para o público HSH e foram entrevistados nomes importantes dos movimentos sociais LGBT e de AIDS, da produção de pesquisas e da política pública. Tese disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14092015-092808/pt-br.php>.

⁵⁸ Projeto cuja coordenação de campo, em cinco cidades brasileiras, ficou a cargo do autor.

“Em meio às diferentes racionalidades possíveis, a tecnicidade exacerbada foi recobrando o campo do cotidiano, da prática e dos sentidos assumidos por esta, de modo que a ideia de um insumo “asséptico” pôde se contrapor ao que se configura como erótico ou imoral nos cenários e práticas sexuais.”

traduzida no discurso de profissionais de saúde e campanhas de prevenção, que determina que as pessoas têm que usar camisinha.

A instauração dessa norma foi acompanhada pela dificuldade de reconhecer o não uso como possibilidade e sua inevitável condenação: a questão “por que as pessoas não usam a camisinha?” tornou-se central na tentativa de identificar ou desenvolver um modo de se alcançar o propósito de que todo mundo passasse a usar camisinha em todas as relações sexuais. O recurso ou opção de proteção, construído comunitariamente, converteu-se em obrigação, substituindo a lógica da escolha pela da conscientização e da responsabilidade. As palavras de um entrevistado, ativista do movimento social de AIDS, registram esse processo:

Então [depois, o trabalho preventivo se tornou] asséptico e normativo. Então, deixou de ser uma ocasião de falar de sexo e começou a haver o horror a não usar preservativo. [Tornou-se] normativo. [...] E, então isso prevalece acho que até agora. Inclusive, as pessoas [...] com HIV têm muito medo de falar que não usam preservativo. Mesmo sendo consensual com o parceiro ou parceiros que não vai usar. [...] [Elas] se sentem culpadas. Então, é difícil admitir, mas... E os médicos também não querem ouvir falar disso. [...] Como se transformou em norma, ficou chato e abriu muito a porta para hipocrisia, para que não se falasse “eu gosto de porra”, “eu gosto de transar com quatro, cinco”, por exemplo. Como te disse, há limitações. Você está numa suruba. Então, cada um que você for comer, você vai colocar um preservativo diferente? Ou, para cada um que você for dar, você vai verificar que ele colocou preservativo diferente e [se] só usou com você? Na verdade, se você vai a fundo, você tem que falar com as pessoas disso: “olha, meu querido, se você for para uma suruba, vai ter que fazer isso com preservativo”.

Essa fala ilustra a preponderância da dimensão técnica sobre a prática, a partir de uma desconexão em relação ao contexto das práticas sexuais. Em meio às diferentes racionalidades possíveis, a tecnicidade exacerbada foi recobrando o campo

do cotidiano, da prática e dos sentidos assumidos por esta, de modo que a ideia de um insumo “asséptico” pôde se contrapor ao que se configura como erótico ou imoral nos cenários e práticas sexuais.

A descontextualização dos discursos preventivos, além de favorecer uma lógica mais conservadora, na medida em que a discussão da sexualidade foi substituída por um debate técnico do insumo de prevenção, resvalou em limitações para a abordagem de identidades e práticas não hegemônicas. Assim, as ações preventivas direcionadas a populações específicas, como travestis e homens que fazem sexo com homens, foram relegadas pelo governo à atuação das ONGs LGBT e de AIDS, delineando a ausência de discursos mais representativos dessas práticas e identidades sexuais nas posturas e mensagens oficiais da prevenção. Grosso modo, a prevenção de HIV e o enfrentamento do estigma relacionado à sexualidade seguiram duas linhas paralelas, que pouco dialogaram nas ações de saúde.

Apenas a partir dos anos 2000, emergiu um posicionamento governamental mais inclinado a assumir a pauta da discriminação por orientação sexual e as questões relacionadas à saúde dos segmentos LGBT.

Uma expressão emblemática desse posicionamento mais favorável à diversidade sexual na prevenção de HIV ocorreu em 2003, com uma propaganda veiculada na tv aberta, em horário nobre, chamada “Campanha”, que abordou a homossexualidade num contexto familiar de respeito e apoio. Essa propaganda despertou uma reação contrária que culminou na proibição de sua reutilização no âmbito do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Tal evento, de alguma forma, pareceu inaugurar uma série de episódios de censura no âmbito da saúde e em outros campos. Com efeito, em 2015, boa parte dos entrevistados da pesquisa em que se baseia este artigo já identificava um recrudescimento do conservadorismo e percebia que esse cenário se agravaria; hoje, é notório o nível de endurecimento que caracteriza as políticas públicas brasileiras.

Atualmente, o tecnicismo se expressa no otimismo frente às novas tecnologias de prevenção de HIV, ao passo em que a lógica das intervenções estruturais, fundamental para o sucesso da resposta brasileira à epidemia, parece ser esquecida. Recentemente, as diretrizes do Ministério da Saúde para a prevenção combinada apresentaram a ideia de uma “mudança de paradigma”, que supostamente superaria, entre outros referenciais, a perspectiva da vulnerabilidade, que argumenta a favor da consideração de aspectos sociais, contextuais e institucionais (programáticos) como fatores que conformam a exposição de pessoas e populações à infecção e ao adoecimento pelo HIV/AIDS.

Nesse sentido, se a prevenção combinada seguir reproduzindo os termos tecnicistas da promoção da camisinha, o paradigma permanecerá o mesmo, de modo tal que será difícil enfrentar barreiras que demandam uma compreensão dos aspectos práticos dos contextos sociais. Por exemplo, será difícil superar os limites no acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP), cuja oferta tem sido alcançada predominantemente por jovens gays, brancos e escolarizados.

Na necessária revisão desse paradigma, um dos pontos centrais é o reconhecimento da autonomia dos sujeitos sexuais em contraposição ao controle sanitário e biomédico das campanhas e ações em saúde. A proposta de prevenção combinada, que apresenta um “cardápio” de métodos e estratégias preventivas, retoma, de alguma forma, a lógica das primeiras respostas comunitárias à epidemia, em que a camisinha consistia em uma das possibilidades de se proteger da infecção; momento em que, a despeito das escassas possibilidades efetivas de prevenção, entendia-se que as pessoas poderiam escolher, articular seus projetos e decidir como iriam se cuidar. A recente ampliação do leque de alternativas, por mais limitadas que possam ser, demanda a rearticulação do discurso da escolha.

Nessa direção, parece imprescindível o diálogo entre tendências e resistências que se configuraram na história da prevenção de HIV. Por exemplo, é importante questionar o que o trabalho de prevenção pode aprender com a lógica dos discursos



so denominados de *barebacking*. Que limites são por eles apontados e que poderiam ser incorporados num trabalho preventivo capaz de reconhecer a dimensão das escolhas pessoais?

A implementação da prevenção combinada e a consequente mudança na lógica dos serviços e práticas de saúde, sobretudo em relação às noções de controle e autonomia, impõem o desafio de superar a lógica tecnicista da prevenção e dialogar com a dimensão prática da prevenção na vida cotidiana das pessoas. O seguinte depoimento de um usuário de PrEP, por exemplo, ao informar sobre tal dimensão, aponta questões que escapam à discussão mais estritamente técnica da prevenção e que serão fundamentais na compreensão do alcance e caracterização do uso das novas possibilidades preventivas:

Confesso que quando comecei a tomar [a PrEP] eu achei que iria ficar meio relaxado com o uso da camisinha, mas na realidade seu uso nem é mais um problema como eu achava que era antes. Muitas vezes eu brochava e aparentemente eram apenas questões psicológicas mesmo, pela ansiedade que eu tinha e tudo o mais. Mas agora eu sinto que tenho o combo completo. Eu me texto agora de 3 em 3 meses para HIV e outras ISTs, mas já estava acostumado a fazer de 6 em 6 meses. Com a diferença de que agora me sinto protegido contra o HIV. Eu sinto que foi um avanço poder enxergar as pessoas soropositivas de forma diferente. Não tenho mais medo delas. Com a PrEP nós temos a oportunidade de nos responsabilizar por nossa própria prevenção e cuidado, quebrando várias barreiras entre pessoas soropositivas e soronegativas. [...] Todos os meus amigos mais próximos sabem que eu tomo e estão aguardando sair no SUS para tomarem. No Hornet eu coloco “on PrEP” e já me peguei dando aulinhas do que é e como funciona para outros usuários que perguntaram o significado daquilo⁵⁹.

⁵⁹ Disponível em <https://hornetapp.com/stories/pt-pt/prep-entrevista-usuario/>

CENSURA, CONSERVADORISMO E MORALIDADES: IMPLICAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E A SAÚDE SEXUAL DE *GAYS* E *HSH*

| GABRIELA CALAZANS⁶⁰ |

⁶⁰ Pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, integrante do Núcleo de Pesquisa em Prevenção da AIDS (NEPAIDS).



Este artigo pretende empreender certa sistematização da discussão sobre conservadorismo e pensar suas implicações para o campo da prevenção, particularmente em termos da resposta política à epidemia de HIV/AIDS e da articulação de atores no Estado e na sociedade civil. Para tanto, adota quatro linhas mestras: (i) o que na antropologia se vem chamando de processo de cidadanização das sexualidades e expressões de gênero não normativas (Carrara, 2016); (ii) um panorama cronológico das censuras e vetos em relação à prevenção do HIV entre HSH; (iii) a interface entre religião e conservadorismo, tomando como referência o artigo de Ronaldo Almeida (2017) que discute a dita “onda conservadora” como uma “onda quebrada”; e (iv) as implicações desses fatores para o campo de prevenção do HIV/AIDS.

A expressão “cidadanização”, utilizada por Sergio Carrara em um artigo de 2016, foi formulada originalmente por Luiz Fernando Dias Duarte e colaboradoras (1993 *apud* Carrara, 2016) para tratar das ações desenvolvidas por ONGs em bairros populares do Rio de Janeiro nos anos 1980, num “amplo projeto de incorporação social e política de certas categorias sociais marginalizadas que se apoia sobre o triplo processo de individualização, racionalização e responsabilização” (Carrara, 2016). Carrara (2016) propõe a aplicação do conceito também ao que vem acontecendo, desde os anos 1960, em diferentes países ocidentais, com o que denomina de “sexualidades e expressões de gênero não normativas” (Carrara, 2016). A questão do conservadorismo e das censuras no diálogo com gays e outros HSH de que tratamos aqui deve ser entendida, portanto, no âmbito de um processo de cidadanização mediante o qual os sujeitos homossexuais, ou as sexualidades dissidentes, vinham sendo progressivamente incorporados aos campos dos direitos e da cidadania, sobretudo a partir do início dos anos 2000 – e especialmente de 2004, com o Programa Brasil Sem Homofobia (Brasil, 2004), que sistematizava políticas voltadas para a população LGBT. No campo da saúde, em particular, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2012) é uma conquista – embora, em termos do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios de integralidade, equidade e universalidade, ela prometa mais do que entrega; trata-se muito mais de uma grande carta de intenções do que efetivamente um instrumento prático e operativo para incorporar essa população no campo da saúde. De forma que não avança em reconhecer as necessidades de saúde da população LGBT e em orientar os processos de trabalho em saúde para o atendimento das mesmas.

Uma reflexão sobre as censuras e os vetos a campanhas publicitárias de prevenção do HIV entre HSH foi feita por Veriano Terto Jr. e Jorge Beloqui⁶¹ (2012) ao tratar do veto à campanha de prevenção do carnaval de 2012 – sem perder de vista

que, em que pesem diferenças de contexto e *modus operandi*, já tinha havido censura em 2003, embora esse episódio tenha passado mais despercebido. Só em 2005, quando o Grupo Pela Vidda – SP solicitou ao governo federal acesso ao vídeo da campanha intitulada originalmente “Campainha”⁶² para apresentar em seu festival de cinema, descobriu-se que o mesmo estava censurado porque o CONAR havia recebido uma queixa e emitira um parecer indicando a suspensão da exibição de tal filme publicitário. Na ocasião da suspensão, o CONAR⁶³ pediu uma resposta ao Ministério da Saúde, que não se manifestou (Cadernos Pela Vidda, 2006). A censura, portanto, não data de anos recentes, nem as negociações em torno do referido processo de cidadanização se dão de forma linear. Trata-se, ao contrário, de um processo tenso, cuja dinâmica é indispensável compreender – o que se procura fazer em seguida, ao lançar um olhar sobre a chamada “onda conservadora”.

Almeida (2017) nomeia como “onda conservadora” um conjunto de forças que se consolidaram, nos últimos anos, favorecendo a restrição, a contenção e o retrocesso de direitos assegurados na Constituição de 1988. É crucial reconhecer que contamos uma história da resposta política à epidemia – resposta que se valeu da força da resistência à ditadura militar e do movimento da reforma sanitária, assim como do incipiente movimento homossexual, entre outros movimentos sociais – que de algum modo logrou constituir-se e colocar-se politicamente na Constituição de 1988. A geração nascida no começo dos anos 1970, que chegou à idade adulta no final dos anos 1980, tinha a sensação de só ganhar – que contrasta

⁶¹ Artigo “A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012”, disponível em: <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?infoid=9212&sid=4> [acesso em: 30.05.2018]

⁶² Disponível em: http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/campanhas/2002/38288/filme_sem_marca1.wmv [acesso em 02.05.18].

⁶³ O Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) é uma ONG que se atribuiu a responsabilidade de assegurar o cumprimento do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária. Foi fundada em 1980 e é formada por profissionais e entidades do setor publicitário e seus associados – anunciantes, agências e veículos de comunicação. Disponível em: <http://www.conar.org.br> [acesso em: 27.12.17].



“A geração nascida no começo dos anos 1970, que chegou à idade adulta no final dos anos 1980, tinha a sensação de só ganhar – que contrasta com a percepção oposta de, atualmente, termos nos deparado com um grande muro à nossa frente.”

com a percepção oposta de, atualmente, termos nos deparado com um grande muro à nossa frente. Quando se conversa com gerações mais velhas, nota-se o sofrimento patente nas palavras “de novo”; por outro lado, a geração nascida no início da primeira gestão Lula cresceu em um mundo no qual se acreditava que certo ideário “progressista” havia conquistado a hegemonia.

Tal como proposta por Almeida (2017), a “onda conservadora” constitui-se em um “emaranhado de vários jogadores em diferentes tabuleiros” (p 25). Trata-se de um movimento amplo constituído por e constituinte de religião, religiões e religiosos, que engloba muitos outros atores e campos em disputa. Dessa forma, os chamados “evangélicos” não devem ser compreendidos nem como sua causa, nem como sua resultante, estando ligados a um processo social mais abrangente. Há que se sublinhar que, assim como nem todos “os evangélicos” são conservadores, a pauta conservadora suplanta a pauta dos “evangélicos conservadores”; ela é sustentada também por católicos – sendo crucial enfatizar que é no âmbito da Igreja Católica que tem início a disputa em torno da denominada “ideologia de gênero” – outras religiões e não religiosos.

Almeida (2017) propõe a imagem da “onda conservadora” como uma “onda quebrada”. Parte, portanto, da premissa de que as linhas de força resultantes de processos sociais são desiguais, assimétricas e têm temporalidades distintas, propondo que sejam entendidas como vetores sociais das mudanças por que o país passa, sem que se pretenda identificar em qualquer uma delas o fator causal para a crise em curso. Ao contrário, trata-se de analisar como essas diferentes linhas de força se articulam e como configuram a conjuntura atual – e, nesse sentido, estabelecem entre si conexões parciais, seja por afinidade, ou por estratégia, sempre convergindo para a praia do conservadorismo (Almeida, 2017) –, a fim de elaborar contra-respostas a elas.

Do ponto de vista metodológico, Almeida (2017) recorre a Butler, em seu livro “Quadros de Guerra” (2015 *apud* Almeida, 2017), que propõe compreender

os conflitos político-culturais que contrapõem a moral religiosa à diversidade de gênero com base em “enquadramentos” que naturalizam identidades e produzem polarizações. O enquadramento de guerra, diz Butler (2015 *apud* Almeida, 2017), reduz a diversidade interna e intensifica o antagonismo entre posições políticas – disseminando a sensação de se estar em uma guerra, na qual é preciso defender um dos lados.

No entender de Almeida (2017), as categorias descritivas adotadas no debate acerca do conservadorismo e da pauta conservadora – tais como “conservador”, “fascista” e “fundamentalista” – são construídas relacionalmente no embate político, que é fortemente direcionado pelos meios de comunicação mais hegemônicos. Tratam-se, mais precisamente, de categorias políticas de acusação que demarcam distintos discursos, valores, ações e posicionamentos políticos que expressam diferentes interesses, conjunturalmente comuns.

Em termos metodológicos, o autor identifica os vetores para onde apontam o termo de acusação “conservador”, capturado a partir do próprio debate público. Almeida (2017) trabalha, então, com quatro linhas de força centrais que compõem o que denomina como “onda conservadora”, que nos ajudam a compreender a conjuntura atual e a participação evangélica nesse processo.

Na primeira linha de força caracterizada por Almeida (2017), econômica, o grande eixo é a meritocracia e o empreendedorismo. No nível individual, o discurso religioso – ligado à teologia da prosperidade – procura gerar disposição para o empreendedorismo e a ideia de que o indivíduo tem a obrigação de “se fazer” – o que se articula a, mas não coincide com as concepções weberianas acerca do protestantismo. No plano da política institucional, muitos agentes políticos evangélicos militam declaradamente por uma agenda liberal – portanto, se colocam contra a lógica das políticas públicas ou de redistribuição de renda, e certamente não serão defensores do SUS, especialmente nas agendas que incluem os direitos sexuais e reprodutivos.

“O autor cita a frase cristã emblemática neste debate: “amar o homossexual, mas ter repulsa ao ‘homossexualismo’” – em uma lógica de que a dinâmica das relações pessoais se pauta pela aceitação, mas na relação pública aquele tipo de prática e identidade é condenado.”

O segundo vetor, moral, caracteriza-se pela ação moralmente reguladora, isto é, de disputa pela moralidade pública, que no Brasil “encontra nas religiões cristãs os principais canais de sacralização da família e da reprodução da vida” (Almeida, 2017, p. 17). Frequentemente, religiosos conservadores, tanto católicos, como evangélicos, defendem restrições ao secularismo no âmbito dos comportamentos e dos valores. Diferenciando-se, no entanto, da ação mais típica dos católicos, que são caracterizados por um conservadorismo reativo destinado à manutenção do *status quo* tradicional, os evangélicos pentecostais têm um conservadorismo ativo. Sua ação visa não somente à proteção de sua moralidade, mas busca sua inscrição na ordem legal brasileira, com vistas à disputa pelo controle de valores, comportamentos, corpos e vínculos primários (Almeida, 2017).

O terceiro vetor, que Almeida (2017) chama de “securitário” – mas poderia também ser chamado de “político” –, é marcado pela ação repressiva e punitiva. Trata-se de um conjunto de posturas e ações que indicam e sustentam a ampliação da violência estatal contra a população, em especial sobre aqueles mais vulneráveis e menos protegidos por direitos. A categoria de acusação adotada na linha de força política é “fascista”. Segundo Almeida (2017), muitos dos representantes dos evangélicos nas disputas parlamentares integram um movimento abrangente adepto de restrições dos comportamentos e da criminalização dos cidadãos. A atividade parlamentar evangélica não se mostra tão significativa na dimensão político-securitária, quanto na linha de força moral, não obstante, age de forma subsidiária aos aparelhos de segurança pública e privada, contrapondo-se ao discurso dos direitos humanos, tão caro ao enfrentamento da epidemia de AIDS no Brasil e às políticas LGBT.

Com relação ao quarto vetor, que Almeida (2017) chama de “interacional”, mas poderíamos denominar “sócio-interacional”, verifica-se uma ação socialmente intolerante. Essa linha de força refere-se às formas das interações sociais, que expressam qualidade e intensidade características de situações de hostilidade política. As redes sociais na internet, em especial, têm potencializado tensões interpessoais em torno de temas políticos e morais. Termos como “vingança”, “fobia” e “ódio”, tal como identificados por Almeida (2017), têm sido mobilizados para caracterizar os afetos forjados no contexto de tal “onda conservadora”.

Interessa-nos, particularmente, a “fobia”, articulada ao que chamamos aqui de pânico moral, que tem sido evocada no trato da diversidade sexual e da discriminação de gênero. O autor cita a frase cristã emblemática neste debate: “amar o homossexual, mas ter repulsa ao ‘homossexualismo’” – em uma lógica de que a dinâmica das relações pessoais se pauta pela aceitação, mas na relação pública aquele

⁶⁴ A filósofa Judith Butler veio ao Brasil em novembro de 2017 para participar de evento no SESC Pompéia sobre a democracia, mas sofreu inúmeros ataques – em manifestações de ódio expressas antecipadamente nas páginas do evento e da instituição e ocorridas no dia do evento, como uma situação de violência física quando estava no aeroporto de Congonhas, em São Paulo (<https://revistacult.uol.com.br/home/sesc-pompeia-judith-butler/> e <https://oglobo.globo.com/cultura/livros/escritora-judith-butler-sofre-agressao-no-aeroporto-de-congonhas-22054565>).

tipo de prática e identidade é condenado. Expressando restrições do discurso pentecostal à diversidade moral e comportamental. No contexto de tais religiões, a homossexualidade é tida como uma forma de “degeneração moral”. Assim, a união afetiva entre pessoas do mesmo sexo não pode se constituir como família. Manifestações de “ódio” também têm ocorrido, frequentemente para descrever a conjuntura atual, mas também em manifestações aos discursos sobre diversidade sexual e de gênero, como ocorreu entre outubro e novembro passados em reação à vinda da filósofa Judith Butler ao Brasil⁶⁴.

Almeida (2017) sugere uma ampliação do foco, de modo a compreender tais atos como sintomas de afetos sociais mais amplos, que expressam uma dinâmica de interação que se mostra: pouco aberta às diferenças, muito voltada sobre os próprios valores como medida para a vida pública e, eventualmente, agressiva – em termos simbólicos e concretos – face ao que é negado por sua moralidade. Tal dinâmica tem gerado atos iconoclásticos, de afrontamento ritualístico, que promovem constrangimento moral, chegando, em alguns momentos, à violência física.

Como salienta Almeida (2017, p. 25):

Boa parte do pensamento social sobre o Brasil ancorou-se em conceitos como o de cordialidade, mesmo com sua violência não explícita (Holanda, 2006); de sincretismo que definiu a relação entre as religiões afro-brasileiras e o catolicismo (Bastide, 1971); ou de acomodação, que pautou o debate sobre a entrada do pentecostalismo ao país (Willems, 1967). De certa forma, os diferentes conceitos pressupõem ajustes, negociações, arranjos, em síntese, mediações. No entanto, os termos guerra e intolerância têm sido a tônica de algumas relações inter-religiosas e de confronto de posições política no Brasil contemporâneo.

É nesse cenário que se terá de pensar como desenvolver políticas de prevenção do HIV/AIDS a partir de agora. Concluo, assim, com dois pontos de reflexão. É preciso pensar, primeiro, na ampliação de uma política de alianças. A ampliação da aliança com o movimento homossexual, por exemplo, deve levar em consideração as diferenças geracionais, buscando articulação com novos ativismos – a nova geração tem uma nova forma de fazer ativismo, que não se dá via organizações não-governamentais (ONG). De forma, que é preciso pensar como estabelecer esse debate considerando a realidade de *YouTubers*, grupos culturais, artistas, que estão pautando e fazendo atividades, construindo novas possibilidades de subjetivação e de articulação entre afetos e política. É igualmente relevante a aliança com os “ativistas” no setor público, na defesa do SUS, dos direitos sociais e do próprio setor público. Já a articulação com a academia pode ser pensada por duas vias

principais: primeiro, a dos grupos não integrados ao “campo da AIDS”, mas que fazem discussões relevantes para o mesmo – caso das ciências sociais em saúde e em sexualidade; segundo, dentro do “campo da AIDS”, é preciso que pensemos em articulações entre os diferentes grupos de pesquisa, articulando o conhecimento epidemiológico aos saberes provenientes das ciências sociais e humanas, assim como àqueles sobre políticas. Outra possibilidade de convergência é com entidades que têm defendido a formação em sexualidade e em saúde LGBT.

Em segundo lugar, é imperioso definir uma agenda estratégica para a prevenção e o enfrentamento do conservadorismo, convidando a um ativismo mais focado nas políticas públicas e nas políticas de prevenção. O exame da história das políticas mostra como, por mais interessantes que possam ser, muitas vezes elas se perdem no meio do caminho por dificuldade em identificar elementos centrais para pautar diferentes estratégias possíveis. Nesse sentido, aprender com o movimento feminista é crucial; afinal, com fragilidades ou não, o tema do aborto permanece na pauta do movimento há anos. A educação para a sexualidade, por sua vez, é uma pauta desde antes da década de 1960, mas que nunca se conseguiu articular em nosso campo.

Referências:

ALMEIDA, Ronaldo. A onda quebrada: evangélicos e conservadorismo. *Cad. Pagu* [online]. 2017 [citado 5 jun. 2017]; 50(e175001). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700500001>

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CADERNOS PELA VIDA. *Homossexuais e AIDS, a epidemia negligenciada*. São Paulo 2006; 16 (42).

CARRARA, Sérgio. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 47, e164717, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000200604&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2018. Epub Sep 15, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201600470017>.

REFLEXÕES SOBRE DESAFIOS AO CAMPO DE HIV/AIDS A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS TRANSADAS PELO MOVIMENTO DE PROSTITUTAS BRASILEIRAS

| LEILA BARRETO⁶⁵ |

⁶⁵ Ativista da Rede Brasileira de Prostitutas e do Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará, Professora Especialista em Direitos Humanos e Diversidade pela Universidade Federal do Pará-UFPA.



“Um beijo para você que usa camisinha e se protege das DSTs, aids e hepatites virais”



Secretaria de Vigilância em Saúde



Ministério da Saúde



Este artigo tem como objetivo refletir acerca de uma série de questões que vêm tomando de assalto o campo do HIV/AIDS – perante as quais as pessoas têm reagido com silêncio, apatia ou restringindo-se ao nível das **micro-revoluções** – com recortes da trajetória construída pelo movimento de prostitutas do norte do Brasil. O movimento de putas nada tem de novo; ao contrário, articula-se desde 1987, quando, a fim de enfrentar uma conjuntura muito difícil, fundou-se a Rede Brasileira de Prostitutas. Há que sublinhar essa dimensão de “**rede**” como uma característica central do movimento de putas desde os seus primórdios, e de como é afetada – em face das consequências da institucionalização promovida na década de 1990 – institucionalização até certo ponto necessária para legitimar pautas que o movimento organizava à época, mas que hoje vem acarretando grandes desafios para a intervenção. De fato, o ativismo institucionalizado engendra uma estrutura que pode exigir um enorme investimento de tempo na resposta ou adaptação a um edital, ou no caminho sinalizado por uma política que, embora se diga “pública”, não chega a todos.

Nesse contexto, como essa população, dita “chave”, se situa nesse campo para desenvolver políticas públicas? Primeiro, conforme já colocado, articulando-se em rede já no princípio do movimento, por menos clareza que as prostitutas tivessem dessa opção – que, não obstante, permitiu-lhes não só sustentar suas demandas como também “transar com tudo e com todos”. Lembrando Elaine Bortolanza (2012) que traz significados ao termo **promiscuidade** – com muita habilidade as putas transam uma “promiscuidade política”, isto é, da capacidade de lidar com diferentes contextos e tentar pautar seus interesses particulares em conjunto com outros – capacidade inclusive solidária das putas de estar nas diversas construções, em diferentes lutas, da política brasileira. Ao longo da trajetória do movimento, portanto, emerge também como característica *a capacidade de transar⁶⁶ mesmo com o diferente que muitas vezes não nos respeita nem reconhece, ou só nos mobiliza no momento em que lhe interessa*. Além de ser marcado por essa “**transa diversa**”, entretanto, o movimento precisa ser pensado também em termos de sua finalidade – no sentido de que vem sendo atravessado por tensões tanto entre seus pares quanto com outros aliados, embora surpreendentemente tais tensões não pareçam tão evidentes com seus opressores.

Assim, o movimento de putas inseriu-se em todas as discussões possíveis para passar de um regime ditatorial para outro tipo de ditadura – a ditadura de determinado modelo de democracia, levando a uma perda progressiva do que já se acreditava haver alcançado. Nesse ir e vir, forjou-se um **corpo político** – e é imperioso pensar como é esse corpo de cada um dos que estão no ativismo, na academia,

⁶⁶ Trago aqui o conceito de transa como um ato de transgredir, em profícuca e promíscua relação observada na organização desta categoria. Não só na diversidade das relações estabelecidas, mas na construção dos espaços de empoderamento empreendidos, o lugar assumido diante da demanda governamental às prostitutas organizadas. Nas tensões e ações do Estado em tentar tirá-las das esquinas e a resistência destas em manter a relação com o Estado, mas não perder sua identidade, seu espaço na rua, na cidade. O que chamo neste trabalho de transas sociais e institucionais. (BARRETO, 2016)

“Precisamos com urgência, para esse corpo político muitas vezes institucionalizado e higienizado, pensar como ter direito ao prazer. Como ter direito a uma política capaz de levar esse direito em conta, capaz de levar em conta toda essa expertise e todo esse tempo de luta no campo acumulado por tantas pessoas de todas as partes do Brasil. “

na rua ou em qualquer outro espaço. Como se apresenta esse corpo político no campo da prevenção – institucionalizado, moralizado, asséptico? Na ação direta ou indireta de cada um, em cada espaço que se ocupa, que grau de moralidade se coloca? Qual é o grau de assepsia dessa possibilidade de troca?

O movimento de prostitutas tem feito um grande esforço para continuar fazendo essa “transa diversa”, apesar de perceber que, onde o Outro “transava” muito bem essa “transa diversa” – proporcionando a cada um o que lhe cabia nessa “transa”, em um acordo bem claro como do cliente acerca de seu desejo e do serviço prestado –, agora parecem nos roubar essa estratégia de “transa”, conduzindo-nos para um processo que muitas vezes não conseguimos articular. É preciso ocupar e repensar esses lugares, refletindo como será possível dialogar com quem não quer dialogar, ou com quem quer impor determinadas perspectivas. É preciso fazer esse exercício do ponto de vista do corpo político dessa puta, que coloca a sua identidade em negociação permanente no espaço ou no lugar onde estiver para poder garantir a própria sobrevivência – “sobrevivência” não econômica, mas literal, em territórios que podem não lhe ser favoráveis ou lugares onde talvez não se aceitem sua permanência naquela atuação – seja em uma esquina, na sociedade ou no próprio ativismo.

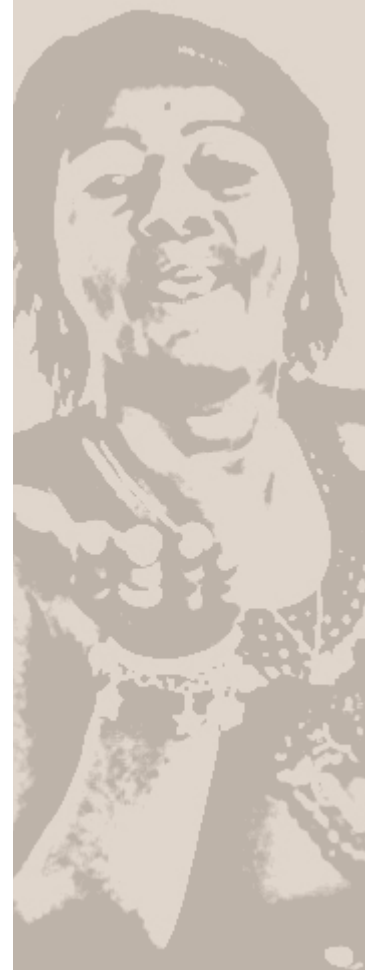
Cabe questionar, aqui, que estratégia cada um pode articular em cada campo, de preferência em rede, quebrando estruturas a que estejamos acostumados. O movimento social, atualmente, apresenta imensa dificuldade para pensar qualquer tipo de ação que não se articule em termos de editais – quando estes muitas vezes têm por efeito dar maior ênfase ao diálogo com os chamados “pares” do que ao que se tem por meta efetivamente, inclusive em termos da continuidade das lutas em pauta.

Nessa articulação e tensão permanentes, além dos direitos tão arduamente buscados nesse caminho todo, há que considerar o direito – sobre o qual de fato se

consegue conversar e dialogar junto aos chamados “pares” – ao prazer. Precisamos com urgência, para esse corpo político muitas vezes institucionalizado e higienizado, pensar como ter **direito ao prazer**. Como ter direito a uma política capaz de levar esse direito em conta, capaz de levar em conta toda essa *expertise* e todo esse tempo de luta no campo acumulado por tantas pessoas de todas as partes do Brasil.

Entretanto, cada vez as pessoas estão dialogando menos e se restringindo mais a seus próprios campos, quando é preciso justamente derrubar barreiras à articulação. Caso se esteja realizando, no âmbito da academia, uma pesquisa que corresponde a determinada realidade e afeta a vida de determinado segmento, é preciso que este seja chamado a participar, e de maneira significativa, que possibilite intervir de fato nas decisões a tomar ou já tomadas, o que não tem ocorrido. O movimento de putas, como outros segmentos, busca todas as articulações possíveis, dentro ou fora do movimento social; mas é preciso ter igual voz. A grande questão trazida por esse movimento é o direito a que nossa voz não seja só um ponto de agitação no final de um processo já determinado e encaminhado e que seguirá o rumo predeterminado de qualquer maneira. Não é possível conformar-se ao que já está decidido sob o pretexto de que o cenário não é favorável. Se não é favorável, o que fazer? Resignar-se para assegurar posições já alcançadas, uma vez que o “enfrentamento” não é tido como “estratégico”?

Se o cenário atual pode ser lido como uma “onda conservadora”, é preciso lembrar que ondas passam, e ao quebrar arrastam tudo consigo. Como enfrentá-la com coragem, sem que cada um de nós, em nossas estruturas de militância ou do campo que atuam, contribuam para seu crescimento? Nesse sentido, o movimento de putas – e principalmente a capacidade das putas de se colocar em territórios que nem sempre lhe são favoráveis, continuar contando sua história e enfrentar



“Muito se investe na criação de novas opções, mas pode ser igualmente crucial rever nossos próprios caminhos e refletir, por exemplo, como grandes movimentos neste país, como o movimento de putas, alcançaram avanços para depois perder-se em esquemas institucionais ou na ilusão de que é possível evitar certos enfrentamentos.”

estigmas que limitam e vulnerabilizam – pode dar margem a uma reflexão. Porque é outro direito fundamental, além do direito ao prazer, o de entender o processo – e, se houver divergência, intervir.

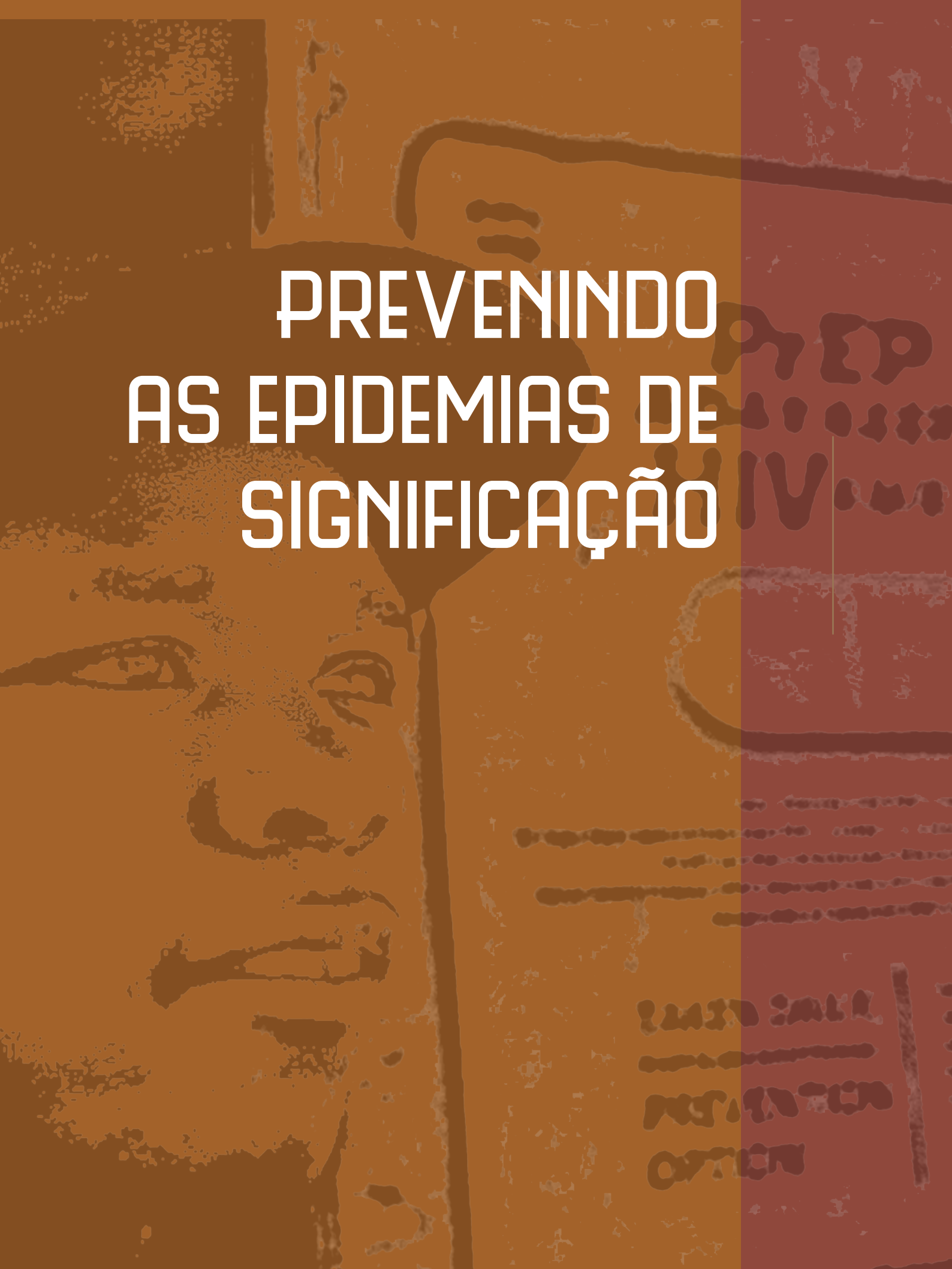
Fala-se em “população-chave”. Mas seremos “**chaves**” ou “**fechaduras**”? Pode-se ser tanto chave quanto fechadura, e nos dois sentidos, de ou fechar ou abrir caminhos – caminhos mais justos, mais democráticos, mais dignos e principalmente de mais gozo, de possibilidades de prazer, em termos de todas as possibilidades da sexualidade, não só do ato sexual. Muito se investe na criação de novas opções, mas pode ser igualmente crucial rever nossos próprios caminhos e refletir, por exemplo, como grandes movimentos neste país, como o movimento de putas, alcançaram avanços para depois perder-se em esquemas institucionais ou na ilusão de que é possível evitar certos enfrentamentos. E aprendendo com as putas em seus desafios e maneiras de fazer política, “Putas Politics” (Murray, 2015) – reflito *coloquemos nossos corpos políticos à luta independente dos ambientes e contextos, em rede.*

Referências

BARRETO, Leila. Prostituição, A História Recontada: Transas Sociais e Institucionais em Belém. Artigo de Conclusão Especialização em Direitos Humanos e Diversidade da Universidade Federal do Pará. Belém, 2016.

BORTOLANZA, Elaine. Zonas de promiscuidade: trottoir do desejo sexual. 2012. 142 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

MURRAY, Laura. Not Fooling Around: The Politics of Sex Worker Activism in Brazil (Sem Sacanagem: A Política do Ativismo das Prostitutas no Brasil), Tese Doutorado. Departamento de Ciências Sócio-médicas, Columbia University, Nova Iorque 2015.



PREVENINDO AS EPIDEMIAS DE SIGNIFICAÇÃO

A ATUALIDADE E A MULTITEMPORALIDADE DOS PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS

| GUSTAVO ZAMBENEDETTI⁶⁷ |

⁶⁷ Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Professor do Departamento de Psicologia e do PPG Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)/PR.



Este artigo trata da atualidade e multitemporalidade dos processos de estigmatização em relação ao HIV-AIDS. Seu objetivo é provocar o debate e algumas interrogações, articulando referenciais conceituais e práticos. Após mais de três décadas do início da epidemia, é preciso interrogar: o conceito de estigma ainda é atual? Sob quais processos?

Uma primeira cena-problema, para iniciar a reflexão, é a seguinte fala:

Uma amiga da minha mãe, que está com HIV, foi lá em casa, foi visitar a gente. Daí minha mãe serviu café para ela, e depois disse: “ah, pega esse copo aí, pega esse copo e lava bem” – tipo, deixa o copo de molho e tal. Daí eu disse: “ah, mas para que fazer isso, mãe?”. E ela disse: “mas vai saber”.

Uma segunda cena:

Meu marido disse: “se eu peguei HIV, peguei de ti. Se a minha mãe ficar sabendo, eu não sei o que ela vai fazer contigo”. Então, minha vida está em risco pelo lado da doença, que possa até durar vinte anos, se me tratar. E uma hora eu posso ser quebrada na esquina porque eu passei uma doença para o filho dela. Imagina se ela fica sabendo, já fiquei pensando várias coisas.

O objetivo de trazer essas duas primeiras cenas é interrogar: em que tempo elas se passam? Em que século, neste ou no passado? Essas falas se dão nas décadas de 1980, 1990, 2000 ou 2010? Como explicar essas cenas, que podem ter ocorrido em qualquer uma dessas décadas, a despeito de todos os avanços ocorridos no enfrentamento à epidemia? Quais as implicações de afirmações como “em decorrência da diminuição do estigma tornou-se possível descentralizar a atenção em HIV-AIDS para a atenção básica”? Será mesmo pela diminuição do estigma? E o que significaria essa redução?

Observam-se na literatura dois caminhos investigativos para compreender as abordagens do estigma relacionado à AIDS. Uma primeira via consiste em abordar o fenômeno do estigma em termos de seu suposto aumento ou diminuição. Um exemplo é a pesquisa realizada por Garcia e Koyama (2008), baseada na aplicação de um questionário em 1998 e 2005 junto a mais de cinco mil pessoas, inclui questões como esta: “aceitaria que uma casa de apoio a doentes de AIDS funcionasse ao lado de sua casa?”. Em 1998, 71% responderam que sim; em 2005, 75%. Essa variação poderia ser lida como um aumento ou diminuição. Do mesmo modo, à pergunta “o teste de AIDS deveria ser obrigatório para admissão no emprego?”, 65% dos respondentes disseram que sim em 1998; em 2005, 57% – uma pequena redução, portanto.

“... dificilmente, hoje, alguém negaria a matrícula de um aluno por este viver com HIV. Por outro lado, observa-se uma tendência a achar que se tem o direito de gerenciar a vida dessa pessoa.”

Esse aumento/diminuição pode ser pensado em termos de certos critérios discriminatórios, tais como pedido de exame de HIV sem consentimento, restrições em viagens internacionais, exclusão de pessoas com HIV de atividades coletivas e assim por diante. Essa perspectiva vai orientar uma série de intervenções no campo da saúde coletiva, possibilitando, até certo ponto, alguns parâmetros avaliativos para que se possa dizer se houve aumento ou diminuição.

Contudo, será possível estratificar e localizar essa redução/aumento a ponto de permitir prever se uma situação de estigma ou discriminação irá ocorrer? O quanto é significativa uma redução de 65% para 57%? O que isso informa de fato para uma pessoa vivendo com HIV: essa diminuição do estigma pode deixá-la tranquila?

Um segundo caminho de investigação, para além da questão de “mais” ou “menos” estigma, consiste em pensar acerca de suas novas formas de manifestação. Para refletir acerca disso, recorre-se aqui a três estudos.

Um primeiro estudo, conduzido por Zucchi e colaboradores (2010), investigou, junto a diretores de escola, a percepção e manejo destes em relação a adolescentes e jovens escolares com HIV. O que se percebeu foi que dificilmente, hoje, alguém negaria a matrícula de um aluno por este viver com HIV. Por outro lado, observa-se uma tendência a achar que se tem o direito de gerenciar a vida dessa pessoa. Caso se perceba, por exemplo, que ela está de mão dada com outra, alguém pode sentir que precisa intervir ali, que aquela pessoa não pode transar, ou sequer pegar a mão de outra. Indica-se, assim, uma transformação que consiste em uma racionalização ou suavização do estigma: não chega a ser negado acesso, mas a pessoa tem sua vida gerenciada a partir de uma série de demarcações.

O segundo estudo, de Alencar, Nemes e Velloso (2008), avalia a questão do estigma e das mudanças corporais relacionadas à AIDS. Hoje parece não haver mais “a cara da AIDS” – a “cara do Cazuzo”, associada a magreza. Entretanto, há outras marcas, sendo que a grande contribuição desse estudo é pensar três momentos corporais ao longo da história da epidemia: um primeiro momento marcado pela

magreza, pelo emagrecimento; um segundo momento de ganho de peso, com a introdução do antirretroviral; e um terceiro momento a partir da questão dos efeitos da lipodistrofia, produzindo uma redistribuição da gordura corporal. Em determinados grupos e segmentos populacionais, as pessoas passam a se identificar a partir de sinais corporais; desse modo, ainda que a AIDS não tenha mais a “cara” que tinha antes, nasce aqui outra imagem corporal relacionada a ela.

O terceiro estudo, mais recente, relaciona-se ao processo de estigmatização associado ao aplicativo intitulado “A hora é agora: testar nos deixa mais fortes” e tratando do autoteste em Curitiba (ARAÚJO, 2017). O texto discute a dupla mensagem veiculada na delimitação das populações-chave. Não se trata, diz o autor, de uma coisa ou outra. Ambas estão presentes: de um lado, a mensagem da população-chave para acessar um direito; ao mesmo tempo, isso envolve uma demarcação que pode vir a estigmatizar – e é essa complexidade que o estudo põe em pauta.

Esses três estudos, além de indicarem a presença de processos de estigmatização, indicam possibilidades de avaliação, não só em termos de aumento e diminuição do estigma, mas como ele se transforma e se torna presente nos contextos relacionados ao HIV-AIDS.



Até aqui, podemos concluir que o estigma ainda é atual e que existem variações nas suas formas de manifestação. O ponto seguinte a se pensar é: de que modo o estigma se torna presente ainda hoje em nossas relações sociais?

Para responder a essa pergunta, proponho designar três processos.

O primeiro processo é de transformação: novos sentidos e imagens que se associam à AIDS e que possibilitam as ideias de racionalização, suavização ou controle das pessoas a partir de uma demarcação. Trata-se não mais de rechaçar, mas de estabelecer certo controle e gerência sobre o sujeito, borrando a delimitação entre o público e o privado.

O segundo processo opera uma atualização: novas estratégias que atualizam velhas imagens. Um exemplo é o chamado “Clube do Carimbo”, uma nova imagem que reacende uma discussão anterior – a ponto de um projeto de lei sobre a criminalização da transmissão do HIV, que estava um pouco esquecido, voltar a ser discutido. Ou seja, é uma imagem nova, mas que traz à tona a questão do potencial transmissor, do perigo representado pela pessoa com HIV.

O terceiro modo de expressão do estigma é marcado pelo anacronismo: estigmas que se manifestam hoje tal qual no início da epidemia, como nas duas cenas aqui citadas inicialmente e que nos levam a perguntar em que tempo aquilo ocorreu. Embora pudessem ter ocorrido em qualquer tempo e lugar, são relatos recentes (2012-2013), provenientes de usuários de unidades de Saúde da Família, entrevistados em uma pesquisa que investigou os processos de estigmatização no contexto da descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica em Porto Alegre-RS (ZAMBENEDETTI, SILVA, 2014; 2015).

Face ao questionamento acerca de que tempo é este em que vivemos, pode-se recorrer às contribuições de Gilles Deleuze acerca de uma dimensão por ele chamada de “multitemporal”. Uma linha do tempo, por exemplo, corresponde a uma dimensão cronológica, um tempo que é sucessivo e demarca a ideia de passado, presente, futuro. Outra dimensão trazida por Deleuze não se refere a Cronos, mas

“... fica a provocação de se pensar o estigma não apenas enquanto aumento e redução; não se trata de negar essa perspectiva, mas de reconhecer que ela não basta. É preciso pensar também em termos de processos de transformação e atualização.”

a Aion: a dimensão de simultaneidade, em que as coisas coexistem e um processo não anula o outro. Assim é que os processos de transformação, atualização e anacronismo convivem ao mesmo tempo, num mesmo *status* temporal, o que ajuda a compreender a sensação de estarmos “voltando no tempo” ou de precisarmos constantemente reativar lutas em resposta a questões que pareciam superadas.

Em suma, fica a provocação de se pensar o estigma não apenas enquanto aumento e redução; não se trata de negar essa perspectiva, mas de reconhecer que ela não basta. É preciso pensar também em termos de processos de transformação e atualização. Essa compreensão propicia condições para o reconhecimento das manifestações do estigma na experiência das PVHA, auxiliando na criação de respostas para a superação de seus efeitos.

Por fim, há a necessidade de atualizar as estratégias de resistência e cuidado, buscando assegurar a perspectiva dos direitos humanos. Fica a interrogação: se o estigma sofre transformações e atualizações ou mostra-se, ainda hoje, anacrônico, como fazer para recuperar ou construir também estratégias de resistência em relação a essas suas formas de manifestação?

Referências

ALENCAR, T.M.D.de; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (6), p. 1841-1849, 2008.

ARAÚJO, D. C. de. Disciplina, biopolítica e “sidadanização”: considerações a partir do aplicativo A Hora é Agora – Testar nos deixa mais fortes. *Rev. Direito Práx.*, 8 (3), p. 1833-1862, 2017.

GARCIA, S.; KOYAMA, M.A.H. Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), p 72-83, 2008.

DELEUZE, G. *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

ZAMBENEDETTI, G. O Paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na Atenção Básica em Saúde. Tese [PPG em Psicologia Social e Institucional]. UFRGS, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia*, 20 (4), p. 229-240, 2015.

ZUCCHI, E.M. e cols. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por AIDS. *Revista Educ. Pesquisa*, 36 (3), p. 719-734, 2010.

SORODISCORDÂNCIA, DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA: ANOTAÇÕES A PARTIR DE DUAS PESQUISAS

| MÓNICA FRANCH⁶⁸ |

⁶⁸ Professora do Departamento de Ciências Sociais da UFPB, onde também integra os Programas de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) e em Sociologia (PPGS). Líder do Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB).



Este artigo se propõe a discutir algumas questões sobre estigma e discriminação em situações de sorodiscordância, a partir de duas pesquisas conduzidas pelo GRUPESC/UFPB (Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura). A primeira pesquisa, intitulada *Casais sorodiscordantes heterossexuais no Estado da Paraíba: subjetividade, práticas sexuais e negociação do risco*, foi desenvolvida entre 2007 e 2010, e contou com o financiamento da UNESCO/Ministério da Saúde⁶⁹. A segunda pesquisa (*Sorodiscordância em casais LGBTT: conjugalidade, sexualidade e práticas de risco*) foi realizada entre 2010 e 2013, com apoio do CNPq⁷⁰. Ambas as pesquisas foram realizadas em João Pessoa, envolvendo sujeitos que moravam na capital ou em outros municípios da Paraíba, mas que frequentavam serviços de saúde e/ou instituições de apoio a pessoas vivendo com HIV e AIDS na capital do Estado. O contexto dessas pesquisas guarda grande interesse por apontar para a transição do que seria um paradigma preventivo baseado apenas na camisinha (o “mantra da camisinha”) para uma nova configuração em torno da Prevenção Combinada, um tema que começava, ainda que timidamente, a emergir no serviço.

Ambas as pesquisas, de recorte socioantropológico, pretendiam inicialmente apreender, a partir da identificação de casais sorodiscordantes, significados, normas, valores e práticas relacionados à sorodiscordância, bem como apontar a vulnerabilidade social tanto do casal como de cada um de seus membros isoladamente, relacionando com: desigualdade de gênero, diferença etária, origem socioeconômica e raça/etnia. A escolha da sorodiscordância como objeto de pesquisa respondeu ao que era percebido, pela literatura do momento, como um fenômeno relativamente recente no campo do HIV/AIDS, efeito de muitos fatores – tais como a introdução das terapias antirretrovirais, as políticas de acesso universal à TARV e o aumento não só da expectativa de vida mas, sobretudo, da possibilidade de formação de casais e famílias com pessoas vivendo com HIV/AIDS⁷¹.

Os casais sorodiscordantes apareciam como um desafio para os serviços e para as políticas de combate ao HIV/AIDS por vários motivos. A compreensão habitual em torno da sorodiscordância apreendia esta situação a partir da ideia de “duplo risco” – de transmissão horizontal e vertical – ideia que apagava, por exemplo, a questão da prevenção positiva. Paralelamente, todas as pesquisas mostravam que, dentro desses relacionamentos, o uso do preservativo não era constante nem continuado, o que levantava uma importante questão para as intervenções comportamentais: por que esses casais, conhecedores da possibilidade de transmissão do vírus, não utilizam o preservativo em todas as relações? De que modo ampliar os modos de gestão de risco entre eles? Apesar dessa preocupação, cabe destacar que a conjugalidade sorodiscordante possuía um lugar muito limitado no cotidiano

⁶⁹ Coordenação: Artur Perrusi e Mônica Franch. Pesquisadores: Fátima Araújo, Luziana Silva, Madiana Rodrigues, Edson Peixoto. Estudantes: Arthur Guimarães, Átila Carvalho, Clareanna Santana, Juliana Nascimento, Lindaci Loiola, Luana Cunha. Consultora: Ivia Maksud.

⁷⁰ Coordenação: Mônica Franch. Pesquisadores: Luziana Silva, Marcia Longhi, Ednalva Neves. Estudantes: Marcia Andrea Rodrigues, Jainara Gomes de Oliveira. Consultora: Ivia Maksud.

⁷¹ Diversos estudos realizados no Brasil e em outros contextos têm se voltado a compreender essas configurações (MAKSUD; TERTO; PIMENTA et. al., 2005; MAKSUD, 2009; POLLEJAK, 2001; SILVA, 2007; SILVA; COUTO, 2009; FERNANDES et al., 2017; SILVA, 2015; PERRUSI; FRANCH, 2015, entre vários outros).

“... todas as pesquisas mostravam que, dentro desses relacionamentos, o uso do preservativo não era constante nem continuado, o que levantava uma importante questão para as intervenções comportamentais: por que esses casais, conhecedores da possibilidade de transmissão do vírus, não utilizam o preservativo em todas as relações? De que modo ampliar os modos de gestão de risco entre eles?”

do serviço, uma vez que a lógica que norteia a atenção é de caráter individualizado, focando apenas na pessoa vivendo com HIV/AIDS e deixando a um lado os possíveis relacionamentos em torno dela.

A título de atualização, a preocupação em torno dos casais sorodiscordantes se deslocou bastante desde o início das nossas pesquisas até o momento atual. De serem percebidos como “problema” diante da prescrição da camisinha, se tornam grupo de especial interesse nos estudos que embasaram as novas tecnologias preventivas em foco nestes tempos de mudanças no paradigma preventivo. Casais sorodiscordantes protagonizaram os estudos HTPN 052 e *Partners*, que forneceram importantes evidências para o Tratamento como Prevenção (TcP).

Apesar das mudanças na apreensão da sorodiscordância, é bom notar que os casais sorodiscordantes continuam sendo apreendidos pela literatura a partir de sua diferença sorológica; muito pouco se questiona a respeito de se essa diferença de fato é significativa para os casais (PERSSON, 2015). Essa compreensão hegemônica afetou, inclusive, o desenho das nossas pesquisas, centrado em questões de sexualidade e risco que ecoavam, de certo modo, as preocupações com o controle da epidemia. Somente após debruçar-nos sobre o cotidiano dos casais, começamos a perceber outros fatores relevantes na experiência dos entrevistados: a própria conjugalidade, categoria que sequer fazia parte dos temas da primeira pesquisa; as questões ligadas ao cuidado; as representações sociais da doença; e, é claro, o estigma e a discriminação⁷².

Em termos metodológicos, procurou-se realizar entrevistas individuais para termos acesso às “duas vozes” dos casais (TORRES, 2002). Nos casos em que isso não foi possível, entrevistas feitas com o casal junto no mesmo espaço trouxeram o interesse de permitir a observação de dinâmicas conjugais em ação. Para o pri-

⁷² Cumpre assinalar que, dos pesquisadores do GRUPESC, Fatima Araújo e Átila Carvalho de Andrade foram os que mais se debruçaram sobre a questão do estigma (ARAÚJO; CARVALHO, 2013).

meiro estudo, foram entrevistados 22 casais completos e 19 membros individuais de casais sorodiscordantes, bem como outros atores do campo (profissionais, gestores, ativistas etc.). As situações mais comuns envolveram mulheres HIV+, muitas delas grávidas ou com filhos recém-nascidos, e seus companheiros HIV-. Esse foi um recorte involuntário da pesquisa, resultado da centralidade do SAE materno-infantil do Hospital Universitário Lauro Wanderley nessa pesquisa. Algumas entrevistas foram realizadas na ONG Missão Nova Esperança, hoje extinta.

Na segunda pesquisa, foram realizadas 25 entrevistas individuais, tendo tido maior dificuldade para fechar as duplas. A maioria entrevistada foi composta por casais masculinos (casais de homens *gays*); foram entrevistadas, ademais, cerca de três mulheres transexuais e um casal de lésbicas. Desta vez, os locais de pesquisa incluíram o SAE do Complexo Hospitalar Clementino Fraga e a Casa de Convivência. Alguns entrevistados foram contatados a partir de redes pessoais e dos movimentos AIDS e LGBTT. A diversificação das vias de acesso entre ambas as pesquisas, por um lado, provocou alguns recortes e, por outro lado, foi resultado do que entendemos como dinâmicas ou especificidades do campo. Assim, a primeira pesquisa, atrelada ao serviço público de saúde, nos conduziu prioritariamente a casais dos grupos populares, enquanto a segunda nos deu acesso também a casais de classe média. Neste sentido, a técnica da “bola de neve”, que se mostrou eficaz para encontrar casais *gays*, não nos levou a lugar nenhum junto aos casais heterossexuais. Essa diferença nos permite conjecturar que existe, em João Pessoa,



uma rede espontânea de sociabilidade cruzando orientação sexual e HIV/AIDS, inexistente para os casais heterossexuais, que tendem a vivenciar sua experiência de modo mais privado. Estas diferenças precisam ser assinaladas porque a vivência de estigma e preconceito apresentou matizes específicos nas duas pesquisas, que serão mencionados neste artigo.

Para abordar teoricamente o estigma, nos apoiamos, inicialmente, nas contribuições de Parker e Aggleton (2001). Os autores se remetem a Goffman, mais especificamente à obra *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, cujas contribuições têm sido muito apropriadas nas discussões sobre doença mental e infecção pelo HIV. De acordo com eles:

A ênfase que o trabalho de Goffman deu à posse de uma “diferença indesejável” que leva a uma “identidade deteriorada,” por sua vez, tende a encorajar uma análise altamente individualizada, na qual as palavras vêm caracterizar as pessoas de maneira relativamente não mediata. Dessa forma o estigma, entendido como um atributo negativo, é mapeado sobre as pessoas, que por sua vez e em virtude de sua diferença entendem-se como negativamente valoradas na sociedade. (PARKER; AGGLETON, 2001, p.9).

Embora reconhecendo o valor de suas ideias, Parker e Aggleton consideram que o uso que tem sido feito da abordagem de Goffman tem levado frequentemente a análises individualizadas, em que o estigma aparece como um “tipo de coisa”, o que não lança luz aos processos de estigmatização. Nesse sentido, os autores se apoiam em Foucault, compreendendo que a produção social da diferença, base dos processos de estigmatização, está a serviço do poder. A “elite do conhecimento” (psiquiatria, demografia etc.) seria, nesse sentido, crucial na produção do estigma. Entretanto, a produção de diferenças não é monopólio do saber científico. Seguindo as contribuições de Geertz (*O saber local*), Parker e Aggleton afirmam que formas mais localizadas de saber, como a religião e o senso comum, também produzem diferenças hierarquizantes, contribuindo para os processos de estigmatização. Outro autor que foi incorporado em nossas análises foi Simmel (1999), cujas contribuições acerca do segredo como uma “forma sociológica de interação” permitiram entender diferentes matizes em torno da gestão do sigilo da condição sorodiscordante. Com base nessas contribuições, nossa análise procura não perceber o estigma nem como algo reificado, nem como um aspecto unicamente individual. Ao contrário, compreendemos o estigma como um elemento histórico, contextual, empregado estrategicamente e que produz e reproduz relações de desigualdade social (PARKER; AGGLETON, 2001).

“Assim, para compreender os casais, os pesquisadores procuraram olhar “para dentro”, para a dinâmica interna à dupla, bem como “para fora”, para a dinâmica entre o casal e outras instâncias – por exemplo, a família ampliada, a escola, o trabalho etc. “

Ainda em relação à terminologia usada, Parker (2013) discute a diferente origem na literatura dos termos estigma e preconceito, estando o primeiro ligado, inicialmente, a marcas corporais e situações de doença, e o segundo, a questões raciais. Apesar dessa diferença no ponto de partida, o autor considera que “Tanto o estigma quanto o preconceito têm sido cada vez mais conceituados como processos fundamentalmente semelhantes” (PARKER, 2013, p.30). O autor também se distancia da percepção que diferencia entre aspectos cognitivos ou atitudinais (estigma, preconceito) e aspectos práticos ou comportamentais (discriminação), sugerindo que ambos momentos devem ser entendidos no processo maior de estigmatização. Nas duas pesquisas realizadas, o termo “preconceito” apareceu espontaneamente nas entrevistas, ao passo que “estigma” foi raramente mencionado, bem como “discriminação”. Aqui, utilizaremos os três termos sem fazermos maiores diferenciações conceituais.

Para compreender de que modo estigma e discriminação faziam parte do cotidiano dos casais entrevistados, a análise precisou perpassar pela questão da conjugalidade, aqui entendida como uma relação social baseada na mutualidade, comportando determinado tipo de administração da sexualidade e da vida amorosa (HEILBORN, 2004). Estigma e preconceito tanto aparecem nas experiências individuais das pessoas vivendo com HIV e AIDS, que vão se referir a como o estigma acompanhou sua trajetória desde o momento do diagnóstico, quanto atuam na dinâmica dos casais. Assim, para compreender os casais, os pesquisadores procuraram olhar “para dentro”, para a dinâmica interna à dupla, bem como “para fora”, para a dinâmica entre o casal e outras instâncias – por exemplo, a família ampliada, a escola, o trabalho etc.

Em termos da dinâmica interna, o estigma pode atuar como reforço de desigualdades já existentes. Isso apareceu, sobretudo, em casais heterossexuais em que a mulher era a pessoa vivendo com HIV e AIDS. Essas mulheres repetiam com frequência expressões como “ele é muito bom para mim”, “ele não tem precon-

ceito comigo”, deixando entrever a expectativa de serem objeto de preconceito, o que traduz uma certa inferiorização da pessoa vivendo com HIV e AIDS na relação conjugal. Essa é uma situação que pode tornar as mulheres mais vulneráveis diante do que podem considerar um “favor” por parte dos homens – fiquem com elas “apesar de”.

Por outro lado, o segredo atrelado ao estigma frequentemente funcionava como um elemento de “coesão” do casal (o aspecto produtivo do segredo, proposto por Simmel), o que era expresso em falas denotando solidariedade e apoio, proferidas pelo membro soronegativo do casal, do tipo “ela só me tem a mim, eu só tenho a ela”, “preciso protegê-la desse mundo cruel”. Esta ressignificação do estigma, do ponto de vista de algo que une e não que separa, implicava também uma menor adoção das práticas de prevenção preconizadas pelo serviço, que à época privilegiavam o preservativo, por considerar que o uso da camisinha marcava uma diferença que, no cotidiano, se tentava dirimir.

Boa parte das pessoas vivendo com HIV e AIDS e seus/suas parceiros/as referem ter tido preconceito (em relação a pessoas com HIV) antes de seu próprio diagnóstico ou da revelação do diagnóstico por parte do/a parceiro/a. A fala abaixo é um exemplo de ressignificação do preconceito prévio:

Eu tinha preconceito, olhava nem para uma pessoa que não tinha, por exemplo, eu tinha medo, nem olhava. Às vezes, acho até que foi Deus quem me castigou. Eu tinha muito preconceito com isso. Na verdade, até hoje eu ainda tenho muito preconceito. Até porque depois de que o tive ainda não me acho uma pessoa doente, eu aprendi a dar valor àqueles que têm e me dão mais valor, as coisas que eu não tinha, meu marido, meus filhos. A família que eu não dava valor e agora estou dando. (Mulher, casal HT, HIV+, 31 anos)

Alguns respondentes, mesmo antes do diagnóstico, já haviam desmistificado a questão do HIV/AIDS, mas quase todas as PVHA relatam ter sofrido preconceito em alguma instância: família, serviço de saúde, trabalho, relacionamentos afetivos. Assim, o segredo em torno do diagnóstico apareceu como sendo uma solução protetiva contra uma possível discriminação, podendo configurar o que Abreu (2016) definiu como um “segundo armário”. O medo de sofrer preconceito conduz tanto a um silenciamento em relação à sorologia quanto ao desenvolvimento de estratégias de ocultamento, tais como procurar serviços de saúde longe do local de moradia (pessoas de Natal fazendo tratamento em João Pessoa, ou pessoas de João Pessoa se acompanhando em Recife, por exemplo).

Emergem aí diferenças de classe social. Como a primeira pesquisa foi toda feita via serviços de saúde, os participantes pertenciam a grupos populares, totalmente dependentes do serviço público. Já na segunda, em que os pesquisadores acionaram também suas redes pessoais, trabalhou-se com grupos distintos. Assim, constatou-se que uma estratégia de ocultamento adotada por pessoas de classe média era ir a consultórios privados em vez de à rede pública de saúde. Assim, constatou-se, sobretudo na segunda pesquisa, a importância da interseccionalidade para apreender essas experiências, buscando entender de que maneira as diferenças são transformadas em desigualdades, especialmente quando estão presentes outros marcadores sociais.

Este excerto de uma conversa com um casal mostra como, em suas falas, as pessoas vão misturando as várias situações de vulnerabilidade – de que o HIV era uma das condições, mas sem se limitar a ele:

– Porque todo mundo sabe quem é o portador, e diz que é ‘aidético logo. (Homem, casal gay, HIV-, 52 anos)

– A gente perde até o nome. Porque dizem: “olha, vai passando um aidético”. [...] O preconceito entra por várias portas. Inclusive pela questão da homofobia. A Paraíba mesmo, está em primeiro lugar em assassinatos. Só esse ano já foram mais de 15. São mortes de homossexuais, travestis. Isso é sério. E são cruéis, cada crime bárbaro! Tem deles que levam várias facas e arrancam os órgãos genitais (Homem, casal gay, HIV+, 59 anos)

Para ambos os casais entrevistados, somente cabe à pessoa vivendo com HIV e AIDS a decisão de decidir a quem quer contar sua condição sorológica. Aqui, emerge também a questão do estigma estendido – não só o estigma vivido pela PVHA, mas também por seu/sua parceiro/a. Nesse sentido, a própria relação afetiva aparece como sendo passível de ser estigmatizada, o que implica ocultar a própria parceria sorodiscordante de amigos e parentes, para evitar (no caso dos soronegativos) pressões contrárias à manutenção da relação (“vão tentar fazer com que eu me separe, a/o deixe”, etc.)

– Quem na sua casa sabe da soropositividade da sua parceira? Como e por que contou?

– Da família, só a mãe. Porque não precisa mais ninguém saber, por causa do preconceito. Ninguém mais sabe. (Homem, 35, HT, HIV-)

Na segunda pesquisa, a relação entre o movimento ou o ambiente LGBT e o HIV/AIDS revelou certas ambiguidades. Por um lado, em comparação com a ex-

periência LGBT, a experiência heterossexual parece mais solitária, na medida em que a pessoa permanece isolada em uma espécie de redoma. Por outro, o “apoio” recebido do ambiente LGBT mostra-se ambíguo tanto em termos do preconceito em relação ao corpo (em que a lipodistrofia, por exemplo, aparece como elemento identificador) quanto em termos da atitude do próprio movimento, como mostra a seguinte fala:

Dentro do movimento LGBT, a questão da AIDS, existe bastante preconceito do movimento LGBT em relação à AIDS pelo... a própria liderança do movimento. Ano passado, quando eu fui pra [cidade], inclusive eu solicitei a passagem aérea ao [órgão governamental] e tinha um rapaz do movimento LGBT que ocupa um espaço de chefia do estado da política LGBT, que viu lá minha solicitação de passagem [...] e ele viu essa minha solicitação de passagem pra esse Encontro Nacional de Jovens Vivendo. Aí, ele saiu ligando pra várias pessoas e dizia: fulano, tu sabe que [nome] é soropositivo? [...] Eu nunca cheguei lá pra ele, pra conversar sobre essa questão, mas aí isso é só mais uma demonstração que o movimento LGBT, é poucas pessoas, poucos os militantes que têm essa abertura pra dialogar sobre ela. Muitos deles ainda têm muito medo da AIDS e, por incrível que pareça, muitos relatam ter comportamento de risco. (Homem, relação gay, HIV +)

Constata-se que, nos relacionamentos sorodiscordantes, a relação com uma pessoa vivendo com HIV e AIDS acaba levando a uma reconfiguração do preconceito, na medida em que pessoas que haviam construído noções sobre o HIV/AIDS calcadas em representações estigmatizantes, passavam a viver uma experiência próxima, que as fazia mudar. É o que fica patente, por exemplo, nesta fala:

Eu contei a ele, a gente já estava junto. Foi um choque para ele. A partir daí eu pensava que ele ia me deixar, mas pelo contrário, foi aí que ele me deu mais apoio. Ele não ficou de mal comigo, não me maldisse. Ele me ajudou bastante. Porque eu achava que, eu tinha medo de contar pra ele, porque tinha preconceito, e eu via que tinha encontrado uma pessoa muito boa pra mim. E achava, então, que se eu contasse para ele, iria me despejar, por conta do preconceito. Mas quando eu falei foi na verdade tudo o contrário. Ele só me ajuda mais. (Mulher, casal HT, HIV +, 31 anos)

O preconceito relaciona-se também com as dinâmicas de prevenção: embora existam diversas significações para o uso da camisinha, em alguns casos é possível identificar camisinha com preconceito. A norma conjugal, nesse sentido, pode entrar em contradição com a norma preventiva baseada, à época da realização das pesquisas, no uso exclusivo da camisinha:

⁷³ Expressão cunhada em 1987 por Jonathan Mann, Diretor Fundador do Programa Global de AIDS da Organização Mundial da Saúde, para definir a terceira fase da epidemia da AIDS no mundo, caracterizada por ser uma “epidemia das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS – reações que vêm se caracterizando, principalmente, por níveis excepcionalmente altos de estigma, discriminação e, certas vezes, negação coletiva” (PARKER & AGGLETON, 2001, p.7)

Tenho bastante medo [de transmitir o vírus]. Às vezes a gente faz sem camisinha, muitas vezes... mas ele não gosta de usar preservativo. Ele sempre diz que se tiver que ter, tem. “É você que vai cuidar de mim mesmo”, é isso que ele diz. Ele não tem preconceito comigo. (Mulher, casal HT, HIV+, 31 anos)

Do que foi exposto, ficam algumas questões para reflexão. Uma delas é a persistência da “terceira epidemia⁷³”, apesar, e a despeito, de todo o avanço técnico no manejo da infecção, acarretando constrangimentos importantes no cotidiano das PVHA e de seus parceiros e parceiras. Não por acaso, uma de nossas entrevistadas disse para nós que, ao conhecer o resultado de seu exame reagente para HIV, “Não tive medo da AIDS, tive medo do preconceito”. Segundo algumas apostas na literatura, a TcP e a PrEP podem vir funcionar em favor da diminuição do preconceito, ao dirimir barreiras entre PVHA e pessoas sem o vírus. Neste sentido, a campanha Indetectável = Intransmissível poderia estar a serviço do que Persson (2015) denomina “cidadania farmacológica”. Entretanto, o que a história social do HIV/AIDS vem mostrando é que não é o conhecimento a respeito das formas de transmissão que pode, por si só, modificar representações e atitudes baseadas na construção da AIDS como “doença do outro”. Nas nossas pesquisas com casais sorodiscordantes da Paraíba, a experiência próxima (ser uma PVHA ou se relacionar com uma) reconfigura o estigma, relativizando o lugar da diferença no cotidiano. Não obstante, o que os casais nos mostram também é que, nesses casos, o ônus da gestão do segredo continua recaindo nos sujeitos, ficando restrito, portanto à esfera do privado.

Referências

- ABREU, G.S. O segundo armário: diário de um jovem soropositivo. Lisboa: Index e-books, 2016.
- ARAÚJO, M.F.S.; ANDRADE, A.C. Uma privacidade muito especial. Cotidiano, estigma e segredo na vivência de casais sorodiscordantes. In: PERRUSI, A.; FRANCH, M. Casais (im)possíveis: Um estudo sócio-antropológico sobre sorodiscordância. João Pessoa: Editora UFPB, 2013.
- FERNANDES, N.M.; HENNINGTON, E.A.; BERNARDES, J.S.; GUINZSTEYN, B. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017; 33(4): e00053415
- HEILBORN, M.L. Dois é par: Gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garland, 2004.
- MAKSUD, I.; TERTO Jr.V; PIMENTA, C. (org). *Conjugalidade e AIDS: A questão da sorodiscordância e os*

serviços de saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

_____. O Discurso da Prevenção da AIDS: frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n.19, v. 2, 349-369, 2009.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e AIDS. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, n. 1. Rio de Janeiro, ABIA, 2001.

_____. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2013.

POLEJACK, L. Convivendo com a Diferença. Dinâmica Relacional de Casais Sorodiscordantes para o HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado. UNB. Departamento de Psicologia, Brasília, 2001.

PERRUSI, A.; FRANCH, M. Carne com carne. Gestão do risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes do Estado da Paraíba. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, n.37, 2012, p.179-200.

PERSSON, A. The world has changed': Pharmaceutical citizenship and the reimagining of sorodiscordant sexuality among couples with mixed HIV status in Australia. *Sociology of Health & Illness*, v. xx, n. xx, 2015, pp. 1– 16.

SILVA, A. M. Entre a Cama e o Ambulatório: A biomedicina e a vida sexual dos casais sorodiscordantes com HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado. IMS. Departamento de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007.

SILVA, L. M. da F. Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SILVA, N. K.; COUTO, M.T. Sorodiscordância para o HIV e decisão de ter filhos: entre risco e estigma social. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. Sexualidade, reprodução e saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. p.75-96.

SIMMEL, Georg. O Segredo. MALDONADO, S. (trad.) *Política & Trabalho*, n 15, p. 221 -225. Setembro de 1999.

TORRES, A. Casamento: conversa a duas vozes e em três movimentos. *Análise Social*, vol. XXXVII (163), 2002, p. 569-602.

ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO: BARREIRAS PARA A RESPOSTA À EPIDEMIA DO HIV

| CLEITON EUZEBIO⁷⁴ |

⁷⁴ Assessor para Mobilização Social e Trabalho em Rede do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil.



Nas últimas décadas, viveu-se uma grande revolução no enfrentamento à epidemia do HIV. O relatório do UNAIDS *Direito à Saúde*, lançado em novembro de 2017, revelou que nesse momento 21 milhões de pessoas tinham então acesso à terapia antirretroviral global – um tratamento que salva vidas. Para fins de comparação, no ano 2000 esse número era de apenas 685 mil indivíduos em tratamento.

Muito se discute sobre avanços das tecnologias; novas formas de testagem, que se encontram inclusive disponíveis também em farmácias; a PrEP como nova tecnologia que surge para compor todas essas opções de prevenção combinada. Contudo, não vemos os mesmos avanços no campo dos direitos humanos e do enfrentamento ao estigma e discriminação relacionados ao HIV.

Para ficarmos apenas com um exemplo disso, a PCAP (Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira) de 2013 perguntou aos participantes se eles comprariam verduras e legumes de uma pessoa vivendo com HIV; 40% responderam que não. Sublinhando: não se trata de uma pesquisa dos anos 1990 ou 1980. São dados da última PCAP, de 2013. Assim, apesar de todos os avanços na tecnologia e no tratamento, há que se perguntar sobre o impacto destes sobre o significado da AIDS para as pessoas que não participam das discussões científico-acadêmicas sobre o tema.

Qual é a base da discriminação? Em mais de trinta anos de resposta à epidemia, seria de se esperar que houvesse muito conhecimento acumulado. Entretanto, um dos fatores que contribuem para a discriminação é justamente a falta de conhecimento. O UNAIDS conta com redes sociais bastante ativas, incluindo a importante participação dos Embaixadores de Boa Vontade (Wanessa Camargo, Matheus Solano e Glória Maria); todavia, desde 2014, a postagem mais compartilhada é a que explica a diferença entre “HIV” e “AIDS”.

Esse exemplo mostra que, com frequência, é preciso voltar ao básico. É necessário garantir o acesso a informação considerando as especificidades de cada população. Caso isso não seja feito, poderemos acabar vendo um aumento das desigualdades. Antes da introdução da perspectiva da prevenção combinada – que representa um importante avanço para frear a epidemia – a informação sobre prevenção na maioria das vezes se limitava ao preservativo. As pessoas se dividiam entre aquelas que sabiam que a camisinha protege do HIV e as que não sabem; aquelas que acessavam a camisinha e as que não. Hoje, contudo, com toda a “mandala” de alternativas de prevenção, sem ações que efetivamente levem as informações à população de maneira inclusiva, o abismo entre as pessoas poderá aumentar. Haverá aquelas que estão nos aplicativos, sabem o que é PrEP e PEP, de um lado;

“Entre as pessoas que se estima que vivem com HIV e as que conhecem seu estado sorológico, há uma lacuna importante. Essa lacuna em parte pode ser explicada, por exemplo, pelo medo da quebra de confidencialidade ao realizar um diagnóstico, como demonstrou estudos em países da África subsaariana.”

e, do outro, aquelas que se encontram totalmente à margem e ainda nem sabem onde conseguir acesso a um preservativo ou teste. Esse é um dos desafios que a prevenção combinada traz.

Evidentemente, a discriminação e o estigma não se devem exclusivamente à falta de conhecimento. Muito se discute acerca de projetos políticos, sociais e ideológicos que visam a fazer com que as pessoas que vivem com HIV continuem sendo vulnerabilizadas e criminalizadas. O Projeto de Lei 198, de 2015 (PL 198/2015), por exemplo, foi derrubado graças a uma articulação entre sociedade civil, governo e o próprio UNAIDS; no entanto, há outros projetos de lei semelhantes – não só em relação ao HIV, mas também às populações mais afetadas pela epidemia.

O relatório do UNAIDS *Enfrentando a discriminação: superando o estigma e a discriminação relacionados ao HIV em serviços de saúde e correlatos*, lançado em outubro de 2017. Um relatório do UNAIDS mostra como o estigma e a discriminação criam barreiras no acesso aos serviços de prevenção, testagem e tratamento do HIV e colocam vidas em risco. O relatório mostra que as pessoas vivendo com HIV que experienciam altos níveis de estigma relacionado ao HIV têm mais de o dobro de chances de adiar sua vinculação a serviços de saúde e cuidado do que as pessoas que não percebem o estigma relacionado ao HIV. Entre os dados apontados por estudos apresentados no relatório, observa-se que pessoas que vivem com HIV e vivenciam experiências de estigma são 2,4 vezes mais propensas a adiar a vinculação a um serviço de saúde até que estejam doentes. Em 19 países com dados disponíveis, uma em cada cinco pessoas vivendo com HIV evitou dirigir-se a uma clínica ou hospital por temer sofrer com o estigma ou a discriminação em relação à sua sorologia positiva para o HIV.

O relatório inclui ainda uma análise de como o estigma e a discriminação afetam e criam lacunas em todas as etapas da cascata de cuidado contínuo, mostrando

seu impacto em cada uma delas. Entre as pessoas que se estima que vivem com HIV e as que conhecem seu estado sorológico, há uma lacuna importante. Essa lacuna em parte pode ser explicada, por exemplo, pelo medo da quebra de confidencialidade ao realizar um diagnóstico, como demonstrou estudos em países da África subsaariana. Esse medo leva as pessoas a se recusarem a fazer o teste. Já em Nova York, um estudo demonstrou que HSH e mulheres trans que temiam o estigma apresentavam menor probabilidade de ter sido testados para o HIV. Em Uganda, o medo da divulgação do estado soropositivo para o parceiro masculino e o estigma são identificados como principais barreiras para iniciar o tratamento entre mulheres grávidas. Evidentemente, se o estigma leva a pessoa a não divulgar seu estado sorológico, afeta também a adesão ao tratamento, na medida em que solapa as possibilidades de ela contar com uma base de apoio familiar e social.

Outras questões atuam como barreiras em todas as etapas da cascata: o temor da infecção pelo HIV e atitudes negativas em relação às populações-chave – o racismo, a pobreza, a homofobia, a transfobia, o conservadorismo, a violência, a vergonha, o estigma, a marginalização, a criminalização, a discriminação – são hoje os principais obstáculos à meta de 90-90-90 estabelecida pelo UNAIDS junto aos países.⁷⁵ O Brasil tem avançado rumo ao alcance das metas 90-90-90, contudo ain-

⁷⁵ Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.



da não dispomos de uma análise da cascata de cuidado contínuo de acordo com as populações-chave. O último relatório de monitoramento clínico incluiu a cascata por faixa etária, demonstrando que os jovens são os que apresentam os piores indicadores, tanto de vinculação quanto de carga viral indetectável. Há que se refletir, portanto, em que medida questões relacionadas à vulnerabilização das juventudes podem estar afetando esse dado.

O relatório do UNAIDS também discute como o estigma e a discriminação vão impactar a cascata de prevenção – instrumento que, embora não seja ainda tão discutido, constitui uma boa maneira de se analisar a prevenção. Na primeira barra, situam-se todas as pessoas em risco de contrair HIV; na segunda, as pessoas em risco de contrair HIV que conhecem os mecanismos de prevenção e têm intenção de usá-los; na terceira, a disponibilidade de mecanismos de prevenção para pessoas em risco de contrair HIV (ou seja, as pessoas que têm acessado esses mecanismos de prevenção); e, na quarta, as pessoas em risco de contrair o HIV e que consistentemente têm usado os mecanismos de prevenção e têm permanecido soronegativas. Todos esses elementos, portanto, terão também um impacto. Mulheres transgênero na Argentina, por exemplo, eram três vezes mais propensas a evitar serviços de saúde quando já haviam sido previamente discriminadas – ou seja, aqueles ou aquelas que sofreram discriminação uma vez apresentam maiores chances de evitar procurar um serviço de saúde, seja ele de prevenção do HIV ou tratamento. Outro exemplo: a criminalização de atos sexuais entre pessoas do mesmo sexo no Senegal levou à diminuição da participação na prevenção ao HIV entre HSH – evidentemente, se o ato sexual e afetivo da pessoa constitui uma prática criminosa, ela não vai buscar os serviços destinados à população correspondente. Assim, o temor social da infecção pelo HIV e a violência são elementos que vão atuar como barreiras, impedindo que todas as pessoas em risco de contrair HIV tenham acesso a esses mecanismos de prevenção. Outros fatores são a

“As palavras, não são neutras. Elas moldam o pensamento em todas as áreas, seja na mídia, seja em uma consulta médica – a forma como o médico fala, as palavras que vai utilizar afetam, positiva ou negativamente, a possível trajetória de tratamento de uma pessoa vivendo com HIV.”

criminalização das populações-chave – tanto de pessoas que usam drogas injetáveis quanto de homens gays e outros HSH, pessoas trans e profissionais do sexo – e a criminalização da transmissão do HIV – leis que criminalizam e desencorajam os indivíduos a tomar medidas para evitar a infecção ou mesmo se testarem.

O UNAIDS tem se dedicado a duas agendas, ambas lançadas em 2016. A primeira visa à zero discriminação em serviços de saúde. Em seu âmbito, doze agências do sistema da ONU conclamaram os países a enfrentar a discriminação nos serviços de saúde com base em um plano de ação com sete prioridades: (i) remover barreiras legais e políticas que promovam a discriminação nos serviços de saúde; (ii) definir os padrões para um serviço de saúde sem discriminação; (iii) criar e compartilhar a base de evidências e as melhores práticas para eliminar a discriminação nos serviços de saúde; (iv) empoderar usuários e a sociedade civil para que exijam serviços de saúde livres de discriminação; (v) aumentar o apoio financeiro para uma força de trabalho na área de saúde livre de discriminação; (vi) garantir a liderança de associações de profissionais de saúde nas ações para moldar uma força de trabalho livre de discriminação; (vii) fortalecer os mecanismos e estruturas de acompanhamento, avaliação e prestação de contas para serviços de saúde sem discriminação.

Foi lançado também um guia de terminologia, partindo do entendimento tanto de que é preciso voltar um pouco ao “básico” – no sentido de dizer o que é o HIV, esclarecer que HIV é diferente de AIDS, questões que não estão dadas – quanto de que a linguagem, as palavras, não são neutras. Elas moldam o pensamento em todas as áreas, seja na mídia, seja em uma consulta médica – a forma como o médico fala, as palavras que vai utilizar afetam, positiva ou negativamente, a possível trajetória de tratamento de uma pessoa vivendo com HIV. Algumas das questões terminológicas aportadas pelo guia incluem “teste de AIDS”, quando se deveria falar “teste de HIV”; “vítimas da AIDS”, expressão outrora muito usual e que vem sendo consistentemente substituída pelo sintagma “pessoa vivendo com HIV”; e “contaminado” vs. “infectado”, o mais recorrente – tecnicamente, a primeira opção é errada porque objetos são contaminados, além de guardar uma carga pejorativa muito forte de perigo. De fato, até os dias de hoje, com frequência se vê na mídia uma abordagem em termos de risco de contaminação e casos de pessoas que “tentaram transmitir AIDS”. Em suma: as palavras importam, e o alcance do fim da epidemia de AIDS depende fundamentalmente do enfrentamento à todas as formas de estigma e discriminação relacionados ao HIV.





Banco de Imagem



Banco de Imagem



Banco de Imagens da ABIA



