

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

GABRIELA DUTRA CRISTIANO

**NEOLIBERALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL E SEUS REBATIMENTOS  
NAS EXPERIÊNCIAS DE HOMENS GAYS COM O SEXO E A SEXUALIDADE**

Porto Alegre  
2023

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

**GABRIELA DUTRA CRISTIANO**

**NEOLIBERALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL E SEUS  
REBATIMENTOS NAS EXPERIÊNCIAS DE HOMENS GAYS COM O SEXO E A  
SEXUALIDADE**

Tese apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Doutora em  
Serviço Social pelo Programa de  
Pós-Graduação da Escola de  
Humanidades da Pontifícia Universidade  
Católica do Rio Grande do Sul

Área de concentração: Serviço Social,  
Políticas e Processos Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Gershenson

Porto Alegre  
2023

**GABRIELA DUTRA CRISTIANO**

**NEOLIBERALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL E SEUS  
REBATIMENTOS NAS EXPERIÊNCIAS DE HOMENS GAYS COM O SEXO E A  
SEXUALIDADE**

Tese apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Doutora em  
Serviço Social pelo Programa de  
Pós-Graduação da Escola de  
Humanidades da Pontifícia Universidade  
Católica do Rio Grande do Sul

Área de concentração: Serviço Social,  
Políticas e Processos Sociais.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Francisco Kern - PUCRS

---

Profa. Dra. Gabriela Junqueira Calazans – USP

---

Prof. Dr. Fernando Seffner – UFRGS

---

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi – PUCRS

Porto Alegre  
2023

## Ficha Catalográfica

C933n Cristiano, Gabriela Dutra

Neoliberalização da prevenção do HIV/Aids no Brasil e seus rebatimentos nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade / Gabriela Dutra Cristiano. – 2023.

240.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Gershenson.

1. Prevenção. 2. HIV/Aids. 3. Neoliberalismo. 4. Homossexualidade masculina. 5. Sexualidade. I. Gershenson, Beatriz. II. Título.

*Tua palavra, tua história, tua verdade  
fazendo escola, e a tua ausência fazendo  
silêncio em todo lugar.  
Metade de mim, agora é assim, de um  
lado a poesia, o verbo, a saudade, do  
outro, a luta... Força e coragem pra  
chegar no fim.  
E o fim é belo, incerto, depende de como  
você vê. [...] Só enquanto eu respirar vou  
me lembrar de você. (Teatro Mágico)*

*Para Paulinho, meu pai.*

## AGRADECIMENTOS

A finalização da minha tese de doutorado representa o término de um longo percurso, que se inicia lá no começo da minha graduação em Serviço Social, em 2008, quando eu começava a me encantar pelo conhecimento na área e a me implicar de forma ainda muito ingênua com a ideia de que era possível produzir mudanças na sociedade onde vivemos. Tenho o privilégio de ter cruzado com pessoas maravilhosas nessa caminhada, que se tornaram redes de suporte, compartilhamento de conhecimentos e afetos.

Agradeço à minha orientadora Beatriz Gershenson, a Bia, que segurou minha mão até o final, mesmo com todos os contrapelos que ocorreram por estarmos vivenciando o fechamento do nosso programa de pós-graduação. Bia foi contingente, acolhedora e atenta em todo o percurso, sonhando comigo e apostando nas minhas “invenções”. Obrigada por ter me permitido te escolher!

À Gabriela Calazans e Fernando Seffner, por todas as contribuições na minha banca de qualificação, pela leitura atenta e dedicada. São referências muito importantes para mim, por quem guardo um carinho quase íntimo, diante do tanto que se fazem presentes nas minhas construções e reflexões.

À Mônica de La Fare, agradeço as contribuições na minha banca de qualificação e lamento por esse duro processo que estamos vivendo na escola de humanidades, que impossibilitou a presença na defesa. E agradeço muito à Patrícia Grossi, que de imediato aceitou compor a banca de defesa e que vem acompanhando meu trabalho já de antes. Obrigada pela generosidade e disponibilidade de sempre.

Não posso deixar de registrar também a minha gratidão à Luiza Dalpiaz, que me acompanhou durante minha graduação em Serviço Social, à Berenice Rojas Couto, minha orientadora de mestrado, e à Lúcia Rublescki Silveira, minha preceptora na residência. Um brinde aos nossos encontros. Obrigada pelo incentivo à coerência ética e ao pensamento crítico. Há muito das andanças que fizemos juntas nessa minha escrita.

Agradeço às amigadas do Grupo de Pesquisa em Ética e Direitos Humanos. Foi muito bom termos conseguido nos manter próximas/os e unidas/os durante os períodos mais duros da pandemia, do isolamento social e do governo Bolsonaro, construindo um espaço de verdadeiro respiro e produção de saúde mental. Em especial, agradeço à Kathiana Arend e Daniela Ferrugem, por toda atenção que dedicaram nos momentos em que eu não conseguia mais visualizar caminhos para a tese.

Dedico um especial agradecimento à Aline Pereira Brod, amor da minha vida todinha, para quem eu poderia escrever uma nova tese só agradecendo e agradecendo. Aline foi incansável. Ao teu lado encontrei colo nos momentos mais difíceis, que foram muitos, e muita celebração a cada conquista, e são tantas! Obrigada pelo amor dedicado em cada chazinho ou docinho que me trazia enquanto eu trabalhava, pelo cuidado que teve com tantas coisas da vida objetiva para me liberar tempo para escrever a tese, por tantas vezes que me escutou e me ajudou a organizar os pensamentos e destravar a escrita. Obrigada por ser minha dupla e meu amor!

Às minhas amigas Luiza Menezes e Marília Bianchini, por tantos “chás das cinco” feitos para elaborar às durezas que atravessamos nos últimos anos e pelo companheirismo na luta cotidiana por uma política pública de qualidade. À Dani Champe e Thaís Saraiva, por sempre me acolherem assim, meio “ariana torta” que sou. À Luciane Pujol, pela amizade e companheirismo na luta cotidiana pela democracia. À Vanessa Azevedo, pelos bons reencontros que a vida tem nos proporcionado e pela atenção na revisão do meu trabalho final, e ao Guilherme Gomes Ferreira, pelas boas conversas que fomentaram reflexões no início da minha pesquisa.

À minha mãe, Elaine, e ao meu pai, Paulo, que me criaram com uma base sólida e forte que faz com que eu acredite muito em mim mesma. Nunca me faltou incentivo e amparo para que eu pudesse galgar meus próprios sonhos e objetivos. Em particular agradeço à minha mãe, para quem recorro nos momentos que preciso tomar as decisões mais importantes. Às minhas avós, Zeli Cristiano e Diva Dutra, de quem devo ter herdado a vontade infinita de estudar e aprender, e ao meu avô, Jaime Dutra, que sustentou no miudinho do cotidiano a continuidade dos meus estudos lá na adolescência.

O meu doutoramento e o presente trabalho foram realizados com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, a quem agradeço pela viabilidade financeira sem a qual minha pesquisa não teria sido possível. Além disso, pude contar com o apoio da coordenação estadual do Primeira Infância Melhor, onde trabalho hoje, para que pudesse realizar as disciplinas do doutorado e participar das atividades do grupo de pesquisa. Agradeço em especial a Carolina Drügg, pelo reconhecimento da importância dos meus estudos de doutorado para o meu trabalho no PIM, assim como pelo incentivo e apoio que viabilizaram a continuidade do doutorado.

Por último, agradeço a cada um dos participantes desta pesquisa, que confiaram a mim histórias íntimas, de dores e resistências. Espero que este trabalho represente suficientemente as questões trazidas por cada um, e que possa trazer elementos para fomentar a luta travada já há tantos anos, por tanta gente, por uma política de saúde e de prevenção ao HIV/Aids que faça sentido para a vida que queremos viver.



## RESUMO

Esta tese tem como objetivo investigar as implicações do atual modelo oficial preventivo do HIV/Aids nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade em tempos neoliberais no Brasil, a fim de contribuir com formulações para a política mais condizentes com os anseios e necessidades dessa população. Para isso, foram analisadas as concepções que fundamentam o atual modelo oficial preventivo, como o “homem gay” é construído pela política e como se contrói na relação dialética com esta, além dos rebatimentos deste modelo na experiência de homens gays com o sexo e a sexualidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de nível explicativo, que em alguns momentos assume caráter mais exploratório. Fundamenta-se no materialismo dialético-crítico, na perspectiva do que vem sendo denominada de neomarxismo, ao passo que incorpora conceitos e noções de outras correntes filosóficas e teóricas. Foi adotada a análise textual discursiva (MORAES e GALIAZZI, 2007) como método para exame dos dados e para movimentar as interpretações que foram sendo tecidas a partir da triangulação (TRIVIÑOS, 1987) de elementos do contexto (capitalismo dependente, colonialismo e neoliberalismo), produções do meio (documentos produzidos para a política de prevenção) e narrativa dos sujeitos (entrevistas com homens gays). Foram analisadas cinco publicações do Ministério da Saúde que tratam do atual modelo preventivo e 18 entrevistas gravadas e transcritas. Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa a partir da técnica bola de neve e da criação de perfil de pesquisadora no aplicativo Grindr. Os resultados evidenciam que a flexibilidade da racionalidade neoliberal permite que esta adentre a política de prevenção de HIV/Aids de forma a incorporar modelos reivindicados pela sociedade civil, aprendizagens feitas ao longo da história social da epidemia e a fetichizante narrativa sobre liberdade e possibilidades. As concepções que fundamentam o atual modelo oficial preventivo, a Prevenção Combinada, constróem um sistema discursivo complexo e sofisticado, articulando de intervenção pautadas nos direitos humanos e em necessidades estruturais, com uma perspectiva individualizante e que responsabiliza os próprios sujeitos pelo seu cuidado. O atual modelo avança em relação à narrativa normativa sobre a camisinha ao disponibilizar e propor a combinação de diferentes recursos e estratégias de prevenção. A ampliação das alternativas para um sexo mais seguro produz alívio em relação ao trauma que a epidemia representou a sociabilidade de

homens gays enquanto grupo social. Embora o HIV ainda atue como um marcador para as hierarquias sexuais, outras bioidentidades e diferenciações se constituem nesse processo: bareback, indetectável, usuário de PrEP, por exemplo. Por outro lado, da forma como a política se articula hoje, o homem gay torna-se empreendedor do seu próprio cuidado. Precisa vigiar a si mesmo e aos outros e é esperado que seja um sujeito racional, bem informado, que faz a gestão do próprio risco. Ainda que efetivamente nenhum dos homens corresponda a essa expectativa, quando ela não é atendida, aparecem sentimentos como frustração, surpresa e culpa. Então, evidencia-se que estratégias de controle utilizadas pelo Estado como patologização física ou mental, hoje convivem com outras mais sofisticadas do capitalismo farmacopornográfico neoliberal: são corpos medicados, transantes, incorporados na lógica do mercado como sujeitos responsáveis por si mesmos. Conclui-se que as concepções de autonomia e liberdade, centrais para o modelo atual, estão em disputa e que é preciso resgatar alternativas presentes na perspectiva crítica de direitos humanos, promoção da saúde e educação popular.

**Palavras-chave:** Prevenção. HIV/Aids. Neoliberalismo. Homossexualidade masculina. Sexualidade.

## ABSTRACT

This thesis aims to investigate the implications of the current official preventive model of HIV/Aids in the experiences of gay men with sex and sexuality in neoliberal terms in Brazil, with a view to helping on policy formulations that are more consistent with the needs and desires of this population. For this, we analyzed the conceptions that underlie the current preventive official model, how the "gay man" is built by politics and how he is built in the dialectical relationship with this policy, in addition to the rebuttals of this model in the experience of gay men with sex and sexuality. This is a qualitative research, of explanatory level, which at times assumes a more exploratory character. It is based on dialectical-critical materialism, from the perspective of what has been called neomarxism, while incorporating concepts and notions of other philosophical and theoretical currents. The discursive textual analysis (MORAES and GALIAZZI 2007) was adopted as a method to examine the data and to move the interpretations that were woven from the triangulation (TRIVIÑOS, 1987) of elements of the context (dependent capitalism, colonialism and neoliberalism) environment productions (documents produced for the prevention policy) and narrative of the subjects (interviews with gay men). Five publications of the Ministry of Health that deal with the current preventive model and 18 recorded and transcribed interviews were analyzed. The interviewees were invited to participate in the research from the snowball technique and the creation of a researcher profile in Grindr. The results show that the flexibility of neoliberal rationality allows it to enter the policy of HIV/Aids prevention in order to incorporate models claimed by civil society, learning made throughout the social history of the epidemic and the fetishizing narrative about freedom and possibilities. The conceptions that underlie the current preventive official model, Combined Prevention, build a complex and sophisticated discursive system, articulating intervention based on human rights and structural needs, with an individualizing perspective that makes subjects themselves responsible for their care. The current model advances in relation to the normative narrative about the condom by making available and proposing the combination of different resources and prevention strategies. The expansion of alternatives for safer sex produces relief from the trauma that the epidemic represented to the sociability of gay men as a social group. Although HIV still acts as a marker for sexual hierarchies, other bioidentities and differentiations constitute this process: bareback, undetectable,

PrEP user, for example. On the other hand, the way politics articulates today, the gay man becomes an entrepreneur of his own care. He needs to watch over himself and others, and is expected to be a rational, well-informed individual who manages his own risk. Although effectively none of the men correspond to this expectation, when it is not met, feelings such as frustration, surprise and guilt appear. Then, it is evident that control strategies used by the State as a physical or mental pathologization, today coexist with other more sophisticated of neoliberal pharmacopornographic capitalism: they are medicated bodies, bodies that have sex, incorporated in the logic of the market as subjects responsible for themselves. It is concluded that the conceptions of autonomy and freedom, central to the current model, are in dispute and that it is necessary to rescue alternatives present in the critical perspective of human rights, health promotion and popular education.

**KEYWORDS:** Prevention. HIV/Aids. Neoliberalism. Male homosexuality. Sexuality.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Produção do Conhecimento do Serviço Social sobre HIV/Aids no Brasil	22
Figura 2 - Triangulação dos dados da pesquisa	34
Figura 3 - Perfil de Pesquisadora no Grindr	38
Figura 4 - Mandala da Prevenção Combinada	101

## LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretrovirais

ATD – Análise Textual Discursiva

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

GIV – Grupo de Incentivo à Vida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que têm relações sexuais com outros homens, mas não se consideram gays.

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Intersexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais.

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PSE – Programa Saúde na Escola

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SES - RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

TcP – Tratamento como Prevenção

TI – Tecnologia da Informação

TMD – Teoria Marxista da Dependência

UNESCO – Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1 MÉTODO E METODOLOGIA	32
1.1.1 Triangulação de dados da pesquisa	35
1.1.2 Análise Documental	36
1.1.3 Narrativas de homens gays	38
1.1.4 Análise dos dados e estrutura da tese	51
<b>2. PREVENÇÃO DO HIV/AIDS E HOMOSSEXUALIDADE</b>	<b>53</b>
2.1 COLONIALISMO E DEPENDÊNCIA: O CAPITALISMO LATINO-AMERICANO	56
2.2 O NEOLIBERALISMO À BRASILEIRA	62
2.3 A MAIS JUSTA DAS SAIAS: EXPERIÊNCIAS DE HOMOSSEXUALIDADE MASCULINA ENTRE DIFERENÇA E DISCRIMINAÇÃO	71
2.3 BREVE HISTÓRIA SOBRE A AIDS, SUAS ORIGENS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS A PARTIR DO(S) MODELOS(S) PREVENTIVO(S)	82
2.3.1 Alguns aspectos da história pré-Aids	83
2.3.2 Das metáforas sobre a origem às reações e respostas	87
3. O ATUAL MODELO OFICIAL PREVENTIVO DO HIV/AIDS	100
3.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SUAS ESTRATÉGIAS	101
3.1.1 Intervenções Biomédicas	107
3.1.2 Intervenções Comportamentais	110
3.1.3 Intervenções Estruturais	115
3.2 O “HOMEM GAY” QUE A POLÍTICA CONSTRÓI	119
<b>4. MEDIAÇÕES ENTRE PREVENÇÃO E A EXPERIÊNCIA DE HOMENS GAYS</b>	<b>127</b>
4.1 REDES SOCIAIS E ITINERÁRIOS: ENTRE BUSCAS INDIVIDUAIS E EDUCAÇÃO ESPONTÂNEA ENTRE PARES	128
4.2 ACESSO E BARREIRAS DE ACESSO ÀS REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	139
4.3 AS PEDAGOGIAS DA PREVENÇÃO	147
<b>5. GESTÃO DE RISCO: A PERSPECTIVA DA ADMINISTRAÇÃO DA VIDA SEXUAL</b>	<b>153</b>
5.1 CONTEXTOS E EMOÇÕES	155
5.2 BAREBACK E O SEXO SEM CAMISINHA	159
5.3 MEDO E HIPERVIGILÂNCIA	164
5.4 CRIAÇÃO, SEGURANÇA NEGOCIADA E ALÍVIO	166
5.5 A CAMISINHA E A CULTURA SEXUAL HOMOSSEXUAL	169
5.6 TERRITÓRIOS DE RISCO	170
5.7 É POSSÍVEL ADMINISTRAR A VIDA SEXUAL?	173
<b>6. O SUJEITO DA PREVENÇÃO: HOMOSSEXUALIDADE ENTRE O VELHO E O NOVO DO MODELO PREVENTIVO DO HIV/AIDS</b>	<b>177</b>
6.1 SENTIDOS DO HIV/AIDS	181

6.2 REFORÇO E MANUTENÇÃO DAS HIERARQUIAS SEXUAIS	187
6.3 É POSSÍVEL CONSTRUIR O “SUJEITO DA PREVENÇÃO” A PARTIR DE OUTROS REFERENCIAIS?	194
<b>7. CONCLUSÕES</b>	<b>202</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>208</b>
<b>APÊNDICE 2 - Tópicos guia - entrevista aberta</b>	<b>232</b>
<b>APÊNDICE 3 - Roteiro para o processo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>234</b>



## 1 INTRODUÇÃO

“Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever. Como começar do pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?” (LISPECTOR, 2008, p. 11). É difícil iniciar a apresentação deste estudo sem falar dos desafios colocados no contexto em que escrevo. Meu processo de doutoramento se desenvolveu durante os quatro anos de governo Bolsonaro, governo este que se apresentou como expressão máxima da aliança do conservadorismo mais tradicional e do neoliberalismo no país. Além da continuidade e aceleração no projeto de desmonte dos bens e direitos sociais, o governo Bolsonaro e o bolsonarismo — enquanto expressão cultural e ideo-política no âmbito das relações sociais mais cotidianas (organizadas ou não) — atribuí lugar de destaque na narrativa e nas práticas políticas antigênero, articuladas com o racismo estrutural, o negacionismo e o clientelismo. O objeto desta tese se encontra justo na interface destas dimensões da aliança neoliberal conservadora: as relações entre as políticas de prevenção ao HIV/Aids e as experiências dos homens homossexuais com o sexo e a sexualidade.

O significado social do HIV/Aids se constrói no tecido social, sendo produto e produtor de relações sociais que se materializam nas esferas da cultura, da economia e das políticas sociais em determinadas territorialidades situadas no tempo e no espaço. A agenda de respostas ao HIV/Aids é, de certa forma, uma síntese da capacidade de disputa entre interesses diversos: a capacidade do Estado de negociação, dos países com as patentes da indústria farmacêutica e com as orientações das instituições internacionais, a plasticidade em relação às pressões do movimento social, a capacidade de adaptabilidade a contextos e realidades particulares das populações a quem se destina e a forma como se insere no conjunto das políticas de saúde e das políticas sociais.

É possível identificar pelo menos três fases da epidemia: a primeira, aquela em que pessoas foram sendo infectadas pelo vírus do HIV de forma quase despercebida; a segunda, a epidemia da Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), momento do adoecimento das pessoas que viviam com HIV; e a terceira, talvez a mais explosiva, a “epidemia de relações sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS” (MANN apud DANIEL e PARKER, 2018, p. 14). A

terceira epidemia da Aids atualiza mecanismos de regulação dos corpos e da sexualidade.

A relação intrínseca entre a pauta do HIV/Aids com sexo, gênero e sexualidade se dá tanto pelo fato de esta ser uma infecção sexualmente transmissível (IST) como pela própria historicidade da epidemia. Pelúcio e Miskolci (2009) analisam que a epidemia permitiu o reforço da norma heterossexual que já atuava na patologização de sexualidades dissidentes desde o fim do século XIX. No Brasil, em pleno processo de lutas pela reabertura democrática e lutas feministas, pela liberdade sexual e de gênero, a epidemia permitiu o reforço à norma heterossexual e, especialmente, no reforço à masculinidade hegemônica — aquela que exerce o mecanismo de poder de vigília da sexualidade<sup>1</sup>.

Os primeiros casos de Aids identificados em homens gays, as medidas preventivas atreladas ao controle dessa população, fechamento de espaços de encontro sexual como saunas e propostas de abstinência foram construindo as representações e o imaginário que atrelam HIV/Aids e homossexualidade. Estas relações têm sido motivo de debates e controvérsias. Por um lado, busca-se a desassociação da pauta homossexual com o HIV, tendo em vista as tensões de estigma e discriminação fundantes da epidemia. Por outro lado, defende-se que, enquanto a população LGBTI+ for afetada de forma desigual pela epidemia de HIV/Aids, a comunidade — incluindo, é claro, homossexuais masculinos — deve apropriar-se e fazer frente ao debate. A partir dessa complicada equação, me situo junto aos esforços em construir ferramentas e repertório para que a política de saúde e suas/seus executores atendam de forma mais ética possível às pessoas que, conforme veremos nas análises, ainda são perpassadas pelas marcas fundantes da construção.

Parto, então, do entendimento de que as relações entre HIV, políticas de controle, cuidado e/ou prevenção e o sexo entre homens são engendradas desde o início da epidemia. Desde então, muitos caminhos foram percorridos: avanços na terapia antirretroviral, debates sobre sexualidade e gênero, desenvolvimento de estratégias para o sexo mais seguro, pautas contra estigma e preconceito e revisão de bases conceituais para programas de prevenção, entre outros. Mais

---

<sup>1</sup> Ou seja, conforme Connel e Messerschmidt (2013), uma das funções simbólicas da masculinidade hegemônica é a de regulação das sexualidades dissidentes da heterossexualidade. Este poder se reatualiza a partir da epidemia da Aids.

recentemente, conforme Seffner e Parker (2016b), observa-se esvaziamento da dimensão política da resposta à epidemia, centrando demasiado otimismo na prevenção a partir de respostas biomédicas.

Buscando compreender as múltiplas mediações por onde essas relações acontecem no terreno da história e, em especial, como se materializam hoje no desenvolvimento da política, atravessando a experiência das pessoas com o corpo e o sexo, formulamos — minha orientadora e eu — a seguinte questão de pesquisa: quais as implicações do atual modelo oficial preventivo do HIV/Aids nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade em tempos neoliberais no Brasil? Nosso objetivo é contribuir com a construção de políticas de prevenção que respondam aos interesses e necessidades dessa população, identificando dilemas e caminhos para uma resposta pautada em direitos humanos.

A partir das sucessivas aproximações com os materiais analisados e com a bibliografia sobre o tema, delimitar como objeto desta pesquisa as implicações do atual modelo preventivo do HIV/Aids nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade no Brasil, em tempos de neoliberalismo. Embora busque tecer uma análise sobre o modelo brasileiro, miro de forma particular as experiências de homens que residem ou estão em trânsito na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Para buscar responder a tal questão, foram formuladas as seguintes perguntas que orientam o estudo: a) qual a concepção de prevenção que orienta o atual modelo oficial preventivo? b) quem é o “homem gay” que a política de prevenção de HIV/Aids constrói e como os “sujeitos” se constroem para a política? c) quais as repercussões da política de prevenção do HIV/Aids na experiência de homens gays com a sexualidade e com o sexo no Brasil?

Defendo aqui que a racionalidade neoliberal (CASARA, 2021) em sua expressão contemporânea, da forma como se articula do Brasil, pauta a forma como são elaboradas e executadas as estratégias de prevenção ao HIV/Aids e incide em uma experiência dos homens com a homossexualidade, o sexo e a sexualidade de forma que individualiza e acirra a experiência com o estigma e com o medo em relação à possibilidade de exposição, infecção e adoecimento. Por um lado, temos a gestão do trabalho e do fazer em saúde imbuída da lógica da empresa e uma narrativa das possibilidades, que transmite a ideia de que as pessoas podem escolher entre um cardápio de alternativas quais formas irão adotar para se prevenir da infecção ou do adoecimento pelo vírus. Por outro lado, temos um contexto de

retração dos gastos com a Saúde Pública e com as políticas sociais em geral e o aumento do custo de vida, desde a possibilidade de transitar na cidade até a de comer, que reflete em uma série de barreiras de acesso aos serviços. Essa lógica, ao mesmo tempo perversa e fetichizante, é pautada em um modo de subjetivação que vai desarticulando resistências e empobrecendo a experiência histórica acumulada a partir do debate entre homossexualidade e HIV/Aids.

Por isso, o título deste trabalho tem como inspiração o texto de Seffner e Parker (2016b) “A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS”. O termo “neoliberalização” remete a um processo, algo que está em movimento e que, embora seja parte de um movimento global, se conjuga de formas particulares ao se processualizar em esferas específicas. Neste sentido, o neoliberalismo e a neoliberalização não podem ser concebidos como blocos homogêneos; ao contrário, é uma mudança regulatória diversificada, desencadeada pelo movimento do capitalismo, que “produz diferenciação geoinstitucional em lugares, territórios e escalas; mas faz isso sistemicamente, como um aspecto penetrante, endêmico, de sua lógica operacional básica” (BRENNER, PERCK e THEODORE, 2012, p. 18).

Analiso, então, a neoliberalização do modelo oficial preventivo do HIV/Aids no Brasil e seus rebatimentos nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade. O atual modelo brasileiro é estruturado a partir da Prevenção Combinada, onde são incorporados diversos recursos e estratégias desenvolvidas ao longo da história da epidemia como uma espécie de repertório de possibilidades. Entre eles, o “tratamento como prevenção”, visto que pessoas que realizam tratamento, com algumas exceções, tendem a ficar com carga viral indetectável e não transmitem mais o vírus. Além disso, o tratamento previne o adoecimento, isto é, a Aids<sup>2</sup>. Por isso, considero aqui o modelo de prevenção de HIV e Aids conjuntamente, não sendo um critério de exclusão dos entrevistados viver ou não com HIV.

As narrativas escutadas são a fonte por onde busco identificar os rebatimentos dessa política na vida dos homens gays. Estas são relatos de suas

---

<sup>2</sup> “HIV é a sigla em inglês para vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids (da sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. Aids é a Síndrome da Imunodeficiência Humana, transmitida pelo vírus HIV, caracterizada pelo enfraquecimento do sistema de defesa do corpo e pelo aparecimento de doenças oportunistas.” (BRASIL, 2016)

experiências e representam a forma com que atribuem sentido ao que lhes acontece (LARROSA, 2002). A experiência é sempre social e, por isso, também política (BRAH, 2006). A escuta e análise da experiência não se volta apenas ao que lhes passa, mas sobretudo o que é feito a partir daquilo que passa e como isto produz quem o sujeito é (individual e/ou coletivamente) (BRAH, 2006; LARROSA, 2002).

A história que contaremos a partir de tal análise é de muita gente e afeta corpos, práticas sociais, possibilidades de existência, prazer e pertencimento. O que justifica a importância deste estudo se dá por algumas ordens. Do ponto de vista da relevância social, diversos estudos apontam que, se por um momento a resposta brasileira à Aids foi reconhecida internacionalmente, modelo para o mundo, esta vem caminhando no retrocesso, especialmente desde 2016. A epidemia está longe de ser controlada no país. Ao contrário, o recrudescimento da Aids no Brasil ocorre em um momento em que os conhecimentos científicos acumulados lançam perspectivas promissoras para o controle da infecção e do adoecimento por HIV (GRANGEIRO, CASTANHEIRA e NEMES, 2015).

Entre 2007 e junho de 2022, foram notificados 434.803 novos casos de infecção pelo HIV no país, sendo que apenas em 2021 foram diagnosticados 40.880 novos casos. Os dados têm apontado a importância do desenvolvimento da Aids em pessoas entre 15 a 24 anos. Entre os jovens nessa faixa etária, a razão de sexos é de 36 homens para cada dez mulheres. Já na população geral, 70,2% dos casos notificados são em homens. Ou seja, 28 homens para cada 10 mulheres.

Outro dado que chama atenção é que, desde 2016, vem ocorrendo um aumento de casos entre pessoas negras (pretos e pardos). Em 2021, 60,6% dos novos casos ocorreram entre pessoas negras. Entre homens, segundo a categoria “exposição sexual”, 42,9% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, ainda predominando em relação a transmissão heterossexual. Apenas na região Sul do país essa proporção é invertida, sendo que a maior parte dos casos notificados são de exposição heterossexual (BRASIL, 2022).

Sobre o cenário do Rio Grande do Sul e em particular de Porto Alegre, vale observar que o estado apresenta taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional e a cidade é a capital com maior taxa de detecção do país, sendo quase seis vezes maior do que a nacional (17,1 casos/ nascidos vivos). O estado e a capital são, também, os segundos com maiores taxas de detecção de Aids no país, atrás apenas do Amazonas (ibidem, 2022).

Na análise realizada no boletim epidemiológico (BRASIL, 2021) observou-se, de forma geral, redução na taxa de notificação de Aids de 2019 para 2020 e a hipótese é que isso deva à sobrecarga dos serviços de saúde em relação à pandemia da Covid-19. Este fato é bastante preocupante, demonstra as barreiras de acesso à população geral e em particular pessoas vivendo com HIV tiveram acesso aos serviços de saúde, o que impacta na prevenção, diagnóstico e tratamento. Outro dado preocupante é sobre o aumento da taxa de detecção de Aids em adolescentes e jovens, 29,0% entre 15 e 19 anos e 20,2% entre 20 e 24 (ibidem), que demonstra, também, dificuldades na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento nessas faixas etárias.

Por último, vale observar que pessoas ainda morrem tendo a Aids como causa básica. Embora tenha se verificado queda de 2011 e 2021 de 24,6%, ainda em 2020 o país registrou 11.238 mortes, sendo que homens, em toda a série histórica, morrem mais do que mulheres. O Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de mortes em 2020 no país. Porto Alegre tem coeficiente seis vezes superior ao nacional.

Cada número destes deve ser encarado como uma vida, com universo próprio que, por múltiplos itinerários, não ultrapassou a “peneira” dos serviços de saúde. A peneira é uma metáfora que demonstra que há um número expressivo de pessoas que, por diversos fatores, não conseguem passar e acessar. Ou ainda, aqueles que acessam, porém não obtêm atendimento de qualidade. Estes fatores podem ser desde condições materiais de sobrevivência, distância entre serviços de saúde e local onde as pessoas vivem ou trabalham, horário de funcionamento dos serviços, ou até fatores relacionados ao estigma e preconceito, como a vergonha que sentem ao acessarem determinados serviços ou a forma como são recebidas<sup>3</sup>.

A centralização da resposta brasileira em tecnologias biomédicas e de barreira em detrimento do combate ao estigma e aos direitos humanos, a descentralização dos serviços e o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) incidem no retrocesso que se apresenta, como já apontavam Grangeiro, Castanheira e Nemes em 2015. Em 2016, com o golpe civil-midiático, que desembocou no impeachment da presidenta Dilma Rousseff, o cenário tornou-se ainda mais desafiador.

---

<sup>3</sup> Veremos de forma mais aprofundada esses elementos nas análises dos dados de pesquisa.

Vivemos no Brasil um momento de extrema apreensão no que tange às questões tão emblemáticas que envolvem a epidemia e a agenda voltada ao seu enfrentamento. Temos, desde 2018, o Congresso Nacional mais conservador dos últimos 20 anos, que tem como hegemonia a vulgarmente chamada bancada BBB — bala, boi e bíblia. Com a eleição de Jair Bolsonaro, alavancando os interesses da elite do país, investindo no agronegócio e na cultura da guerra, vivemos a aceleração e intensificação dos projetos de contrarreforma do Estado e nas políticas de austeridade econômica contra a classe trabalhadora. Além do desmonte da proteção social, Bolsonaro legitimou o discurso de ódio, a violência e a anulação das “diferenças”<sup>4</sup>, possibilitando a criação de consensos com a “classe média” burguesa e com as instituições de poder religioso. Do ponto de vista cultural, adentra-se a vida cotidiana constituindo e/ou reatualizando mecanismos de controle e opressão de qualquer forma de exercício da “diferença”, acirrando todas as faces da desigualdade social.

Como parte da América Latina, o país possui construções particulares do capitalismo dependente na forma como se insere nos circuitos econômicos e culturais entre norte e sul. A exemplo de como isso se particulariza no território latino-americano, vivemos em 2019 ao golpe contra Evo Morales na Bolívia. Entre a série de confrontos e violências, uma prefeita mulher e indígena foi agredida por opositores de Evo, teve seus cabelos cortados e foi pintada de rosa. A violência racista e patriarcal é estruturante do pensamento social da burguesia latino-americana.

Tanto os dados epidemiológicos que demonstram os fracassos da prevenção da infecção e do adoecimento (incluindo diagnóstico e tratamento) como estes aspectos do contexto político-econômico atual, ao que nos parece, atribuí importância social para que esse estudo seja realizado. Concordo também com Seffner e Parker (2016a) que a observação do fenômeno da Aids nos permite compreender como é garantido, no tecido social, o direito à vida e à saúde. Além disso, permite colocar em questão diversas tensões da relação entre estado e sociedade, entre saúde e direitos humanos e entre o âmbito privado/individual e coletivo, que ganham notoriedade especialmente a partir da pandemia da covid-19.

---

<sup>4</sup> Utilizamos a palavra “diferença” entre aspas, tendo em vista que está se trata de algo que se difere a algo e, neste caso, se difere da normatividade. Se a norma é uma invenção, a diferença, neste caso, também é.

Os contornos biológicos do vírus já são bem estabelecidos, já os sociais estão em constante movimento (SEFFNER e PARKER, 2016a). É de fundamental importância a atuação diferentes áreas de estudo no campo da pesquisa sobre o HIV/Aids, visto que

[...] o vírus da imunodeficiência adquirida, o HIV, transmite por meio de relações entre pessoas, nos obrigando a desfazer as tradicionais fronteiras disciplinares que separam o indivíduo, a saúde e a doença, de sua vivência social e sexual. (GUIMARÃES, TERTO JR, PARKER, 1992, p. 152).

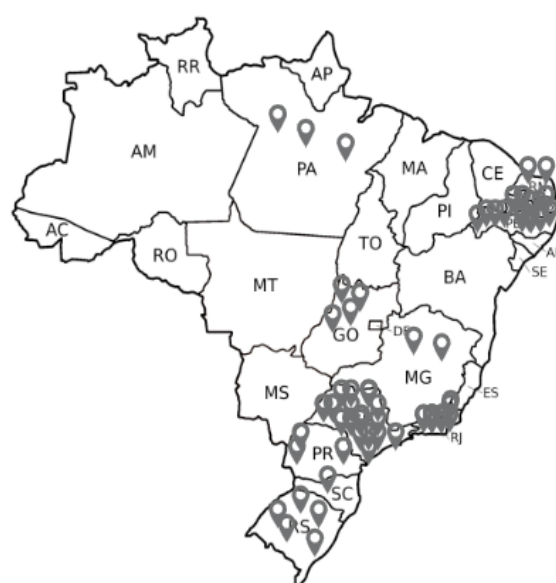
Agora, por que estudar tal tema no âmbito do Serviço Social? A produção científica da área sobre o tema ainda é bastante incipiente, embora este seja um campo de atuação importante, havendo assistentes sociais que trabalham em diversos níveis de atenção, cuidado e prevenção ao HIV/Aids, o que justifica uma segunda ordem de importância desse estudo. No estado da arte<sup>5</sup>, identificamos apenas 67 produções, entre 1990 e 2018, sendo ainda importante destacar que a produção é bastante concentrada na região sudeste, havendo apenas 5 trabalhos de tese ou dissertação no Rio Grande do Sul ao longo de 3 décadas.

---

<sup>5</sup> O estado da arte foi construído para a disciplina Produção de conhecimento e Serviço Social, realizada em 2019. Foi utilizado como método a análise dos títulos e resumos catalogados no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca foi feita a partir dos seguintes descritores: HIV, AIDS e SIDA. Considerou-se produções de mestrado e doutorado, sem critério de data de defesa, utilizando como filtro conter "Serviço Social" no nome do programa de pós-graduação. totalizou-se 67 produções, entre 1990 e 2018, que continham os referidos descritores no título, no resumo e/ou nas palavras-chave. A intenção inicial era analisar todos os resumos, buscando evidenciar qual o tema trabalhado em interface com HIV/AIDS, a filiação teórica e a metodologia utilizada. Entretanto, os trabalhos apenas iniciaram a ser catalogados na plataforma sucupira (contendo resumo completo) após 2014, o que coincide com a ampliação do acesso a Profilaxia Pré-Exposição no Brasil e o entendimento do tratamento como prevenção - isto é, o início do paradigma da Prevenção Combinada. Desta forma, optou-se por analisar os temas trabalhados em série histórica a partir dos títulos das produções e, após, realizar análise exploratória dos resumos e das referências utilizadas nos trabalhos, buscando então evidenciar a metodologia e a filiação teórica.



Figura 1 - Mapa da Produção do Conhecimento do Serviço Social sobre HIV/Aids no Brasil



Fonte: Mapa construído pela autora com base nas informações do Catálogo de Teses e Dissertações CAPES (2019).

A pesquisa em Serviço Social teve uma aproximação tardia com o tema da Aids. As primeiras produções a nível de pós-graduação em Serviço Social encontrada no Brasil têm como ano de publicação 1990, analisando a Aids como expressão de uma condição social (NADER, 1990) e analisando a experiência de pacientes e familiares no viver e conviver com a Aids (SOARES, 1990). Sendo estas produções de mestrado, supõe-se que tenham iniciado a abordagem do tema em meados de 1988. Durante os anos seguintes (1991 a 1996) encontramos 5 produções. Estas circulam entre os seguintes temas: prevenção, gênero (mulheres cis), preconceito, relação público privado, e percepção social da Aids. Vale destacar que apenas uma produção desta época fora do eixo Rio/ São Paulo, sendo esta em Pernambuco.

A garantia legal de acesso universal à terapia antirretroviral, com a lei 9313 de 1996, funda uma importante mudança na relação das pessoas com o vírus do HIV e com a Aids. Apesar de o uso de terapias para controle do vírus ser anterior a esta data, é nesse contexto que temos a noção do tratamento como um direito. Após, em 1999, publica-se a Política Nacional de DST/AIDS, onde se assume em texto institucional o dever do estado no enfrentamento da epidemia. Totalizando 51 produções, nesse período o Serviço Social se debruçou sobre o tema com uma

variedade importante de interseções, circulando entre análises sobre a política de enfrentamento à epidemia (incluindo prevenção, assistência, proteção social e adesão), o trabalho do serviço social frente à epidemia, determinantes e representações sociais do HIV/Aids em interfaces com gênero, sexualidade e saúde.

Entre 2015 e 2018, período de entrada do modelo da Prevenção Combinada no Brasil, foram publicados 8 trabalhos (teses e dissertações). A intersecção com temáticas relacionadas a gênero, ganham força no período recente. Outro elemento importante é que parece haver um crescimento, ainda que embrionário, mas produções sobre prevenção. Em análise do resumo destas 8 teses e dissertações foi possível identificar a perspectiva teórica adotada, sendo uma destas com aporte teórico foucaultiano, uma com fundamentos decoloniais, do (trans)feminismo de(s)colonial afroindígena e de mulheres negras. Quatro dos trabalhos referem se situar nos marcos da teoria crítica, sendo que 2 destacam se vincular ao método dialético-crítico, um a teoria social crítica e um a perspectiva crítica de análise das relações patriarcais e de gênero. Em dois dos resumos não foi possível identificar.

Sobre as fontes dos dados analisados nas pesquisas, identificamos que estas foram as mais diversas: registros em prontuários, escuta de pessoas vivendo com HIV, escuta de profissionais da saúde e/ou assistentes sociais, documentos e bibliografias. Apenas um dos trabalhos se caracterizou como análise de uma experiência de trabalho, relacionando dados quantitativos e qualitativos. Os outros trabalhos são fonte de pesquisas qualitativas. Nenhuma das pesquisas foi realizada escuta da população voltada a análise da prevenção combinada.

Assistentes sociais são profissionais que, no trabalho na execução de políticas sociais, chegam muito perto do que é a intimidade da vida das pessoas, em toda sua complexidade: suas necessidades, precariedades, desejos e possibilidades de subversão. Historicamente, trabalhamos muito de perto a adoecimento, abandono e violação de direitos, pobreza e às mais diversas condições de vulnerabilidade e subalternidade. Essa relação permite que busquemos analisar aquilo que são as necessidades da vida das pessoas, muitas vezes mais profundas do que as demandas e/ou pedidos que requerem aos serviços.

Conforme nosso Código de Ética (BRASIL, 1993), a profissão tem o "reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais". Além disso, entre outros, destaca-se os valores da defesa intransigente dos direitos

humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, o posicionamento em favor da equidade e da justiça social, e o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, além do exercício da profissão sem discriminar ou ser discriminado/a pôr quaisquer inserção de classe, gênero, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, entre outras.

Tais valores não podem ser concebidos de forma isolada. É necessária uma evidente articulação entre estes para que se realizem no âmbito do trabalho cotidiano, nas mais diferentes esferas, incluindo, inclusive, a pesquisa acadêmica. O debate coletivo que culminou no compromisso com estes valores, especialmente entre os anos 1980 e 1990, se desenvolveu em conjunto como acúmulo de conhecimentos produzidos a partir de sua matriz materialista e crítica (IAMAMOTO, 2012; BARROCO, 2012), que permite lançarmos uma visão analítica historicizada e totalizante para o tema, evidenciando as suas contradições.

Visto que os aspectos políticos e sociais não apenas “atravessam”, mas de fato constituem o que conhecemos como Aids (SEFFNER e PARKER, 2016a), me faz sentido desenvolver esse estudo na linha de pesquisa Serviço social, direitos humanos, desigualdades e resistências, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-RS. Visando analisar políticas sociais voltadas a populações historicamente vulnerabilizadas, questionamos os interesses em disputa na construção da agenda das políticas de HIV/Aids no Brasil, quem são os sujeitos construídos e aceitos por essa e quem fica de fora — questões estas que são chaves para o debate em direitos humanos.

As relações entre saúde e direitos humanos são sempre, em alguma medida, contraditórias (MANN, 1996). Isso porque a saúde atua na linha da contradição entre o direito e o controle (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009). As medidas relacionadas à necessidade de controlar doenças e agravos, do ponto de vista da saúde coletiva, colocam em questão os limites entre a decisão individual e os direitos privados e a proteção da população. A epidemia da covid-19 traz bons exemplos em relação a isso: a discussão sobre a vacinação ser uma escolha individual ou um dever público, sobre se os estabelecimentos poderiam solicitar carteira de vacinação das pessoas ou se isso seria restringir o direito de escolha individual, a obrigatoriedade ou não do uso de máscaras, as condições para as pessoas cumprirem isolamento em suas casas versus as condições de trabalho, higiene e moradia, entre outras.

Para Mann (1996), com a epidemia da Aids foram expostas questões que fizeram emergir maior necessidade de aproximar promoção da saúde e promoção dos direitos humanos, e a necessidade de negociar um equilíbrio que favoreça os dois. Sobre isso, o autor levanta alguns pontos importantes: primeiro, é possível considerar que toda política ou programa de saúde é discriminatório, seja de forma direta ou indireta, por exclusão de pessoas ou por atenção excessiva; segundo, é importante observar como e de qual forma as violações em direitos humanos tem impactos sobre a saúde; e, por último, sugere que a promoção e a proteção da saúde estão intrinsecamente ligadas à promoção e proteção dos direitos humanos.

Pautar a perspectiva dos direitos humanos visa propor uma perspectiva que demonstre a indissociabilidade entre condições de saúde, de adoecimento e os fatores sociais que os determinam. Assim, evidencia-se a importância da análise que estabelece conexão entre fatores sociais e direitos (MANN, 1996), ou mesmo sobre as raízes sociais da experiência com o adoecimento, ou com a possibilidade de adoecer e morrer. Já para Seffner e Parker (2016b, p. 26),

percebida como realidade político-cultural altamente complexa, a AIDS funciona como marcador social a indicar grupos, conjunturas, contextos e situações que falam da desigualdade histórica da vida em sociedade, da vulnerabilidade que produz algumas poucas vidas como viáveis e muitas outras como não viáveis, vidas baratas que não valem a pena cuidar e tratar, pois não têm futuro.

Temos, então, alguns elementos sobre o porquê inserimos essa pesquisa no campo do Serviço Social, em especial nos estudos sobre direitos humanos. No entanto, vale observar que a concepção sobre direitos humanos está em disputa e, desta forma, não basta anunciá-la — é preciso explicitá-la, não havendo neutralidade. Nossa concepção está comprometida com os valores ético-políticos da profissão, recém apontados aqui.

Pautam os direitos humanos aquelas questões, processos ou condições que reclamam por proteção e garantia, seja do ponto de vista dos Estados nacionais ou em âmbito internacional. Existem duas grandes posições em disputa no que fundamenta os direitos humanos, ou sobre o que seria fundamental para sua garantia: a igualdade ou a liberdade. Tradicionalmente, a liberdade tem sido defendida por perspectivas mais liberais (aqui no sentido político-econômico) e a

igualdade pelo campo da social-democracia, que busca igualdade no acesso a oportunidades e direitos.

No Brasil, assim como em outros contextos da América Latina, o movimento dos direitos humanos emerge mais recentemente do que em outras localidades do mundo, especialmente a partir da contestação do regime militar e da série de violências cometidas nesse período. Nos anos 1980 o ativismo começa a se ocupar de pautas mais amplas, redefinindo a agenda militante das décadas de 90 e 2000, mas também se institucionalizando em como políticas de Estado (ENGELMANN e MADEIRA, 2015).

Na perspectiva que adotamos, a partir da teoria crítica dos direitos humanos, a partir de Herrera Flores (2009), compreendemos a indissociabilidade entre igualdade e liberdade. Para o autor, “só há uma classe de direitos para todas e todos: os direitos humanos. A liberdade e a igualdade são as duas faces da mesma moeda. Uma sem a outra nada são” (2009, p. 69). A liberdade, da forma que é defendida pelo Serviço Social, só pode ser compreendida no âmbito das possibilidades concretas que cada pessoa e todos nós temos para existir, protagonizar nossas histórias e nos expandir enquanto indivíduos e enquanto sociedade (CRISTIANO, 2015).

A saúde é um direito humano e, visto a sua complexidade, conforme a teoria crítica (FLORES, 2009), é preciso identificar os obstáculos para o acesso aos bens materiais e imateriais que produzem processos de maior ou menor garantia desse direito. Os direitos humanos decorrem de lutas que desmascaram e desnaturalizam esses obstáculos - lutas estas por onde sujeitos políticos se articulam em busca de garantias legais e objetivas. Flores (2009) também nos propõe a questionar: Quais os bens os direitos devem garantir? Quais são as condições materiais necessárias para exigí-los? Qual o papel das lutas sociais na sua concepção e consolidação? Não é possível, então, hierarquizar direitos entre civis e políticos, sociais e econômicos. Os direitos humanos são resultados definidos no processo histórico sobre a ideia do que seja uma vida digna. Esses resultados, assim como suas garantias através de políticas e programas, são resultados de lutas coletivas, reconhecimento e são sempre provisórios.

A exemplo disso, podemos observar a particularidade brasileira onde retrocessos no campo dos direitos sempre aconteceram. Alguns marcos civilizatórios importantes, estão constantemente sendo colocados em questão, como o aborto

legal, a maior idade penal ou a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, essa perspectiva se contrapõe à ideia legalista ou normativa dos direitos humanos (SOUZA e CHAI, 2016). As normas expressam direitos, mas o reconhecimento destes em normas — legislações, políticas, etc. — não significa sua garantia. A noção de direitos humanos atrelada a ideia de uma vida digna nos impõe pensar o HIV/Aids como aspecto particular inserido na totalidade do tecido social. O direito ao tratamento e prevenção, por exemplo, é resultado provisório de lutas sociais iniciadas em face da dificuldade verificada no acesso a este determinado bem vital.

Buscamos, então, contribuir com a construção de fundamentos críticos para a política de HIV/Aids na América Latina e no Brasil em particular, bem como ser material para estudo de profissionais das políticas públicas e ativistas, possibilitando a construção de respostas à epidemia que vão ao encontro do horizonte ético da liberdade, menos autoritárias, condizentes com os interesses, desejos e necessidades dessas populações. Pautado na perspectiva crítica de direitos humanos e sua relação com a promoção em saúde no âmbito do Serviço Social, temos a intenção de que este estudo desvende não apenas as violações e violências a que são submetidas essas populações, mas também suas possibilidades de luta, subversão e resistências, sejam elas organizadas ou cotidianas, sobretudo no contexto de individualização neoliberal contemporâneo.

Por último, outra ordem de importância da pesquisa se dá pela minha implicação com o tema. Há mais ou menos seis meses de eu terminar o mestrado meu pai morreu. Da noite para o dia, sem muito aviso, no dia do aniversário de sua mãe — minha avó, 10 de dezembro, Dia Internacional dos Direitos Humanos. Meu pai morreu de capitalismo, masculinidades, cuidados e orientações insuficientes da política de saúde. Meu pai era uma masculinidade muito pouco hegemônica e, ainda numa visão extremamente binária, muitas vezes eu quase me orgulhava ao dizer que em minha casa os papéis socialmente designados eram invertidos: minha mãe desempenhava os limites, o sustento, o espaço público enquanto meu pai era o colo, a escuta e a cozinha da casa. Ainda assim, era um homem que guardava palavras e silenciava. Quando da morte do meu pai, decidi que não daria de imediato continuidade aos meus estudos através do doutorado e acabei por ficar 3 anos e meio fora da universidade. E fui me espriar até que o retorno ao campo da pesquisa acadêmica tornou-se uma necessidade interna, ética e política.

A temática dos estudos de gênero e sexualidade já atravessava os estudos e o trabalho desde a graduação, na experiência de atendimento à policiais civis — em sua maioria homens cisgênero heterossexuais — em um serviço de atenção à saúde do/a trabalhador/a, no estágio curricular obrigatório em Serviço Social. A profissão é um convite constante à performatividade da masculinidade hegemônica, violenta e disciplinadora. Em geral, quem a não performatiza, quem deseja e busca construir outras possibilidades de estar nesse espaço, adocece.

Já na dissertação de mestrado, que teve como tema a relação entre ética, trabalho e formação no Serviço Social, emergiu a necessidade de discutir a reatualização do conservadorismo na sociedade e seus reflexos nos ideários da categoria profissional. O ponto nevrálgico que levantou posicionamentos das/os participantes da pesquisa com conteúdo moral conservador foi o que tratava da relação de gênero, especialmente em relação aos papéis socialmente atribuídos às mulheres. Depois de inserir reflexões sobre as categorias gênero e sexualidade no campo de análise, assim como foi em relação à classe social, passei a “enxergar gênero em tudo”. Enquanto estudiosa de Marx, entendo que a análise e intervenção são múltiplos de uma unidade e, por isso, busquei experiências relacionadas ao tema, tanto na área da saúde pública, como na área jurídica.

Na residência multiprofissional em saúde, por onde me especializei em saúde da família e comunidade, tive a oportunidade de compor o Programa Saúde na Escola (PSE). Na interface entre saúde e educação, pude analisar os atos reiterados de produção de gênero nas escolas e a noção prescritiva e biologicista hegemônica nas práticas de prevenção. Também passei a compor o ativismo na SOMOS - Saúde, Comunicação e Sexualidade, onde atuo e durante o ano de 2021 facilitei o LGBTencontros+, um grupo voltado à construção e ao fortalecimento de redes e debates entre pessoas LGBT+.

Mais recentemente, com o trabalho na política pública de saúde e a inserção em atividades de aconselhamento em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), as atividades de sala de espera com homens que aguardam consulta para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a experiência no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de pessoas vivendo com HIV mostrou que a política voltada à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids incide sobre o campo do tabu, do não dito, da esfera privada da vida das pessoas. Coloca na cena da política

pública o que comumente se entende que “deve ficar entre quatro paredes”: o sexo e as práticas sexuais.

Neste espaço, muitas histórias foram contadas e, ao escutá-las, se interseccionam com memórias de relatos de amigos homens gays em mesas de bar, outras histórias escutadas em tantos outros espaços de trabalho e com memórias sobre meu pai. Se me exponho nessa justificativa é especialmente para responder às seguintes perguntas: por que pesquiso o que pesquiso? porque eu, mulher cisgênera lésbica, branca, me implico a analisar mediações entre a experiência de homens gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) com o sexo e a sexualidade, em suas mediações com as políticas de HIV/Aids? Ou, de forma mais interessante, com que mediações se desenvolvem a tensão dialética entre o eu e o campo?

Diferente de analisar o que faço com o campo ou o que o campo faz comigo, pede-se, assim, que se parta do princípio que essa tensão é sempre dialética, relacional. Não interfiro porque sou trans, tampouco sou interferida devido a isso. Mas o contexto em que o campo está situado se soma a mim, gerando acoplagens bastante específicas que devem ser analisadas sem a priori. (FAVERO, 2020, p. 8).

Localizar o saber é diferente do que reivindicar um lugar de autoridade sobre o tema a partir de quem eu sou. Busco ultrapassar a mera apresentação burocrática, como sugere Favero (2020), para me situar e lançar mão de uma postura dialógica com o campo da pesquisa. Neste sentido, acrescento que sou assistente social. A escolha pela profissão e a permanência nela não se deu, é claro, de forma aleatória; diz de um modo de editar, ser e querer me localizar na história. Para além de justificar em demasia o interesse pelo tema de pesquisa, importa sobretudo como o saber corporificado repercute no campo (ibidem, 2020). Não aceitar que pessoas tenham suas existências restringidas e moduladas por normas e hierarquias que correspondem a manutenção de interesses do capital (considerando, aqui, sua estruturação apoiada em hierarquias de classe, gênero, territorialidades e sexualidade), que morram pessoas ou que sejam descartadas por aquilo que, na aparência, não faz sentido, são inquietações que movem a entrada no campo.

Atualmente trabalho na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), como consultora em educação popular e comunitária pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Dedico-me especialmente à pauta da primeira



infância, no Primeira Infância Melhor, um programa de acompanhamento familiar voltado ao desenvolvimento integral infantil no âmbito da atenção básica, desenvolvido de forma intersetorial. Trabalho com os temas de educação popular, vulnerabilidades e processos de vulnerabilização, territórios e territorialização, além de trabalhar na formulação, gestão e apoio institucional. Trabalho, também, com a transmissão vertical do HIV e sífilis. Essa minha inserção atual no campo da saúde pública a partir da pauta da primeira infância, com tantas particularidades que diferem da agenda do HIV/Aids, embora com semelhanças, produz mediações que ora favorecem o diálogo com algumas temáticas da tese e ora torna-se extremamente desafiador, por de certa forma fragmentar no meu cotidiano as pautas sobre as quais minha mente está ocupada. Destaco todos esses aspectos pois é a partir destes que entro no campo e sou recebida por ele, estabelecendo diferentes mediações.

## 1.1 MÉTODO E METODOLOGIA

Venho desenvolvendo meus estudos e pesquisas apoiada no método marxista de investigação, especialmente de inspiração em Lukács (2010; 2012), para quem a realidade é formada por um complexo de complexos, tomado por inúmeras mediações que articulam as partes e a totalidade (PONTES, 2000). As categorias que conformam a temática de estudo são tomadas, nesse sentido, como particularidades inseridas em um todo complexo. Esta perspectiva se opõe às análises endógenas sobre o objeto de pesquisa; o contexto, neste sentido, não pode ser tomado como mero plano de fundo: ao contrário, ele conforma o objeto assim como o objeto o conforma, a partir de múltiplas mediações e determinações. Para Netto, “cabe à análise de cada um dos complexos constitutivos das totalidades esclarecer as tendências que operam especificamente em cada uma delas” (2011, p. 57).

Quem pesquisa deve apropriar-se das categorias que emanam da realidade a partir de sucessivas aproximações, tecendo sínteses provisórias, identificando contradições. Neste processo, a separação, diferente da fragmentação, é parte importante da análise como forma da análise, permitindo aprofundamento parcial. No momento seguinte, é necessário estabelecer a interconexão entre as partes, buscando construir novas explicações sobre o objeto em análise. (PRATES, 2012)

Circunscrevemos, então, a análise no que acontece na cena contemporânea, analisando tanto a política como as experiências dos sujeitos a partir do que tem se nomeado como neoliberalism studies (estudos do neoliberalismo), sem perder a dimensão da historicidade, da contradição, das mediações e da totalidade. Recorrendo a autoras/es que dialogam também com Foucault, com a psicanálise e com o pensamento decolonial, podemos dizer que este trabalho segue a corrente do que algumas pessoas vêm denominando de neomarxismo, como bem aponta Nancy Fraser (2020) ao relatar que busca chaves analíticas de diferentes correntes teóricas que podem apoiar na compreensão de seu objeto de análise (no caso, o capitalismo como uma instituição).

Para buscar analisar as relações entre política e sujeito e compreender o que “emerge” destas relações, nos apoiamos na Análise Textual Discursiva (ATD). Esta metodologia de pesquisa foi trazida para o Brasil por Roque Moraes, que adensou os estudos sobre o tema junto a Maria do Carmo Galiuzzi. Atualmente, junto a colaboradoras/es, Galiuzzi vem produzindo novas sínteses para apoiar o processo de fazer pesquisa nas ciências sociais e na educação. Embora seja tradicionalmente vinculada a fenomenologia, entendemos que se relaciona de forma fecunda com a dialética marxista<sup>6</sup>.

Na ATD, a dialética está presente no modo em que é necessário transitar entre a palavra (identificada no texto) e o conceito, movimentando-se de forma interpretativa com vistas a construção de horizontes compreensivos. É em um movimento de ir e vir que se identifica unidade de significados e aproxima-se no processo de categorização, avançando na compreensão do objeto que está em análise (GALIAZZI e SOUSA, 2019).

Outro ponto onde a dialética está presente na ATD é sobre a definição do quadro teórico antes de realizar a análise empírica ou durante o processo categorial, a partir das categorias emergentes. Na forma mais tradicional de fazer pesquisa, parte-se de um aprofundamento teórico consistente e, através deste, debruça-se na empiria. Na ATD, “não é que se crie a teoria que vai dar conta de ampliar a compreensão do fenômeno, mas é a busca da teoria que acontece durante a

---

<sup>6</sup> Em análise realizada sobre a categoria dialética na ATD, Galiuzzi e Souza percebem os sentidos desse conceito na forma como vem sendo incorporado na metodologia “estão mais próximos do pensamento de Heráclito e de Platão do que da dialética marxista, embora esteja também presente na obra analisada a ideia de síntese presente na dialética de Hegel e da superação em Gadamer como fusão de horizontes”. (2019, p. 20).

análise, ampliando sentidos iniciais” (GALIAZZI e SOUSA, 2019, p. 14). Em outras palavras:

[...] num deles se assume teorias “a priori”, teorias com as quais o pesquisador entra no processo de análise, que ajudam a definir as categorias e encaminham a interpretação; no outro constrói as teorias no processo, emergindo as categorias e a teoria ao longo da análise. Quando assumindo esta segunda perspectiva, o pesquisador não se impõe um olhar teórico explícito, antes de envolver-se na análise. Nesse caso, as categorias construídas dentro do processo de análise constituem a estrutura das teorias emergentes do processo analítico. (MORAES e GALIAZZI, 2007, p. 126).

Ou seja, embora não exista sujeito que pesquisa sem determinados a priori que tem relação com seus estudos progressos e caminhos percorridos, o processo de definição e (re)definição dos aportes teóricos que apoiam na ampliação não é estático e, na ATD, precisa estar aberto para aquilo que emerge no processo de análise em suas sucessivas aproximações. Ainda sobre a dialética, este método situa-se na relação entre dedução e indução, entre certeza e incerteza no fazer da pesquisa. Os procedimentos da ATD — que explicarei a seguir — oferecem a quem pesquisa maiores certezas em relação a aquilo que está planejado. Já a indução necessita de profunda imersão e conexão com o texto em análise, envolvendo a intuição, atribuição de significados e a capacidade de não estar preso a teorias já existentes. Nas sínteses produzidas no processo dialético de pesquisar, a ênfase está nas interpretações e no conhecimento de quem pesquisa, na “escuta” do que se mostra nas informações, no reconhecimento da natureza histórica destas e na construção em direção a novas compreensões. (MORAES e GALIAZZI, 2007).

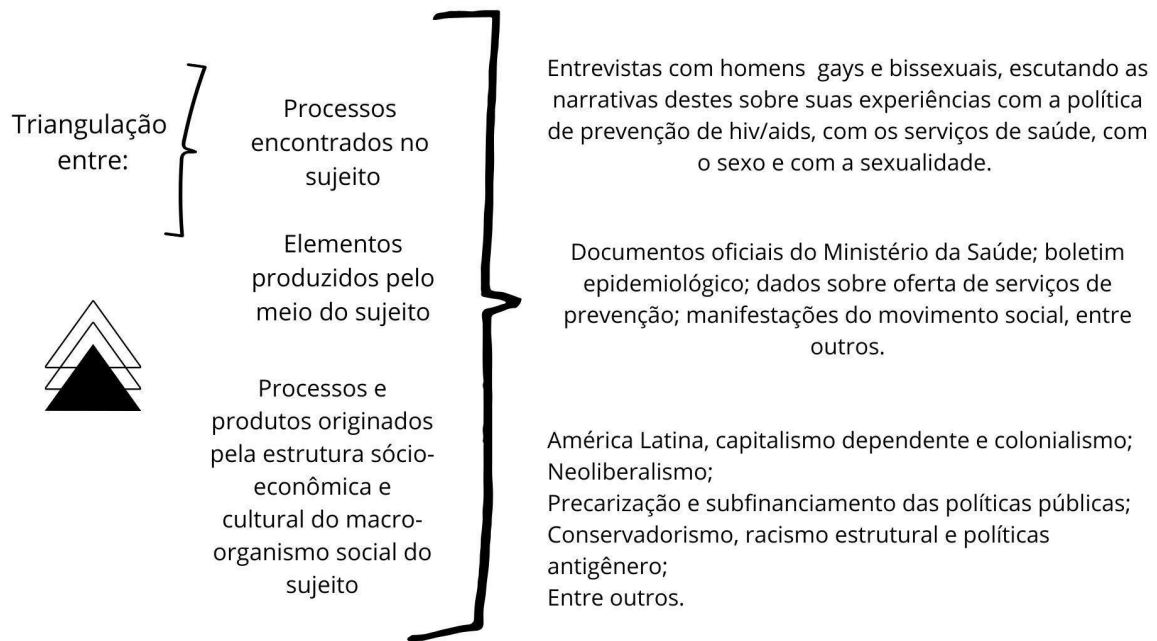
Este é um estudo qualitativo de nível explicativo, que em alguns momentos assume caráter mais exploratório. A pesquisa qualitativa possibilita “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 247). A pesquisa de nível explicativo é considerada a mais complexa, tendo em vista que “este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL, 2008, p. 28). Já o nível exploratório é aquele em que se busca, a partir de análises mais gerais, levantar novas questões para estudos futuros (GIL, 2008). Esse estudo busca explicitar as relações, os impactos, as construções e aquilo que está entre o contexto da política e o que é vivido pelas pessoas, buscando compreender alguns porquês e levantar novas questões.

### 1.1.1 Triangulação de dados da pesquisa

Buscando abrangência na descrição, explicação e compreensão das relações entre o sujeito e a política e sendo coerentes no que temos defendido até aqui, sobre não ser possível compreender um objeto fora de seu contexto social, me apoio na triangulação na coleta de dados, nos termos de Triviños (1987). Para o autor, é importante que sejam levantadas e trianguladas informações sobre a experiência, comportamentos e percepções dos sujeitos (seja pela coleta de suas narrativas, observação ou até mesmo materiais produzidos por estes), informações do meio em que o objeto está inserido (através de documentos, instrumentos legais, dados quantitativos, entre outros) e processos e produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro-organismo social do sujeito (informações sobre o sistema político-econômico, forças e relações de produção, etc.).

Para isso, irei seguir três fontes de investigação: os documentos produzidos pelas políticas de saúde brasileiras voltadas à prevenção do HIV/Aids, as bibliografias que contextualizam o tema e as experiências de homens gays. A triangulação permite buscar compreender a particularidade do desenvolvimento do objeto de estudo na realidade brasileira, considerando a realidade do país latino-americano de capitalismo dependente, com traços culturais marcados pelo autoritarismo, pelo mando e por práticas de controle em relação às populações. A seguinte imagem é uma adaptação da original de Triviños, onde o autor demonstra o processo de triangulação:

Figura 2 - Triangulação dos dados da pesquisa



Fonte: adaptação da imagem de Triviños (1987, p. 140)

### 1.1.2 Análise Documental

Os documentos analisados foram escolhidos pelo critério de acesso público e por terem sido publicados em período posterior a Declaração de Paris (2014), onde países se comprometem com a estratégia de aceleração do enfrentamento a epidemia do HIV/Aids com a meta 90 90 90, tendo início em 2015 com o objetivo de pôr “fim à epidemia” até 2030. Após leitura inicial, estes foram os documentos selecionados por se apresentarem como referências fundamentais para a implantação e implementação das estratégias de prevenção ao HIV/Aids no Brasil:

a) O documento “Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” é o documento orientador de como se espera que seja o modelo oficial preventivo do HIV/Aids na atualidade. Este tem como objetivo “subsidiar trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde com as bases conceituais e epistemológicas que dão suporte a esse paradigma de prevenção (prevenção combinada)” (BRASIL, 2017a, p. 13). Ou seja, apresenta a prevenção combinada como um novo paradigma de prevenção, que possui bases conceituais e epistemológicas próprias. Como este documento se apresenta com um objetivo bastante amplo, veremos que é uma espécie de guarda-chuva que

perpassa os demais, sendo nele que está apresentada de forma mais robusta a concepção de prevenção do modelo oficial preventivo atual.

b) O documento "Cinco passos para prevenção combinada do HIV na atenção básica" (BRASIL, 2017b). O documento apresenta para profissionais da atenção básica o modelo preventivo atual adotado pelo Ministério da Saúde e as ações e estratégias que devem ser adotadas nesse nível de atenção, trazendo exemplos e fluxogramas. Me parece relevante explicitar o conteúdo desse documento, visto que há cada vez mais movimentos para descentralização da prevenção (incluindo, aqui a assistência) em relação ao HIV. No SUS, a atenção básica é entendida como uma das principais portas de entrada ao sistema, sendo coordenadora e reguladora do cuidado em saúde. Ou seja, em tese, seria a partir desse nível de atenção que a população geral teria acesso às estratégias e tecnologias de prevenção.

c) A Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2018) tem como objetivo convocar diferentes atores para lidar com a desproporcionalidade com que o HIV, a Aids e as demais IST afetam determinados grupos populacionais, apresentando estratégias a serem realizadas.

d) O documento "Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo" (BRASIL, 2021) tem como objetivo orientar estratégia focalizada em populações-chaves no intuito de implementar o teste rápido de triagem por fluido oral, buscando diminuir o número de diagnósticos que são feitos de forma tardia e realizar a testagem a partir da estratégia de educação entre pares, ofertando está nos locais de sociabilidade das pessoas, além de associar "a oferta de testagem e aconselhamento às ações de Prevenção Combinada e, para os casos reagentes, apoio na vinculação ao serviço e tratamento oportuno" (BRASIL, 2021, p. 17).

e) O "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV - PCDT-PrEP" (BRASIL, 2022) atualiza e revoga o protocolo de 2017. Do ponto de vista dos aspectos que são analisados nesse estudo, a principal alteração realizada foi em relação a ampliação do público-alvo da PrEP, não sendo mais apenas focado nas chamadas "populações-chave", mas sim em qualquer pessoa com risco aumentado de infecção pelo HIV.

Realizei, também, uma leitura preliminar da Política Nacional de Saúde LGBT (BRASIL, 2013), no intuito de considerar inserir o documento na análise. No entanto, o documento faz poucas incursões sobre HIV/Aids, sobretudo quando faz referência a aspectos históricos da população LGBT no país. Com maior especificidade, dispõe como um dos objetivos específicos “oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais” (2013, p. 21). Vale considerar que, ainda que não seja objeto da política, esta visa atuar em diversos fatores que incidem em maior vulnerabilidade aos homens gays frente ao HIV.

### 1.1.3 Narrativas de homens gays

As narrativas de homens foram coletadas através de entrevista aberta, realizada a partir de tópicos guia (apêndice 2). Os participantes da pesquisa foram homens gays, um homem bissexual e um pansexual<sup>7</sup>. Não houve critério a priori de inclusão/exclusão com base em raça/cor, geração, entre outros, porém busquei abranger o máximo possível de diversidade nestes aspectos, dentro dos limites das técnicas utilizadas para identificação e convite dos participantes da pesquisa e sendo todos maiores de 18 anos de idade.

No total, foram realizadas 18 entrevistas<sup>8</sup>. Estas aconteceram de forma online<sup>9</sup> pela plataforma Zoom, a exceção de uma que, por preferência do participante, foi realizada de forma presencial. Estas foram gravadas e posteriormente transcritas, com o objetivo de transformar as narrativas orais em

---

<sup>7</sup> No início da pesquisa, a intenção era entrevistar homens gays e outros Homens que fazem sexo com homens. Contudo, após a banca de qualificação, acolhendo sugestões das examinadoras e do examinador, optamos, minha orientadora e eu, por focar em homens gays. Com isso, durante a tese nomeio como “narrativas de homens gays”, ainda que tenha escutado duas experiências de pessoas que se identificam com orientação sexual diversa a esta. A interface que estabeleço com essas narrativas é a partir do sexo com outros homens, ou seja, da prática sexual, mais do que com aspectos identitários. Mas de fato isso se configura como um nó e corro aqui o risco de ser reducionista ou até arbitrária na forma como represento essas narrativas. Apesar disso, consideramos que ainda mais violento seria descartá-las, tendo já acolhido e as escutado.

<sup>8</sup> 11 entrevistas foram realizadas em 2020 e 7 em 2022, após a banca de qualificação desta tese, onde a banca avaliadora apontou a necessidade de caracterizar melhor os entrevistados, perguntando e descrevendo informações básicas como raça/cor, escolaridade e trabalho, e também buscar maior diversidade na amostra.

<sup>9</sup> A coleta de dados se desenvolveu durante a pandemia da Covid-19, antes do início da vacinação contra o vírus. Todas as entrevistas aconteceram de forma online, na busca por garantir os cuidados com a proteção e segurança da pesquisadora e dos participantes.

texto para análise. Estas tiveram duração aproximada de uma hora, sendo que uma durou cerca de duas horas e outra cerca de 20 minutos. O processo de consentimento livre e esclarecido para participação da pesquisa foi realizado de forma oral e gravada, seguindo roteiro (em apêndice). Três pessoas não tinham disponibilidade de agendar entrevista, seja por tempo ou por quererem manter maior anonimato. Por isso, foi viabilizado que a entrevista pudesse ser realizada por troca de mensagens de texto via WhatsApp ou chat do Grindr. Neste caso, a própria conversa com troca de mensagens de texto é a fonte de pesquisa, havendo necessidade de transcrição apenas dos áudios<sup>10</sup>.

De início, supomos (minha orientadora e eu) que haveria dificuldades em conseguir pessoas que se dispusessem a serem entrevistadas, tendo em vista os preconceitos e estigmas que envolvem o objeto de estudo dessa tese. Por isso, planejamos realizar o contato com estes a partir da metodologia de amostra bola de neve<sup>11</sup> (VINUTO, 2014), partindo de contatos intencionais com pessoas próximas a mim e, a partir destes, buscando abranger a amostra. Além disso, buscando uma maior diversidade e de alguma forma tentando furar a “bolha” das minhas relações, foi planejada a criação de um perfil no Grindr<sup>12</sup>, buscando contato espontâneo com possíveis participantes da pesquisa.

Em meados de agosto de 2020, criei o perfil no Grindr, respeitando os cuidados éticos, isto é, o perfil foi devidamente identificado em sua intenção de realização de pesquisa, sendo exposto o objetivo desta, contendo apresentação e foto de rosto da pesquisadora:

---

<sup>10</sup> Estas foram mais curtas, com objetividade na fala e os participantes demonstraram mais interesse em falar sobre as práticas sexuais em si, inclusive fazendo um esforço explicativo para que eu compreendesse como o aplicativo funciona, quais são os códigos comunicacionais que são utilizados e como as interações acontecem.

<sup>11</sup> Esta abordagem em relação a amostragem é indicada quando a pesquisa trata de temas delicados para população e/ou quando os sujeitos de pesquisa são difíceis de encontrar. Utilizando-se de cadeias de referência, solicita-se que participantes iniciais “indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise”. (VINUTO, 2014, p. 203).

<sup>12</sup> Muitos aplicativos de encontro sexual masculino possibilitam a criação de perfil de pesquisador(a), como é o caso do Grindr, um dos mais famosos nesse campo.



Figura 3 - Perfil de Pesquisadora no Grindr



Fonte: print de tela de smartphone (2020).

O Grindr capta um número limitado de perfis de pessoas, contando a partir da localização atual de quem o acessa. Ao entrar com esse perfil no aplicativo, eu tinha a inquietação sobre como faria para iniciar conversas com os homens, no entanto não foram necessários esforços para contatá-los. Muito rapidamente, em pouco mais de uma semana que fiquei com o perfil ativo<sup>13</sup>, cerca de 17 pessoas entraram em contato e, destas, 10 se configuraram como entrevistadas. Destas, duas

<sup>13</sup> Foi necessário inativar o perfil, retirando a foto e o texto de apresentação, para que fosse possível administrar com responsabilidade as conversas, negociações e agendamentos que já estavam em andamento e não perder o momento de mobilização das pessoas em quererem falar sobre o tema.

foram com homens da rede de relações da pesquisadora, porém o encontro foi mediado pela rede social.

Algumas pessoas iniciaram a conversa demonstrando curiosidade e interesse, porém no momento em que a proposta foi apresentada, explicando os objetivos da pesquisa e como funcionaria a entrevista, deixaram de responder. Um destes chegou a verbalizar “ah, na real, me assusta esse assunto”. Quando questionei “em que sentido?” Parou de responder. Levanto, também, como hipótese sobre o que levou estes contatos a não se tornarem como entrevistas a própria dinamicidade das interações nestes aplicativos de encontro. Muitas interações acontecem em um momento de maior disponibilidade de tempo dos participantes e, em seguida, são interrompidas sem que haja necessariamente uma despedida.

De qualquer forma, chama atenção alguns aspectos que apareceram nessas interações. Chama atenção o número de contatos, todos eles espontâneos, através do aplicativo. Entre estas conversas preliminares houveram elogios à minha foto, um “nudes” por acaso - de um homem que não havia lido a descrição do perfil e depois pediu muitas desculpas -, alguém que se dispôs a fazer a entrevista por 100 reais e alguém que me contactou pois gostaria de informações sobre sintomas, acesso e tratamento em relação ao HIV. Ou seja, situações e contextos diversos.

Foi curto o período que fiquei no Grindr e foi uma experiência bastante localizada em termos de espaço-tempo. Os diálogos se deram com pessoas que residem e/ou transitam por uma parte específica da cidade de Porto Alegre, devido ao georreferenciamento do aplicativo. No entanto, foi o suficiente para deixar a forte sensação da necessidade de as pessoas terem mais espaços que oportunizem o diálogo sobre aquilo que às toca, sobre o que vivem e onde suas vidas acontecem - que pode ser no território virtual. Nota-se certo vazio de espaços de escuta e compartilhamento sobre as questões abordadas na pesquisa, motivando o rápido aceite dos participantes em realizar a entrevista e a valorização destes quanto ao espaço para falarem sobre o assunto.

Inicialmente tínhamos a intenção de buscar participantes de outras localidades do país, tendo em vista ser uma pesquisa que buscava uma análise em âmbito nacional. Porém, como nas entrevistas apareceram diversos aspectos que mediam as experiências com a prevenção, com o sexo e a sexualidade com a cidade de Porto Alegre, optamos por circunscrever a análise de tais experiências na cidade.

Sobre os aspectos éticos, conforme a resolução 510/16 (BRASIL, 2016), não é necessário que o consentimento seja necessariamente dado por escrito, tendo em vista a necessidade de observar as particularidades do método da pesquisa e das características dos participantes. Tendo em vista a sensibilidade do tema, a intenção de realizar maior aproximação com os participantes e natureza da técnica da coleta de dados, foram realizados os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa através de um processo de consentimento de forma oral, gravado em áudio.

Ao iniciar a conversa presencial, via plataforma online ou texto e áudio, a pesquisadora explicou aos participantes os objetivos do estudo, sua justificativa e metodologia. Também foram esclarecidos os riscos, possíveis desconfortos, e demais aspectos relacionados à ética na pesquisa. Todas as dúvidas foram esclarecidas antes de iniciar a entrevista e disponibilizado contato para que estes pudessem me contatar a qualquer momento para solicitar mais esclarecimentos. O texto completo, com todos os aspectos que foram abordados para o processo de consentimento, consta no apêndice 3. Nas três entrevistas que aconteceram exclusivamente por troca de mensagens, o TCLE foi gravado em áudio e teve o consentimento registrado via texto ou áudio na mesma conversa.

Abordei anteriormente sobre a implicação relacional e dialética de quem pesquisa com o campo, concordando com Sofia Favero (2020). A autora também reflete como determinadas pessoas, com suas “identidades”, conseguem ter mais ou menos acesso a certos campos de estudo “Quais são os impactos do “eu” naquilo que pesquiso? Como o “eu” me permitiu ir até o campo? De que maneira pude acessar, circular e dialogar a partir desse “eu”?” (2020, p. 13). Nesta perspectiva,

Uma escrita situada, conseqüentemente, é uma escrita que se dá nos intervalos. No espaço artificial do “entre” é que se torna possível emergir uma política que reconhece os efeitos dos atores e atrizes em cena. Superar a lógica pastoral em que os marcadores devem ser confessados acarreta pensar o “eu” como um efeito, não como uma essência, uma natureza. (Favero, 2020, p. 14)

Entendo que minha entrada no campo, a partir da forma como me apresentei, possibilitou uma determinada forma de aproximação e interação. Este aspecto foi destacado também por João, no momento de encerramento da nossa entrevista:

Eu dou muito valor as pesquisas, as pesquisas nas quais são feitas em mestrados e doutorados, a pesquisa na tua área, na tua linha de pesquisa a própria temática que tá seguindo, é uma pesquisa, assim, que não é fácil de ser fazer. [...] pra ti que é menina, que é mulher na verdade, é mais fácil levar uma temática dessas, para um homem ou um gay, ou professor seria muito difícil, até mesmo para uma professora, porque na cabeça das pessoas, eu também ouvi muitos relatos também a respeito, pode ser interpretado como pesquisa de interesse pessoal, e às vezes não é pesquisa aí é só curiosidade, entendeu? (João)

Parte da coleta de dados aconteceu em um momento da pandemia da COVID-19 pré-vacina, quando se conhecia ainda pouco sobre o vírus. Me parece que o momento de distanciamento social, quando para muitas pessoas a comunicação estava sendo mediada prioritariamente pelas redes sociais, como o Grindr, e outras ferramentas de encontro online, como a plataforma Zoom, foi um dos fatores que influenciou na disponibilidade das pessoas por participarem da pesquisa, especialmente as que realizaram contato espontâneo através do aplicativo. No entanto, os participantes referem, também, outros elementos importantes sobre este aspecto. Chama atenção que alguns destes destacaram a dificuldade que eu possivelmente estaria tendo em obter dados e conseguir pessoas que aceitassem falar sobre o assunto.

[...] Eu diria que tu tem um desafio nas mãos, é uma pesquisa de alta complexidade é muito difícil de conseguir dados, porque não é qualquer pessoa que queira conversar sobre o tema, as pessoas elas tem medo, tem receio. Elas preferem conversar sobre qualquer coisa menos sobre essa temática, porque existe todo um bloqueio. (João)

Aqui no Grindr tem muitos caras casados, não assumidos, por conta disso é bem normal que “cê” tenha dificuldade em conversar mesmo, mas acho que tua pesquisa é inestimável, esse nicho normalmente não é abordado nas políticas, sério, parabéns. (Michel)

Dificuldades em falar sobre a sexualidade, práticas sexuais “no sigilo” e dificuldades para falar sobre a temática do HIV foram alguns dos elementos levantados que justificariam a minha suposta dificuldade em conseguir interlocutores para a pesquisa. Por outro lado, o reconhecimento da importância do tema, especialmente por ser um assunto pouco abordado em pesquisas e nas políticas públicas, fez com que alguns dos homens com quem conversei se esforçassem em me explicar os meandros, códigos simbólicos da cultura do sexo entre homens e de suas próprias experiências, colocando-se muito disponíveis a continuar conversando

em outros momentos (César), ou em me explicar qualquer coisa que eu não entendesse que rola no aplicativo (Michel).

Durante os encontros com os participantes, busquei, em todo momento, minimizar os efeitos simbólicos de violência na pesquisa. A partir das minhas experiências enquanto assistente social e trabalhadora da saúde, procurei construir as condições necessárias para que este espaço não fosse de uso do outro, e sim de conexão e intercâmbio com o outro. Ou seja, buscando realizar uma escuta acolhedora, sem julgamentos e, no entanto, sem me preocupar em criar um espaço asséptico ou sem interferências. Estava eu, em todo corpo, em minha casa, com minhas gatas sempre presentes - uma delas ainda filhote e fazendo bastante bagunça no entorno durante as primeiras entrevistas - e cada um destes homens que escutei, em seus lugares, em trânsito, em seus corpos, histórias e questões, compartilhando dores, experiências e resistências.

No encerramento desses encontros, alguns dos participantes destacaram o quão significativo foi terem espaço para falar das questões abordadas e que este se conformou em um lugar de reflexão, como para Paulo, que salientou: “[...] acho que teve algumas coisas que eu te falei, tipo ah não tinha me dado conta disso. Então acho que foi muito, muito, muito, muito legal, mesmo.”

Moacyr, neste mesmo sentido, destacou:

[...] aqui foi uma oportunidade para mim também poder organizar algumas ideias que eu tinha, mas às vezes também nunca tinha dito assim, porque a gente fala coisas mais corriqueiras, mas a gente não fala umas coisas tão mais internas, porque às vezes ninguém tem interesse também em saber. Então, também queria agradecer e tô disponível para o que tu precisar.

Moacyr também se colocou muito disponível e interessado em participar caso houvesse outros momentos de conversa na pesquisa, como outras entrevistas ou grupos. Um contraponto a este destaque, que alguns participantes fizeram sobre ter sido importante para eles um espaço para falar sobre o tema, é o fato de muitos não terem tido acesso a espaços formais de diálogo com profissionais de educação ou saúde sobre o tema, como veremos mais adiante.

A pesquisa social se faz pesquisando onde e ao lado daqueles e daquelas que têm suas vidas perpassadas pelo tema em questão. Buscando conhecer cada um dos que participou da pesquisa, a pergunta de início da entrevista foi: quem é você e como sua vida é atravessada pela questão do HIV/Aids?

Nas entrevistas iniciais, as respostas foram bastante diversas, por isso algumas apresentações dos entrevistados não contam com informações completas sobre idade, escolaridade, raça/cor e etnia declaradas, trabalho. No entanto, ao reconstruir elementos de suas histórias, é possível afirmar que a maior parte dos participantes eram homens cisgênero, jovens adultos, cursando ou com ensino superior completo, residentes ou em trânsito por Porto Alegre. Nenhum dos homens que declarou raça/cor se identificou como negro ou indígena.

Após a banca de qualificação, a partir das sugestões das avaliadoras e do avaliador, optamos (minha orientadora e eu) por ampliar a amostra buscando especificamente abranger uma maior diversidade no quesito raça/cor e idade. Mesmo com esforços em contatar pessoas diversas, foi bastante difícil furar a bolha das minhas relações, o que mostra limites das técnicas adotadas para busca dos participantes. No entanto, consegui entrevistar pessoas pretas e pardas e pessoas com origens mais periféricas, ainda que bastante no entorno de movimentos sociais e academia, afinal são por estes lugares que eu círculo.

Para que seja possível identificar no decorrer das análises cada um destes participantes, em suas histórias e, também, na perspectiva de localizar seus saberes situados para a análise de suas experiências, construí breves sínteses com base em como cada um se apresentou e outros aspectos que foram estruturantes em suas narrativas<sup>14</sup>:

a) **Marcos** nasceu em Santa Catarina, estava prestes a completar 32 anos quando realizamos a entrevista. Já se relacionou com mulheres, mas hoje em dia se declara como homem gay. Vive em Porto Alegre, é psicólogo, trabalha na profissão e está cursando mestrado. Faz uso de PrEP injetável em um centro de pesquisa e conta que, depois que iniciou o uso, relaxou mais em relação ao uso de preservativo. Teve um caso de HIV na família. Pelo que sabem, essa pessoa “pegou” em uma relação extraconjugal e acabou por passar para a esposa que estava gestante. Os bebês, gêmeos, nasceram sem HIV. Conta que essa foi uma situação bastante traumática e o deixou muito temeroso. Hoje, pelo uso de PrEP e por ter mais informações, consegue ficar mais tranquilo.

---

<sup>14</sup> Os pequenos textos construídos para apresentar os participantes são reedições de extratos de fala dos participantes feitos pela pesquisadora, buscando excluir especificações que levem a identificá-los. Na caracterização dos participantes entrevistados em 2022 estão descritas as informações completas de caracterização (idade, orientação sexual).

b) **Ricardo** trabalha com áreas da criatividade, moda, beleza e arte. É tutor de pets e se declara homem branco, homem cis, gay ou homossexual, homo-orientado. Se considera uma pessoa de classe média, ou média baixa, mas não baixa-baixa. Diz pensar bastante sobre o HIV/Aids e que o primeiro ponto é que é literalmente uma preocupação. Não que fique na sua cabeça o tempo todo, quando vai ter uma relação sexual, por exemplo, mas pensa bastante. Segundo Ricardo, quando se é parte desse recorte comportamental, sexual, que envolve a atividade sexual: Enfim, é difícil pensar sobre isso ou estar nessa situação, sem pensar em HIV/Aids ou outras DST.

c) **César** tem 24 anos e é natural de uma cidade do interior de Santa Catarina. Veio para Porto Alegre para fazer faculdade. Iniciou em um curso e acabou mudando para psicologia, o que cursa atualmente. César conta que sempre foi uma “criança afeminada”, então cresceu ouvindo: desvira essa mão, descruza essa perna, não pode usar rosa, não brinca com essas primas e etcetera. Quando seus pais ficaram sabendo sobre sua sexualidade, falaram que isso era uma coisa repugnante e que gay morre de Aids. Foi expulso de casa aos 17 anos. Diz entender que era uma outra geração, que hoje possuem uma relação em bons termos, mas não apaga tudo que aconteceu, né?

d) **Michel** e eu conversamos através do bate papo do Grindr. Ele tinha um perfil de casal com seu namorado, com quem tinha uma relação aberta. Me contou ser um homem cis pansexual. Disse que normalmente as pessoas não entendem o que é isso, então explicou que significa que ele apenas gosta de pessoas, sentindo-se atraído por pessoas maiores de idade, com sexo consentido, independente do gênero que essa pessoa expresse. Ao longo da nossa conversa, se esforçou em traduzir para mim os termos e códigos expressos através de emojis no Grindr. Para Michel, o que vem à cabeça quando se pensa em HIV/AIDS é no medo que sempre foi colocado nos corpos dissidentes em relação a isso, e diz: “Minha vivência enquanto um desses corpos foi uma eterna lembrança de que eu morreria vítima do HIV”.

e) **Caio**, com 28 anos, é um homem branco, gay e solteiro. Vive em Porto Alegre e há um ano e meio teve diagnóstico positivo para HIV. Caio conta que, embora se sinta aliviado por saber que estando indetectável para o HIV ele não transmite, é difícil superar o fato de ter “pego” HIV. Ele buscou atendimento para fazer uso de PrEP e, na época, não foi considerado elegível - ou seja, “com risco

suficiente”. Durante nossa conversa, Caio procurou me mostrar as contradições do sistema que impactaram muito diretamente na sua vida. Ele diz: “Ou então, se eu tivesse mentido para usar, porque eu usava camisinha, eu não sabia também que esse era o corte, o não usar camisinha, eu até achava que tinha que usar mesmo tomando PrEP”.

f) **João** nasceu em Manaus, leva sua vida entre Manaus e São Paulo e estava em Porto Alegre para realizar uma prova. Com 28 anos, é geógrafo, estuda direito e está cursando mestrado. João me conta que o seu primeiro namorado, ainda quando era adolescente, faleceu em decorrência da Aids, o que deixou uma marca importante na sua história. Para ele, o HIV deveria ser visto de forma naturalizada, como é a diabetes, por exemplo; mas não é, porque se a pessoa morre com Aids, ela fica estigmatizada.

g) **Enzo** nasceu no interior do Rio Grande do Sul e mudou-se para Porto Alegre para cursar graduação. Enzo é a pessoa que se “descobriu” homossexual com seis anos de idade, mas como eu vivia no interior, era sempre um tabu lá se mostrar pro mundo, sair do armário e tudo mais. Então até os meus dezoito, dezenove anos de idade eu não contava nada para ninguém. Conta que começou a viver sua sexualidade quando se mudou para a capital: conhecer várias pessoas e sair com múltiplos parceiros, ou seja, fazer o que já vinha sentindo vontade e não se sentia confortável na outra cidade.

h) **Marcelo** é natural de São Paulo, vive em Porto Alegre e faz faculdade na área da saúde. Com 24 anos, conta que para si a questão do HIV/Aids é uma coisa um pouco complicada: é uma pessoa bissexual, mas sente que está mais propenso a infecção quando tem relações com outros homens.

i) **Olívio** fez a entrevista pelo Grindr, foi uma entrevista bastante curta. Apesar de ter aceitado participar, na verdade estava precisando de apoio para obter informações sobre locais onde era possível realizar testagem e sobre outras formas de prevenção, considerando que os serviços estavam com acesso bastante restrito por conta da pandemia. Enzo me fez algumas perguntas sobre o tema e me pediu para ligar para um serviço que oferece testagem, referindo não ter crédito no celular para fazer ligações e não ter mais nenhum telefone público próximo à sua casa. Naquele momento, os serviços estavam entregando auto-teste para as pessoas fazerem em casa.



j) **Moacyr** tem 24 anos, é estudante de engenharia civil e mora com a sua mãe. Conta que esteve por muitos anos em um relacionamento fixo e monogâmico e o HIV/Aids se tornou um assunto mais recorrente em sua vida quando ficou solteiro, começou a frequentar aplicativos de pegação, etc. Hoje em dia esse é um assunto frequente para ele, que busca informações e também busca conversar com as pessoas sobre.

k) **Davi** e eu conversamos pelo bate papo do Grindr. Se apresentou para mim como sendo um homem cis gay, universitário, branco, e que também pesquisa questões relacionadas a comunidade LGBT. Além disso, se apresentou como sendo um daqueles que têm acesso à informação e mesmo assim vai lá e se sabota, se referindo ao fato de fazer sexo sem preservativo com frequência.

l) **Rafael** é um homem gay, com 31 anos, preto, com ensino superior, que trabalha no comércio e vive em Porto Alegre. Teve diagnóstico positivo para HIV há 4 anos. Na ocasião, estava em outro estado buscando emprego e procurou o hospital por outra intercorrência de saúde. A médica que lhe atendeu sugeriu que fizesse exames e, entre estes, o teste para HIV. Ao buscar o tratamento e acompanhamento, passou por diversas situações de estigma, discriminação, além de receber informações equivocadas e pouco acolhimento. Atualmente está com carga viral indetectável. Conta que eu sou a segunda pessoa para quem estava falando sobre sua sorologia. No mais, apenas um amigo que é seu “ex-ficante” sabe. Diz que contou pois sentia culpa por manter relações sexuais sem que ele soubesse do HIV, como se tivesse sendo desonesto, mesmo sabendo que não seria possível transmitir o vírus.

m) **Richard** tem 42 anos, branco, homossexual, tem ensino superior completo e atualmente trabalha com superte de tecnologia da informação (TI). Conta que era casado, em uma relação heterossexual, mas com uma combinação de que ele poderia ter relações extraconjugais com homens. Um dia, estava assistindo o filme do Cazusa e começou a se identificar com os sintomas. Então começou a pensar “gente, será que estou com HIV?”. Mas optou por não ir atrás de saber naquele momento, imaginando que, se fosse o caso, de qualquer forma iria morrer. Quando procurou atendimento, em 2004, estava com 4 em contagem das células de defesa (CD4) e bastante emagrecido. A profissional que lhe atendeu foi bastante acolhedora e organizativa, passando uma série de informações e apoiando Richard para que acreditasse em uma vida possível, mesmo vivendo com HIV. Atualmente

Richard mora com seu marido que também vive com HIV, vive uma relação não monogâmica e sente-se bastante seguro com a informação de que por estar indetectável não tem possibilidade de transmitir o vírus.

n) **Rubens** tem 40 anos, diz que dentro do colorismo é considerado pardo, é homossexual. Tem ensino superior completo e trabalha como jornalista. Foi por muitos anos de sua vida evangélico, com papéis de liderança e bastante ativo na igreja. No entanto, quando passou a se entender como homossexual, rompeu com a igreja. Conta que, a partir desse momento, teve amigos importantes que o ajudaram a compreender sobre HIV e outras IST, lhe apresentando o que chamou de “manual que todo homem gay recebe”, isto é, uma explicação sobre HIV e prevenção.

o) **Nelson** é um homem branco, homossexual, com 28 anos. Conta que começou um curso de graduação, mas parou e atualmente trabalha com móveis planejados. Nelson considera que se “assumiu” há pouco tempo, cerca de 7 anos, e que foi depois disso que começou a conversar com mais gente sobre sexualidade e, assim, teve acesso a mais informações sobre prevenção e HIV. Considera que ainda sabe pouco sobre isso e que não teve muito acesso além de algumas conversas e do que aparece em geral na mídia. Costuma transar sem camisinha com o namorado e em relações fora do relacionamento fixo também. Tem considerado bastante fazer uso de PrEP.

p) **Ivo** é um homem homossexual branco, com 24 anos. Trabalha com comunicação e terceiro setor e é associado a uma organização não governamental, com as pautas de direitos humanos e HIV. Conta que a vida toda já morou na mesma região de Porto Alegre, já tendo se mudado para diversos bairros, sempre morando com a família bastante numerosa em locais mais periféricos da cidade. Conta que passou a ter mais informações sobre HIV e prevenção quando entrou para o movimento social, o que fez com que modificasse algumas imagens que tinha sobre o vírus, por exemplo, ao saber que carga viral indetectável é intransmissível. No entanto, refere que outras questões ainda permanecem mais difíceis para si como, por exemplo, o receio que tem de sofrer processos de estigmatização ao acessar serviços de saúde.

q) **Roberto** tem 34 anos, é um homem homossexual pardo, com ensino superior completo que trabalha com tecnologia da informação (TI). Vivem com HIV desde os 17 anos. Conta que no início se esforçou muito para ficar com o corpo malhado, mais próximo ao “padrão”, para que as pessoas não desconfiassem que

ele teria HIV e que sua imagem não ficasse parecida com a do Cazuzo. Atualmente diz que é mais tranquilo quanto a isso e, embora sua sorologia não seja pública, se alguém pergunta ele conta que vive com HIV. Está indetectável e sente-se seguro em fazer sexo sem preservativo, já que não há risco de transmitir o HIV. Já fez programas por um tempo, e ainda faz eventualmente, mas não considera que foi garoto de programa, pois a atividade era destinada a complementar a renda, não sua renda principal. Conta que “nesse meio” ninguém fala sobre HIV ou prevenção.

r) **Bruno** tem 49 anos, é um homem negro homossexual, tem ensino médio completo e atualmente trabalha com diversas coisas: como designer gráfico, formador de intercâmbios internacionais e como militante em uma ONG. Bruno conta sua história mediando com os acontecimentos e momentos históricos da epidemia e da resposta ao HIV/Aids. Conta que estava passeando pela cidade de Porto Alegre, numa feira bastante tradicional da cidade na época, e lá encontrou uma banquinha da ONG com a qual se vinculou e segue atuando até hoje. Diz que foi como encontrar o seu grupo, e dá como exemplo: “tem uma banda que tem um vídeo que é uma pessoa que é uma abelhinha e ela tá se sentindo fora do contexto e aí quando vê ela encontra várias abelhinhas”.

Devido a suposição de uma maior dificuldade em encontrar pessoas dispostas a falar sobre o tema, optamos por não realizar uma série de perguntas de caracterização dos entrevistados, buscando traçar algumas características conforme suas narrativas durante as entrevistas. Essa dificuldade não se comprovou e, diante das observações feitas pelas avaliadoras e pelo avaliador na banca de qualificação, optamos por incluir algumas perguntas de caracterização. Por isso, na apresentação dos entrevistados se encontram mais ou menos informações objetivas sobre seus perfis. Optamos, além disso, por manter todas as entrevistas realizadas como parte da amostra. Isso se deve ao respeito e compromisso ético em dar visibilidade a cada uma das histórias que me foram confiadas.

Nessa abordagem, a amostra é intencional e não probabilística. Por isso, tendo em vista o critério de saturação, optei por encerrar a coleta de dados através das entrevistas. O material encontrado foi considerado com volume e densidade significativa de relatos, reflexões e narrativas. Além disso, procurei ter o cuidado de ter condições de analisar em profundidade o corpus textual produzido a partir das entrevistas, considerando seu volume e tempo que dispus para construção da tese.

#### 1.1.4 Análise dos dados e estrutura da tese

A análise dos dados foi realizada por meio da análise textual discursiva, uma metodologia de análise de dados que transita entre duas abordagens da pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES, 2003). Esta metodologia propõe quatro principais momentos.

O primeiro, a desmontagem dos textos, busca através de uma leitura atenta do corpus textual de análise perceber as unidades constituintes do texto por meio de suas unidades de significado ou de sentido. Esta etapa necessita ser realizada de forma bastante cuidadosa para, após, possibilitar a categorização dos dados em conjuntos mais complexos, que vem a ser o segundo momento da análise textual discursiva (MORAES, 2003). No terceiro momento, procura-se captar o novo emergente a partir do todo. Após a fragmentação necessária na categorização, a (re)leitura da totalidade em uma nova organização possibilita uma compreensão renovada do todo, sobre a qual se evidenciam os metatextos. A (re)escrita dos metatextos — quarto momento dessa metodologia — é o que evidencia a conexão entre as categorias e as unidades de sentido (MORAES, 2003).

No próximo capítulo, apresento os fundamentos teórico-metodológicos desta tese, buscando abordar conceitos e noções que apoiam a explicação do objeto em análise: diferença, homossexualidade masculina, experiência, prevenção e neoliberalismo. Na perspectiva da dialética, recorro a fundamentos históricos sobre as raízes da relação entre colonialidade e dependência no Brasil, o que possibilita ampliar a compreensão sobre como se constitui a história social da epidemia de HIV/Aids e suas respostas político-institucionais através da política social de saúde. Também recorro a autores dos estudos do neoliberalismo que abordam este modo de gestão do capital como uma racionalidade, tendo como artifício central a subjetivação.

No terceiro capítulo, abordo a concepção de prevenção do atual modelo oficial preventivo, a partir da análise da análise documental. Identifico as dimensões chaves da Prevenção Combinada, tais como “combinação” e “escolhas”, e busco compreender com quais recursos e estratégias este modelo se traduz a partir das

intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. Além disso, analiso como o sujeito homossexual é representado pela política.

As experiências dos homens entrevistados não se desenvolvem de forma imediata com o texto da política. Por isso, no quarto capítulo busco identificar, analisando suas narrativas, por onde se constróem as mediações entre os discursos e serviços que atuam na prevenção do HIV/Aids nas suas vidas. No quinto capítulo, busco compreender como uma das tendências identificadas na análise da política se opera na vida dos sujeitos: a gestão de risco e possibilidade de administração da vida sexual. Em suas narrativas, identificar contextos, emoções e diversos fatores que influenciam de forma mais ou menos consciente as escolhas que conseguem fazer em relação à prevenção do HIV/Aids, como como alguns dos rebatimentos das novas estratégias de prevenção para além da centralidade da camisinha.

Por último, no sexto capítulo, abordo como o sujeito se constrói para política, de forma dialética, a partir da historicidade e da memória sobre as imagens e significados do HIV e da Aids. Recupero, então, elementos que corroboram para afirmar que o HIV e a Aids seguem atuando como dispositivo na manutenção das hierarquias sexuais. Por último, apresento as conclusões desta pesquisa.

Desde o primeiro capítulo vou tecendo reflexões que serão adensadas mais profundamente em tópicos subsequentes e, também, algumas perguntas/questionamentos, sem a pretensão de responder a todos estes nesta tese, mas levantando questões para reflexão e problematização. Recorrendo à análise textual discursiva, como referi a pouco, as categorias que apoiam na compreensão do objeto de pesquisa não foram definidas a priori, embora seja verdade que diversos de seus aportes já estavam presentes em minhas referências em meus trabalhos anteriores a essa tese. Buscarei tecer considerações que estabeleçam mediações entre teoria e empiria em toda a tese, de forma a produzir sínteses que possam apoiar no alcance de seu objetivo. Portanto, se aqui a teoria vem antes, isso tem mais relação com método de exposição - isto é, a forma como organizo o texto acreditando que facilitará a compreensão de leitoras/es - do que com o método de investigação, que se pauta na dialética.

## 2. PREVENÇÃO DO HIV/AIDS E HOMOSSEXUALIDADE

Segundo o Dicionário de português brasileiro Michaelis (2022), prevenção é o ato ou efeito de prevenir; é também a preocupação para evitar qualquer mal, uma medida de antecipação, de cautela; além disso, também tem sentido relacionado a opinião, sentimento ou preconceito a respeito de algo ou alguém. No âmbito da saúde, a noção de prevenção está atrelada à ideia de que é necessário “chegar antes”, evitar algo, com base no conhecimento de formas de transmissibilidade e/ou da história natural das doenças (CZERESNIA, 1999). Os fundamentos das concepções de prevenção orientam a organização de políticas e programas sociais, práticas em saúde e operam significações que atuam na cultura popular, construindo noções sobre bem/mal e bom/ruim em relação a determinadas atitudes, doenças e situações de saúde. A exemplo disso, podemos observar a concepção de que:

[...] é a epidemiologia que informa sobre quais são os fatores de risco: a comida gordurosa, as tentações ricas em colesterol, a fumaça de cigarro. Portanto, é ela que diz quais são as portas que devem ser obstruídas à entrada da morte. A medicina, apoiada pelo método epidemiológico, é o alquimista que possui a pedra filosofal. Ela sustenta possuir o poder de transformar a incerteza em auto-segurança, é a autoridade que aprova (ou desaprova) a forma como cada indivíduo deve viver, uma forma que constantemente derrete e se transforma em novas formas igualmente líquidas, transitórias. (Luiz e Cohn, 2006, p. 2347)

Na concepção de prevenção atrelada exclusivamente a redução de riscos, com modelos matemáticos para identificar fatores de risco e proteção às condições de saúde, tem como finalidade imbuir os sujeitos de elementos necessários para que assumam o controle e gestão daquilo que pode ser bom ou ruim para suas vidas, a fim de evitar comportamentos perigosos.

O objetivo da prevenção é, de forma geral, reduzir riscos e agravos, tendo como base de seu discurso o conhecimento epidemiológico moderno. Já a promoção em saúde é um conceito tradicional, vinculado ao nível primário da medicina preventiva, e que vem sendo retomado com bastante força, buscando afirmar as relações entre saúde e condições de vida. A promoção em saúde traz, então, uma conotação positiva para esse âmbito: a saúde como um processo que depende de múltiplos determinantes e como uma possibilidade de geração e fomento desta a partir de ações nestes aspectos que a conformam (CZERESNIA, 1999).

Na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa (1986) estas concepções são endossadas, representando notável avanço ao articular como pré-requisitos para a saúde condições como paz, justiça social, renda, alimentação, entre outros. No entanto, tal compreensão positiva traz um novo problema: a saúde em seu significado pleno se relaciona com algo tão amplo como a própria noção de vida. Assim, promover ações e estratégias que lidem com suas múltiplas dimensões não é algo que possa ser centrado em apenas uma área do conhecimento e práticas (CZERESINIA, 1999). Além disso, tais concepções e discursos que buscam responder a expectativas por uma “nova saúde pública” (OTTAWA, 1986), ocorrem no contexto das sociedades capitalistas neoliberais. Nesse sentido, Czeresina aponta para a necessidade de se analisar qual a noção de autonomia que está fundamentando as políticas de prevenção neste cenário.

Beatriz González Stephan (1996), analisando os dispositivos disciplinadores, explica o que, para Castro-Gómez (2005), a “invenção do Outro” na América Latina é operada a partir de

la vida cotidiana en el estado liberal - desde su momento fundacional hasta por lo menos mediados de este siglo - está atravesada por innumerables dispositivos disciplinatorios que convierten a la sociedad civil en un espacio regido por economías de guerra, donde lo sujeto que la integran se ven compelidos a conformar un orden por vías de una domesticación pedagógica o médica que opera sutilmente a través de prácticas escrituradas, y, en última instancia, por una represión punitiva. (STEPHAN, 1996, p. 3).

Estes complexos mecanismos de domesticação/dominação transformam ficções em verdades a partir daqueles que a nomeiam por nós. “O poder opera por ficções, que não são apenas textuais, mas estão materialmente engajadas na produção do mundo” (MOMBAÇA, 2021, p. 4). Ou seja, o sujeito binário, dual, inventado, vai ganhando materialidade na esfera da reprodução em nossa vida cotidiana.

Inspirada em Pisci Bruja Oliveira (2022), Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009) Néstor Perlongher (1987) considerarei a Aids e, em termos atuais, a epidemia de HIV/Aids e sua resposta político-institucional, enquanto dispositivo que atua na esfera da reprodução das relações sociais. Perlongher (1987) cunhou o termo “dispositivo da Aids<sup>15</sup>” ao buscar entender como se articularam estratégias pautadas

<sup>15</sup> A noção de dispositivo é, para essas/es autores, tomada de Foucault (2000, p. 244), para quem um dispositivo é “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições,

na moralidade para lidar com o surgimento da epidemia. Especialmente em países que viviam a “revolução sexual”, tal resposta articulou mecanismos institucionais e administrativos de controle dos corpos e das práticas sexuais em nome do bem comum, ou seja, da saúde (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009; OLIVEIRA, 2022).

Estes mecanismos atuam na esfera da reprodução das relações sociais. Nesta esfera, encontram-se os elementos que atuam em conjunto com os da produção, que são mais tradicionalmente analisados nos trabalhos marxistas, vale dizer, o trabalho assalariado e sua relação de compra e venda com o capitalismo, a inserção na divisão sócio técnica e internacional do trabalho, a mais valia, etc. Os aspectos da reprodução, como vida doméstica, patriarcado, etc., analisados pelas feministas marxistas, por muito foram como “bastidores do capitalismo”. No entanto, concordo com Fraser, em diálogo com Jaeggi, sobre a importância de construir uma visão mais ampla que permita a análise da reprodução capitalista como:

[...] a criação, a socialização e a subjetivação dos seres humanos de modo mais geral, em todos os seus aspectos. Ela também inclui o fazer e o refazer da cultura, das várias camadas de intersubjetividade que os seres humanos habitam - solidariedades, significados sociais e horizontes de valor nos quais e por meio dos quais vivemos e respiramos. (FRASER, 2020, p. 48).

Para pensar a resposta institucional, tomaremos aqui a ideia de “modelo oficial preventivo para HIV/Aids”, como um “conjunto de procedimentos e da linha teórica e metodológica adotado pelo Programa Nacional de Aids” (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009). O modelo baseia-se em discursos formulados no plano internacional, sendo incorporados em maior ou menor medida a depender do momento histórico e das articulações políticas, além de sofrerem adaptações em plano nacional e regional.

Busco, então, compreender as relações entre os conceitos e estratégias operadas no/pelo modelo preventivo contemporâneo e como estes incidem na construção de um “sujeito da prevenção” e na experiência destes, situando no terreno de meados da segunda década do século XXI para cá. Entendo que o modelo preventivo participa da construção de bioidentidades, isto é, identidades de pessoas e grupos que se articulam em torno de uma doença e das narrativas de

---

organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”.



saúde (ORTEGA, 2004; PELÚCIO e MISKOLCI, 2009). Para isso, é interessante situar qual momento do capitalismo estamos e como este produz articulações entre liberdade, sexo, sexualidade e possibilidades de existência, para analisarmos como o dispositivo da Aids atua na esfera da reprodução das relações sociais e na construção de sujeitos.

## 2.1 COLONIALISMO E DEPENDÊNCIA: O CAPITALISMO LATINO-AMERICANO

Fraser (2020) busca compreender a forma como o capitalismo se institucionaliza, não estando apenas na esfera econômica, mas sim estabelecendo um sistema integrado entre esferas da opressão (como gênero, sexualidade e raça) com formas de dominação que lhe são características. Tem como argumento refutar a ideia de que só a classe seja estrutural, buscando tecer uma teoria unificada e “identificar os mecanismos institucionais por meio dos quais a sociedade capitalista produz gênero, raça e classe como eixos de dominação que se atravessam” (2020, p. 129). Para a autora,

longe de conceber o capitalismo, o patriarcado e a supremacia branca como “sistemas” separados, que se articulam de forma misteriosa, proponho uma teoria unificada, na qual todos os modos de opressão (gênero, “raça”, classe) estejam estruturalmente ancorados numa única formação social — no capitalismo, compreendido de modo amplo, como uma ordem social institucionalizada. [...] rejeito a visão de que qualquer um desses modos de dominação seja apenas “funcional” para a acumulação de capital. Em minha concepção, todos ocupam posições contraditórias. Por um lado, oferecem condições para a acumulação; por outro, são espaços de contradição, potencial crise, luta social e normatividade “não econômica”. (Fraser, 2020, p. 129).

No capitalismo em geral, e na América Latina em particular, a possibilidade de exercício da liberdade passa por uma série de questões que envolvem as condições materiais para sua realização. Tais questões perpassam desde as possibilidades concretas, postas no real, para que sujeitos históricos façam escolhas, como pela tomada de consciência tanto em relação a estas como em relação ao que está por trás de sua ausência. Além disso, envolve sua institucionalização a partir destes diferentes sistemas de opressão, como raça, classe, gênero e também sexualidade.

Quando me refiro à América Latina, estou a considerando aqui enquanto uma unidade contraditória, nos termos de Carcanholo (2014). Ou seja, ao mesmo

tempo que há diferenças territoriais e não podemos tratá-la como unidade abstrata, também é fundamental reconhecermos similitudes no processo de formação sócio-histórica. A dependência é o que fundamenta a unidade latino-americana (CARCANHOLO, 2014).

A América Latina, forjada no calor do capitalismo nascente no século 16, guarda em seu desenvolvimento estreita relação com o capitalismo internacional (MARINI, 2017). A condição de dependência se enraíza da superexploração. Ou seja, a extração da mais valia — característica da relação de compra e venda da força de trabalho - é exagerada em países que precisam redobrar a capacidade produtiva do trabalho, em decorrência do desequilíbrio gerado pelas trocas desiguais entre as nações (MARINI, 2017; TRASPADINI, 2014). Em outras palavras e correndo o risco de fazer uma síntese demasiadamente simplista, é possível dizer que a condição de dependência faz com que a extração de mais-valia seja ainda maior, já que parte dessa extração deve ser apropriada pelo capitalista na relação direta com o trabalhador, e parte entra em circuitos econômicos mundializados, destinada ao acúmulo nas grandes potências capitalistas mundiais.

Conforme Bambilra (2013), para compreensão das conformações das estruturas internas da dependência, a economia mundial tem que ser tomada em última instância. A formação das nações latinoamericanas como conhecemos hoje tem o seu processo sócio-histórico marcado pela relação entre o “desenvolvimento” interseccionado com o boom do capitalismo industrial do séc. XVI e pela colonialidade, entrelaçando processos de controle, expropriação, superexploração e devastação para manutenção da condição de subalternidade de pessoas, povos e nações<sup>16</sup>.

A Teoria Marxista da Dependência (TMD) é uma das vanguardas da teoria decolonial (CASTILHO, 2013), embora após haja visível rompimento no diálogo entre vertentes destas matrizes teóricas<sup>17</sup>. No entanto, tal diálogo pode ser enriquecedor para a análise do capitalismo dependente e do modo como este (re)produz determinadas relações, na disputa pelo acesso a bens e serviços, bem

<sup>16</sup> Não caberá a nós, neste estudo, expor em profundidade os mecanismos que ditam a relação da dependência, para um estudo mais detalhado, sugerimos a leitura de *Dialética da Dependência* (2017), de Ruy Mauro Marini e Vânia Bambilra (2013).

<sup>17</sup> “A Teoria decolonial e a TMD se ocupam de questões distintas para analisar o lugar de subalternidade que determinados países ocupam no funcionamento do capitalismo mundial. Enquanto a primeira se propõe a pensar prioritariamente as mentalidades e a cultura, a segunda se propõe a analisar a relação dialética de dependência/acumulação nos fluxos do capitalismo mundializado.” (GERSHERSON, CRISTIANO; AREND, 2020, p. 183).

como na disputa por consciências. Como estas relações se materializam naquilo que se produz entre a política de HIV/Aids no Brasil e a vida das pessoas a quem se destina essa política?

O controle da subjetividade, a hierarquização e o apagamento da “diferença” e da cultura, são aspectos muito discutidos atualmente por autoras e autores que estudam o “capitalismo cognitivo” ou a gestão neoliberal da vida desde o Norte do mundo - especialmente países centrais europeus e Estados Unidos. No entanto, a hibridez entre superexploração e controle/ produção de determinadas subjetividades marca a própria fundação das relações sociais como as conhecemos hoje na América Latina, e em particular no Brasil.

Traspadini (2016), em diálogo em Paulo Freire, identifica quatro pilares da violência exercida pelos opressores e dominadores para legitimação de seu poder de mando e de apropriação da vida: a) a conquista, referindo-se a apropriação de territórios e espaços de existência e produção das populações; b) a divisão e separação, utilizada como estratégia de enfraquecimento das relações entre pessoas oprimidas para transformá-las em indivíduos produtores de valor para outrem; c) a manipulação, valendo-se da imposição de mitos e ilusões, além da violência discursiva e educativa, com a finalidade de criar corpos dóceis. Esta forma de violência consolida “uma das mais cruéis formas de impedimento sobre a ação transformadora própria do ser humano: a escravidão do corpo e da alma”. (TRASPADINI, 2016, p. 84); d) e, por último, a invasão cultural (violência ético-moral), que se materializa na imposição da história contada do ponto de vista grupo dominante, de sua visão de mundo e seus valores.

Esta série de violências — materiais, éticas, simbólicas, etc. — se materializam, entre outras questões, em concepções binárias inventadas e/ou apropriadas no processo de colonização/dominação. Para Quijano (2015), a dualidade entre corpo/alma está presente na história das sociedades humanas. No entanto, com Descartes, o pensamento eurocêntrico sistematiza uma nova dualidade: o sujeito é tomado como ser dotado de razão, fora do corpo. “Deste modo, na racionalidade eurocêntrica o “corpo” foi fixado como “objeto” de conhecimento, fora do entorno do ‘sujeito/razão’” (QUIJANO, 2015, p. 129).

Essa dualidade foi o que justificou sistematizações sobre “raças”, produzindo entendimentos daquelas que supostamente estariam mais próximas à natureza, mais distantes da razão — isto é, hierarquizando-as. Tal dualidade fundamentou, e

ainda fundamenta, narrativas que justificam processos de dominação-exploração de povos não-europeus (QUIJANO, 2015).

Esse novo e radical dualismo não afetou somente as relações raciais de dominação, mas também a mais antiga, as relações sexuais de dominação. É provável, ainda que a questão fique por indagar, que a idéia de gênero se tenha elaborado depois do novo e radical dualismo como parte da perspectiva cognitiva eurocentrista. (QUIJANO, 2015, p. 129)

As intersecções entre hierarquização entre corpos — especialmente utilizando dispositivos de criação do gênero e da raça — para articulação da subalternidade com vistas a superexploração é extremamente complexa e complicada. No claro-escuro das relações entre colonialismo e dependência, não importa aqui ir em busca de uma narrativa que substitua o mito fundador da América Latina: a história que nos contam sobre a descoberta deste continente, da depravação e/ou violência inerente de seus povos, e a “ordem” e “progresso” instaurados pela modernização eurocêntrica. Importa, por outro lado, reconhecer que as possibilidades de liberdade e libertação a partir de nós mesmas passa pelo necessário desvelamento das estruturas de dominação política e econômica, de nossos corpos inteiros (incluindo aqui nossas mentes, consciências e subjetividades).

Neste sentido, Connell (2016) demonstra que a análise sobre a “colonialidade do poder” de Quijano é interessante também para a construção do gênero, rompendo com análises binárias — feminino e masculino — e compreendendo que a colonização, em si, era um ato generificado. A dinâmica do imperialismo produz mudanças culturais em todo o mundo, inclusive no próprio centro do imperialismo. Aliás, a autora nos lembra que o centro do imperialismo é exceção: “[...] a maior parte da população mundial vive em sociedades com histórias coloniais, neocoloniais e pós-coloniais, sendo por elas profundamente moldadas” (2016, p. 31). Fossem elas colônias de povoamento ou exploração, são exemplos da brutalidade da generificação colonial: o estupro de mulheres, incorporação de homens na economia imperial e mulheres no trabalho doméstico, entre outros, são exemplos de que a “reestruturação das ordens de gênero nas sociedades colonizadas também era parte comum da elaboração das economias coloniais [...]” (CONNELL, 2016, p. 31).

Isso não ocorre de forma mecânica, mas em um esforço cultural e organizacional por parte dos colonizadores. Isto é, em um projeto ativo de generificação. Isso leva ao entendimento de que tais processos são inteiramente coletivos e dinâmicos historicamente. Em diálogo com Nandy (1983 apud), Connell (2016) demonstra como o regime colonial e de conquista britânica reconfiguram a ordem de gênero, reativando elementos específicos da cultura indiana, sobrevalorizando a categoria dos “guerreiros” e, ao mesmo tempo, tal encontro foi produzindo modificações nos modelos de masculinidades dos colonizadores.

Tal compreensão parece interessante por, ao mesmo tempo, colocar acento nos processos de dominação, e, no entanto, demonstrando que as sínteses produzidas estão em constante negociação, remodelação e resistência. A história contada desde o ponto de vista daqueles e daquelas que são oprimidos/as, é também uma história de resistências mais ou menos conscientes e/ou elaboradas. No entanto, vale destacar que as resistências são forjadas no “trauma”, no seio da “ferida” colonial (KILOMBA, 2020), radicalmente produzida e estruturalmente reproduzida para viabilizar os ganhos (de poder e de riqueza) do imperialismo.

Com a mundialização do capital e a hegemonia política e econômica dos Estados Unidos, depois da guerra fria, o capital (e os capitalistas) vão desenvolver novas estratégias para lidar com suas crises e para enraizar suas formas de exploração. (IAMAMOTO, 2008; HARVEY, 2011). Tal processo se sustenta fundamentalmente em duas estratégias: a dívida pública, com empréstimos oferecidos pelo Banco Mundial a países com economias precarizadas, e o mercado acionário das empresas. A mundialização do capital nos dá a aparência de uma sociedade globalizada, de caráter cosmopolita na produção e circulação de mercadorias. Esconde e radicaliza o desenvolvimento desigual e combinado entre países imperialistas e dependentes e obscurece relações de exploração, expropriação, assim como a radicalização das necessidades sociais e das lutas (coletivas e cotidianas) (IAMAMOTO, 2008).

A lógica que isso produz é o fim da história, ou seja, de que não há mais a possibilidade de saída do capitalismo e, então, nos resta fazer a gestão dos problemas sociais. Assim, faz sentido a retração do estado para a atenção às necessidades sociais, enquanto este se fortalece e atua efetivamente em salvar grandes empresas e bancos das crises (IAMAMOTO, 2008). A hipótese é de que na raiz da questão social na atualidade

[...] encontram-se às políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo — das instituições e mercados financeiros e empresas multinacionais, enquanto forças que capturam o Estado, as empresas nacionais e o conjunto das classes e grupos sociais, que passam a assumir os ônus das chamadas 'exigências dos mercados'. (2008, p. 124)

Na América Latina em particular, a formação do Estado sempre esteve mais inclinada a oligarquia, a repressão e manipulação, do que a formação de consensos. Ao analisar o desenvolvimento do capitalismo na América Latina, Cuerva (1983) evidencia que “a intervenção da coação-extra-econômica estatal é um elemento tão ativo quanto indispensável para a implantação do capitalismo e sua reprodução”. Traços em comum entre países latino-americanos indicam que a formação de um estado liberal-oligárquico, nas mãos de uma classe dominante subordinada ao capital estrangeiro, marca a constituição de um Estado não democrático.

Cuerva argumenta que, ainda que com particularidade como no caso mexicano, as burguesias latino-americanas tomaram caminhos na transição para o capitalismo industrial em uma perspectiva reformista, conservadora de seus interesses, e não com revoluções burguesas. Por exemplo, não foi realizada a redistribuição de terras. Isso não significa que tal processo foi pacífico: o autor relata diferentes experiências de pressão popular que tiveram impactos, ainda que sutis, no processo de transição oligárquico-burguesa para um modelo liberal pautado no capitalismo industrial.

Nesta mesma perspectiva, Quijano demonstra que a estratificação entre pessoas brancas e negras sustentou que não houvesse a defesa de interesses comuns nos estados-nação escravistas. Os interesses sociais dos dominadores sempre estiveram “muito mais próximos dos interesses de seus pares europeus, e por isso estiveram sempre inclinados a seguir os interesses da burguesia europeia. Eram, pois, dependentes” (1996, p. 134).

O apagamento da cultura como estratégia estatal de controle e dominação, assim como o disciplinamento, não são questões menores no percurso de estratégias voltadas à dominação de corpos para torná-los ora “funcionais” ao sistema de superexploração, ora “descartáveis”, isto é, corpos que sobram — que custam mais do que possibilitam acúmulo. Dito de outra forma, corpos que em

certos contextos temporais-espaciais aparecem como impeditivos à acumulação indiscriminada. No entanto, a construção desse sujeito útil nem sempre se dá a partir de técnicas de controle. No capitalismo contemporâneo estas convivem com estratégias mais sofisticadas de subjetivação.

Estes elementos colaboram em demonstrar que diversos aspectos que vem sendo mais amplamente estudados hoje como atributos do neoliberalismo, quando tratamos da América Latina e em particular do Brasil, estão presentes na raiz da nossa formação sócio-histórica. Nestas terras, o estado atua ativamente tanto para salvaguardar a esfera da produção como em modular política e culturalmente a reprodução. Como aponta brilhantemente Chauí (1995), o discurso neoliberal tem a espantosa façanha de atribuir modernidade ao que há de mais atrasado e conservador no país: a soberania do interesse privado, a recusa das responsabilidades do Estado e a negação da dimensão ética da vida.

Mas então, o que há de novo nos tempos neoliberais à brasileira? Autoras/es da chamada escola dos estudos neoliberais (neoliberalism studies) entendem que este não é apenas um modo de gestão do capitalismo, e sim uma nova fase deste, que transforma a sua própria estruturação no bojo das relações de produção e reprodução (DARDOT e LAVAL, 2016; BROWN, 2019). Embora o neoliberalismo não modifique a lei geral de acumulação capitalista (concentração de renda com necessário empobrecimento de grande parte da população), este produz importantes transformações societárias, costurando dependência e colonialidade sob o véu do fim da história, ou seja, da impossibilidade de encontrar saídas no âmbito coletivo e para todas/os.

## 2.2 O NEOLIBERALISMO À BRASILEIRA

As políticas de subjetivação mudam com a instalação de qualquer regime, pois, para se instalar, necessita sua viabilização na vida cotidiana. No entanto, no caso do neoliberalismo, este aspecto adquire uma mudança importante, já que a subjetivação está no próprio princípio que o rege na busca de sustentar o capitalismo (ROLNIK, 2016). A subjetivação, sempre socialmente mediada, é aqui entendida pela esfera do poder que é sempre parte de um determinado modo de compreender o mundo.

Há diversas formas de tentar qualificar o neoliberalismo (BROWN, 2019). Entendo o neoliberalismo como uma racionalidade, nos termos de Casara, para quem “uma nova racionalidade produz uma mutação de sentido, de cultura e de norma. Cada racionalidade, portanto, estabelece os novos limites do aceitável e a esfera do absurdo” (2021, p. 30) Diversas racionalidades podem coexistir, sem que para isso se modifique o núcleo essencial de determinada racionalidade. A exemplo disso, o autor demonstra que várias racionalidades se adaptam com facilidade ao racismo estrutural no Brasil. O neoliberalismo, inclusive, se beneficia na naturalização da escravidão, do imaginário que aceita a humilhação, a desumanização e o castigo. Casara usa a metáfora de que uma racionalidade opera como uma espécie de cebola: com camadas multiformes e mais ou menos simétricas ou assimétricas, vai sendo composta por “imagens mais profundas e sedimentadas em oposição a imagens e normas mais tênues e tendencialmente provisórias” (2021, p. 64)

Porém, uma racionalidade só se torna hegemônica a partir do momento em que as pessoas em geral passam a aceitar a importância de suas ideias e, assim, passa a condicionar toda a nossa forma de ver e atuar no mundo. Portanto, para compreendermos determinada racionalidade, “[...] é necessário não só identificar as ideias dominantes em uma determinada época como também as mentiras que servem ao exercício do poder” (CASARA, 2021, p. 62). Buscarei, ao longo do estudo, demonstrar as ideias e mentiras do neoliberalismo que estão conformando as relações entre os sujeitos e a política aqui em análise, além de demonstrar que os efeitos de tais ideias se sustentam e se articulam com a retração do Estado de suas funções protetivas enquanto se fortalece como protetor do interesse privado e do capital.

Iamamoto (2008) defende que a mundialização do capital é o processo — e, portanto, a categoria teórica — que permite a análise de forma articulada das reformas do Estado, as transformações no mundo do trabalho, a refilantropização da questão social, do neoliberalismo e da pós-modernidade. Para a autora, são impactos dessa lógica a banalização da vida e valorização do mundo das coisas, a precarização do trabalho e do poder de compra da classe trabalhadora, o ocultamento das formas de opressão e a desarticulação dos movimentos sociais e das resistências. Embora me pareça correta essa articulação, defenderei aqui que é justamente o neoliberalismo que faz com que a narrativa da gestão, e medição de



riscos, custos e benefícios, a competição e vigilância entre pares invade todas as esferas da vida, incluindo o fazer em saúde e a experiência com o sexo e a sexualidade.

A racionalidade neoliberal leva ao limite a lógica da empresa, isto é, da concorrência, para todas as esferas da vida. (CASARA, 2021; DARDOT e LAVAL, 2016; BROWN, 2019). O neoliberalismo não apenas destrói regras, direitos e instituições. Ele produz um modo de existir, de nos relacionarmos com os outros e com nós mesmos (DARDOT e LAVAL, 2016). É justamente sua plasticidade que faz com que tenha tanto sucesso em ganhar hegemonia social, política, econômica e subjetiva. A racionalidade neoliberal pode se beneficiar de tendências mais ou menos democráticas, mais ou menos autoritárias ou ditatoriais.

O liberalismo funda a ideia de que “querer é poder” e que o mundo está à disposição e livre para ser conquistado para cada uma e cada um de nós. Há uma constante promessa de liberdade, sendo que seu significante vai sendo utilizado de diversas maneiras, desde a liberdade de contrato até seu uso ideológico. No entanto, com base em cálculos probabilístico, critérios de utilidade e lucratividade, é decidido se o que limita a liberdade será imposição e dispositivos disciplinares ou mesmo a racionalidade técnica. (CASARA, 2021).

Vejamos, é indispensável governar a sociedade para que seja possível percorrer os objetivos de lucro do capitalismo. Aí está a ideia de biopolítica, ou seja, gestão política da vida, estudada por Foucault e apropriada por essas/es autoras/es que vem buscando demonstrar os desdobramentos e os fundamentos da racionalidade neoliberal. Passa que na biopolítica está sempre presente a tensão entre dois regimes: o controle heterônomo dos indivíduos e o da liberdade das trocas (CASARA, 2021).

Os Estados latinoamericanos, de tendência não democrática, sempre preferiram modelos de coação (CUERVA, 1983), dispondo de mecanismos disciplinares. No entanto, a liberdade nem sempre precisa ser limitada pelo poder disciplinar: “[...] a liberdade pode ser (e normalmente é) instrumentalizada e usada como uma técnica de poder para conseguir o que desejam os detentores do poder político ou os detentores do poder econômico”. (CASARA, 2021, p. 79)

No neoliberalismo brasileiro, disciplinamento e uso instrumental da liberdade andam sempre mais ou menos juntos. Não nos faltariam exemplos para demonstrar isso: ao mesmo tempo em que a política de segurança trava uma guerra contra as

drogas que, em verdade, é uma guerra contra a população negra, correntes mais críticas da política de saúde defendem e buscam institucionalizar a ideia de “cuidado em liberdade” e redução de danos, baseada nos ideais da Reforma Psiquiátrica. O dispositivo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) busca promover esse tipo de cuidado. Por outro lado, parte importante do cuidado é repassada às famílias, por vezes sobrecarregando estas com a tensão na convivência com familiares que fazem uso abusivo ou problemático de álcool e outras drogas, por exemplo. Outro exemplo é o Programa Melhor<sup>18</sup> em Casa. É evidente que parece melhor que a pessoa não esteja sob os cuidados e riscos do ambiente hospitalar, tendo uma série de possibilidades e autonomia restringidas e possa estar em casa. É importante ter um mecanismo institucional do SUS para apoiar no cuidado das pessoas que estão em transição entre a necessidade do cuidado hospitalar e da atenção básica. No entanto, toda essa ideia de apoio, liberdade e autonomia também repassa uma série de responsabilidades para o âmbito das famílias, repassando também o custo dessas responsabilidades.

Assim como o keynesianismo mantinha vínculos com o fordismo (Bering, 2012), o neoliberalismo se hegemoniza de forma articulada com as mudanças nos modelos de gestão da força de trabalho, como o que vem se denominando de uberização e de toyotismo<sup>19</sup>. Os estudos sobre os reflexos da acumulação flexível no mundo do trabalho oferecem pistas muito concretas para caracterizarmos o modelo que toma conta de todas as esferas da vida. Como apontam Figueiras e Antunes (2020), a gestão do trabalho a partir de tecnologias da informação e comunicação, como é o caso das plataformas de transporte, entregas, limpeza, etc., escondem a condição de empregador/trabalho assalariado sob a face de uma maior autonomia, quando, em verdade, está a serviço de repassar os custos do trabalho ao próprio trabalhador.

Outras características, já presentes desde meados dos anos 70, dizem respeito a uma narrativa de “qualidade total” que oculta o encarecimento das

---

<sup>18</sup> Para saber mais: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>

<sup>19</sup> “A crise do padrão de acumulação taylorista/fordista, que aflorou em fins dos anos 60 e início dos 70 — em verdade, expressão de uma crise estrutural do capital que se estende até os dias atuais —, fez com que, entre tantas outras consequências, o capital implementasse um vastíssimo processo de reestruturação, visando à recuperação do seu ciclo reprodutivo e, ao mesmo tempo, à reposição de seu projeto de dominação societal, abalados pela confrontação e conflitualidade do trabalho que questionaram alguns dos pilares da sociabilidade do capital e de seus mecanismos de controle social. (ANTUNES, 2002, p. 23)

mercadorias e sua perda de qualidade. No modo just in time rompe com a lógica dos estoques. As mercadorias devem ser fabricadas rapidamente para estarem disponíveis para compra, substituindo outras já deterioradas com seu tempo de uso vencido. O trabalho assume características mais flexíveis e menos especializadas, sob a narrativa de que todos podem fazer um pouco de tudo em nome do trabalho em equipe. As paredes que dividiam setores e escritórios são retiradas e não se faz mais necessária a figura de uma pessoa supervisora que averigua o trabalho, já que uns podem fiscalizar os outros, acirrando a competição e a vigilância (ANTUNES, 2002).

Os modelos de gestão do trabalho tendem a ultrapassar essa esfera e se constituírem como um modo de vida e produção de subjetividade em todas as esferas da vida. Para Dardot e Laval (2016), a soberania do indivíduo é uma marca do neoliberalismo. O intervencionismo estatal é, então, sempre um limitador à liberdade individual. A experiência com a lógica do mercado, que passa a operar em diversas instituições e esferas da vida, e não apenas no trabalho, é formadora de um sujeito concorrencial e empreendedor de si. A corrente neoliberal dos austro-americanos segue o caminho do subjetivismo, isto é, do governo de si:

O homem sabe se conduzir não por “natureza”, mas graças ao mercado, que constitui um processo de formação. Posto cada vez mais frequentemente em situação de mercado, o indivíduo pode aprender a conduzir-se racionalmente. Esboça-se, assim, dessa vez de maneira mais direta, o tipo de ação ligado à governamentalidade neoliberal: a criação de situações de mercado que permitem esse aprendizado constante e progressivo. Essa ciência da escolha em situação de concorrência é, na realidade, a teoria do modo como o indivíduo é conduzido a governar a si mesmo no mercado. (2016, p. 140-141)

Então, nós formamos como indivíduos empreendedores que concorrem entre si não apenas nas relações de/com o trabalho e renda, mas como um modo próprio de sociabilidade. O empreendedor de si assume seus ganhos, mas também precisa arcar com as responsabilidades de forma individual. Não pode falhar ou depender do estado. A luta de classes é ocultada e não há mais um nós político forte onde podemos nos sustentar e apoiar desejo e luta para a construção de novos modelos de economia e de sociabilidade (CASARA, 2021). Ou seja, na acumulação flexível do capitalismo mundializado sob a racionalidade neoliberal, cada vez mais as estratégias de controle e sujeição são transferidas para a esfera privada. Somos

convertidas/es em um exército de pessoas solitárias, muito conectadas com uma série de imagens e propagandas, competindo e fiscalizando umas às outras.

A individualização e o individualismo, a insegurança e a instabilidade abrem fissuras para o ressentimento e para a ultradireita, como temos visto com eleições como a de Bolsonaro no Brasil e Trump nos Estados Unidos. Brown (2019) aponta a dificuldade de denominar o tempo presente: estaríamos vivendo na égide do autoritarismo, do populismo, ou do fascismo? Em verdade, para a autora, vivendo em um acirramento neoliberal que se beneficia destes modelos que já foram hegemônicos em outros momentos na história, sem, contudo, repeti-los.

Brown aponta que é nas próprias fissuras sociais produzidas pelo neoliberalismo que este encontra suas possibilidades para se recriar e se fazer hegemônico sob outras faces. Ao contrário do que o título de seu livro “nas ruínas do neoliberalismo” pode sugerir, de que o neoliberalismo estaria em ruínas e, então, para acabar. Em verdade este se reconstrói a partir daquilo que ele mesmo deteriora. Para a autora:

Os danos das políticas econômicas neoliberais foram assim manipulados na imagem de suas próprias perdas, espelhada no descaminho da nação. Era a imagem de um passado mítico de famílias felizes, integras e heterossexuais, quando mulheres e minorias raciais sabiam seus lugares, quando as vizinhanças eram ordeiras, seguras e homogêneas, a heroína era problema dos negros, o terrorismo não estava em solo pátrio e quando cristindade e branquitude hegemônicas constituíam a identidade, o poder e o orgulho manifestos da nação e do Ocidente. (2019, p. 13)

A racionalidade neoliberal criou um terreno que passou a legitimar forças ferozmente antidemocráticas na segunda década do século XXI (BROWN, 2019). A sensação de certa estabilidade na busca individual por traçar um destino traçado na norma estava nos fundamentos da subjetivação do sujeito produtivo (DARDOT e LAVAL, 2016) da sociedade industrial fordista. No entanto, a possibilidade de realização do projeto normativo sob a ordem do progresso sempre esteve nas mãos de poucas pessoas, sobretudo no Brasil. O projeto normativo de segurança, estabilidade, casa própria, ascensão e carreira dentro de uma determinada empresa, aposentadoria, etc., já abarcou mais gente do que abarca hoje, mas sempre esteve mais nas mãos de quem encontra-se na cis-heteronormatividade branca.

O que estou nomeando aqui como neoliberalismo, Preciado (2018) chama de capitalismo farmacopornográfico: uma realidade biotecnológica, apoiada na

pornografia e na indústria da guerra, que são as principais forças produtivas na atualidade. Não é mais necessário recorrer a modelos de controle como os campos de concentração, o controle é exercido através dos fluxos e afetos, através da fórmula excitação-frustração. Nossa vida, carente de cidadania e de trabalho, “é constituída por e sujeita a midiaticização global e autovigilância” (2018. p. 53). Nesta análise, interessa compreender o “trabalho sexual<sup>20</sup> como um processo de subjetivação, na possibilidade de fazer do sujeito uma esfera interminável de ejaculação planetária que pode ser transformada em abstração e dados digitais - em capital (2018, p. 48-49).

Um dos pontos fundamentais que acrescenta Preciado à discussão é sobre o binômio excitar e controlar. No capitalismo farmacoprogáfico, são criados artefatos, tecnologias e medicações que performatizam a criação das próprias doenças e/ou necessidades. O autor questiona: o que veio primeiro, o Prozac ou a depressão? a ereção ou o Viagra? Não teria sido possível colocar o sexo no contra do capitalismo se não fosse a invenção da pílula para controle reprodutivo. Não há pornografia sem controle e vigilância dos fluídos do corpo, assim como de seus afetos. Preciado (2018) traz com bastante consistência o argumento sobre o controle da reprodução. Acrescento aqui o controle das infecções e doenças, como é o caso do HIV e da Aids.

O Estado e suas instituições participam de forma ativa na sedimentação de uma racionalidade hegemônica. Ao mesmo tempo em que são necessárias as políticas sociais para proteção social, para garantir direitos e cidadania, ao dispor de políticas e serviços o Estado participa da gestão da vida das pessoas. Interfere no âmbito das relações mais cotidianas a partir de lógicas que lhe são hegemônicas em determinados contextos e momentos históricos, embora não sejam únicas e estejam constantemente em disputa.

Em diálogo com Gramsci, Pereira (2009) busca apontar a feição contraditória do estado ampliado, que se encontra em constante disputa por hegemonia e direção social. O Estado ampliado, analisado por Gramsci, engloba as complexas relações entre a sociedade civil — instituições e organizações que

---

<sup>20</sup> Trabalho sexual é entendido aqui como uma atividade humana. Uma categoria teórica "equivalente" ao trabalho cognitivo ou trabalho produtivo. Não necessariamente está se referindo a práticas se troca de sexo por dinheiro.

buscam produzir consensos entre classes — e a sociedade política, identificada com a função de pura dominação e/ou coerção do Estado.

É no bojo dessa relação complexa e ao mesmo tempo recíproca e antagônica, caracterizada como arena pública, que será possível exercitar a liberdade sem detrimento da igualdade e da justiça social. Nesse exercício, evidentemente não se deve satanizar o Estado e nem negar seu insubstituível papel garantidor de direitos. Da mesma forma, não cabe ver a sociedade como lugar das virtudes participativas ou, ao contrário, como a instância representativa de interesses privados. [...] tanto o Estado como a sociedade são partes constitutivas e integrais de um todo contraditório que se publiciza à medida que se torna permeável aos conflitos e às diferenças, assim como à definição negociada de políticas públicas, isto é, de todos. (PEREIRA, 2009, p. 298-299)

Tal concepção de Estado nos permite reconhecer: 1) o caráter contraditório do Estado e, por sua vez, também das políticas públicas e sociais; 2) a relação dialética, dinâmica e permeada por poder da relação entre Estado, sociedade (civil e política) e 3) a esfera pública como campo de disputa, ora pela via da coerção, ora pela hegemonia e tomada da direção social. Além disso, cabe destacar 4) a necessidade de historicizar a conformação dos Estados-nações e, por último 5) a necessidade de analisar as formações particulares, situando no espaço-tempo, em contextos específicos, como é o caso do Brasil, com suas diferenças e similitudes no seio da América Latina.

Compreender o Estado como entidade complexa o coloca como um problema, como refere Osório (2014), e não como solução. O autor defende o argumento que “é essencial para o sistema mundial capitalista operar com o exercício desigual da soberania entre centros e periferias [...]” (2014, p. 10 - grifos do autor). É preciso analisar como o poder é exercido, mas também quem detém o poder, mas também, como acrescenta Casara (2021), o que o poder produz na esfera política, na sociedade e nos indivíduos, visto que o Estado cumpre papel essencial no processo de produção e reprodução. Este é “composto” pelos seguintes elementos:

- um conjunto de instituições;
- corpo de funcionários que administra e trabalha em tais instituições;
- leis, normas, regulamentos;
- uma particular condensação da rede de relações de poder, dominação, força e laços comunitários que atravessam a sociedade. (OSÓRIO, 2014, p. 19).

O último aspecto é o que demonstra o Estado como relação social, dando sentido aos outros, que são aspectos visíveis deste. Para Osório, o estado capitalista tece uma separação entre a esfera econômica e política, atribuindo, assim, uma conotação e imagem positiva ao seu papel. Seria, então, a desigualdade produto da relação econômica (na esfera da produção) e o Estado agiria em nome da sua redução e/ou proteção das pessoas mais afetadas. As relações entre política, economia e poder não se desenvolvem de forma determinada, mas são intrínsecas e colocam o estado no centro do processo de mundialização do capital. No entanto, são mascaradas. O que aparece do estado, o visível, oculta de certa forma seu poder e dominação. Para Harvey,

[...] o capitalismo requer entidades territoriais soberanas para tornar coerentes (pela força se necessário) os arranjos institucionais e administrativos (como direitos de propriedade e as leis do mercado) que sustentam seu funcionamento. Mas o capitalismo também pressupõe a existência de indivíduos soberanos, livres para exercer atividades especulativas e inovações empresariais que tornam o capitalismo tão dinâmico e mantêm a acumulação do capital em movimento. Isso aponta para um dilema central na organização política: a relação entre o Estado soberano, com poderes soberanos e os indivíduos soberanos — não apenas os capitalistas, mas os cidadãos com todo tipo de inclinações — dotados de um direito soberano de perseguir o lucro (ou algum outro objetivo, como “vida, liberdade e felicidade”, proposto na Declaração de Independência dos EUA), sem levar em conta as barreiras espaciais. (2011, p. 162)

O Estado forte, garantidor de direitos de redistribuição e reconhecimento (FRASER, 2006), garante atenção às necessidades, participando da criação de alternativas para o exercício da liberdade de forma mais próxima a igualdade e justiça social, ainda que no seio do capitalismo? Ou o Estado forte é contraditório à soberania das pessoas e do mercado, de sua livre iniciativa e possibilidade de associação, bem como de sua busca individual por satisfação de suas necessidades e vontades individuais?

O Brasil nunca consolidou um sistema de bem-estar social e de proteção social, embora tenha avançado na configuração de políticas de seguridade, vale dizer: saúde, assistência social e previdência. Pobreza e miséria nunca foram superadas. O que a “modernidade” trouxe foi uma sobreposição da pobreza já existente ao aumento massivo de pessoas desempregadas e cada vez menos protegidas pelo Estado. As responsabilidades pela proteção social foram sendo repassadas progressivamente e cada vez mais para o âmbito privado, para as

famílias e comunidades, assim como para instituições transitórias, mantidas por projetos sociais e com apelo ao voluntariado (SOARES, 2010).

Considero, então, o Estado como relação social contraditória que apresenta diferentes configurações no tempo-espaço. Este, tanto volta-se à função de dominação, disciplinamento e apaziguamento por diferentes frentes, ainda que desenvolva proteção social, seguridade e direitos, além de atuar ora na regulação, ora no salvamento das economias nacionais. No neoliberalismo, as estratégias de apaziguamento do conflito social vão sendo sofisticadas. É a partir da linha da contradição que o estado estrutura política e sistemas de saúde, como é o caso do SUS e em particular do modelo oficial preventivo da Aids.

Tais políticas expressam em determinadas medidas conceitos, concepções e estratégias que materializam a racionalidade hegemônica em cada momento histórico. No processo dialético o objeto em particular, se nega, supera e produz novas sínteses, guardando elementos da historicidade em novas configurações a partir das mudanças. Por isso, é importante conhecer a historicidade da epidemia de HIV/Aids e suas respostas, para compreender o atual modelo preventivo em tempos neoliberais no Brasil.

### 2.3 A MAIS JUSTA DAS SAIAS: EXPERIÊNCIAS DE HOMOSSEXUALIDADE MASCULINA ENTRE DIFERENÇA E DISCRIMINAÇÃO

Para pensar a experiência de homens gays com o sexo e a sexualidade em face ao modelo oficial preventivo do HIV/Aids, me interessa compreender como a diferença se traduz em desigualdade e hierarquias produtoras de mais ou menos violência e sofrimento. Além disso, importa observar como as instituições que produzem narrativas e práticas — no caso, o modelo oficial preventivo do HIV/Aids — incidem nas experiências individuais e coletivas. Neste caso, mais do que entender as origens de como se articulam as hierarquias, o preconceito e a discriminação, nos importa compreender como estes se operam na estrutura social e quais suas repercussões na vida dos sujeitos.

Para isso, são inspiradoras as questões levantadas por Avtar Brah (2006) ao buscar articular noções de diferença, diversidade e diferenciação. Brah aponta a importância de não tratarmos as categorias “negro” e “branco” no feminismo como categorias essencialistas. Acrescento, também, a mesma necessidade quando se



trata de categorias como homossexualidade e heterossexualidade, transgeneridade e cisgêneridade, entre outras. Como venho sinalizando, estas são categorias inventadas. Ou seja, mais do que saber as origens da diferença e da diferenciação ou de como estas são produtoras de desigualdade, estigma e preconceito, interessa observar o que está entre os níveis macro e micro de análise e como “articular discursos e práticas inscreve relações sociais, posições de sujeito e subjetividades” (2006, p. 359). Para isso, propõe as seguintes questões:

Como a diferença designa o “outro”? Quem define a diferença? Quais são as normas presumidas a partir das quais um grupo é marcado como diferente? Qual é a natureza das atribuições que são levadas em conta para caracterizar um grupo como diferente? Como as fronteiras da diferença são constituídas, mantidas ou dissipadas? Como a diferença é interiorizada nas paisagens da psique? Como são os vários grupos representados em diferentes discursos da diferença? A diferença diferencia lateral ou hierarquicamente? (BRAH, p. 359)

Para estruturar um esquema analítico, Brah propõe que a diferença pode ser conceituada como experiência, como relação social, como subjetividade e como identidade. Neste, é útil diferenciar como a diferença constitui certas práticas e narrativas político-institucionais que tecem destinos à coletivos e, por outro lado, como estas são vividas, percebidas e agenciadas nas biografias individuais.

Estas categorias estão articuladas, embora cada uma privilegia um lócus analítico. Na diferença como relação social, destaca-se como a diferença é constituída e organizada em “relações sistemáticas através de discursos econômicos, culturais e políticos e práticas institucionais” (2006, p. 362). A diferença se articula também em aspectos comuns, em certo destino compartilhado. Como relação social, então, pode ser entendida como certas trajetórias compartilhadas que produzem condições para estruturação de aspectos que identificam um grupo. A relação social não está apenas na estrutura, ou no que se convencionou chamar de categorias mais elevadas de abstração. Ela está tanto na economia, na política e nas instituições, como nos locais de trabalho, relações de parentesco e intimidade. Então, a relação social está no macro e no micro.

A questão da diferença tem sido central para o debate sobre a subjetividade, se articulando na crítica da ideia de um humano unificado e universal que, na verdade, se espelha no homem branco europeu. Os processos de formação da subjetividade são ao mesmo tempo sociais e subjetivos, sendo condicionados pelas

posições específicas dos sujeitos. Já sobre a diferença como identidade, Brah pontua que as relações entre as identidades individuais e coletivas não se conformam de forma mecânica, mas se articulam naquilo que por complexos movimentos passamos a nomear de eu. Ou seja,

as identidades são marcadas pela multiplicidade de posições de sujeito que constituem o sujeito. Portanto, a identidade não é fixa nem singular; ela é uma multiplicidade relacional em constante mudança. Mas no curso desse fluxo, as identidades assumem padrões específicos, como num caleidoscópio, diante de conjuntos particulares de circunstâncias pessoais, sociais e históricas. (2006, p. 371)

Ao buscar compreender a diferença como experiência, privilegia-se a análise do que se passa no cotidiano das pessoas, compreendendo que o que se passa na vida pessoal é político. A experiência, nesse sentido, não pode ser reduzida ao que acontece com as pessoas. Ela é uma construção social e condição para aquilo que vamos chamar de realidade, com seus símbolos e significados. A experiência é, nesse sentido, o lugar de formação do sujeito. Neste mesmo sentido, Larrosa (2002, p. 25-26) diz que “é experiência aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma”.

O autor, retomando os significados da palavra experiência, refere que tanto nas línguas germânicas como nas latinas a palavra contém de forma inseparável a dimensão de travessia e perigo. Ou seja, é experiência algo que interrompe, interpela e produz o sujeito e, aqui, não estamos atribuindo nenhuma conotação de bom ou mau. É uma espécie de mediação entre conhecimento e vida humana. Ainda que coletiva, a experiência é sempre vivida de forma individual. Não se pode, então, apropriar da experiência do outro. Mas essa pode ser compartilhada, em uma dialogia que funciona heterologicamente (LARROSA, 2002).

O saber da experiência é o que o sujeito vai construindo e como vai respondendo ao que vai lhe acontecendo durante a vida e ao modo como vai sendo dado sentido ao que acontece. Trata-se de um saber que revela quem somos na vida concreta e singular, entendida individual ou coletivamente e que conecta indivíduo à comunidade humana. Não se trata, nesse caso, “da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou dos sentidos do que nos acontece” (LARROSA, 2002, p. 27) O saber da experiência, ou seja, aquilo que o sujeito produz a partir de entendimentos a partir daquilo que lhe acontece, é o que é possível de ser

compartilhado e escutado nesse diálogo que faço enquanto pesquisadora com os participantes da pesquisa sobre suas biografias individuais, que revelam relações sociais coletivas e práticas institucionais a partir do que contam sobre HIV, Aids, saúde, sexo e sexualidade.

A esfera da sexualidade designa diferença e diferenciação e, longe de fundamentalismos ou essencialismo, precisa ser entendida de modo contextual. Weeks (2000) busca demonstrar que o sexo e a sexualidade precisam ser compreendidos tanto como uma feição do corpo como da cultura. Para o autor, “a sexualidade tem tanto a ver com nossas crenças, ideologias e imaginações quanto com nosso corpo físico” (WEEKS, 2000, p. 25). Portanto, a experiência dos sujeitos com o sexo e a sexualidade é uma experiência social, ainda que mediada pelo corpo físico e suas possibilidades de sensação de desejo e prazer.

Essa perspectiva construcionista sobre a sexualidade vem se preocupando, sobretudo, em defender que o sexo e a sexualidade — assim como o corpo — são sempre mediados por relações de poder. Dessa forma, não nos interessa compreender a sexualidade como um impulso e menos ainda o que causa a homossexualidade e a heretossexualidade. Para além das relações de poder entre homens e mulheres, a sexualidade tem ocupado outros lugares de exercício de poder, como o Estado, a Igreja e a ciência com uma série de disciplinas interessadas em como as pessoas se comportam sexualmente (WEEKS, 2000).

Foucault (2018) constrói uma importante crítica sobre a ciência da sexualidade e seu interesse e importância que atribuí ao comportamento sexual. Por outro lado, critica também a ideia de que a repressão sexual é sustentada porque sua liberação colocaria em xeque o capitalismo. Crítica, dessa forma, a ideia de que a sexualidade está sempre na mira da repressão. Para o autor, é preciso situá-la em uma dinâmica mais ampla.

A gestão e regulação do sexo e da sexualidade pode ser mais ou menos repressiva. O interesse pelo sexo e sua apropriação dentro de uma racionalidade instrumental de gestão dos corpos é uma outra forma de regulação, por vezes mais eficiente e menos custosa que a repressão direta. Com a contraditória narrativa de que não se pode falar sobre sexo, ao contrário, fala-se e faz-se falar muito sobre (FOUCAULT, 2018).

O poder atua através de mecanismos complexos de controle. O poder é produtivo, isto é, cria realidades e ficções. Dentre estas ficções, como mostra Weeks

(2000), está a invenção da heterossexualidade e da homossexualidade. A invenção destas categorias se desenrola na esteira de uma história mais ampla de busca por definição do bom e do mau sexo, do sexo limpo e do sexo sujo, do sexo digno e do sexo abjeto. Mas, sobretudo vale aqui destacar esse ponto: assim como raça e gênero, as categorias da sexualidade são invenções que vão sustentar discursos e práticas e que, por sua vez, produzem experiências, subjetividades e identidades.

As relações de poder exercem regulação de normas, de lugares socialmente designados a determinados sujeitos, fundamentam opressões, violência e, no limite, muitas das mortes que testemunhamos. A regulação das normas de gênero e sexo, em tese, fundamenta-se em esforços de justificar aquilo que é natural, isto é, da natureza do humano — considerando o que foge à norma como desvio. Quando miramos a sexualidade de modo particular, é importante notar, como aponta Rubin, que assim como sistemas de raça, a sexualidade “tem sua política interna, desigualdades, e modos de opressão” (2012, p. 1).

Até que seja provada sua inocência e que, por algum motivo coerente dentro de determinado sistema de pensamento, seja isentado, o sexo é considerado culpado. Na cultura ocidental, os atos sexuais são sobrecarregados de significância. Se for o cristianismo quem inicialmente se ocupou de classificar e categorizar o bom e o mau sexo, a legislação sexual em seguida se ocupou dessa atitude. A exemplo disso, por muito tempo na história da Europa Ocidental foi punida qualquer prática de penetração anal, mesmo que consensual (RUBIN, 2012).

“Sociedades ocidentais modernas avaliam os atos sexuais de acordo com um sistema hierárquico de valores sexuais” (RUBIN, 2012, p. 13). Em síntese, a estratificação sexual coloca a heterossexualidade, a monogamia e o sexo reprodutivo no topo, sendo que as demais experiências vão ser mais ou menos valoradas de acordo com a sua configuração. A homossexualidade, por exemplo, vai ser diferentemente localizada caso se trate de uma relação monogâmica, de sexo casual ou por dinheiro (RUBIN, 2012). Ainda, é importante notar que há recompensas materiais e imateriais que para quem realiza práticas sexuais consideradas mais aceitáveis:

indivíduos cujo comportamento está no topo desta hierarquia são recompensados com saúde mental certificada, respeitabilidade, legalidade, mobilidade social e física, suporte institucional e benefícios materiais. Na medida em que os comportamentos sexuais ou ocupações se movem para baixo da escala, os indivíduos que as praticam são sujeitos à presunções de

doença mental, má reputação, criminalidade, mobilidade social e física restrita, perda de suporte institucional e sanções econômicas. (RUBIN, 2012, p. 14)

Instituições como o cristianismo, a medicina e a psiquiatria categorizam para melhor controlar e manter, através de sanções, o sexo de baixo estatus em seu devido lugar (FOUCAULT, 2018; RUBIN, 2012). As narrativas e práticas institucionais, teóricas e políticas divergem e disputam onde está a linha que define os limites do bom sexo e a partir de qual ponto esse já é perigoso e promiscuo. A má experiência com o sexo, ou seja, a prática do sexo que não deveria ser praticado e que não pode ser respeitado, aproxima seus praticantes da ideia de doença, seja ela do corpo físico ou mental (RUBIN, 2012).

Se em momentos da história do ocidente fez sentido considerar a homossexualidade crime, por muitos outros fez ainda mais sentido considerá-la doença. Como vimos, no liberalismo se realizam avaliações com base em critérios de utilidade para tomada de decisão sobre quais estratégias de controle serão utilizadas (CASARA, 2021), sendo que a ideia de repressão e poder soberano do Estado nem sempre faz sentido (FOUCAULT, 2018), já que por vezes outras categorias são mais úteis e por isso são mobilizadas para exercício de poder. No caso da homossexualidade, esta esteve classificada sob o código 302.0 até os anos 1990<sup>21</sup> na Classificação Internacional de Doenças (CID)<sup>22</sup>.

Em 1984, Laurent, diretor do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças na época, respondia aos debates e reivindicações dos movimentos sociais sobre a retirada da homossexualidade do CID. Laurenti defendia a permanência da classificação e dizia que a decisão sobre a mudança de lugar desta, a retirando dos desvios e transtornos mentais, caberia à psiquiatria, “área que sempre tratou do assunto, inclusive aparecendo a matéria em seus livros de textos” (1984, p. 345).

---

<sup>21</sup> É assustador pensar que apenas no ano em que nasci a homossexualidade passa a não ser mais entendida como doença. Isso, contudo, não evitou que eu (e muitas pessoas da geração) passasse por experiências de patologização em relação a minha orientação sexual na adolescência.

<sup>22</sup> “O homossexualismo passou a existir na CID a partir da 6ª Revisão (1948), na Categoria 320 Personalidade Patológica, como um dos termos de inclusão da subcategoria 320.6 Desvio Sexual. Manteve-se assim a 7ª Revisão (1955), e na 8ª Revisão (1965) o homossexualismo saiu da categoria "Personalidade Patológica" ficou na categoria "Desvio e Transtornos Sexuais" (código 302), sendo que a sub-categoria específica passou a 302.0 - Homossexualismo. A 9ª Revisão (1975), atualmente em vigor, manteve o homossexualismo na mesma categoria e sub-categoria, porém, já levando em conta opiniões divergentes de escolas psiquiátricas, colocou sob o código a seguinte orientação "Codifique a homossexualidade aqui seja ou não a mesma considerada transtorno mental" (LAURENDI, 1984, p. 344).

Independentemente do local onde esta classificação poderia estar, defendia que apenas não seria necessária tal classificação no momento em que não existissem mais consultas motivadas pelo fato de alguém ser homossexual:

Não raro, pais ou responsáveis por crianças, ou o próprio adulto homossexual, procuram serviços médicos, sendo o motivo da consulta o homossexualismo. Ainda que o médico venha a explicar, *se for sua opinião*, que não se trata de doença e muito menos de transtorno mental, será necessário codificar o motivo do atendimento, se for o caso de serviço que assim procede. (1984, p. 345 - grifo nosso).

Ou seja, a classificação entregava o poder de patologização ao saber médico, seja coletivo, por meio dos estudos de psiquiatria, seja individual na abordagem em relação ao tema durante as consultas. Conforme Carneiro (2015) demonstra, o movimento homossexual brasileiro inicialmente se organizou muito em torno dessa pauta, sob liderança e influência do grupo Somos - SP e em seguida com a criação do Grupo Gay da Bahia.

As infecções sexualmente transmissíveis, seja qual for sua real relevância, sempre “serviram à pedagogia da transmissão da sexualidade, ‘saudável’ ou ‘doente’” (DANIEL, 2018b, p. 97). O dispositivo da Aids se engata e desenvolve de forma bastante eficiente nesta lógica de patologização. Em meio à efervescência de movimentos populares, de libertação sexual e de gênero, para a abertura democrática e para a construção de uma Constituição federativa pautada em direitos, a epidemia da Aids chega ao Brasil, com o primeiro caso diagnosticado em 1982. Em meados de 1983 — com a morte de um importante costureiro — a Aids era percebida por pessoas brasileiras como “uma doença rara que afetava apenas a saúde da população homossexual abastada dos Estados Unidos” (PARKER, 2018, p. 60), ou bichas ricas que viajavam para praticar sexo nas saunas de lá (TREVISAN, 2018).

O primeiro impacto da Aids no Brasil foi sobretudo no imaginário social. Antes mesmo de haver casos registrados no país, a própria Aids se tornava um caso de repercussão produzida pelos meios de comunicação de massa. “Não poucos eram os que usavam suas trombetas alarmistas para prever que finalmente estava chegando a punição para os pecadores” (DANIEL, 2018a, p. 36–37). As imagens construídas eram especialmente baseadas nas notícias de como a epidemia estava acontecendo nos Estados Unidos.

Para Daniel (2018a, p. 41), “a homossexualidade deixou de ser vista, pela medicina, como doença, mas passou a ser considerada sutilmente como fonte de doenças: de patologia passou a ser considerada como condição patogênica”. Com a chegada do vírus no país, essa imagem foi sendo reiterada, reeditando preconceito e estigma sob a homossexualidade e, por outro lado, enlaçando sexo, medo e morte na experiência com o sexo e a sexualidade. No campo das mídias e das artes, imagens como a do cantor Cazuza na capa da revista *Veja* (1989), com a chamada “Uma vítima da Aids agoniza em praça pública”, aparecem na memória de muitas das pessoas que viveram a época. Ou então uma de suas canções mais conhecidas, “Ideologia”, onde canta: “o meu prazer agora é risco de vida”.

Ou ainda as “Cartas para além dos muros<sup>23</sup>”, de Caio Fernando Abreu (1996), em que o escritor narra o medo, os corredores do hospital, os cuidados recebidos e as intervenções biomédicas, os encontros, os questionamentos com Deus e suas tentativas de esperança. Caio, desde antes do diagnóstico, foi um dos primeiros escritores a falar aberta e publicamente sobre Aids e homossexualidade. Em outro de seus textos, chamado “A mais justa das saias” — que empresta título a este subcapítulo —, Caio refere:

Aí começaram as confusões. A pseudo-tolerância conquistada nos últimos anos pelos movimentos de libertação homossexual desabou num instantinho. Eu já ouvi — e você certamente também — dezenas de vezes frases tipo “bicha tem mesmo é que morrer de Aids”. Ou propostas para afastar homossexuais da “sociedade sadia” — em campos de concentração, suponho. Como nos velhos e bons tempos de Auschwitz? Tudo para o “bem da família”, porque afinal — e eles adoram esse argumento — “o que será do futuro de nossas pobres criancinhas?” (ABREU, 1996, p. 48-49)

Logo após, Caio afirma que a homossexualidade não existe; o que existe é a sexualidade direcionada para uma genitália igual ou diferente. Ou seja, o escritor trata a homossexualidade como uma invenção que parte da ideia de que existe uma norma, pelo fato de esta ser tomada como dado natural, é inventada a diferença.

Para Trevisan (2018), a Aids teve a curiosa façanha de, ao mesmo tempo que aumentar a repressão, retirar a homossexualidade do armário. Em função da chegada do vírus, mesmo que não queria se ocupar da questão, passou a assistir na televisão, conviver ou comentar na mesa de bar como homens trepam entre si.

---

<sup>23</sup> Série de três textos escritos pelo autor após ser diagnosticado com AIDS, publicados no livro *Pequenas Epifanias* (1996).

No caso específico dos homossexuais, que por muitos anos estivemos na linha de frente da epidemia, o HIV fez ainda o milagre de nos revelar ao mundo. A contragosto ou não, as primeiras páginas dos jornais estamparam repetidamente que nós existimos. Se a visibilidade é um tema político fundamental, então o vírus nos deu maior visibilidade possível, num curtíssimo prazo: aquilo que o movimento homossexual não conseguiria em duas décadas o vírus fez em poucos anos de peste. Em função do vírus, hoje se sabe amplamente onde e como trepamos. Um adolescente prestes a se assumir certamente saberá, graças ao uso divulgado da camisinha, que tem muita gente dando o cu e que, portanto, isso não é coisa de outro mundo. (TREVISAN, 2018, p. 619).

Muito semelhante ao que traz Trevisan, Bruno, durante sua entrevista, apontou sobre a visibilidade para a expressão da sexualidade de pessoas LGBT e particularmente de homens gays:

eu acho que o benefício que o HIV nos deu, foi dar visibilidade para essa expressão da sexualidade, porque **era importante falar**, era necessário **para poder falar de prevenção né e daí consequentemente de práticas sexuais** [...] O benefício foi a visibilidade que essas expressões da sexualidade, **forçosamente tiveram que ter para poder...** é o que eu penso né, para poder ter... **para poder trabalhar prevenção**. (Bruno)

Ou seja, para que fosse possível falar de prevenção, era preciso falar sobre sexualidade e práticas sexuais. A epidemia da Aids colocou a homossexualidade na capa das revistas e no noticiário em geral. Contraditoriamente, tal visibilidade foi construindo a associação no imaginário social entre homossexualidade masculina e Aids. Ao mesmo tempo em que o reconhecimento possibilitou maiores associações entre as pessoas, também fez com que o medo do vírus se traduzisse para muita gente como medo das pessoas, reforçando estigma e preconceito contra homens que realizam práticas sexuais consideradas anormais. Por tudo isso, é fundamental ainda articularmos a discussão sobre diferença, homossexualidade e experiência com noções sobre estigma, discriminação e preconceito.

Os preconceitos, como explica Heller (2004), são característicos da vida cotidiana. A vida cotidiana é onde a nossa vida inteira acontece, tendo como características a repetição com tendência acrítica, os juízos provisórios, o pensamento fixado na experiência e a ultrageneralização destes. Os juízos provisórios que, mesmo após serem refutados, continuam sendo creditados por indivíduos e grupos que a sustentam como uma espécie de fé, se estabelecem como preconceitos. Estes ajudam a conformar a integração social e passam sensação de estabilidade e controle para quem os credita.



Embora possam emergir de diferentes camadas e localidades, em geral a burguesia é uma grande fabricante de preconceitos que ajudam a sustentar seus interesses. Quem acredita nas ideias preconceituosas, ainda que não tenha identificação direta com sua criação ou benefício em sua reprodução, passa a identificar como ideias próprias. Estes podem ter conteúdo axiológico positivos ou negativos, sendo que os que produzem estigma ou discriminação são os de axiologia negativa (HELLER, 2004).

No campo da Aids se convencionou a denominar preconceito e discriminação como estigma, sendo está uma frente de atuação do UNAIDS e inclusive sendo construído um índice para medir a persistência do estigma em relação ao HIV/Aids (UNAIDS, 2019). Parker e Aggleton (2021), em meados da segunda década da epidemia, já apontavam que o estigma é uma das questões mais emblemáticas e persistentes sobre esta<sup>24</sup>. Goffman (2008) foi autor do livro pioneiro publicado sobre a questão do estigma, onde examinava uma série de marcadores produtores de discriminação, como os relacionados as condições físicas, comportamentos considerados anormais e determinados grupos étnicos. O estigma, então, foi estudado como uma série de atributos de alguém ou de algum grupo social que faz com que seja desrespeitado e desacreditado, ou seja, percebido como negativo e passível de violência.

Nesta esteira, o estigma passou a ser muito estudado como algo que se dá na relação mais imediata entre as pessoas e grupos. Parker e Aggleton (2021) vão demonstrar que a epidemia da Aids e seus desdobramentos vai recolocar o debate sobre estigma e discriminação, ao demonstrar que nenhuma intervenção ou programa teria sucesso em controlar a epidemia ou superar o estigma e discriminação sem depender de esforços mais amplos, de mobilização social e de mudanças estruturais.

Os autores realizam uma aproximação crítica com o conceito de estigma de Goffman, destacando que é necessário “repensar o estigma, o preconceito e a discriminação como processos sociais ligados de forma importante a estruturas mais amplas de poder e dominação” (PARKER, 2013, p. 25) O estigma precisa ser analisado, então, a partir do nexos social com o processo histórico e com as relações de poder e dominação, buscando refletir mais amplamente sobre a forma como

---

<sup>24</sup> E continua sendo, tanto que a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS recentemente reuniu esforços para republicar o texto dos autores, escrito em 2001.

alguns grupos e indivíduos passaram a ser socialmente “marcados” e sobre como “é usado pelos indivíduos, pelas comunidades e pelo estado para produzir e reproduzir as estruturas da desigualdade social” (2013, p. 30). Já a discussão sobre discriminação funda-se sobretudo nas relações étnico-raciais (PARKER e AGGLETON, 2021). Tomamos, aqui, o conceito de discriminação como ação que separa, divide e produz lógicas e acessos propriamente injustos.

Em última análise, estamos tratando aqui de diferenças que são estruturalmente apropriadas e incorporadas de forma a produzirem e reproduzirem desigualdades sociais (PARKER e AGGLETON, 2021). Articulando estas noções as de violência estrutural e saúde, Parker (2013) demonstra que exemplos sobre como grupos são afetados de forma desigual e desproporcional por condições de saúde, assim como outros que demonstram diversas situações que poderiam ser evitáveis, permitem recolocar as questões de preconceito, estigma e discriminação no âmbito de sistemas sociais que são profundamente desiguais.

Neste sentido, temos aqui a necessidade de compreender de forma articulada os sistemas de opressão. Saffioti (2000) destaca que a sociedade não comporta apenas uma contradição, no caso a de classes, mais debatida no âmbito do marxismo. Demonstra que a história do patriarcado foi se fundindo com o racismo, que foi se fundindo com o capitalismo e conformando a sociedade de classes. Então, precisamos considerar as contradições de gênero, raça/etnia e classe de forma articulada. Para a autora,

O importante é analisar estas contradições na condição de fundidas e enoveladas ou enlaçadas em um nó. [...] Não que cada uma destas condições atue livre e isoladamente. No nó, elas passam a apresentar uma dinâmica especial, própria do nó. Ou seja, a dinâmica de cada uma condiciona-se à nova realidade. De acordo com as circunstâncias históricas, cada uma das contradições integrantes do nó adquire relevos distintos. E esta motilidade é importante reter, a fim de não se tomar nada como fixo, aí inclusa a organização social destas subestruturas na estrutura global, ou seja, destas contradições no seio da nova realidade — novelo patriarcado-racismo-capitalismo — historicamente constituída. (2004, p. 124)

A metáfora do nó como imagem que demonstra a dialética entre as opressões me parece interessante para demonstrar tanto como estas se articulam do ponto de vista da estrutura como sobre como se articulam na experiência das pessoas. Acrescento, aqui, as estruturas de hierarquização da sexualidade. Como diz Fraser (2020), os sistemas de opressão não são apenas funcionais ao

capitalismo, eles compõem estruturalmente o que a autora busca entender como capitalismo institucionalizado.

### 2.3 BREVE HISTÓRIA SOBRE A AIDS, SUAS ORIGENS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS A PARTIR DO(S) MODELOS(S) PREVENTIVO(S)

Na esteira de pessoas que vem se dedicando a buscar compreender a epidemia na tentativa de traçar algumas respostas e estratégias mais condizentes com as necessidades e possibilidades de vida das pessoas, entendo que, como aponta Herbert Daniel, a epidemia “se desenvolve nas fraturas e desequilíbrios da sociedade. Não se pode enfrentá-la tentando obscurecer as contradições e conflitos que expõe” (2018a, p. 17). Chamo aqui de “respostas” a políticas, estratégias e modelos que vão sendo criados para lidar com a epidemia. A forma como estas são dadas vai depender do contexto social, político e econômico de cada país no momento da chegada e do desenrolar da epidemia (PARKER, 2003). Além disso, por ser tratar de um vírus também ideológico e com indiscutível repercussão social, que associa sexo, adoecimento e morte (DANIEL, 2018a), a forma como as sociedades e instituições lidam com a sexualidade também irá influenciar em como será moldada a resposta.

Buscarei aqui resgatar brevemente aspectos da história da resposta brasileira à epidemia, sobretudo no que se refere aos modelos preventivos, para que seja possível analisar o modelo vigente no tempo presente: a chamada “prevenção combinada”. Entramos na quinta década da epidemia da Aids. O momento histórico brasileiro articula de forma extremamente complexa velhos e novos problemas no que se refere às questões que se atravessam e são atravessadas pela epidemia, como a necessidade de respostas estatais, a forma como são tratados os direitos sexuais, o financiamento público, as articulações e respostas comunitárias e sua organização em instituições da sociedade civil, entre outras. Por isso, aqui buscarei demonstrar algumas contradições e conflitos, mas também algumas aprendizagens construídas ao longo destes 50 anos. Além disso, recorro a algumas notas históricas sobre a política de saúde no Brasil, buscando situar a resposta brasileira à Aids nos marcos da política social.

### 2.3.1 Alguns aspectos da história pré-Aids

A história do Brasil poderia ser contada através de suas epidemias e das respostas que foram sendo dadas a estas. Até a Constituição Federal de 1988, o interesse que prevalecia em realizar alguma espécie de controle ou cuidado oficial em relação à saúde das pessoas se dava por preservar a força de trabalho, as fronteiras e as transações comerciais.

Por muito tempo, no processo de colonização do país, o tratamento e cuidado eram oferecidos com base em práticas oriundas dos povos africanos e das comunidades indígenas. A proibição do ensino superior era um ponto base da política de Portugal em relação ao Brasil, fazendo com que até o século XIX o número de profissionais da medicina, por exemplo, fosse mínimo. Apenas na “Era Vargas” a saúde pública passa pelo registro de uma política social de organização estatal. (GALVÃO, 2012).

A política social “deve ser referida àquelas modalidades de intervenção do Estado na esfera dos conflitos que envolvem o processo de produção e reprodução das relações sociais”. (PAIVA, ROCHA e CARRARO, 2010, p. 157). Ou seja, o Estado organiza estruturas — como, por exemplo, sistemas de seguridade social — para intervir e/ou atender necessidades sociais oriundas da relação entre capital e trabalho. Para Fleury,

[...] a crescente intervenção estatal por meio das políticas sociais é em si mesma a manifestação da natureza contraditória do capitalismo, que tem origem na necessidade do Estado de atuar como forma de atenuação dos efeitos mais destrutivos da ordem capitalista sobre os fatores de produção, mas cuja intervenção torna-se, por sua vez, elemento de potencialização e agudização da contradição básica deste modo de produção entre a socialização das forças produtivas e a apropriação privada da riqueza social (FLEURY, 1994, p. 11).

O capitalismo — e os capitalistas, seus representantes — utiliza-se da destruição criativa, movimentando diferentes estratégias de destruição e reconstrução/criação para assegurar a continuidade da acumulação (HARVEY,

2011). As políticas sociais são respostas do Estado à *questão social*<sup>25</sup> e seu caráter, forma e configuração dependem da dinâmica política e econômica presentes. O Estado, enquanto ente contraditório, irá responder às demandas sociais com mais ou menos políticas e direitos sociais a depender da correlação de forças que marca determinados momentos históricos. As crises e as guerras compõem e movimentam esse cenário, como manifestações da insuficiência da autorregulação do mercado.

Como aponta Behring (2012, p. 19),

as políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe.

Os ciclos econômicos balizam limites e possibilidades da política social. A Grande Depressão (1929/33)<sup>26</sup> impactou duramente as economias latino-americanas. Com a redução da capacidade de importar no centro do capitalismo, o Estado brasileiro passou a orientar os processos para a industrialização, fortalecimento do mercado interno, emprego, renda e desenvolvimento das cidades (CANO, 2015). Junto a isso, com a “ameaça” comunista e o acirramento das desigualdades e conflitos sociais, a política social configurou-se em política de estado voltada a atender necessidades crescentes da população e mediar conflitos sociais.

No campo da saúde, o período que antecedeu Vargas foi de politização do movimento sanitário, que foi perdendo vigor no decorrer da institucionalização política. (GALVÃO, 2012). Neste período, a política de saúde foi organizada como política nacional e dividia-se no setor de saúde pública, mais voltada a assistência a partir das Santas Casas de Misericórdia e postos de saúde para vacinação, e medicina previdenciária, voltada a proteção de trabalhadores assalariados vinculados à previdência (BRAVO, 2006).

---

<sup>25</sup> Entendida aqui como contradição entre capital e trabalho, derivada da lei geral de acumulação capitalista, e suas expressões em desigualdades e resistências (Iamamoto, 2008).

<sup>26</sup> “Foi a maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento. Uma crise que iniciou no sistema financeiro americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na Bolsa de Nova York. A crise se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes. Com ela, instaura-se a desconfiança de que os pressupostos do liberalismo econômico poderiam estar errados e se instaura, em paralelo à revolução socialista de 1917, uma forte crise de legitimidade do capitalismo. (BEHRING, 2006, p. 20)

Buscando alternativa à crise no período posterior à segunda guerra, havia um certo tipo de consenso de que seria necessário construir um novo tipo de liberalismo que apresentasse uma ideia mais concreta de liberdade. De um lado, ordoliberalis pensavam em como estabelecer condições para a livre concorrência com pouca ou nenhuma regulação, criando as bases para o neoliberalismo; de outro, Keynes construía uma consistente crítica ao liberalismo e propunha alternativas mais preocupadas com a democracia e com as necessidades da população (CASARA, 2021).

O keynesianismo é a formulação de um modelo de bem estar social que fundamentou a expansão de seguridade, direitos e proteção especialmente em países do centro do capitalismo mundial, influenciando também movimentos populares e respostas estatais na América Latina. É quase como uma resposta alternativa entre liberalismo ortodoxo e a ameaça comunista, embora, como aponta Casara (2021), o keynesianismo é, tanto quanto o neoliberalismo, um projeto que visa salvar o capitalismo.

No passar dos anos se acirrou a disputa entre dominação capitalista ou expansão mundial comunista no mundo. A guerra fria ilustra bem a disputa e dominação do ponto de vista ideológico, que fundamenta o neoliberalismo. Contudo, encabeçada pelos Estados Unidos, não abre mão de táticas de dominação coercitivas e armadas. A exemplo disso, conforme Casara (2021), estão as diversas ditaduras militares na América Latina, em países como Chile, Brasil e Argentina, apoiadas pelos Estados Unidos.

Com o pretexto de fortalecer a economia e restaurar a ordem, em 1964 os militares assumiram o comando no Brasil, procurando desarticular todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista, abrindo a economia nacional ao capital estrangeiro e promovendo a reformulação do sistema eleitoral. No campo da saúde, mantinha-se a duplicidade de sistemas: a saúde pública, gerida pelo Ministério da Saúde, atendia sobretudo às populações rurais e mais empobrecidas, especialmente em caráter preventivo; já a medicina previdenciária voltava-se à saúde individual de trabalhadores formais, especialmente em zonas urbanas (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

No período da ditadura militar, as respostas aos problemas sociais eram dadas a partir do binômio repressão-assistência, agravando os problemas estruturais do país. Nesse período, conforme Bravo (2006), se deu a

institucionalização da medicalização da vida social; criação do complexo médico-industrial, a ênfase na prática médica curativa, assistencialista, individual e especializada; diferenciação em relação à assistência prestada/clientela. Ou seja, se estruturaram as bases do caráter privatista da política de saúde.

Em nossa frágil democracia, podemos afirmar que as principais marcas que encontramos atualmente na estrutura e na cultura das políticas sociais são produto da ditadura militar. “Em relação às medidas de cunho social na época, o período da ditadura foi pródigo em constituir um corpo institucional tecnocrático para responder às demandas sociais do capital” (COUTO, 2010, p. 128). Exemplos dessas medidas são a ampliação dos destinatários da proteção previdenciária, a expansão do ensino técnico como formação voltada ao trabalho, programas pontuais de atendimento à saúde, a institucionalização de crianças e adolescentes, entre outros (COUTO, 2010). O controle e a assistência marcaram o enfrentamento à questão social nessa época, impulsionando a abertura para saúde, previdência e educação de cunho privado que marca a lógica da desigualdade na política social para quem pode e quem não pode pagar. (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Siqueira, Alves e Costa e Silva (2022) demonstram que o período da ditadura militar foi de forte opressão contra pessoas LGBT. Qualquer forma de organização e de vida que fosse diferente da mais tradicional era considerada como uma afronta ao Estado e à moral. Desta forma, as pessoas fora dos padrões heteronormativos foram violentamente reprimidas com censura, prisões arbitrárias, tortura, entre outras técnicas instrumentalizadas de controle. O período foi, também, de resistências cada vez mais organizadas. Entre elas, o jornal *Lampião da Esquina* que circulou entre 1978 até meados dos anos 1980 e a criação do Grupo Somos, criado em 1978.

Foi neste contexto que a Aids pegou as sociedades industriais desenvolvidas, que se acreditavam capazes de enfrentar as doenças infectocontagiosas, de surpresa. Com características graves e mortais, envolvendo diversos aspectos das relações humanas — como sexo, morte, preconceito — escancarou as dificuldades do ponto de vista da prevenção eficaz, do desenvolvimento de medicamentos e de vacinas (GRECO, 2008). A chegada da Aids reassocia uma série de significados sobre como saúde, sexo, sexualidade, uso de drogas, doença, adoecimento e morte são tratados do ponto de vista social e institucional.

### 2.3.2 Das metáforas sobre a origem às reações e respostas

Como já explorei um pouco, a epidemia da Aids, do ponto de vista prático e sobretudo simbólico, tem suas origens marcadas pela associação entre doença e homossexualidade masculina. Em 2002, Veriano Terto apontava que a Aids continua sendo um problema no cotidiano de homossexuais. Defendo, aqui, que a Aids continua sendo um problema nos afeta enquanto comunidade LGBTQ+ e, de forma muito particular, afeta homens homossexuais. Concordo com Oliveira (2022) quando refere que é uma visão higienista a que busca desatrear Aids de sexualidade. Ou seja, é uma forma de “dar uma limpada” na infecção ou na doença, de forma a torná-la mais palatável no discurso público. Entendo, então, que retomar as origens e respostas construídas no decorrer dessas cinco décadas é algo que precisa ser feito para buscar articular os desafios do tempo presente, sem ao mesmo tempo incorrer em saudosismos. O que produziu a originalidade das respostas à Aids e toda a criação de estruturas político-institucionais (estatais ou não) que a epidemia produziu foi a dureza e sofrimento que a chegada desta produziu na vida de muitas pessoas e, como reação, suas resistências.

Hebert Daniel (2018), em seus textos publicados originalmente em 1989, expõe algumas das questões mais importantes que repercutem até hoje sobre HIV e Aids. Para ele, a Aids poderia ser apenas uma epidemia, ou seja, um vírus que se espalha como consequência de um desequilíbrio ecológico produzido pela civilização industrial" (2018, p. 29). Uma atitude prática e equilibrada em relação a isso não seria tão interessante, já que não daria “lucros nem financeiros, nem políticos, nem ideológicos” (2018, p. 29). Um vírus é um vírus: não comunica, não reivindica, não escolhe a partir de marcadores sociais em quem irá se reproduzir. No entanto, as características desta epidemia em particular criaram uma série de mitologias (Ibidem, 2018) ou de metáforas (SONTAG, 1989).

A principal metáfora usada no caso da Aids é a da peste. Essa metáfora não é uma novidade da Aids, ela foi e é bastante utilizada em epidemias. A doença que acomete coletivos é comumente associada a castigos impostos, sendo esta ideia, a dos castigos, uma das mais antigas formas de explicação das doenças. A fatalidade é apenas um dos elementos que fundamenta a ideia de que uma doença seja uma peste. Também sustenta isso o fato de deixar pessoas com corpo deformado,



incapacitado, ou, no caso da sífilis e, também, da Aids, o fato de serem sexualmente transmissíveis (SONTAG, 1989). A Aids era vista como doença de homossexuais masculinos, conhecida como o “câncer gay”, ou “peste gay”. Com base no livro de Jane Galvão (2000), Calazans destaca alguns pontos sobre como a doença chegou ao Brasil a partir da mídia:

a) enfatizava-se a associação entre homossexualidade e aids, que foi nomeada naquele primeiro momento como “peste gay”, “câncer gay”, “doença de homossexuais”, “praga gay”, reforçando a dinâmica de atribuir a doença e suas determinações a um “outro”; b) reportava-se de forma desqualificadora ao contexto libertário do sexo e do uso de drogas da década de 1970, sem fazer referência ao contexto político do país; c) muitas das matérias jornalísticas traziam profissionais de saúde e, em particular, médicos, na qualidade de especialistas, expressando suas hipóteses e explicações sobre as conexões entre aids e homossexualidade, embasados, predominantemente, em opiniões pessoais. Esta abordagem contribuiu fortemente para informar o público geral sobre a aids, assim como para reforçar a atitude crítica da militância de resistência ao discurso moralizador da medicina. (CALAZANS, 2018a, p. 74)

O estado de guerra contra a Aids e o entendimento de que esta é uma barreira ao desenvolvimento justifica a disposição de recursos, mesmo em momento de enxugamento do Estado. Susan Sontag (1989) explica que enquanto antes era o médico que empreendia a guerra contra as doenças na sociedade moderna é toda a sociedade que o faz. A guerra é uma das poucas atividades em que faria sentido dispor de recursos de forma não racional e pautada apenas em critérios de lucratividade. Assim, talvez seja inevitável o apelo à metáfora militar “numa sociedade capitalista, uma sociedade que cada vez mais restringe o alcance e a credibilidade do apelo aos princípios éticos, que acha absurdo o indivíduo não sujeitar suas ações ao cálculo do interesse próprio e do lucro” (1989, p. 15).

Muitas das palavras utilizadas em saúde pública e até em direitos humanos se pautam na metáfora da guerra. *Combate-se* a doença, a discriminação e o preconceito. Realiza-se uma verdadeira guerra às drogas. Se a guerra é uma das poucas possibilidades que temos para articular a disposição de recursos, como aponta Sontag, também é possível afirmar que os modelos articulados para responder à emergência de determinadas doenças ou problemas de saúde também se sustentam em na lógica militar.

A guerra às drogas, por exemplo, se sustenta mais do que em estratégias para lidar com o tráfico institucionalizado e com o uso abusivo, mas sobretudo em

uma sinergia de raça e classe que pauta o genocídio da população jovem e negra, sobretudo de meninos negros (FERRUGEM, 2020). A metáfora da guerra faz sentido porque o Estado que articula respostas é um Estado Penal, o Estado que desprotege e, ao mesmo passo que reproduz desigualdades, a criminaliza (WACQUANT, 2003).

No caso do dispositivo da Aids, a narrativa utilizada para circunscrever culpados ou vítimas é a narrativa epidemiológica sobre risco:

Ao contrário do câncer, entendido como uma doença provocada pelos hábitos do indivíduo (e que revela algo a respeito dele), a Aids é concebida de maneira pré-moderna como uma doença provocada pelo indivíduo enquanto tal e enquanto membro de algum “grupo de risco” — essa categoria burocrática, aparentemente neutra, que também ressuscita a idéia arcaica de uma comunidade poluída para qual a doença representa uma condenação. (SONTAG, 1989, p. 55-56)

Para Spink (2001), na modernidade tardia, com a teoria da probabilidade e com a sofisticação da estatística como ciência de estado, há uma transição da sociedade disciplinar para a sociedade do risco, embora estes modelos possam conviver sem serem excludentes. Por mais que a perspectiva teórica da sociedade do risco não seja a que fundamenta a compreensão do objeto desta tese, entendo que a discussão feita por Spink apoia na análise sobre os sentidos que o HIV vai produzindo, seja na vida das pessoas ou na formulação das políticas. Para a autora, o risco é uma forma específica de se relacionar com o futuro. Para compreender como esta dimensão se movimenta na sociedade, é preciso compreender como este se relaciona com o futuro, como se conceitua o risco e como é feito para gerir riscos.

Na emergência da epidemia, estudos epidemiológicos imbuídos da lógica probabilística do conceito de risco buscavam identificar os grupos mais afetados. No entanto, estes grupos foram traduzidos pelo conceito epidemiológico de “grupo de risco”, o que levou a uma ideia de que o risco estava atrelado aos próprios indivíduos pertencentes a estes grupos. Uma comunidade poluída, como diz Sontag. Tal modelo pautou medidas de prevenção centradas na abstinência: que pessoas homossexuais não deveriam transar, que usuários de drogas injetáveis não deveriam se drogar, etc. Ou seja, medidas centradas no que as pessoas deveriam ou não fazer, ou no que deveria ser impedido que fizessem (PAIVA, AYRES e FRANÇA JR., 2012). Às populações de homossexuais, prostitutas e usuários de

drogas passaram a ser alvo de estratégias esvaziadas e “toscas” de prevenção ao HIV pautadas no isolamento sanitário (AYRES *et al*, 2009).

Ou seja, o risco era percebido como uma ameaça ao futuro das pessoas da chamada “população geral”, para quem o grupo de pessoas mais afetadas pela epidemia representaria risco. A forma de gerir o risco do ponto de vista populacional a partir da ideia de “grupo de risco” é bastante conveniente ao capitalismo e ao Estado Penal. Criando um alvo, ou alguns alvos para a epidemia, fica mais fácil redimensionar escassos recursos e direcioná-los não a população em geral, mas a esses determinados grupos. Centrar ações nestes grupos possibilitaria, no limite, conferir maior proteção a toda população. Por outro lado, o acometimento pela doença viral, além de um castigo, é uma culpa – a culpa de ser vetor para todas as outras pessoas que teoricamente não seriam alvos iniciais escolhidos pelo vírus.

Diversas críticas em relação a esse modelo foram sendo tecidas. Com mais conhecimentos sobre o vírus e com proposições realizadas pelo movimento gay norte americano, o foco foi passado ao modelo voltado ao comportamento de risco, buscando orientar para o sexo seguro em especial com o uso da camisinha. No entanto, esse modelo também começou a receber críticas de grupos homossexuais e de mulheres, que questionavam: que acessos as pessoas têm para garantir suas possibilidades de prevenção? que dinâmicas de poder permitem às pessoas negociarem o uso de preservativo com suas parcerias sexuais? (PAIVA, AYRES; FRANÇA JR, 2012) Nesse contexto ainda muito inicial da epidemia, nos anos 1980, os movimentos sociais e as pessoas de grupos mais afetados criaram e reivindicaram estratégias que, até hoje, são consideradas pelo campo crítico das mais eficazes: o sexo (mais) seguro e a redução de danos.

Atualmente a narrativa sobre a necessidade do uso da camisinha no discurso técnico está altamente incorporada sobre a prescrição “use camisinha” (ABIA, 2021). No entanto, foi a partir de estratégias reivindicadas pelo próprio movimento social, especialmente os movimentos de homens homossexuais, que se passou a incorporar outras estratégias de prevenção do HIV diferentes do “não faça”, como, por exemplo, o uso de preservativo para esta função para além de método contraceptivo (AYRES *et al*, 2009).

Foi assim que uma invenção comunitária revolucionou a prevenção na primeira década da epidemia, mostrando ser possível manter o desejo e uma vida sexual prazerosa em uma epidemia: o sexo seguro (ou sexo mais

seguro). Além da camisinha, incluía estratégias como o sexo sem penetração, a masturbação compartilhada, a adoção do sexo oral ao invés do sexo anal ou vaginal, a tomada de decisões sobre posições (ativo/passivo) e práticas com base no status sorológico para HIV e outras formas de segurança negociada. (ABIA, 2021, p. 7)

Esses “inéditos viáveis”, para usar um termo cunhado por Paulo Freire e reapropriado por Vera Paiva (2002) para tratar da prevenção, foram possíveis porque houveram espaços abertos de diálogo e construção sobre sexo e sexualidade. A ideia de redução de danos tinha um sentido parecido. Como tornar o uso de drogas injetáveis mais seguro? Como uma criação comunitária, buscava-se informar sobre os riscos do compartilhamento de seringas, criando estratégias como sua distribuição e ou higienização. Posteriormente as políticas de redução de danos chegaram a ser incorporadas pelo estado brasileiro (ABIA, 2002), mas atualmente são duramente atacadas e substituídas por práticas coercitivas, embora ainda ressoem em abordagens de trabalhadoras(es) da saúde.

Estas abordagens, ao serem incorporadas pelos serviços e políticas de saúde como um modelo, sem, no entanto, romper com a abordagem individualizante e de culpabilização, acabaram por ficar atreladas às noções de risco ao HIV/Aids (PAIVA, AYRES e FRANÇA JR., 2012). No entanto, ainda inspiram possibilidades tanto para as comunidades afetadas como para tentativas de (re)articular a prevenção a partir da experiência acumulada, como tem feito, por exemplo, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA, 2021).

O momento da “descoberta” da circulação do vírus no país se encontra com momento de efervescência política, em defesa da abertura política, movimentos populares, de libertação sexual e de gênero, para a abertura democrática e para a construção de uma Constituição federativa pautada em direitos, da Reforma Sanitária, dos direitos de cidadania, seguridade social e, em particular, de um sistema de saúde universal. Os ideais da Reforma Sanitária influenciaram as formas como as respostas brasileiras foram articuladas (PAIVA, 2002; CALAZANS, 2018, PARKER, 2003). Conforme Paiva e Teixeira,

No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal. Sua agenda, nesse sentido, confunde-se com o próprio processo de crise da ditadura e de redemocratização da sociedade brasileira, uma vez que, no âmbito dessas

instituições, por transformações da saúde entendiam-se iniciativas de democratização do Estado, dos seus aparelhos e instâncias decisórias. (2014, p. 22)

Participantes do movimento da Reforma Sanitária tiveram intensa participação na elaboração de um projeto de Estado para a saúde, contrário ao modelo de saúde previdenciária e ao modelo privatista (BRAVO, 2006). O contexto de crise econômica e mobilização política para democratização contribuiu para o alcance no debate público sobre os princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade. No entanto, o contexto de sua construção já ocorria no cenário de apelos para restrição do papel do Estado nas garantias sociais, a partir da ofensiva neoliberal já em ascensão na Europa e nos Estados Unidos (BEHRING e BOSCHETTI, 2006; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Para Pelúcio e Miskolci, “é um país que se redemocratiza, testemunha o crescimento dos movimentos sociais, mas também responde às mudanças estruturais da economia mundial” (2009, 128). É no cenário de disputas, na contracorrente à alternativa neoliberal frente à crise do capitalismo que, o movimento de redemocratização no Brasil culmina com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). A carta constitucional assegura avanços no que tange aos direitos sociais, embora conserve heranças da cultura ditatorial (como a manutenção das estruturas militares) e empresarial (como na saúde suplementar).

Não apenas a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), mas de toda a Seguridade Social — saúde, assistência social e previdência —, políticas consideradas básicas para garantir as possibilidades de sobrevivência da população cidadã, foram afetadas por esse movimento do ponto de vista internacional. Ou seja, enquanto no Brasil se buscava construir um Estado de Bem-Estar social de influência keynesiana, esses movimentos eram afetados pelos argumentos de que os direitos sociais são, em verdade, custos muito elevados para o Estado (BEHRING, 2021).

Neste cenário, a epidemia contribuiu, ao mesmo tempo, com a mobilização, reivindicação e resistência de setores da sociedade. Observa-se, por exemplo, que a participação de pessoas vivendo com HIV/Aids “em congressos médicos e em comissões governamentais de controle da doença tem contribuído para mudar o paradigma dos programas verticalizados” (GRECO, 2008, p. 74). Embora a participação política e a possibilidade de relação entre as chamadas organizações

da sociedade civil com o campo científico e com a construção das políticas públicas não sejam um processo linear na história social da epidemia (GALVÃO, 1997), a permeabilidade da política de saúde em relação ao movimento social de HIV/Aids foi uma das características da construção de estratégias de enfrentamento à epidemia no Brasil.

No que se refere à saúde pública, esta passa a ser entendida como direito constitucional, universal e gratuito, tendo seu financiamento vinculado ao orçamento da Seguridade Social. O SUS, regulamentado pela Lei 8080 de 1990, apresenta como concepção organizadora do modelo o conceito ampliado de saúde. Conforme seu artigo 3º:

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Pautado em princípios de universalidade, igualdade, integralidade, preservação da autonomia e participação social, o SUS é responsável por articular serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos no âmbito do território nacional (BRASIL, 1990), identificando e atuando também sobre os determinantes e condicionantes que incidem no processo saúde-doença. A construção do SUS foi bastante influenciada pelo modelo e pelos princípios de promoção da saúde que vinha sendo debatido em âmbito internacional, com princípios como integralidade, equidade, participação popular, entre outros (PAIVA, AYRES e FRANÇA JR, 2012).

Neste cenário, enquanto política social pública, a política de Aids é organizada de forma a corroborar com os princípios do SUS. Articulando respostas locais, buscando integrar ações, o texto da política nacional de DST/AIDS (Brasil, 1999) inicia reconhecendo a necessidade de tratar a epidemia como questão social relevante à intervenção estatal e que o fazer em política pública não é linear; avanços e retrocessos fazem parte dessa caminhada. No entanto, no que se refere à prevenção, as primeiras iniciativas estatais foram bastante controversas e criticadas. Para Parker, “os resultados foram bastante desastrosos tanto educacionalmente quanto politicamente” (2003, p. 16). Como conta o autor,

Em 1991, uma campanha televisiva altamente angariadora, patrocinada com doações de corporações privadas, foi lançada e construída com bases na noção do medo (o mote da campanha era resumido na frase: “Se você não se cuidar, a AIDS vai pegar você”) e enfocava a incurabilidade como elemento chave. Uma controvérsia calorosa seguiu-se colocando ativistas da AIDS e organizações baseadas na comunidade, críticos à campanha, contra os funcionários do Ministério da Saúde, que procurava defender-se de acusações de estigma e discriminação argumentando que o interesse dos não-infectados deveria ser sobreposto aos sentimentos das pessoas vivendo com o HIV/AIDS. (PARKER, 2003, p. 16)

As pedagogias do medo utilizadas para lidar com prevenção de doenças e agravos não são uma novidade e nem se encerram nas políticas de Aids. São utilizadas no combate ao tabagismo (MEYER, 2006), por exemplo, e me arrisco a afirmar que ainda muito defendidas por trabalhadoras(es) da saúde, seja na assistência ou na formulação das políticas<sup>27</sup>. O que podemos apontar, aqui, é o conteúdo da narrativa voltada a incurabilidade como estratégia de apavoramento (DANIEL, 2018a).

As críticas a essa abordagem de prevenção e o reconhecimento das diferentes características da epidemia em diferentes territórios (por exemplo, na África a epidemia se concentrava mais em mulheres), bem como o esforço na saúde pública em âmbito internacional para ampliar o conceito de prevenção a partir das noções da promoção da saúde corroborou para ampliação da abordagem voltada a mudança no comportamento para uma abordagem que reconhecesse os determinantes da saúde e buscasse também modificar as condições que produzem as situações de vulnerabilidade (AYRES, PAIVA e FRANÇA JR, 2012).

Para Seffner e Parker (2016a), neste processo, as campanhas realizadas pelas instituições de saúde e no âmbito da comunidade no Brasil deslocaram da perspectiva da mudança de comportamento de um sujeito liberal para o reconhecimento dos estigmas, das desigualdades sociais econômicas e das condições que produzem situações de maior vulnerabilidade à Aids, assim como produzem a própria existência dessas pessoas e grupos. Neste sentido, a resposta brasileira se beneficiou tanto dos princípios do SUS como da discussão sobre marcadores de raça, classe, etnia, gênero e orientação sexual.

---

<sup>27</sup> Lembro-me, por exemplo, de um congresso que participei em Porto Alegre onde um grupo de trabalhadoras(es) da saúde reivindicava que estava em falta no serviço materiais que ilustravam sintomas de IST, que eram utilizados para mostrar à pacientes durante os aconselhamentos pré e pós teste rápido. Outra situação que me vem em mente foi em uma reunião de elaboração de um material pedagógico voltado às gestantes, onde alguns(as) trabalhadores(as) sugeriram colocar imagens de como uma criança pode ficar por conta da sífilis congênita, buscando assim reforçar a necessidade de testagem no pré-natal.

O nome que não pode deixar de ser mencionado neste debate é o de Jonathan Man. O autor foi um precursor em busca identificar as raízes sociais da epidemia e articular uma resposta pautada no modelo da vulnerabilidade e direitos humanos, articulando aspectos sociais, estruturais e da vida dos indivíduos (SEFFNER e PARKER, 2016a; AYRES, PAIVA e FRANÇA JR, 2012). Em 1986 foi fundador do Programa das Nações Unidas para a Aids, vinculado ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. Tal instituição é mantida por copatrocinadores, tais como a Organização Pan Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS); o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Banco Mundial, entre outras. Em 1990 Man rompe com a instituição.

A resposta brasileira foi considerada bastante corajosa, com tendências que se aproximam e outras que se diferem das orientações internacionais, sobretudo no que se refere ao acesso ao tratamento. Desde 1996 o país dispensa a terapia antirretroviral<sup>28</sup> de forma gratuita para todas as pessoas com HIV dentro dos critérios consensuados cientificamente para início da medicação na época, medidos especialmente por infecções ou doenças oportunistas e/ou contagem de células de imunidade CD4. O acesso ao tratamento foi comemorado pelos movimentos sociais como um direito conquistado.

A resposta político-institucional brasileira respondeu à participação popular e às reivindicações do movimento social, apontando a discussão sobre preconceito e discriminação como central para o enfrentamento da epidemia. Entretanto, isso não significa que tenha rompido com parâmetros ditados no plano internacional, estruturando seu discurso em categorias como “vulnerabilidade” e “risco”, “efetivando-se em campanhas que visam às mudanças de comportamento e à incorporação de práticas disciplinadoras” (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009, p. 129)

Em meados dos anos 90, uma das estratégias utilizadas pelo Banco Mundial para interferir na política e na economia de países considerados “periféricos” foi através de empréstimos (IAMAMOTO, 2008; PARKER, 2001). O Banco Mundial foi uma das principais instituições que ofereceu aporte financeiro para os países em relação às políticas de HIV/Aids. Para além de oferecer recursos

---

<sup>28</sup> Os antirretrovirais são medicamentos que inibem a replicação do vírus no sangue, protegendo as células de defesa.



e valores monetários, o Banco Mundial é um grande produtor ideológico — de ideias e orientações — para o desenvolvimento das políticas sociais (MATTOS, TERTO JR e PARKER, 2001).

A experiência brasileira teve, frente a isso, características inovadoras que foram tomadas como exemplo por outros países. Para o banco mundial, países tidos como de economia periférica, como o Brasil, deveriam centrar os recursos na prevenção primária, isto é, em evitar novas infecções pelo vírus do HIV. As políticas recomendadas pelo Banco Mundial consideravam o tratamento muito caro e, por outro lado, também não eram a favor da saúde pública como direito universal e gratuito. No entanto, essas divergências não impediram que empréstimos acontecessem (MATTOS, TERTO JR e PARKER, 2001).

As respostas comunitárias criativas se expandiram e é importante notar a diversidade entre elas. Galvão (1997) demonstra que havia pelo menos 11 formas de organização para responder às demandas da epidemia. Entre elas, grupos que se articularam a partir da própria pauta, grupos homossexuais, grupos religiosos, casas de apoio, entre outros. Estes se articulam em diferentes estratégias, sendo que um mesmo grupo atuava, por vezes, em mais de um: críticas às políticas públicas em construção, grupos de apoio e defesa da vida, proteção e abrigo de pessoas LGBT e/ou vivendo com HIV vítimas de violência, entre outras. É importante o movimento contraditório que foi ocorrendo ao longo dos anos. Ao mesmo tempo em que as chamadas ONG/Aids passaram a se sustentar e se fortalecer a partir do investimento de diversas agências de fomento, como a Organização Mundial da Saúde, a UNAIDS e a Ford, por exemplo, estas passaram a ficar muito vinculadas à execução de projetos (GALVÃO, 1997), entre estes o de prevenção.

Parker (2003) busca demonstrar que, ainda que seja verdade que a resposta brasileira foi ousada em certos aspectos e, por isso, considerada modelo para diversos outros países, não se pode comemorar seu sucesso sem devidas críticas. Aliás, isso é bastante característico das políticas brasileiras. O próprio modelo do SUS, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente e outros marcos legais brasileiros são considerados dos mais avançados do mundo. Todavia, sua materialização é permeada por inúmeros desafios em relação a financiamento, gestão, formação de profissionais, entre outros.

Para o autor (2003), Programa Nacional de Aids foi construído com princípios de não discriminação, solidariedade e participação social. Foi pautado em

diálogo ativo com lideranças de experiências estaduais e com o movimento social. No entanto, esse processo não se deu sem contradições. A prevenção pouco conseguiu se deslocar das noções de risco e reconhecer as particularidades locais, mas se avançou significativamente com a distribuição gratuita de medicamentos. Com a consolidação de uma resposta estatal à Aids integrada com o SUS, a resposta comunitária começou a enfraquecer. A descentralização dos serviços, conforme o modelo do SUS, não considerou as estruturas locais existentes.

Nas duas primeiras décadas da epidemia, então, as noções e abordagens de prevenção foram marcadas pelas ideias de repressão, controle da sexualidade e regulação dos corpos homossexual em nome da gestão de risco. Nas origens da epidemia, a ideia de grupo de risco acabou se traduzindo em estigma e preconceito. Por outro lado, movimentos sociais homossexuais e da reforma sanitária buscaram articular princípios do SUS, a noção de vulnerabilidade, direitos humanos e a pauta da não discriminação para que fosse possível tratar da prevenção como um processo de cuidado e criativo, pautado não a partir do medo, mas do cuidado de si e dos outros.

As reivindicações para acesso ao tratamento e, ao mesmo tempo, os desafios levantados para garantir o acesso universal foram elementos que demonstraram a necessidade de se visualizar um continuum entre as noções de tratamento e de prevenção (PAIVA, 2002). Durante esse período, mais ao final dos anos 1990 e início dos anos 2000, se iniciam estudos importantes em relação à eficácia do tratamento e investigações sobre a possibilidade de o tratamento reduzir a transmissão do vírus do HIV.

Como já abordei, desde 1996 o país dispensa a terapia antirretroviral de forma gratuita para todas as pessoas com HIV, na época dentro dos critérios consensuados cientificamente para início da medicação, medidos especialmente por infecções ou doenças oportunistas e/ou contagem de células de imunidade CD4. Desde 2015, quando se consensuou no campo científico a medida de Tratamento como Prevenção, a conduta médica vem sendo prescrever a medicação desde o momento em que a pessoa é diagnosticada com HIV (BRASIL, 2017). Ainda que signifique avanços no ponto de vista da qualidade do serviço prestado às pessoas vivendo com HIV, “muitos países — não só o Brasil — estão adotando o tratamento como prevenção (TcP) como uma maneira de enfrentar orçamentos reduzidos e para abandonar um leque mais amplo de atividades preventivas” (PARKER, 2015, p. 7).

A partir de 2015, a UNAIDS declara, em nível mundial, a possibilidade de fim da epidemia do HIV até 2030 (UNAIDS, 2015). O estado de guerra, em busca do fim do inimigo invasor — o HIV — justifica o investimento de forças e recursos: “será impossível pôr fim à epidemia sem disponibilizar o tratamento do HIV para todos que precisam” (UNAIDS, 2015, p. 1). Em construção discursiva anunciando o fim da epidemia, o UNAIDS pactua as seguintes metas:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente.
- Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral<sup>29</sup> (UNAIDS, 2015, p. 1)

Tal meta tem forte apelo ideológico. Conhecida como “meta 90, 90, 90”, pressupõe ser possível acabar com a epidemia do HIV/Aids mesmo com as desigualdades econômicas, sociais e culturais entre diferentes territorialidades do planeta: “modelos matemáticos sugerem que o alcance dessas metas até 2020 permitirá que o mundo ponha fim à epidemia de Aids até 2030, o que por sua vez gerará grandes benefícios para a saúde e para a economia” (UNAIDS, 2015, 2).

O UNAIDS reconhece que a “única maneira de se alcançar essa meta ambiciosa é por meio de estratégias alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão” (UNAIDS, 2015, 2). Entretanto, as violações de direitos humanos aparecem no discurso da instituição como um aspecto que dificulta o acesso à testagem e tratamento, e não como parte constituinte da geografia do HIV no âmbito mundial. Nesse mesmo sentido, o UNAIDS compreende que “para implementar uma resposta abrangente para acabar com a epidemia, serão necessários esforços concertados para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social” (UNAIDS, 2015, 2). Embora seja evidente a importância deste posicionamento, no texto este aparece como mero impeditivo para as pessoas acessarem as tecnologias biomédicas.

Neste cenário, o Banco Mundial tem papel bastante central enquanto exportador de orientações e ideias para o enfrentamento da epidemia. Em documento que declara a participação do Banco Mundial na UNAIDS, anuncia-se:

---

<sup>29</sup> Partindo do estudo Partner, que analisou parcerias sorodiferentes e a infecção pelo HIV, consensuou-se que indetectável = intransmissível (BRASIL, 2017).

Há atualmente uma maior ênfase em se fazer o "melhor por menos", a fim de ajudar os países na utilização dos recursos disponíveis de maneira sábia, tornando a resposta à AIDS mais bem desenhada e maximizando a prestação de serviços". (BANCO MUNDIAL e UNAIDS, 2015, s/p)

A orientação do Banco Mundial junto ao UNAIDS na perspectiva de "ajudar" os países a fazer o melhor por menos recursos vai ao encontro das orientações do Banco Mundial para as políticas públicas em geral: em perspectiva neoliberal, não se pauta a luta e necessidade de ampliação de recursos para as políticas de HIV/Aids; pauta-se, entretanto, a racionalidade de gestão tecnocrática de aproveitamento dos recursos, ainda que escassos.

Em síntese, procurei neste capítulo demonstrar algumas noções que se articularam em diferentes momentos do modelo oficial preventivo da Aids, retomando aspectos em relação ao modelo pautado na perspectiva do risco, da mudança comportamental, da vulnerabilidade e direitos humanos e do tratamento como prevenção. No próximo capítulo, analiso as concepções que fundamentam o atual modelo oficial preventivo, a prevenção combinada. Os aspectos da historicidade trazidos aqui apoiam a compreensão das categorias mobilizadas na chamada prevenção combinada, tanto sobre a concepção de prevenção como prevenção. No próximo capítulo, analiso as concepções que fundamentam o atual modelo oficial preventivo, a prevenção combinada. Os aspectos da historicidade trazidos aqui apoiam na compreensão das categorias mobilizadas na chamada prevenção combinada, tanto sobre a concepção de prevenção como sobre as concepções de sexo e sexualidade.

### 3. O ATUAL MODELO OFICIAL PREVENTIVO DO HIV/AIDS

Neste capítulo, busco compreender qual a atual política de prevenção no Brasil. Para isso, analiso primeiramente as concepções e estratégias que são privilegiadas e, após, busco compreender quem é o “sujeito” homossexual que a política constrói, a partir das formas como aborda a questão da homossexualidade masculina. Para isso, como explicado na introdução, realizo a análise de documentos que orientam a implantação, implementação e o fazer da política de prevenção.

A forma de governar e formular políticas públicas depende, para além dos aspectos estruturais que já fiz referência, das pessoas que a ocupam e de quem está nas bases do poder. As pessoas que ocupam diferentes posições na estrutura estatal podem, a depender das concepções mentais que orientam as práticas (HARVEY, 2011), atuar para que as políticas, normativas, leis, regulamentos, etc., respondam o máximo possível aos interesses e necessidades da população em geral e grupos específicos, como também das classes dominantes.

A pressão social e as concepções da população em relação ao Estado também incidem nesse ponto<sup>30</sup>. Porém, ainda que tal atuação possa expressar conquistas e interesses das classes dominadas, não desmonta o papel do Estado na reprodução das relações sociais capitalistas (OSÓRIO, 2014). As políticas públicas expressam, de forma contraditória, interesses e necessidades da população, concessões do estado e/ou direitos conquistados e modelos que atuam, mais ou menos, na reprodução das relações sociais e da racionalidade hegemônica. Além disso, consideramos que os textos analisados

[...] se constituem de diferentes leituras acerca da doença, da epidemia e de abordagens preventivas, calcadas em distintos conceitos operativos, recursos tecnológicos e modalidades de gestão, bem como de diferentes níveis e qualidades de diálogo com necessidades, desejos e anseios dos sujeitos gays e outros HSH, conformando possibilidades e respostas à epidemia de HIV/aids. (CALAZANS, PINHEIRO e AYRES, 2018, p. 267 - 268)

---

<sup>30</sup> A exemplo disso, Harvey (2011, p. 163) cita os Estados Unidos que defendem uma narrativa de saúde universal que, no entanto, não seja promovida pelo Estado e “até agora, usaram os sentimentos antiestatais com sucesso para frustrar o ideal igualitário de serviços de saúde decentes para todos”.

### 3.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SUAS ESTRATÉGIAS

Todos os documentos analisados referem a prevenção a partir da ideia de Prevenção Combinada. Ora ela é apresentada como um novo paradigma (BRASIL, 2017a), ora como o modelo atual de prevenção ao HIV/aids (BRASIL, 2017b). Mas o que é a Prevenção Combinada? Um primeiro aspecto é que parte do entendimento de que não é possível responder de forma concreta à epidemia através de estratégias fragmentadas e que, por isso, é necessário ofertar e combinar diferentes estratégias (BRASIL, 2017a). Isso é uma necessidade porque, em diferentes contextos e momentos da vida, as pessoas irão recorrer a diferentes formas para buscar se prevenir (BRASIL, 2022). Então, parte-se do seguinte conceito de prevenção combinada:

É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções **biomédicas, comportamentais e estruturais** aplicadas no **nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem**, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017a, p. 18 - grifos meus).

Ou seja, traduzindo em miúdos, há dois eixos de combinações. Em matéria das intervenções, há três formas: a biomédica, as comportamentais e as estruturais. E sobre “com quem” estas devem ser aplicadas, isto é, a depender de sua intencionalidade, em diferentes níveis: o dos indivíduos ou das relações e grupos sociais a que pertencem. Além disso, o texto faz referência ao surgimento da ideia de prevenção combinada (UNAIDS, 2010 apud BRASIL, 2017a), em que se visualizava que a combinação de estratégias poderia ajudar a lidar com algumas fragilidades no enfrentamento da epidemia. Entre elas, o fato de que a prevenção ainda estava muito concentrada em evitar transmissão do vírus e pouco atenta aos fatores sociais que aumentam a vulnerabilidade ao HIV.

Chama atenção também o termo utilizado para demonstrar a realização de tais estratégias: “aplicação”. Tal terminologia supõe um sujeito passivo, sobre o qual se aplicam coisas, que no fundo é objeto de tratamento. Portanto, por mais que o conceito se proponha a ser mais arejado, transitando entre perspectivas para além da biomédica, parece que segue se pautando essencialmente nesse modelo.

A ideia da combinação de estratégias é o que aparece nas escritas dos documentos como um novo modelo ou paradigma. Faz referência, ainda, a alguns marcos políticos institucionais recentes que ancoram a estratégia: a consolidação do I = I e “a consequente estratégia do testar e tratar” e, também, “o estabelecimento das metas 90-90-90” (UNAIDS, 2010 apud BRASIL, 2017a, p. 29-30). É como se realizasse um garimpo das estratégias consolidadas ao longo das décadas de resposta à epidemia, expondo-as de forma a construir um modelo/cardápio que orienta tanto a formulação da política como a própria relação entre profissional e pessoa que está sendo atendida, oferecendo uma série de possibilidades a serem utilizadas conforme contextos e necessidades. Todavia, há uma perspectiva analítica que aponta que, em verdade, não se trata de um novo modelo ou paradigma, e sim da combinação de estratégias relacionadas às noções de risco e vulnerabilidade presentes em diferentes momentos históricos da epidemia (CALAZANS, 2019; CALAZANS, PINHEIRO e AYRES, 2018).

Ainda neste trecho inicial em análise, há uma aproximação com o modelo da vulnerabilidade e direitos humanos, especialmente no que se refere a necessidade de respostas a nível dos indivíduos, mas, também, em suas relações sociais, além de apontar a necessidade de intervenções estruturais. Ayres (2018) tem apontado que uma das tendências quando políticas e estudos buscam se pautar no modelo da vulnerabilidade é uma abordagem individualizante, isto é, como se a vulnerabilidade fosse um atributo ou algo apenas vivido e percebido pelos indivíduos. Para o autor, a vulnerabilidade é sempre relacional.

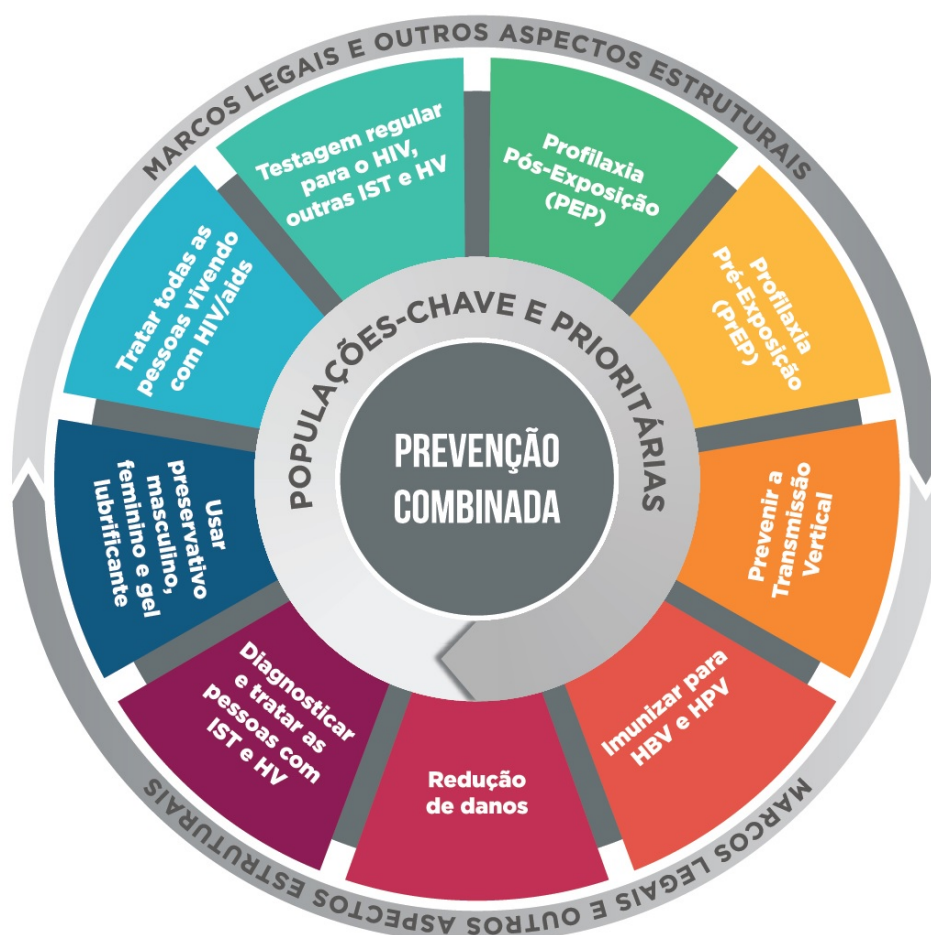
No Brasil, a primeira publicação com referência direta à prevenção combinada foi construída pela ABIA (ABIA, 2011; FERRAZ, 2016), em parceria com o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), com o foco em homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. O intuito era socializar informações com esses grupos mais afetados pela epidemia, especialmente sobre as mais recentes tecnologias de prevenção biomédica como PEP, PrEP e I=I, ampliando as possibilidades de autocuidado para além do uso de preservativos.

Nas Orientações para a Atenção Básica (2017b) é estabelecida uma relação entre ideia de prevenção combinada e a perspectiva adotada na Política Nacional de Atenção Básica (versão de 2011) que se propõe a conjugar ações de promoção, prevenção e tratamento, bem como a necessidade de considerar os sujeitos a partir da sua integralidade e complexidade cultural. O PCDT-PrEP, faz referência ao

conceito de prevenção combinada como sendo “uso ‘combinado’ de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método ao outro” (2022, s/p).

Ou seja, a ideia de “combinação” centra-se nas possibilidades de escolha das pessoas. A conexão de tais intervenções é sistematizada em formato de mandala, tendo os marcos legais e outros aspectos estruturais em seu entorno e as tecnologias voltadas ao centro, onde encontram-se as populações-chave e prioritárias e mais ao centro, a própria noção de que é preciso combinar as tecnologias de prevenção<sup>31</sup>:

Figura 4 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2019.

<sup>31</sup> Para saber mais sobre cada uma das estratégias e tecnologias da prevenção combinada, acesse: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>



Tanto o conceito de prevenção combinada como a representação da mandala se repetem nos documentos analisados, com exceção do PCDT-PrEP que, por ser um protocolo, faz referência mais sintética a isso. A representação da mandala passa a ideia de um leque de possibilidades, o que é interessante, já que por muito tempo as narrativas de saúde eram centradas no mantra “use camisinha”. Essa representação alerta profissionais e gestores(as) sobre ser necessário oferecer outras possibilidades e recursos conforme a necessidade e o contexto das pessoas.

Por outro lado, a mandala falha em considerar efetivamente as diferentes realidades. Por exemplo, inserir em uma fatia a prevenção da transmissão vertical é muito vago. A prevenção da transmissão vertical está intimamente relacionada à oferta de pré-natal de qualidade, oferta de teste rápido à população geral e as pessoas gestantes e puérperas, especialmente em aleitamento, além da necessidade de enfrentar barreiras culturais para a testagem das suas parcerias, o que não é representado na imagem. Tecnologias de prevenção que são básicas para mulheres cisgênero lésbicas, como o diálogo, higienização das mãos e corte das unhas, por exemplo, são completamente invisibilizadas. Também não é feita nenhuma menção as negociações entre pessoas para práticas sexuais que envolve redução de riscos, como fazer sexo sem penetração, por exemplo.

Portanto, além da noção de combinação, a noção de escolha fundamenta a concepção do atual modelo oficial preventivo. A possibilidade de fazer escolhas, no entanto, é sempre mediada pelas alternativas que estão postas no real (CHAUÍ, 2012). Qualquer insumo e recurso de prevenção precisa, além de estar descrito como estratégia nos documentos orientativos da política, estar disponível e com acesso viabilizado para as pessoas.

Nota-se, então, que liberdade e possibilidade de fazer escolhas, combinando alternativas, têm sido central na concepção de prevenção ao HIV/Aids no Brasil atual. Para Czeresinia, nesse contexto neoliberal, um ponto de preocupação é justamente que, sendo a autonomia um dos eixos básicos do seu discurso, “com que concepção de autonomia os projetos em promoção da saúde efetivamente trabalham?” (1999, p. 6). Para Spink (2001), a transição da modernidade tardia da sociedade disciplinar para a sociedade do risco transita<sup>32</sup>, também, da normatividade

---

<sup>32</sup> Vale destacar, novamente, que nesta tese realiza uma aproximação bem específica com a abordagem de Spink sobre o risco, e não corroborando com o entendimento de que há um trânsito da modernidade para a sociedade do risco. Para compreender as críticas a essa perspectiva,

para a lógica das opções. A questão da liberdade é central na relação entre estado e sociedade (PEREIRA, 2009). O sentido político da ideia de liberdade não é neutro: se apresenta de diferentes formas em distintas matrizes de pensamento e está em disputa nessa relação.

A gestão estatal do risco se dá em dois níveis complementares. A gestão das populações, pela emergência de sistemas que integram instituições e disciplinas; mecanismos sofisticados de gestão da informação; uma ética menos prescritiva e mais dialógica; e modalidades de movimentos sociais que se organizam através das facilidades da internet. Já a gestão da própria pessoa se dá a partir da gestão da informação à luz de mudanças substantivas na natureza das informações e dos mecanismos de circulação desta (SPINK, 2001).

O imperativo das opções aparece de forma bastante explícita em campanha realizada pelo Ministério da Saúde publicada em dezembro de 2016 sob o título “escolha sua forma de prevenção”<sup>33</sup>. Em uma das peças de comunicação, um casal heterossexual que está prestes a transar começa a dialogar sobre a camisinha e, a partir disso, começam a falar sobre outras formas de prevenção das quais “ficaram sabendo”, como PEP, teste rápido e tratamento. Ao final, reforçam a narrativa da importância do preservativo, referindo que esta é a forma mais simples de prevenção. A campanha passa, então, a ideia de que as pessoas possuem autonomia para escolher.

A autonomia, enquanto possibilidade de autorrealização e determinação dos sujeitos, é sempre relativa e mediada pelos contextos e possibilidades objetivas. Não escolhemos, por exemplo, o momento histórico que nascemos, o contexto político e econômico, o lugar social designado a condição de classe, raça e gênero e as possibilidades que teremos na vida em decorrência destas questões (CHAUÍ, 2012). Como as pessoas podem escolher entre as tecnologias de prevenção se não forem as que estão disponíveis para serem acessadas em seus contextos e regiões? Além disso, o conhecimento de uma alternativa torna essa possível. Desta forma é necessário, também, que tal análise dialogue com o acesso que as pessoas têm à informação sobre as diferentes tecnologias de prevenção.

---

sugiro o texto de Bosco e Ferreira (2011), “Sociedade mundial de risco: teoria, críticas e desafios”, disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/RcnRCjX5WZnqJ7CrdxLQNfh/?lang=pt>

<sup>33</sup> Para assistir ao vídeo da campanha, acesse <https://www.youtube.com/watch?v=hxG0bKfWuGY> (acesso em nov, 2022).

Chauí (2012), em diálogo com diferentes correntes filosóficas, sintetiza que a questão da liberdade se apresenta na forma de dois pares de opostos: necessidade-liberdade e o par contingência-liberdade. Necessidades são as condições que estão postas no real: como está a maré, que estrutura há para navegação, em quais condições e sob qual tempo. Já a contingência se refere aos acasos, felizes ou infelizes, que vão movendo o barco em mar aberto, enquanto o marinheiro repousa ou nada pode fazer.

A liberdade é uma possibilidade objetiva, como explicitam marxistas como Lukács e Goldman (CHAUÍ, 2012). Para Lukács (2012), é a possibilidade de teleologia que oferece uma conotação realmente nova ao desenvolvimento humano em relação aos outros seres naturais. O pôr teleológico implica que o humano é capaz de projetar finalidades, fazer escolhas em relação a estas e em relação aos meios para alcançá-las. Entretanto, as alternativas estão postas no real, real este que é síntese da produção humana universal. Afirmar que o humano e, por sua vez, os próprios indivíduos são seres sociais é afirmar que o ser faz a história e a história faz o ser dialeticamente.

A possibilidade objetiva do exercício da liberdade intersecciona questões sobre “as paixões, os interesses, as circunstâncias histórico-sociais, as condições naturais [...]” (CHAUÍ, 2012, p. 419). A liberdade está no seio da necessidade, e não fora dela. Neste sentido, a possibilidade de fazer escolhas em relação às tecnologias usadas para prevenção de infecção pelo vírus HIV precisa ser analisada dialeticamente com as possibilidades concretas das pessoas fazerem tais escolhas. Tais possibilidades são desiguais em se tratando de uma sociedade capitalista, que tem como próprio fundamento a desigualdade. Contudo, no neoliberalismo essa narrativa é levada ao extremo. Por um lado, parece que temos sempre a possibilidade de fazer escolhas e o nosso fracasso é, então, culpa individual. Por outro, encontramos barreiras de acesso e ausência na distribuição de recursos e insumos que viabilizem a prevenção.

A exemplo disso, diversas organizações, desde 2020, têm denunciado o desabastecimento de gel lubrificante, além da redução do número de preservativos repassados pelo governo federal aos estados e municípios (LADO A, 2021; ONG SOMOS, 2022; FOAESP, 2021). Em 2022 a ONG Somos, em Porto Alegre, lançou a campanha “No seco não dá!” e “Molhadinho é mais gostoso!”<sup>34</sup>, com postagens nas

---

<sup>34</sup> Campanha com apoio do Fundo Positivo.

redes sociais e distribuindo adesivos na 25ª Parada Livre da cidade para que fossem espalhados pelo espaço público, no intuito de provocar o governo em relação aos efeitos do desabastecimento do gel. Um dos argumentos para o desabastecimento teriam sido os investimentos necessários em relação à pandemia da Covid-19 (LADO A, 2021). Em resposta a isso, a ONG Somos também fez cartaz com campanha relacionando o álcool gel, que é um insumo fundamental na prevenção de infecção pelo novo coronavírus, e o gel lubrificante, apontando que os dois podem salvar vidas.

Além disso, ao centrar a estratégia política na oferta de um conjunto de tecnologias biomédicas com a justificativa da possibilidade de, em um horizonte próximo, ser possível visualizar o fim da epidemia (perspectiva esta adotada pelo UNAIDS), as pessoas são tratadas como consumidoras homogêneas de remédios (SEFFNER e PARKER, 2016b).

Em síntese, as concepções mais gerais que fundamentam o atual modelo preventivo se aproximam da noção (neo)liberal de liberdade como escolha. Esta é uma ideia abstrata de liberdade, que ao mesmo tempo reconhece e apaga as diferenças e desigualdades que estão no real. O sujeito livre para escolher é um consumidor de medicamentos. Mas vejamos como isso se desdobra quando tal concepção adquire contornos mais operacionais através de cada um dos eixos de intervenção: biomédico, comportamental e estrutural. Buscarei, para isso, primeiramente analisar como as estratégias priorizadas para prevenção combinada aparecem nos textos da política para, posteriormente, relacionar com os sentidos e usos que estas assumem na vida dos sujeitos.

### **3.1.1 Intervenções Biomédicas**

As intervenções biomédicas são descritas como as que têm como objetivo evitar infecção e/ou transmissão do HIV (BRASIL, 2017a). As tecnologias utilizadas para tal podem ser as estratégias de barreira clássicas, como “o uso de preservativos masculino e feminino” (BRASIL, 2017a, p. 18), ou as intervenções biomédicas ligadas a utilização de ARV, como a PrEP, PEP, e o tratamento de forma a que a pessoa se mantenha com carga viral indetectável<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Nesta tese, irei me referir a tecnologias de barreira quando tratar de preservativos e gel lubrificante e de tecnologias biomédicas especificamente quando tratar daquelas relacionadas ao uso de ARV.

Sobre a forma de abordar as tecnologias de barreira, também tratada assim nas orientações para atenção básica (2017b), nota-se uma baixa sensibilidade de redatores(as) e formuladores(as) da política quanto às reivindicações recorrentes de homens gays e mulheres travestis e transexuais em relação aos termos utilizados para nomear os preservativos. O chamado “preservativo feminino” pode ser utilizado internamente tanto na vagina como no ânus. O chamado “preservativo masculino” pode ser utilizado por qualquer pessoa que tenha pênis<sup>36</sup>. Ou seja, generificar a nomeação do preservativo, assim como as suas embalagens — por exemplo, o preservativo interno tem embalagem que remete ao universo das mulheres, com cores rosa e laranja — é uma forma também de dizer para que pessoas os recursos preventivos estão disponíveis. Se, por um lado, isso apoia na visibilidade da saúde sexual de mulheres cisgêneras, por outro, desconsidera as múltiplas possibilidades de uso do insumo e das práticas sexuais de diferentes pessoas.

Outro aspecto relevante é que neste documento (2017a) não é mencionado o gel lubrificante, que é um recurso extremamente importante para prevenção e para o prazer duas dimensões igualmente importantes na saúde sexual. Já nas orientações para atenção básica (2017b) esse aparece com mais consistência, salientando que tanto o gel como os preservativos devem ser ofertados de forma ampla e sem barreiras de acesso, sem exigência de documentos, limitação de quantidade ou idade mínima e sem a necessidade de agendamento para retirada. Salaria que o uso de gel lubrificante evita que o preservativo seja rompido e, além disso, salienta que profissionais devem estar atentas(os) se existe a oferta do insumo está adequada nas unidades de saúde em que trabalham. Embora o documento avance nesse ponto, é importante notar que nenhum dos documentos apresenta orientações sobre o gel como possibilidade de aumento de prazer e conforto nas práticas sexuais ou que o uso deste, ainda que isoladamente — isto é, em sexo sem preservativo — permite reduzir o risco de infecções por diminuir as fissuras na pele causadas pelo atrito na relação sexual.

São citados como exemplos de intervenções biomédicas a serem realizadas na atenção básica:

Distribuição de preservativos masculinos e femininos; distribuição de gel lubrificante; oferta de testagem; tratamento para todas as pessoas;

---

<sup>36</sup> Alguns grupos já vêm utilizando os termos “preservativo interno (vaginal) e externo (peniano)”, como é o caso da UNAIDS (2021) e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Profilaxia Pós-Exposição (PEP); Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); tratamento das infecções sexualmente transmissíveis - IST; imunização. (2017b, p. 11)

Para o Viva Melhor Sabendo, já são citadas da seguinte forma:

– Testes – Insumos de prevenção e redução de danos (oferta de insumos para o não compartilhamento de objetos) – Prevenção da Transmissão Vertical – Imunização – Tratamento de IST – Redução de danos (medidas preventivas adotadas, singularmente, para diminuir riscos e danos associados às práticas) – Tratamento e cuidado integral – Terapia antirretroviral – Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) – Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (BRASIL, 2021, p. 15)

É possível observar algumas diferenças nas estratégias que são descritas nos documentos. Na publicação de 2021 é retomada a perspectiva de redução de danos, especialmente no que se refere à distribuição de insumos como, por exemplo, seringas descartáveis para uso de drogas injetáveis e cachimbos ou protetores labiais para o uso de crack<sup>37</sup>. Possivelmente isso se justifica pelo fato de o documento se orientar às práticas que acontecem nos espaços de sociabilidade das pessoas dos grupos considerados populações-chave. Porém, não encontrei nenhum outro material que fizesse referência à compra desses insumos. Além disso, é possível observar que essa publicação não faz referência à distribuição de preservativos e de gel lubrificante, ao contrário das orientações para atenção básica que reforçam bastante esse ponto.

Sobre as tecnologias de prevenção biomédica, estas, apesar de já estarem presentes nas políticas de prevenção no cenário internacional desde 2006 e com mais força especialmente em 2012, no Brasil havia um silêncio sobre isso. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP), inicialmente indicada para exposições de risco ao HIV por meio de acidentes de trabalho com objetos perfurocortantes, foi incorporada também para situações de exposição sexual consentida. Em 2015 os protocolos foram unificados (CALAZANS, PINHEIRO e AYRES, 2018), com orientações mais disseminadas e consistentes aos serviços de saúde. Já a Profilaxia Pré Exposição foi oficialmente lançada em protocolo do Ministério da Saúde em 2017, embora

---

<sup>37</sup> Estratégias como estas, que também envolviam ações de ampliação da cidadania, foram incorporadas no SUS com os Consultórios na Rua (ABREU, 2017) e também com os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad). Atualmente, estas estratégias pautadas na reforma psiquiátrica e nas noções de cuidado e liberdade vem sendo ferozmente desmontadas.

algumas pessoas já tivessem acesso por meio de unidades que participavam de estudos clínicos.

Inicialmente o acesso à PrEP era bastante restrito e seletivo<sup>38</sup>. Embora a atualização do protocolo em 2022 busque ampliar o público, especialmente fazendo referência a possibilidade de ingressar a população jovem entre 15 e 29 anos no protocolo tendo em vista o aumento das taxas de infecção nesse grupo, ainda é emblemática a forma como a seleção das pessoas que poderão acessar ou não o recurso acontece<sup>39</sup>, ficando bastante centrada na avaliação subjetiva de profissionais. Ao visitar as páginas do UNAIDS (2022), da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2022) e do Ministério da Saúde (2022) buscando informações sobre prevenção combinada, é possível notar evidente ênfase em campanhas voltadas às intervenções biomédicas, especialmente a PrEP. Isso pode ser justificado pelo fato de a PrEP ainda ser uma novidade e as informações sobre ela precisarem circular. No entanto, tamanha ênfase provoca, também, invisibilidade e apagamento das estratégias mais dialógicas construídas ao longo da epidemia.

### 3.1.2 Intervenções Comportamentais

As intervenções visando mudança de comportamentos são uma estratégia bastante utilizada em prevenção em saúde de forma geral, por exemplo, em relação ao tabagismo, diabetes, etc. Sobre estas, as orientações para a prevenção combinada apresentam da seguinte forma:

[...] referem-se às intervenções cujo **foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco**. O objetivo dessas intervenções é oferecer a indivíduos e segmentos sociais um **conjunto amplo de informações e conhecimentos**, de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/aids que possam melhorar sua capacidade de gerir os diferentes graus de risco a que estão expostos. Nesse sentido, é imprescindível aprimorar suas percepções quanto ao entendimento e mensuração dos riscos que vivenciam em termos da exposição ao HIV, e que estão relacionados às suas práticas cotidianas, envolvam elas ou não aspectos relativos às práticas sexuais, ao uso de álcool e outras drogas ou a outro comportamento que signifique risco de infecção pelo vírus. (BRASIL, 2017a, p. 18)

---

<sup>38</sup> Afirmando isso com base em minha experiência como trabalhadora da saúde, no relato de amigos e colegas e especialmente a partir da narrativa de alguns dos participantes da pesquisa.

<sup>39</sup> Explorarei mais adiante outros aspectos sobre esse ponto.

O foco está, então, em proporcionar que os indivíduos tenham informações suficientes para que consigam evitar situações de risco. Acesso às informações, mudança comportamental e gestão de riscos são dimensões que aparecem aqui. Centra-se em nível individual, considerando que ao ter acesso às informações as pessoas conseguem fazer uma melhor gestão de risco, ou seja, melhores escolhas. Esse ponto é importante, visto que, como já referi, as pessoas apenas conseguem fazer escolhas em alternativas que estão sempre no plano do real (CHAUÍ, 2012) e, para isso, é preciso que de alguma forma tomem conhecimento sobre estas. Assim, é possível realizar escolhas com maior consciência e liberdade (CRISTIANO, 2013).

Na sequência do texto, é feita uma breve discussão sobre risco e vulnerabilidade, tratando os modelos conceituais como complementares. São abordadas as dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática), fazendo uma referência à Mann e citando, também, os determinantes sociais em saúde. Embora a noção de risco seja apresentada como central no que se refere às intervenções comportamentais, o debate feito na sequência busca apontar a insuficiência dessa noção, propondo que seja adotado o modelo da vulnerabilidade. No entanto, ao realizar tais mediações, não é explicitado de que forma, a partir das dimensões da vulnerabilidade, devem ser orientadas as intervenções comportamentais. O que muda, por exemplo, quando se pauta as intervenções comportamentais nas dimensões da vulnerabilidade e não apenas na noção de risco?

Além disso, é curioso notar que a discussão sobre vulnerabilidade em saúde encontra-se no eixo “abordagens comportamentais”, e não como fundamento do próprio conceito de prevenção combinada. A concepção acaba por ser esvaziada de seu potencial crítico, ficando centrada na possibilidade de, através da educação em saúde, mudar o comportamento das pessoas para que estas evitem riscos relacionados à infecção do HIV/Aids.

Como mostra Meyer *et al* (2006), no campo da saúde o risco é “representado como uma situação de dano em potencial, associado principalmente a fatores individuais” (2006, p. 1335). Então, de certa forma, as intervenções centram-se em corrigir os comportamentos que colocam as pessoas em situação de maior ou menor risco: o que comem, como transam, que drogas utilizam, etc. A educação em saúde, nessa perspectiva, pauta-se “em fatores de risco circunscrito



ao indivíduo e supostamente passíveis de correção a partir de ações racionais, de responsabilidade de cada pessoa” (MEYER *et al.*, 2006, p. 1337).

Os documentos que citam exemplos do que fazer no que se refere às intervenções comportamentais os expõe da seguinte forma:

Incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; Aconselhamento ao HIV/ aids e outras IST; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção aos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; estratégias de comunicação e educação entre pares; campanhas de prevenção em HIV e outras IST. (BRASIL, 2017b, p. 10).

– Informação, Comunicação e Educação – Acolhimento, aconselhamento e autocuidado – Adesão e vinculação – Redução de danos (medidas preventivas adotadas, singularmente, para diminuir riscos e danos (Brasil, 2021, p. 15).

Nos exemplos, é possível notar que há um certo avanço quanto aos objetivos das intervenções comportamentais. Para além de evitar a infecção por HIV, aparecem também a importância do acolhimento, da testagem, oferta de tratamento, vinculação e adesão aos serviços de saúde. Em síntese, há duas frentes de atuação para as intervenções comportamentais: a educação individual ou coletiva para que as pessoas tenham mais informações e condições de realizar gestão de risco e a abordagem para que tenham adesão aos recursos disponíveis, como testagem, PrEP e PEP, e tratamento.

O PCDT-PrEP também se fundamenta nesta noção, fazendo referência à noção de riscos e vulnerabilidades. Sobre a primeira, refere:

A partir do conhecimento das alternativas de prevenção, deve-se conversar com o indivíduo sobre a possibilidade de realizar o gerenciamento de risco, conforme suas práticas sexuais. Essa abordagem reconhece que as escolhas são feitas considerando diferentes pertencimentos culturais, inserções comunitárias e histórias de vida, que influenciarão nos modos como os métodos de prevenção são adotados ao longo da vida. [...] Cabe destacar que a gestão de risco considera o princípio de que **as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse, se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco de infecção pelo HIV.** (BRASIL, 2022, s/p).

Embora apresente a noção de que é preciso partir de como as pessoas vivenciam, entendem e mensuram os riscos, parte do pressuposto de que é possível tornar as pessoas aptas a fazer a gestão destes através da oferta de um conjunto

amplo de informações. Ou seja, mesmo que seja salientada a necessidade de considerar os diferentes pertencimentos, inserções e momentos e histórias de vida, novamente a gestão de riscos aqui apresentada parte do pressuposto de que as pessoas, quando munidas de informações, tornam-se aptas a fazer escolhas racionais que levem a redução do risco de infecção pelo HIV.

O texto avança ao fazer referência às tecnologias leves em saúde (MERHY e FEUERWERKER, 2016), como a escuta qualificada e o acolhimento, e ao interrelacionar estas com os fatores que influenciam em maior ou menor adesão à tecnologia biomédica. Contudo, ainda que faça referência às vulnerabilidades ao tratar da gestão de risco, em nenhum momento as relações entre risco e vulnerabilidades são explicitadas.

Em síntese, intervenções comportamentais descritas, embora fazendo referência à vulnerabilidade em saúde, coloca no centro o próprio comportamento dos sujeitos, entendendo estes como passíveis de mudança a partir do acesso à informação. As críticas que foram feitas ao longo da história social da epidemia, quando o modelo oficial preventivo se centrou na abordagem da mudança comportamental, ainda são relevantes para buscar tensionar o modelo adotado na prevenção combinada (AYRES, PAIVA e FRANÇA JR, 2012).

Os aspectos descritos da abordagem comportamental centram-se, sobretudo, na dimensão individual da vulnerabilidade, onde são consideradas as relações entre corpo, saúde, trajetória individual e recursos pessoais para lidar com os fatores externos; os contextos subjetivos, valores e desejos; e as relações de proximidade que as pessoas estabelecem (AYRES, PAIVA e FRANÇA JR, 2012). Além disso, preciso considerar que os fatores individuais

[...] estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los. (MEYER *et al.*, 2006, p. 1339)

A disposição das informações precisa considerar, por exemplo, os aspectos culturais, políticos e a escolaridade de quem as acessa, o que vai influenciar na forma como irão incorporá-las em suas vidas cotidianas, transformando ou não práticas de autocuidado. Além disso, é preciso incorporar a análise das dinâmicas

de poder e possibilidades efetivas que cada pessoa, em seu ambiente e contexto, tem de realizar mudanças individuais de comportamento.

Por último, vale destacar que a própria intervenção em saúde compõe, com seus saberes, tecnologias e serviços que já atuam na realidade em questão, o arcabouço dos determinantes no processo de saúde-doença. Isto é, a intervenção em saúde pode ser protetiva, mas também pode ser produtora de maior vulnerabilidade (AYRES, PAIVA e FRANÇA JR, 2012).

A própria forma como os sistemas serviços de saúde responderam à epidemia, especialmente no que se refere aos homens gays, está implicada na forma como as pessoas se comportam e realizam escolhas frente aos riscos. A forma como a intervenção em saúde é executada pode ser com maior ou menor consonância com os modelos oficiais. Estas atuam, em conjunto com uma série de outros fatores, organizando comportamentos em relação ao sexo e a sexualidade, a prevenção, ao desejo e prazer e ao autocuidado.

Ainda que na organização de estratégias o acento possa ser dado em alguma das dimensões da vulnerabilidade, estas precisam ser analisadas de forma integrada (AYRES, PAIVA e FRANÇA JR, 2012). Por isso, me parece descolado que sua explicitação no documento seja feita quando trata das intervenções comportamentais. Esta deveria ser incorporada na organização das orientações da prevenção combinada de forma a organizar o próprio modelo preventivo, articulando estratégias individuais, sociais e programáticas de forma a explicitar suas correlações.

Vale ainda investigar melhor como as ações educativas para prevenção entrada na mudança de comportamento através de informações são, de fato, executadas no âmbito das ações em saúde. Quais informações são passadas, como são passadas e para quem? Há diferenças na forma como as orientações são realizadas para homens que fazem sexo com homens, por exemplo? Como nenhum dos documentos explicita as informações ou aborda exemplos práticos, o que é bem importante quando se orienta o fazer em saúde, penso ser necessário investigar se aqui não há um campo interessante para aqueles(as) que se valem das pedagogias do medo, mostrando imagens que representam sinais, sintomas e o adoecimento, por exemplo. Ou melhor, investigar quais as pedagogias que imbuem o fazer na educação em saúde voltada à prevenção do HIV/Aids.

Em síntese, nas intervenções comportamentais aparece novamente a visão de escolha e autonomia como liberdade exercida por indivíduos racionais, aptos e capazes, desde que imbuídos de informações e conhecimentos. Há uma aproximação com a abordagem da vulnerabilidade, sem, contudo, abandonar a centralidade na perspectiva do risco, fazendo com que o próprio diálogo com a vulnerabilidade seja tomado de forma individualizante.

### **3.1.3 Intervenções Estruturais**

Nas orientações mais gerais sobre a prevenção combinada, as intervenções estruturais são as que buscam mudar as causas dos fatores de risco e vulnerabilidade. Estas são apresentadas como as que possuem o objetivo de “evitar que preconceitos, discriminações ou intolerâncias se convertam em formas de alienação ou relativização dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania” (BRASIL, 2017a, p. 21). A estrutura é entendida como “fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais” (BRASIL, 2017a, p. 21).

Este nível de intervenção centra-se, sobretudo, no preconceito e discriminação, que são aspectos privilegiados visto que são constituintes da história social da epidemia. Parker (2013) aponta que não é preciso de muito esforço para compreender como estes fatores incidem nas condições de saúde da população. O autor articula estes conceitos com as noções de desvantagem sistemática e violência estrutural. Pessoas negras, por exemplo, são vulnerabilizadas historicamente, tendo suas vidas marcadas por uma série de desigualdades e violências que se manifestam, inclusive, no acesso à atendimento médico e às políticas de saúde.

No entanto, há um empobrecimento das possibilidades de tratar sobre questões estruturais quando aspectos como pobreza, segurança alimentar, condições de transporte e moradia, emprego e renda, entre outros, não são abordados no texto. Como demonstram Calazans, Pinheiro e Ayres (2018, p. 285-286),

Há também forte tendência à abordagem da vulnerabilidade social como restrita às implicações das experiências de preconceito, estigma e violência, mediada por noções individualizantes do social, tais como autoestima, autonomia e consciência. Frequentemente, as estratégias de cuidado apresentadas enfatizam o empoderamento e o protagonismo individual ou do grupo.

Entendo que deveriam ser apontados os fatores em geral que incidem de forma desigual nas possibilidades de realizar a prevenção, a gestão de risco, o acesso aos recursos de saúde em geral, incluindo o tratamento. Para isso, deveria estabelecer conexões mais aprofundadas com a promoção em saúde e determinantes sociais, induzindo a necessidade de respostas e estratégias intersetoriais.

Vale destacar que esta, em comparação com a abordagem comportamental e com as tecnologias biomédicas, é a menor parte do texto, contendo apenas três parágrafos. Ainda que seja um importante avanço tal posicionamento nas políticas de prevenção, a construção da orientação a trabalhadoras/es e gestoras/es (BRASIL, 2017a) não sustenta argumentos e nem aponta estratégias para que, de fato, seja possível embasar políticas e ações voltadas à eliminação de preconceitos e alienações. Além do mais, considerando a importância do ponto de vista das intervenções estruturais para práticas de gestão, o eixo não faz nenhuma referência a orçamento, financiamento e estrutura de serviços de saúde que possam materializar as estratégias de prevenção combinada.

Nos demais documentos, os exemplos de ações relacionados às intervenções estruturais são descritos da seguinte forma:

Ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia, transfobia e demais preconceitos; promoção e defesa de direitos humanos; campanhas educativas e de conscientização; e marcos legais e ações programáticas que impactem nos determinantes sociais. (BRASIL, 2017b, p. 11).

– Políticas públicas – Arcabouço legal e normativo – Contexto, condições socioambientais e determinantes sociais – Cultura, moral e religiões – Economia, financiamentos, acesso a trabalho e renda – Desigualdades de raça e gênero – Violências – Redução de danos (dimensão legal; criminalização) (BRASIL, 2021, p. 15).

É possível notar que na descrição nos demais documentos há uma ampliação ao abordar o campo de atuação necessário do ponto de vista estrutural. No entanto, as orientações para atenção básica não fazem referência direta a

nenhuma estratégia que poderia ser executada nesse nível de atenção. O guia sobre o programa Viva Melhor Sabendo apresenta como uma estratégia o apoio na vinculação das pessoas aos serviços e a intenção de realizar as intervenções nos locais de sociabilidade, o que pode ser interpretado como uma intervenção que busca romper com barreiras de acesso.

A “agenda estratégica” (BRASIL, 2018) é o documento que mais faz referência aos aspectos estruturais. As populações-chave são definidas como:

[...] as populações-chave para a resposta brasileira à epidemia de HIV/aids são aquelas atingidas desproporcional e desigualmente em comparação à população geral, tanto sob o ponto de vista epidemiológico quanto em relação ao acesso à saúde, além de se encontrarem sob maior vulnerabilidade para outras IST, hepatites virais e coinfeção TB-HIV. (BRASIL, 2018, p. 21)

A construção de uma agenda estratégica voltada à populações-chave é justificada pelo fato de o perfil epidemiológico das epidemias apresentarem prevalências desproporcionais em determinados grupos, como é o caso de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. A maior vulnerabilidade à infecção pelo vírus do HIV é entendida como decorrente de, sobretudo, fatores estruturais como pobreza, desigualdades de gênero e raça, situações de violência, estigma discriminação e criminalização, que produzem barreiras de acesso à saúde. O documento propõe mobilizar todas as pessoas envolvidas na resposta à epidemia, pautando-se em estudos e em parcerias com a sociedade civil para superar as barreiras de acesso. Visa incidir em diferentes processos de gestão, do trabalho e do cuidado integral.

Este apresenta alguns avanços na abordagem sobre vulnerabilidade, buscando delimitar melhor esse entendimento para evitar os riscos de ser apenas mais uma tradução operacional da ideia de grupo de riscos, ou mesmo que recaia em abordagens individualizantes.

É muito importante, todavia, atentar para o conceito de população -chave, de modo que este não se torne um mero eufemismo para os antigos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco – os quais tiveram por consequência a alimentação de estigmas e discriminação em relação às populações que não são culpadas e, sim, que mais precisam de atenção. Tal risco pode ocorrer quando se atribuem as probabilidades de infecção somente aos indivíduos e aos seus comportamentos, sem considerar os contextos históricos, sociais e estruturais que posicionam determinados segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade para o HIV.

Uma pessoa que não consegue acessar informações, seja pelo seu baixo grau de instrução, seja porque se encontra em uma situação de exclusão social, está mais vulnerável à infecção, não em virtude de seu comportamento ou de suas escolhas pessoais, mas devido a suas estruturas sociais. (p. 20 - 21)

É feito um destaque para a noção de “sinergia de vulnerabilidades” de Richard Parker (2000 apud BRASIL, 2018), entendendo que “[...] todos os segmentos populacionais considerados “chave” ou “prioritários” na resposta à epidemia do HIV devem ser tidos como potencialmente transversais” (p. 25). Além disso, traz como novidade em relação aos outros documentos a referência à criminalização do HIV como um fator vulnerabilizante, além da estigmatização já supracitada.

As estratégias são apresentadas de forma organizada entre:

A – Atenção integral e cuidado contínuo B – Enfrentamento ao estigma e discriminação C – Comunicação em Saúde D – Educação em Saúde E – Participação social e cidadania F – Informações estratégicas G – Gestão e governança. (p. 42)

É apresentada uma matriz com estratégias vinculadas a cada um desses eixos, ações, produtos a serem entregues, responsáveis pela condução e parcerias. As estratégias elaboradas são abrangentes e contemplam desde a elaboração de materiais técnicos, pesquisas, fortalecimento da agenda política e participação social e formação de profissionais. O tempo de execução foi previsto entre 2018 e 2021, havendo um seminário para apresentar monitoramento das estratégias em 2020.

Não encontrei informações públicas sobre o monitoramento institucional da agenda estratégica, nem sobre monitoramento feito por movimentos sociais<sup>40</sup>. É necessário avaliar e monitorar seu andamento, especialmente nesse contexto de desmonte e desfinanciamento das políticas de saúde, e de ofensiva antigênero. A ausência de estratégias mais elaboradas nas orientações para profissionais e gestores(as), ou mesmo a dificuldade de execução destas em um contexto de desmonte das políticas públicas e sociais demonstra a dificuldade em articular de forma operacional as respostas no Brasil contemporâneo.

---

<sup>40</sup> Além disso, encaminhei um e-mail para a área responsável no Ministério da Saúde, para o qual não obtive resposta. Vale destacar que o contato foi feito no período de transição no governo federal, o que pode ter dificultado a comunicação.

Intervenções estruturais precisam estar apoiadas em uma análise político-econômica e cultural de cada país, sua estrutura social, desigualdades, forma como lida com espaço público — mais ou menos democrático —, políticas e programas que viabilizam cidadania, dinâmica da vida política e da divisão de poderes entre as pessoas e grupos (SEFFNER e PARKER, 2016a). Além disso, precisa considerar a tradição de respostas mais ou menos articuladas entre os diferentes setores de política social, induzindo efetivamente respostas intersetoriais nos diferentes níveis de atuação estatal, vale dizer, gestão, formulação das políticas, assistência direta à população, entre outros.

No entanto, como aponta Ferraz (2016), as intervenções estruturais são, em geral, excluídas dos pacotes de intervenções financiáveis, que focam em respostas biomédicas e comportamentais, sobretudo as que têm como base o uso de antirretrovirais (ARV). Então, no atual momento histórico, me parece estratégico que movimentos sociais se fortaleçam no papel de controle social das políticas públicas, observando tanto onde estão sendo colocados os recursos como os conteúdos das propostas.

Em síntese, o atual modelo preventivo avança ao dispor de uma dimensão específica para tratar de intervenções estruturais. Todavia, ainda é necessário avançar na compreensão de aspectos mais amplos da desigualdade social e na articulação com respostas efetivamente intersetoriais, impregnando as também as demais dimensões interventivas: biomédica e comportamental. Do contrário, o avanço tende a ser apenas uma retórica, substituindo nomenclaturas, sem, contudo, conseguir romper com o modelo individualizante e pautado em uma concepção de liberdade e autonomia neoliberal.

### 3.2 O “HOMEM GAY” QUE A POLÍTICA CONSTRÓI

Neste tópico buscarei compreender a partir de quais noções são representados os homens gays no atual modelo oficial preventivo do HIV/Aids. Para fundamentar essa análise, vale resgatar alguns aspectos que já abordei para, então, reintroduzir alguns conceitos que a apoiam. Com a Constituição Federal de 1988 e posteriormente com a Lei 8080 de 1990, se institui o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a construir um sistema universal, oferecendo atenção a qualquer pessoa



em território brasileiro, a depender de suas necessidades de saúde. Ou seja, a diferenciação se dá pela própria necessidade que precisa ser atendida.

No entanto, como já abordei, a Constituição Federal e a busca por instituir um sistema de seguridade social no país se desenvolve na contramão das perspectivas neoliberais já presentes em países centrais, sem o Brasil estar imune a estes movimentos de retração. Assim, a tensão entre universalidade e focalização está presente desde as tentativas de implantação de um sistema de seguridade no país. A universalidade está, em tese, mais atrelada ao princípio da igualdade, enquanto a focalização na ideia de que, dados os escassos recursos, é preciso alocar onde é mais necessário (THEODORO e DELGADO, 2003).

Esta última está bastante alinhada à racionalidade neoliberal, onde direitos passam a ser concebidos como mercadorias e o pouco que é investido em política social precisa ser racionalmente direcionado àqueles que não podem pagar ou aqueles que mais precisam de determinado recurso - as pessoas em maior risco, as mais doentes, etc. A racionalização de recursos leva à hierarquização de necessidades, cujos critérios precisam ser discutidos, já que não são neutros.

Já para Kerstenetzki (2006), para a tomada de decisão quanto ao desenho de determinada política sobre se esta será pautada na universalidade e/ou focalização, o que é preciso ter de fundo é qual a concepção de justiça que está embasando: uma concepção de justiça de mercado ou redistributiva. Nessa perspectiva, a autora defende que a focalização não precisa estar em oposição à universalidade. Quando tomada como ação reparadora, a focalização se voltaria a buscar

[...] restituir a grupos sociais o acesso efetivo a direitos universais formalmente iguais — acesso que teria sido perdido como resultado de injustiças passadas, em virtude, por exemplo, de desiguais oportunidades de realização de gerações passadas que se transmitiram às presentes na perpetuação da desigualdade de recursos e capacidades (2006, p. 570)

Ou seja, a focalização atrelada a uma ideia de equidade. Aqui, entram por exemplo as políticas compensatórias, como as cotas e distribuição de bolsas, ou mesmo políticas focadas na pobreza ou extrema pobreza. A focalização seria como uma continuidade da universalidade, uma forma de discriminação positiva, buscando assegurar acesso a direitos universais para além do direito formal.

Trago estes elementos pois se relacionam e apoiam a compreensão sobre como o homem gay aparece no atual modelo oficial preventivo. Há uma coerência na forma como os documentos abordam a questão, com certos avanços nos documentos mais recentes (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2022). Além de analisar estes aspectos nos documentos já mencionados, acrescento aqui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PrEP de risco à infecção pelo HIV (2018). Este último foi atualizado em 2022, ampliando o público da PrEP para além das chamadas “populações-chave”. Entretanto, a experiência dos homens entrevistados é mediada sobretudo pelos critérios estabelecidos no protocolo anterior.

Para situar como os homens gays são construídos na narrativa da política, uma primeira dimensão é que o modelo de Prevenção Combinada se propõe a priorizar “populações sob maior risco de infecção” (p. 25), sob o argumento de que a maioria das respostas à epidemia não priorizavam suficientemente estas populações. Parte, então, de uma premissa elaborada pelo UNAIDS de que é preciso conhecer as epidemias locais, visto que pessoas em diferentes contextos e territórios estão submetidas a diferentes riscos de transmitir ou contrair o HIV.

Então, um primeiro argumento para focalização em determinadas populações é o argumento epidemiológico. São consideradas populações-chave para a resposta ao HIV no Brasil aquelas que possuem concentração de casos de infecção acima da população geral. No Brasil, a concentração de casos de HIV na chamada “população geral” é de 0,4%, segundo dados de 2015. A população que mais concentra casos é a de mulheres transexuais, chegando a 31,2%, seguido de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, que varia entre 15,0% e 10,5%, a depender do estudo. Além destas, são consideradas populações-chave pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras(es) do sexo e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017a).

O Ministério da Saúde define, ainda, como populações prioritárias aquelas pertencentes a “outros segmentos populacionais [que] também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids que a média da população” (BRASIL, 2017a, p. 28). São consideradas prioritárias a população negra, jovem, em situação de rua e indígena. Neste aspecto, vale observar que a política avança ao dar visibilidade ao racismo estrutural e a população jovem. Outro ponto em que o texto se destaca refere-se à apreensão destes recortes e categorias como transversais:

Todas as categorias consideradas chave e prioritárias na resposta à epidemia devem ser consideradas como potencialmente transversais. Assim, não devem ser categorias estanques, sendo por princípio fluidas, de tal modo que um gay pode usar drogas e também fazer trabalho sexual. Uma mulher transexual pode fazer trabalho sexual e também estar ou ser privada de liberdade, e assim por diante. Dessa forma, o pertencimento a uma categoria não exclui a pessoa das demais, e as vulnerabilidades dessas populações devem ser entendidas na sua integralidade.

Se relaciona, então, com o princípio da integralidade, buscando romper com algum enquadramento dos sujeitos a partir de categorias puramente identitárias. Na segunda seção do texto, é apresentada uma espécie de descrição de cada uma dessas populações. Aqui, é possível evidenciar outras três dimensões para a análise, para além do argumento epidemiológico: diferenciação entre orientação sexual e prática sexual; risco; estigma e discriminação.

Sobre o que é ser um homem gay, o texto menciona:

Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) são pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria, além do componente sexual, traz em seu bojo a noção de **pertencimento e identificação**, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades. Gays estabelecem e comungam de **processos identitários e de identificação** construídos com base nas suas relações e envolvimento sexual, emocional ou afetivo com outros homens, cujas manifestações de comportamentos compartilhados nas relações sexuais e afetivas possuem a mesma forma de se integrar e se definir em seus respectivos grupos sociais. (Brasil, 2016a, p. 33-34).

Ou seja, homens gays são concebidos a partir de suas relações de pertencimento e identificação e homens que fazem sexo com homens como aqueles que estabelecem relações e práticas sexuais com outros homens, sem que necessariamente isso lhes atribua uma identificação com determinado grupo social. É possível, aqui, notar a intenção de ampliar como se compreendem essas populações. Entretanto, segue havendo dificuldades por pautarem as notificações em aspectos identitários. Homens gays transsexuais, homens bissexuais e pansexuais, por exemplo, ficam invisibilizados<sup>41</sup>.

Após essas definições, é apresentada a dimensão do risco devido ao tipo de prática sexual:

---

<sup>41</sup> Além disso, ocorrem dificuldades do ponto de vista operacional. Me recordo de ficar sabendo de colegas que preenchem a notificação de AIDS de mulheres travestis e transexuais com HSH por entenderem que, afinal, a infecção se deu por sexo anal.

Estima-se que, em média, o risco de transmissão do HIV no sexo anal seja até 18 vezes maior que o risco de transmissão no sexo vaginal. O risco de adquirir o HIV durante um ato de sexo anal sem proteção situa-se por volta de 1,4% e **a variação de papéis nas relações sexuais da população de gays e HSH aumenta o risco de transmissão**. Homens que praticam sexo anal receptivo sem proteção têm um risco maior de adquirir o HIV, enquanto homens que praticam sexo anal insertivo sem proteção têm maior probabilidade de transmitir o HIV. Esses dois fatores em conjunto fazem com que a transmissão do HIV aumente entre gays e outros HSH de uma maneira que não se observa entre parceiros heterossexuais. (BRASIL, 2016a, p. 34).

O sexo anal e a variação entre papéis insertivo e receptivo é observada como o principal aspecto que faz com que a prevalência de infecções seja maior entre homens gays e outros HSH. No decorrer do texto, é mencionado também um estudo sobre homens trans que realizam sexo anal. Porém, em nenhum momento é feita menção sobre este ser um fator de aumento de risco também para mulheres travestis e transsexuais, ou mesmo para a chamada “população geral”. Circunscrever o risco de infecção/transmissão ao HIV apenas a um grupo populacional parece bem limitante, visto que orientações mais gerais sobre prevenção para toda a população sexualmente ativa — e que potencialmente pode realizar sexo anal — são importantes.

Por último, de forma bastante sucinta, é apresentada a dimensão do estigma e discriminação como mais um fator vulnerabilizante:

Herdados de épocas anteriores, nas primeiras ondas da epidemia de aids, o estigma e a discriminação que cercam a população de gays e HSH tem contribuído para as barreiras de acesso que essa população enfrenta aos serviços de saúde. (BRASIL, 2017a, p. 34).

Estigma e discriminação aparecem, tanto aqui como quando o texto trata sobre as intervenções estruturais, como um impedimento ou uma barreira ao acesso aos serviços de saúde. O documento que aborda com maior ênfase a homossexualidade masculina a partir das relações sociais produtoras de vulnerabilidade é a Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave (BRASIL, 2018a), por ser, afinal, este o objeto do material. Além disso, como analisei no item anterior, este é o material que aborda com mais consistência as intervenções estruturais.

Sobre a forma como é construído o “homem gay” neste texto, se repete o argumento epidemiológico, a definição de homem gay atrelada a noções de pertencimento e identificação e as noções de risco explicadas a partir do sexo anal. Também se repete o argumento sobre estigma e discriminação, porém abre-se espaço para considerações sobre barreiras de acesso:

O estigma em relação aos gays é um fator resultante de uma forma particular de exclusão social, que ocorre desde épocas anteriores à epidemia de HIV. Porém, o preconceito aumenta quando a infecção pelo HIV é rotulada como marca ou atributo relacionado especificamente a esse grupo, contribuindo, assim, para as barreiras de acesso que essa população enfrenta nos serviços de saúde. (BRASIL, 2018a, p. 26).

Ou seja, neste documento é explicitada a discriminação que afeta homens gays desde antes da epidemia e como a infecção e a doença foram designadas como algo específico desse grupo. Embora estes aspectos sejam de evidente relevância e apareçam, também, nas narrativas dos homens entrevistados – como abordarei logo adiante — suas falas apontam para necessidade de a política articular respostas considerando como os processos identitários e as experiências de homens gays são moduladas também a partir da intersecção entre homossexualidade, HIV e respostas preventivas que se constituíram (e se constituem) na história social da epidemia.

O documento voltado à Atenção Básica (2017b) repete o argumento epidemiológico e a diferenciação entre gays e HSH. O documento ressalta a necessidade de voltar as ações à população geral usuária das unidades de saúde, assumindo caráter menos focalizador do que os outros documentos. Quando trata das populações-chave, destaca que essa observação visa considerar que “a cada diferente grupo populacional sejam ofertadas diferentes ações de prevenção, respeitando-se, sobretudo, as especificidades e características de cada um desses grupos” (BRASIL, 2017b, p. 13). Ou seja, prevalece a noção de equidade. No entanto, ao não abordar aspectos relacionados a discriminação e vulnerabilidade, falha em trazer visibilidade para as barreiras de acesso, especialmente em relação ao acesso à serviços no próprio território onde as pessoas vivem. Vale dizer, medo de exposição, medo de ter seu diagnóstico revelado, entre outros.

O PCDT PrEP (2018) aborda exclusivamente o argumento epidemiológico, referindo que que homens gays fazem parte dos “segmentos populacionais que

respondem pela maioria de casos novos da infecção” e trazendo dados sobre populações e contextos sob risco aumentado para aquisição do HIV. Neste aspecto, é referido que o fato de pertencer a esse grupo populacional não é suficiente para avaliar a exposição frequente ao HIV e que é necessário observar “as práticas sexuais, as parcerias sexuais e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção” (BRASIL, 2018b, p. 14).

Entre os documentos analisados, este é o que apresenta maior grau de focalização. A disponibilização do recurso da PrEP foi, desde 2018 até 2022, focada apenas em populações-chave. Além disso, por mais importante que seja efetivamente avaliar os contextos específicos, as práticas e relações, este aspecto se operacionaliza como uma soma de critérios. Isto é, para quem buscava o recurso não bastava pertencer a um destes grupos em específico, mas ainda era necessário ter outras práticas consideradas de maior risco para que se enquadrassem nos critérios de indicação de PrEP. Estes critérios são descritos como: “Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses E/OU Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) E/OU Uso repetido de Profilaxia PósExposição (PEP)” (2018b, p.17).

A narrativa de Caio demonstra e exemplifica efeitos dessa focalização, Caio não teve acesso à PrEP por ter relatado buscar fazer uso consistente de preservativo no sexo anal, com poucos episódios onde não fez uso ou que o preservativo rompeu. Por isso, lhe foi indicado fazer uso de PEP quando estas situações ocorressem e, algum tempo depois, foi diagnosticado com HIV. Analisarei com mais profundidade estes aspectos no capítulo 4, buscando demonstrar como os sujeitos se constroem para a prevenção. Por ora, vale o destaque para o fato de a focalização ao mesmo tempo constrói um sujeito destinatário para a prevenção e, por isso, visto e (auto)percebido como um sujeito em maior risco, ao mesmo passo em que critérios que materializam as políticas e acesso à recursos, na forma como se operacionalizam, ficam sempre na tensão entre a discriminação positiva e a negativa. Caio, por exemplo, refere que em vários momentos se percebeu pensando que gostaria de ter tido sífilis antes, ou que poderia ter mentido na entrevista para PrEP, para que pudesse ter tido acesso ao recurso e assim evitar a infecção por HIV.

Como já referi, as mudanças no protocolo da PrEP possibilitam que pessoas fora das populações-chave acessem a PrEP, dando acento aos contextos de risco aumentado de aquisição de HIV e colocando como prioritárias as populações com

vulnerabilidades específicas — como é o caso de gays e HSH. Estes contextos de maior risco são descritos como:

Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; Frequência de relações sexuais com parcerias eventuais; Quantidade e diversidade de parcerias sexuais; Histórico de episódios de IST; Busca repetida por PEP; Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc.; Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxi-butilato – GHB, MDMA, cocaína, poppers) com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais. (BRASIL, 2022, p. 31)

Com a mudança de protocolo, os critérios foram ampliados, considerando aspectos como frequência de relações sexuais com parcerias eventuais e prática sexual sob a influência de uso de drogas. A avaliação para a elegibilidade para o uso de PrEP, como já mencionei, deve ser feita pelo profissional sob uma abordagem de gerenciamento de risco com o indivíduo atendido. Não fica evidente no protocolo se a decisão final sobre o uso ou não deve ser tomada pelo próprio indivíduo atendido ou pelo(a) profissional de saúde. Por certo que, ao final, se prescrita a profilaxia, o sujeito fará em diferentes momentos, e com diferentes graus de consciência, a tomada de decisão sobre o uso: seja no momento de tomar diariamente a medicação, seja em reavaliações periódicas, etc. Entretanto, a elegibilidade, que é uma das dimensões da focalização, parece ainda centrar-se como um poder discricionário do(a) trabalhador(a) da saúde.

Em resumo, é possível afirmar que o “homem gay” que a política constrói através das noções que apresenta se situa entre o risco e a vulnerabilidade, além de ser um grupo populacional definido a partir de noções de pertencimento e identificação. São apresentados argumentos epidemiológicos, sobre estigma e discriminação e sobre o maior risco de infecção/transmissão pela prática de sexo anal, que justificam a necessidade de centrar a resposta à pandemia neste grupo populacional (entre outros). A forma como a focalização se traduz em estratégias circula entre abordagens mais voltadas à equidade e mais voltadas à racionalização de recursos e critérios de elegibilidade, como é o caso dos protocolos da PrEP.

#### 4. MEDIAÇÕES ENTRE PREVENÇÃO E A EXPERIÊNCIA DE HOMENS GAYS

A noção de prevenção que embasa o atual modelo preventivo do HIV/Aids no Brasil recupera elementos dos modelos anteriores, tanto de estratégias como de narrativas construídas. No entanto, ao associar a abordagem de risco e vulnerabilidade à ideia de opção, combinação e autonomia centrada na gestão de risco individual a partir da possibilidade de fazer “boas escolhas”, parece que sua gênese se diferencia dos modelos anteriores, havendo um deslocamento da normatividade ou da perspectiva da prevenção como um direito relacionado à promoção em saúde, para uma lógica de individualização. Para Spink, sobre os modos de a sociedade lidar com o risco,

Na vertente da prevenção, o principal mecanismo de controle é a norma, definida por meio da média estatística. Já na vertente da aposta, elemento essencial do comportamento em uma economia liberal, o principal mecanismo de gestão é a tomada de decisão informada que privilegia o processamento da informação numa perspectiva cognitiva intra-individual. (SPINK, 2001, p. 1887)

A aposta, para a autora, é entendida como uma metáfora dos jogos que mobilizam prazer frente ao risco e uma certa sensação de controle quando parece que os elementos para evitá-lo estão dominados. A vertente da aposta parece ser a tônica da prevenção combinada, incorporando em seu núcleo a noção de liberdade no sentido neoliberal, onde aparentemente as pessoas têm acesso à informações suficientes para realizarem a gestão de risco e se manterem seguras a partir de cotidianas análises de medição das probabilidades de risco, gestão da informação e realização de escolhas ultra-rationais. Entendo, por isso, que de fato a prevenção combinada se apresenta como um novo modelo e, se quiserem, até um novo paradigma de prevenção que, embora não rompa com modelos anteriores, se constrói sob o imperativo das ideias neoliberais. Vejamos, então, os rebatimentos deste modelo na vida dos homens gays.

As formas como os serviços, tecnologias e conceitos nos quais se estrutura e se materializa o atual modelo oficial preventivo do HIV/Aids incide nas estratégias de prevenção adotadas pelos homens é plural e diversa. Esta é atravessada pelas mudanças no contexto social, político e cultural, na política e pela história social da Aids, e, também, pelos diferentes contextos e histórias de vida dos homens



entrevistados. É através de múltiplas mediações (PONTES, 1995) que a política se materializa na vida dos sujeitos, e estas mediações são operadas por instituições e atores(atrizes) que participam da vida social, produzindo as condições e/ou participando do que vai se configurar como a experiência.

Neste capítulo, analiso por onde vão se construindo os acessos que os homens gays têm ao modelo atual preventivo do HIV/Aids, suas estratégias e recursos. Em conjunto, analiso possíveis repercussões que vão sendo produzidas na experiência dos sujeitos. Isto é, a partir de suas narrativas busco evidenciar por onde se constroem as mediações entre a política e o sujeito, explicitando, também, o conteúdo dessas mediações.

#### 4.1 REDES SOCIAIS E ITINERÁRIOS: ENTRE BUSCAS INDIVIDUAIS E EDUCAÇÃO ESPONTÂNEA ENTRE PARES

Apoia análise o conceito de redes sociais, que pode ser entendido como “[...] um conjunto de sujeitos ligados entre si por relações interpessoais que permitem a transmissão de recursos, extrapolando os limites formais” (AVELAR e MALFITANO, 2018, p. 3202). Estas redes são compostas tanto por serviços, como os de saúde, assistência social e educação, como por redes espontâneas e de proximidade,

[...] que se organizam na perspectiva do apoio mútuo e solidariedade, como nas relações afetivas, de parentesco, de proximidade com amigos, vizinhos e nas relações entre os indivíduos de uma mesma comunidade. Essas formas de rede são tecidas no cotidiano, estimuladas pelas demandas de apoio, convivência e, frequentemente, passam despercebidas pelos sujeitos que nela se inserem e se relacionam (GUARÁ, 2010, p.22).

A densidade dessas redes sociais depende da relação estabelecida, da quantidade de interações (AVELAR e MALFITANO, 2018) e da intensidade e proximidade destas. As redes tanto apoiam e oferecem proteção, como podem rearticular estratégias de controle, estigmatização e discriminação. Os usos que são feitos pelos homens entrevistados e os sentidos que vão sendo atribuídos sobre a prevenção vão depender dos caminhos por onde vão se construindo suas concepções e acessos. Estes itinerários passam por diferentes lugares: escola, através de palestras e aulas de educação sexual; através da arte, com filmes e livros; contato ou participação no movimento social; e atendimentos em serviços de

saúde. Aparece, em destaque, a educação espontânea entre pares, isto é, através de intercâmbio em redes de proximidade.

Tomarei, então, para análise mais especificamente os itinerários percorridos por esses homens, que produzem a experiência e, por isso, os sentidos da prevenção. Estes diversos pontos da rede social se configuram como mediações entre a política formulada e a experiência. Por itinerários compreendo os caminhos que são percorridos pelos homens gays entrevistados, que vão conformando seus entendimentos e incidindo em suas experiências.

Um primeiro aspecto que aparece é que o conhecimento vai sendo construído através de buscas individuais, seja através de diálogos ou pesquisas na internet, a partir da mobilização dos próprios sujeitos, como trazem João, Ricardo e César e Enzo, e pode ser exemplificado nas seguintes falas:

[...] Eu tive assim, sei lá algumas horas... perdidas ao longo de todo ensino médio ou fundamental. Mas assim, ó [...] uma orientação super, super, super básica quando eu tinha, sei lá, alguma coisa perto de... entre 12 e 14 anos de idade. **Depois tudo que eu acessei foi em pessoas próximas a mim e informações que eu busquei em leitura virtual ou física.** (Ricardo)

[...] **eu sempre fui uma pessoa que busquei me informar**, e mais do que isso, **eu aprendi muita coisa pelas redes sociais**. Então é, como eu morava em uma cidade muito pequena e tal, **eu tinha as redes sociais (virtuais)<sup>42</sup> para expandir meu mundo** né, até vir para Porto Alegre e tal. E... através das redes sociais é... eu consegui seguir muita gente que faziam vários debates e ainda bem eram boas pessoas assim sabe, então eu conheci por exemplo o Gabriel Estrela né, que é **um artista e que é um ativista**. (César)

Nessa busca, as mídias sociais digitais aparecem como um papel importante para alguns entrevistados, como César, especialmente por ser um espaço que rompe com fronteiras espaciais concretas e permite acessos que não são percebidos como disponíveis em certos territórios, como em municípios do interior do estado. Semelhante a isso, Enzo traz a percepção de que em cidades do interior temas relacionados a sexo e sexualidade serem tratados de uma forma muito semelhante ao que Foucault (2018) demonstra: aparentemente não se pode falar sobre, no entanto fala-se muito, apontando e circunscrevendo os sentidos que devem ter para as pessoas.

---

<sup>42</sup> Como aqui estou trabalhando com um conceito de redes sociais mais amplo do que as digitais, quando este termo aparece no sentido de redes sociais virtuais acrescentarei tal designação.

Então, **por volta dos meus doze treze anos, a gente teve sexualidade na escola.** Tipo, essa era uma coisa que foi nova para gente, **porque interior nunca se fala sobre sexo**, porque todo mundo, não quero generalizar, mas é praticamente aquele boçal, aquela coisa que poxa, **sexo não existe, mas se alguém pegar IST vão falar sobre ela.** Então, com meus doze ou treze anos **comecei a ter sexualidade na escola e comecei a aprender sobre o corpo humano**, e comecei a gostar da biologia do corpo humano, não somente da parte dos órgãos genitais e tudo mais, mas o corpo como um todo [...]. **Eu comecei a estudar melhor o que era**, o que poderia acontecer e tudo mais, e comecei a descobrir essas questões de IST e tudo mais, **e foi aí que eu praticamente estudei sozinho**, toda essa questão de educação sexual. (Enzo)

Novamente, a fala de Enzo refere a busca individual, falando sobre ter buscado sozinho conhecimentos sobre corpo, sexualidade e prevenção, ainda que o interesse tenha sido desencadeado por acessos à conteúdos que teve no âmbito escolar. Essa busca por vezes é percebida como uma responsabilidade individual, como na fala de Nelson, que fala sobre não ter muitos conhecimentos sobre a temática e associa isso ao fato de não ter pesquisado sobre, embora reconheça que os acessos que teve através da mídia e de divulgações sejam limitados:

[...] **te confesso que sou até uma pessoa um pouco ignorante com relação a algumas coisas ao assunto** que... não sei... por ignorância mesmo, **não ter pesquisado e enfim**, não muito além do que a gente vê na mídia e enfim, o pessoal divulga. (Nelson)

A educação sexual nas escolas aparece em diversas narrativas de forma contraditória. Por um lado, é relatada como um dos primeiros contatos que tiveram com temáticas sobre sexualidade e prevenção. Por outro, é sempre realizada alguma referência aos seus limites, como o próprio Enzo aponta e Ivo aborda a partir de outros elementos:

Na escola te ensinam o que é uma vagina e o que é um pênis, te ensinam a prevenir com camisinha mas não te ensinam a como tratar uma sífilis, como tratar uma gonorreia, como tratar uma hepatite. **Todo mundo fala em prevenção, prevenção, prevenção, tá mas e o tratamento?** (Enzo)

[...] **porque no ensino médio a educação sexual que eu tive**, eu sempre conto história assim e é real, foi uma palestra que uma bióloga deu na escola... com o ginásio lotado assim, toda escola no ginásio falando sobre, na época DST né, não era nem IST era DST, falando sobre DST e aí imagens do tipo ham...sífilis e aí **uma vagina podre** assim, sabe uma vagina com sífilis no último estágio “ah então se vocês transarem sem camisinha vocês podem pegar sífilis e é assim que fica uma vagina com sífilis” e aí depois sei lá, clamídia e aí também um pênis podre no último estágio de clamídia “**ah se transarem sem camisinha o pênis de vocês vai ficar assim**”. (Ivo)

Entre os limites da educação sexual nas escolas aparece, então, uma narrativa centrada na prevenção e no uso de preservativos, desconsiderando, por exemplo, a importância de tratar prevenção e tratamento como contínuos, como destaca Paiva (2002). Outro aspecto levantado é a pedagogia do medo, que busca ensinar através de imagens onde são mostrados “estágios avançados” ou mais críticos das infecções, como forma de assustar as pessoas e assim produzir cultura e comportamento como, no caso, a prevenção através do uso de preservativo.

Ricardo comenta que teve algumas horas sobre educação sexual no ensino médio e que ainda assim tiveram algum impacto:

[...] um **enfermeiro do posto de saúde perto**, alguma coisa assim, foi lá e **mostrou como usar preservativo**. Como que tu abre, como que tu coloca, como que tu retira e como que tu descarta. Tanto que é a primeira vez que eu fui transar na minha vida, eu lembro que, né, **muito foi ali que eu acessei essas informações**.

Ou seja, a educação sexual deixou registros que impactaram em seu comportamento. Já Ivo conta que ao identificar secreção em seu pênis lembrou dessas aulas que teve de educação sexual e ficou assustado:

[...] porque eu acho que tenho essa coisa de como me foi mostrado como ensinado assim, **de não querer que fique naquela situação nojenta**, aquela situação de...ahm....aquela sensação de sujeira, de ferida, enfim.

A forma como é realizada a abordagem de conteúdos sobre prevenção constrói esses sentidos, deixando diferentes registros que irão impactar de diferentes formas na forma como se relacionam com os recursos e estratégias. Na situação de Ivo, por exemplo, ao falar sobre não querer ficar naquela situação apresentada na atividade de educação sexual na escola, comenta também sobre não ser isso que o faz ter uso consistente ou não de preservativo.

Estes aspectos corroboram com a análise de Meyer *et al* (2006) sobre os programas focalizados de educação em saúde nas escolas, que se voltam a núcleos temáticos específicos:

[...] e programas focalizados em temas variados como drogas, inclusive álcool e tabaco, práticas sexuais desprotegidas, gravidez na adolescência, nutrição ou trânsito, são muito eficientes em aumentar conhecimentos, têm

alguma eficiência em mudar atitudes e, com raras exceções, são ineficazes na mudança de práticas relacionadas à saúde. (2006, p. 1337).

O acesso a informações é importante para que as pessoas possam ampliar seus repertórios de conhecimento e autocuidado. Entretanto, ações isoladas de educação em saúde, realizadas de forma conteudista, falham em uma real mudança de comportamento. Além disso, embora seja importante que as pessoas reconheçam possíveis sinais de infecções sexualmente transmissível e/ou de infecção por HIV para que possam procurar diagnóstico e/ou tratamento, a forma como estes são comunicados pode produzir ideias como de “nojo” e “sujeira”, reforçando estigmas.

Sobre os acessos posteriores ao (ou para além do) período de escolarização, os participantes fazem referência aos espaços por onde estabelecem relações com a política de prevenção e seus discursos: através de serviços e insumos da própria política, aplicativos de encontro e relacionamento, movimentos sociais e contatos entre amigas e relações de proximidade. Sobre os aplicativos de encontro, são descritas algumas estratégias e dinâmicas que promovem acesso a discursos e práticas sobre prevenção. Algumas delas são citadas por César:

É...eu acho que **no Grindr e nesses outros aplicativos, eu tenho a sensação de que o pessoal é relativamente bem informado** né. Tem uma iniciativa legal da plataforma, você pode por exemplo **definir um lembrete para fazer seu exame de HIV**, a cada seis meses ou a cada três meses. [...] Tem muita gente que diz que quer fazer sexo sem camisinha, mas usa...**coloca ali no Grindr que ta em PrEP** né, então eu acho que é algo que permeia sim, **existe uma compreensão de que temos tratamento temos meios de prevenir e conviver com o HIV**. E muita gente também deixa bem explicitado que não tem relações sem preservativo né, que é o famoso sem capa. (César)

César fala sobre essa sensação de que o tema do HIV e da prevenção é recorrente no Grindr, seja por estratégias do próprio aplicativo, como colocar lembretes para realização de teste de HIV, seja pela forma como as pessoas de apresentam, já dizendo sobre suas estratégias de prevenção: sobre status sorológico para HIV, interesse em sexo com ou sem preservativo, sobre uso de Prep, entendimento sobre indetectável = intransmissível, etc. A fala de Moacyr reitera essa percepção trazida por César. Ele conta que ficou por muito tempo em um relacionamento monogâmico com acordos sobre prevenção e, então, não era algo que se ocupava em pesquisar ou conversar sobre:

[...] Aí depois que eu fiquei solteiro que eu comecei a utilizar o Grindr, aí que começou essa enxurrada de informações assim, e aí eu comecei a correr atrás porque eram termos novos [...] **Eu acho que se não tivesse ele (o aplicativo) eu não teria tanto o acesso a essa informação, ou querer fazer a busca né, para entender o que tava rolando ali naquele bate papo.** (Moacyr)

Me parece ser possível afirmar que os aplicativos são protagonistas na mediação entre a política e os sujeitos. Maracci, Maurenente e Pizzinato (2019), em análise sobre a experiência e produção de si de homens homossexuais no Grindr, observam que a prática do aplicativo de induzir seus usuários a colocarem seu último teste sorológico ou a informação sobre see fazem uso de Prep, por exemplo, é uma forma de reatualizar o discurso de “grupo de risco” presente na história da epidemia, visto que o mesmo não acontece em aplicativos voltados ao público heterossexual.

Por outro lado, esta é uma forma de produzir acesso nos locais de sociabilidade — estratégia bastante utilizada para prevenção de HIV e outras IST. Para além de demarcar a diferença em relação a heterossexualidade, é importante observar quais acessos são viabilizados através dos aplicativos e seus efeitos na experiência dos sujeitos. Nas narrativas dos entrevistados, o aplicativo aparece nesta dupla dimensão: o acesso a informações e a produção de bioidentidades (ORTEGA, 2004; PELÚCIO e MISKOLCI, 2009), como se exemplifica pelas seguintes falas:

[...] Mas as pessoas fazem isso. Principalmente em aplicativo, né? [...] **Tem gente que escreve, às vezes... nem na descrição do aplicativo, não. Tá no nome da pessoa, sabe?** Coisas tipo: *PrEP no pelo*. Que seria tipo: *ah, to tomando PrEP, vou transar sem camisinha, né?* (Ricardo)

[...] **Nós temos um perfil no grindr que diz, nós somos isso isso e isso isso isso**, e inclusive lá diz sim, **nós somos soropositivos indetectáveis**. Aí a pessoa vem e diz aí... Já aconteceu de um guri vir me entrevistar no grinder, grindr é um perfil de pegação onde a gente diz, “oi Gabriela vamos nos fuder” assim, **as pessoas vêm e te entrevistam, “oi Ronaldo tudo bem? Tudo bem, como é pra ti conviver com o HIV?”** aí eu fico, cara, o que esse cara quer, bom **ele tá me perguntando, ele tá movimentado para saber**, eu vou falar para ele, por que ninguém tá muito interessado em dar informação pra ninguém né, e eu acho que é importante dar. (Richard)

Ricardo comenta alguns exemplos sobre como as pessoas se apresentam no aplicativo, destacando o fato de que por vezes essa caracterização do modo como as pessoas gerenciam os riscos nas práticas sexuais substitui ou é agregada ao próprio nome. Já Richard relata que ele e o namorado são soropositivos indetectáveis e, então, já se apresentam assim no aplicativo e complementa comentando que, por conta dessa informação, por vezes as pessoas que entram em contato sentem-se motivadas a saber mais.

A construção da bioidentidade nos aplicativos por um lado reitera a histórica vinculação entre homossexualidade masculina e HIV e, por outro lado, facilita acesso à informações. O que me parece mais interessante de ser observado é que os aplicativos de encontro sexual possibilitam não apenas o acesso, mas o diálogo sobre as informações a partir de uma narrativa menos higienista e mais voltada ao prazer.

Outra instituição mediadora são as organizações dos movimentos sociais. Bruno, na sua apresentação contou que quando se encontrou com o movimento social sentiu-se como uma abelha que estava perdida e então encontra seu grupo. Ele fala sobre como essa sua entrada em um grupo que se organiza a partir de questões relacionadas com sexualidade, gênero, HIV e Aids favoreceram que pudesse elaborar questões relacionadas a sua sexualidade e também ter acesso à discussões e insumos de prevenção ao HIV/Aids. Já Ivo comenta que foi a partir da sua entrada no movimento social que teve acesso a conhecimentos mais amplos, para além da narrativa “use camisinha”.

[...] Então na (ONG) foi mais ou menos assim, **de ver que eu não tava sozinho** assim, nesse meu imaginário que tinha a ver com desejo e ao mesmo tempo tava super reprimido. [...] **Eu tenho um olhar sobre isso mais de conjuntura também**, que foi essa questão do advento do combate da epidemia e a visibilidade que isso teve. (Bruno)

[...] Quando eu entrei pro movimento social e **comecei a me organizar junto com o movimento social, eu consegui entender o debate sobre HIV**, o debate sobre prevenção **para além daquela coisa de usar camisinha, né**. (Ivo)

Bruno e Ivo referem que participar do movimento social produz sentimento de pertencimento, além de favorecer acesso à discussões, informações e insumos. Os dois participam de instituições que realizam ações de promoção e prevenção em saúde relacionadas ao HIV/Aids, assim como outras ações de militância e controle

social de políticas públicas no Rio Grande do Sul e especialmente na cidade de Porto Alegre. Vale destacar que apenas os entrevistados que participam de forma direta dessas instituições fizeram menção ao trabalho dos movimentos sociais. Entre os demais, houveram apenas algumas menções ao trabalho de ativistas virtuais, como o do Gabriel Estrela, citado por César.

Na metodologia de análise que adoto, as informações são consideradas relevantes não necessariamente pela quantidade de vezes com que aparecem; sua relevância pode estar, inclusive, no fato de ser algo que não aparece. Contudo, é bastante expressivo do ponto de vista também quantitativo a menção às relações entre pares através de redes de proximidade, sejam elas de amizade, de encontro através dos aplicativos, de relacionamento amoroso ou erótico, ou do movimento social. Uma das principais formas de contato com conhecimentos sobre prevenção do HIV relatadas pelos entrevistados foi o que estou denominando de educação espontânea entre pares.

A educação entre pares é estratégia bastante utilizada nas políticas que envolvem promoção e prevenção a partir da educação em saúde, como as do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2010; KOPTCK *et al*, 2017) e atividades em espaços de sociabilidade de pessoas que pertencem a grupos considerados populações-chave para o HIV e outras IST, como é o caso do Viva Melhor Sabendo (BRASIL, 2021). A educação entre pares é definida como aquela em que “uma pessoa fica responsável por desenvolver ações educativas voltadas para o grupo do qual faz parte” (BRASIL, 2010, p. 19).

Nenhum dos entrevistados fez referência a alguma conversa ou interação com educadores(as) de pares formais. No entanto, essas figuras aparecem de forma espontânea, como refere João, que se considera uma pessoa bem-informada por conta do contato que tem com um amigo que lhe é uma referência para o assunto: “é uma pessoa que eu confio estritamente para contar as coisas e conversar sobre essas temáticas, então eu me considero uma pessoa informada por causa dele”. Rubens conta que quando se entendeu como homossexual e começou a fazer amigos homossexuais, principalmente pela internet, recebeu o “manual que todo gay recebe”:

Aí logo em seguida eu já fiquei sabendo de todos os outros métodos de prevenção, da Prep da Pep, e mais um monte de coisa, **porque toda gay recebe esse manual**, e logo em seguida eu comecei a fazer exames



também né, porque a gente precisa tá consciente disso sempre assim. [...] **uma pessoa vai educando a outra assim**, por que eu não tinha relação sexual, eu não sabia.. **eu sabia é claro da camisinha, eu sabia de tudo mas não... não sabia de fato e não de direito.** (Rubens)

Em muitas narrativas também aparece que, a partir do momento que possuem contato com informações sobre prevenção para além do uso do preservativo, os homens tornam-se multiplicadores das informações, como o próprio Rubens salienta: “mas tem muita gente que até hoje também não sabe, **eu sou um divulgador inclusive, indico para várias amigas minhas.**” Moacyr, que passou a ter acesso a informações sobre hiv e prevenção quando ficou solteiro e entrou no aplicativo, também conta que atualmente é um multiplicador da informação:

[...] **hoje em dia sempre que eu posso eu tenho essas conversas abertas com as pessoas que eu conheço**, inclusive a minha família, como eu fui o primeiro a ter isso, o primeiro e único ainda, mas a mudança que teve no meu meio familiar total assim, primos, tios, avós, todo mundo foi um impacto muito grande **e hoje em dia é algo super positivo para todo mundo.** E para todo mundo que eu conheço eu tento sempre trazer informações assim sabe.

Moacyr salienta, também, o papel da socialização de informações na quebra de certos preconceitos, como em relação à imagem da pessoa vivendo com HIV/Aids atrelada à morte. Em avaliação sobre projeto de educação entre pares em uma escola estadual de ensino médio na periferia de São Paulo, Ayres *et al* (2003) identifica que para além dos espaços formais onde atuam como multiplicadores, se forma uma efetiva rede informal em torno desses educadores(as). Como resultado para si, aparece uma sensação de orgulho por ser referência para determinadas temáticas e, também, por terem acesso à informações que posteriormente irão socializar. No entanto, também foi evidenciada uma postura desses educadores muito próxima ao modelo preventista tradicional, associando a socialização de informações de forma direta a mudança de comportamento e responsabilizando as pessoas caso isso não fosse efetivo.

Algo semelhante é observado na fala dos dois entrevistados que vivem com HIV. Estes comentam sobre amigadas ou pessoas de referência sobre prevenção de HIV. Porém, referem que estas narrativas partem do pressuposto de que as pessoas são soronegativas, por um lado e, por outro, da responsabilização individual e certo terrorismo em relação a possibilidade de infecção pelo HIV:

[...] embora o V. (amigo) fez toda essa pesquisa em cima disso, ele é uma pessoa extremamente, não sei se radical é a palavra... mas... ele entende toda a situação de que isso pode acontecer, de uma maneira que a pessoa não queira, tipo não é intencional, **mas ele também carrega junto muito julgamento em cima da promiscuidade, pelo que a gente conversou.** (Rafael)

[...] depois eu saí de todos os grupos, porque **começou a ficar muito...tóxico pra mim** assim, pessoas que se diziam, tinha um cara que dizia que ele era ativista e tal aí ele dizia que "**aí porque não sei o que, porque ham...as pessoas não usam camisinha e depois pegam HIV e aí transam com inúmeros parceiros e aí depois tem vergonha de pegar os remédios na farmácia**". Como se fosse uma coisa assim, tipo, como se a pessoa **mercesse** assim aquele constrangimento ou aquele sabe, esse problema assim né, de pegar os remédios. (Caio)

Rafael conta que muitas das informações que teve sobre HIV foi com um amigo que realizou pesquisa acadêmica sobre o tema e, no entanto, esse amigo sempre tratou com certo moralismo a possibilidade de infecção, deixando recair a responsabilidade na dimensão apenas individual. Já Caio comenta que depois que teve diagnóstico positivo para HIV buscou grupos presenciais e virtuais para que pudesse encontrar com quem falar sobre o assunto. No entanto, passou por diversas situações em que se sentiu responsabilizado. É como se pelo fato de haver mais recursos e informações disponíveis atualmente, agregasse maior responsabilidade do sujeito: por hipoteticamente ter transado sem preservativo e por não ter procurado alternativas pré ou pós exposição.

Rafael também comenta que o medo do julgamento e da rejeição também perpassa essas relações de amizade e proximidade, relatando sobre como tinha vontade de contar sobre sua sorologia positiva para um ficante/amigo:

[...] eu já tava pra falar isso para ele há um bom tempo, desde que a gente tinha começado a ficar na verdade. **Só que existe um medo muito grande da rejeição e julgamento**, ou julgamento e da rejeição, e com o K. eu tinha muito medo que tivesse o julgamento e depois uma rejeição. Por isso eu não falei com ele diretamente, "oi eu tenho HIV". [...] eu sempre tive bastante medo de falar com as pessoas sobre isso. Eu conheço até muitas pessoas que são muito abertas, tem até perfil no instagram que indicam a HIV positivo ou indetectável = intransmissível, pessoas que de certa forma prestam serviço de comunicação falando sobre o assunto. **Mas, pra mim o peso, o medo de ser julgado, pesa bem mais do que a coragem para falar.**

Conta, em sequência, que depois o que o motivou a contar foi alguns "gatilhos", por exemplo, quando assistiu ao filme "Clube de Compra Dallas". Ao conseguir expor sua sorologia foi bem acolhido e sentiu grande alívio, possibilitando

a construção de novos registros. Porém, ainda assim, refere que eu fui a segunda pessoa para quem contou que vive com HIV (durante a entrevista). Estes aspectos indicam que, apesar de ser um lugar importante de circulação de informações sobre prevenção da infecção por HIV, quando se trata de dialogar sobre sorologia positiva e tratamento outras dificuldades aparecem. São relatadas dificuldades como: medo de rejeição e julgamento, culpabilização e responsabilização individual.

Vale destacar que as relações familiares não são narradas pelos entrevistados como lugares de possível acesso à informações sobre prevenção, mesmo quando as famílias são retratadas como espaços de acolhimento e apoio em relação às suas sexualidades. As falas de Nelson e Roberto exemplificam isso:

[...] Claro que a gente lê, a gente vê, mas tem a questão do preconceito e da criação... imagina minha família é super tradicional, super antiga assim... **então tu falar em HIV assim, nossa... era como se fosse meu deus!** É um monstro que tá vindo ali, uma pessoa enfim, ela vai te matar se encostar em ti, sabe. Aquela coisa de preconceito de pessoas que daqui a pouco tem... eu fui criado em cidade pequena então para muitas coisas, **apesar de eu ter a cabeça a mente super aberta, a gente acaba ficando um pouco ignorante com algumas coisas**, por falta de estudo, de ir atrás de conhecimento né, de enfim. (Nelson)

[...] **informações ham... de família nenhuma, nunca!** Informações que eu tinha era quando conversa com alguns amigos ou tentava conectar na internet que na minha época era discada, era tudo muito difícil, televisão, isso se sabia que tinha que se proteger, sim, mas não era aquela coisa educacional que vem de berço assim sabe, nunca foi assim, então a informação que eu tinha era o que eu ouvia na rua na TV, essas coisas. [...] **na escola não tinha nada.** (Roberto)

Os serviços de saúde não aparecem como atores diretos que participam da rede social mais imediata destes homens quando se trata de uma abordagem mais ampla na prevenção. O acesso aos serviços aparece nas narrativas quando relatam a busca por insumo em específico, como teste rápido, PrEP ou PEP. Contudo, não é diretamente através destes que vão se construindo os conhecimentos e significados sobre prevenção do HIV/Aids.

As redes que vão permeando o acesso de homens gays a narrativas e conhecimentos sobre prevenção do HIV/Aids vão se construindo na contradição entre cuidado e controle, com exceção da participação em movimentos sociais, que não parecem exercer funções de controle nas experiências dos entrevistados. Chama atenção a ênfase das narrativas no que se refere a busca individual por conhecimentos. As intervenções comportamentais do atual modelo preventivo não

estão chegando até esses homens? Ou, se chegam, não dialogam com suas necessidades e realidades, fazendo com que a busca seja mais individual do que apoiada pelas instituições? Por outro lado, se formam redes de intercâmbio de informações nos grupos por onde estes transitam, exercendo um papel de educação espontânea entre pares.

#### 4.2 ACESSO E BARREIRAS DE ACESSO ÀS REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora não sejam imediatas para os homens entrevistados, as redes de serviços de saúde também compõem as redes sociais que exercem cuidado e controle em relação à prevenção do HIV, sobretudo no acesso a insumos e atendimento. Como aponta Ricardo “[...] e aí, lá no... posto de saúde foi o acesso às ferramentas digamos assim. Mas não a... a informações”. Considero que as relações dos homens entrevistados não são imediatas, e sim mediatas, pois não houve referência a acessos aos serviços a partir de outras causas e que, então, foi trazida a temática do HIV. Os acessos e atendimentos relatados aconteceram após algo acontecer, por estarem buscando ou por já terem incorporado alguma prática específica de prevenção, como o tratamento, o uso de PrEP e a testagem.

Não é o objetivo aqui fazer uma avaliação sobre acesso à saúde, e sim compreender como os serviços incidem em alternativas e limites para a prevenção dos homens entrevistados, modulando possibilidades de prevenção. Ainda assim, inspira minha análise a sistematização feita por Pimenta (*et al*, 2022) sobre as dimensões do acesso, com base em Penchansky e Thomas:

- (i) disponibilidade de serviços, tomada como a relação entre número e tipo de serviços e as necessidades dos usuários; (ii) acessibilidade, que reflete a adequação da localização do serviço, em função do tempo e dos custos envolvidos no deslocamento dos usuários; (iii) acomodação (conformação), que reflete a adequação da organização dos serviços para receber os usuários (como o horário de atendimento, o sistema de agendamento etc.); (iv) aceitabilidade, que reflete, de um lado, as atitudes dos usuários sobre os profissionais de saúde e suas práticas e, de outro, a aceitação pelos provedores de prestar serviços àqueles usuários. (p. 2022)

Nas falas dos entrevistados, a relação com os serviços aparece sobretudo a partir do binômio acesso e barreiras de acesso. As barreiras são estruturais, simbólicas e, também, relacionais, isto é, sobre a forma como as pessoas são atendidas nos serviços. Com base na análise das entrevistas, para além dessas

dimensões sistematizadas pelos autores, destaco também: 1) a forma com que lidam com relação à marcadores de gênero, raça e classe; 2) a imagem dos serviços em relação a sua história e história social das doenças de que trata; 3) a sensibilidade em relação a temas que podem ser mais ou menos sensíveis para as para as pessoas; 4) estrutura que possibilita garantir o sigilo.

A seguinte fala de Bruno demonstra tanto aspectos que são valorados como que dificultam acesso:

[...] eu tive uma certa crítica em relação por exemplo ao questionário que eles faziam quando tu tinha que fazer a PEP, a pós-exposição. Eu achei um pouco extenso e questões ali [...] **questões que na época eu disse, tá mas o que é que tem a ver isso? Até questões bem pessoais assim**, que não teria impacto sabe, talvez no que até eles mesmos estivessem precisando. Mas o serviço em si eu achei muito legal, porque assim, ham...claro, **era limitado, tu tinha que chegar cedo**, então essa questão de 72 horas, dependendo da hora que tu vai e se tu já tá estourando o prazo, **tu pode perder o acesso e aí se tu te infectou... e aí bom... já era, né**. [...] uma recomendação que eu assim, sempre passo para os amigos que é na hora que tu suspeita já vai, porque pode ser no dia que tu chegue tu não vai conseguir naquele dia, **mas tu tem 72 horas de jogo** né, para tentar de novo acessar o serviço. [...] E achei assim, no geral muito bom, **porque teve um acolhimento**, porque, enfim, **elas explicaram o que tinha que ser feito**. (Bruno)

Bruno aponta como positivo o acolhimento, relacionando este com o fato de ter sido explicado o que deveria ser feito ao fazer uso de PEP, e destaca como aspecto negativo a quantidade de coisas que lhe foram perguntadas sem ter sido explicado a motivação daquelas perguntas e o fato de ter que chegar cedo para garantir o acesso. Faz uma analogia com um jogo, que dura 72 horas — isto é, a pessoa que procurou PEP tem esse tempo para além de buscar o recurso, conseguir que tenha seu acesso garantido. Aqui, novamente aparece a relação entre risco e aposta (SPINK, 2001). Já Davi levanta outros aspectos, ao explicar o porque ainda não buscou fazer uso de PrEP:

[...] Que **se fosse menos burocrática eu já estaria tomando há anos hahahaha**. Se eu não tivesse que **fazer exames em lugares com fila de espera**, precisando chegar às 7 da manhã antes de ir trabalhar, e isso só para começar a tomar. E depois fazer exames de 3 em 3 meses. [...] **Eu acho que a prep é democrática no seu efeito prático, mas ela ainda está restrita a um modelo de acompanhamento que me faz pensar frequentemente em assuntos que eu não quero lidar, como a minha saúde sexual**, e que por questões burocráticas acaba se tornando acessível só pra um recorte específico de pessoas. [...] Não sei se consigo propriamente colocar em palavras esse desconforto mas eu **vou sempre me sentir culpado de ir no infecto e ouvir q to fazendo merda**. (Davi)

Semelhante a Bruno, Davi destaca o horário que é preciso chegar nos serviços para buscar atendimento. Acrescenta, ainda, que o modelo de oferta “obriga” a pessoa a falar e pensar sobre sua saúde e práticas sexuais. Sua fala remete a Foucault (2018), para quem o sexo se tornou entre o Estado, a medicina e os indivíduos objeto de disputa e objeto de intervenção. O controle não se realiza necessariamente por uma suposta proibição, mas por meio de discursos úteis, como o da prevenção.

As práticas de controle são inerentes ao fazer em saúde. Em busca rápida (com ferramenta Ctrl+f), identifiquei que a palavra controle aparece 27 na Lei 8080/90, enquanto a palavra prevenção aparece apenas duas. Seus sentidos são diversos, tratando sobre controle de qualidade, controle e fiscalização dos serviços, entre outros. Atrelado às práticas de cuidado e prevenção, se apresenta como a necessidade de criar ambientes controlados para evitar disseminação de doenças ou agravos. A vigilância epidemiológica, por exemplo, é definida como:

[...] conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Em tese o controle é voltado à doenças ou agravos e a prática consiste em detectar mudanças dos condicionantes e determinantes em saúde que podem levar a isso. O controle, teoricamente, não está voltado aos indivíduos, e sim a fatores sociais e do ambiente que incidem em suas condições de saúde. No entanto, observando o relato de Davi, quando refere que se sente culpado ao ir no médico e escutar que está fazendo merda, ou o relato de Bruno, quando questiona a quantidade de perguntas que foram feitas no momento em que buscou utilizar PEP, é possível notar que o controle recai sobre o indivíduo e sua sexualidade em nome de um sexo mais seguro.

Por outro lado, os homens entrevistados valorizam a possibilidade de diálogo que é aberta quando acessam os serviços. Nelson comenta que quando buscou atendimento para teste rápido não houve nenhuma conversa mais específica

sobre prevenção: “ah gostaria de fazer um teste só para saber se está tudo ok, a princípio não tive exposição nem nada, mas gostaria de fazer. **Me deram o teste e não teve nenhuma conversa [...]** (Nelson). Semelhante a isso, Marcelo relata:

Das vezes que eu fui fazer o teste, aí chega lá e espera e aí faz o teste, espera um tempo e depois eles falam “ah não tá tudo certo”, **eu nunca cheguei a passar por uma conversa de aconselhamento ou alguma coisa do tipo.** [...] nunca tive um aconselhamento, **o que eu via da camisinha era principalmente os cartazes**, os cartazes da camisinha ficam bem expostos, sobre a PrEP e a PEP acho que talvez eles podem falar numa conversa mais séria, mais séria não, mais aprofundada com a pessoa, mas comigo nunca chegaram a abordar. (Marcelo).

Marcelo refere que conhece pessoas que passaram por algum tipo de aconselhamento no teste rápido, mas que nunca chegou a passar. Além disso, destaca outra fonte de acesso à informação nos serviços: as campanhas através de cartazes. No entanto, observa a centralidade da camisinha nestas. Já Ivo conta que, quando perguntou, obteve informações que lhe foram importantes:

[...] Aí eu **perguntei** para ela dá vacina. Daí ela falou que se eu esperasse mais um pouquinho eu poderia tomar a vacina da hepatite, que daí já ajudava e tal, então teve uma orientação, sabe. **Eu perguntei da PrEP, da PEP, teve uma orientação.**

Ivo teve uma orientação porque chegou ao serviço já imbuído de alguns conhecimentos prévios: perguntou da vacina, da PEP e da PrEP, pois já sabia da existência dessas estratégias, por exemplo. Ou seja, conhecimentos construídos previamente ao acesso ao serviço viabilizaram que tivesse acesso a mais informações e até mesmo a outras formas de prevenção, como a vacina para hepatite B.

Rafael conta que percorreu muitos lugares para buscar informação até que se sentisse seguro com o que estava sendo orientado sobre o tratamento de HIV.

[...] talvez por eu ser já um pouco mais de idade, tipo ir em outros lugares, postos, ter um pouco mais de jeito pedindo ajuda e até mesmo marcar consulta com outros médicos, eu me lembro que logo no início eu pulei muito de médico em médico, tanto de clínico geral quanto para infecto, muito. **Eu me lembro que teve uma semana que eu consultei com três infectos diferentes**, cheguei lá com a mesma conversa, “ah eu acabei de descobrir, tô tomando medicamento e tudo mais mas eu quero tirar algumas dúvidas, tipo tu não precisa nem me examinar, eu só quero tirar algumas dúvidas mesmo para poder continuar a minha vida, só isso”. O que eu posso fazer o que eu não posso fazer, eu me lembro que um infecto falou

que eu nunca mais na vida poderia parar de praticar esporte, porque ia ser letal pra mim, e não é... (Rafael)

Rafael conta que quando teve seu diagnóstico positivo para HIV buscou muitas informações via internet e que, ao realizar as consultas médicas, se deparava com informações discordantes entre um(a) e outro(o) e entre o que havia conseguido de conhecimento online, impedindo que se sentisse seguro em dar continuidade ao atendimento. Depois de “pular de médico em médico”, como disse, conseguiu se vincular e sentir-se seguro com uma infectologista. Ainda assim, seu relato me remete ao conceito de rotas críticas, cunhado por Sagot (2000) em pesquisa com mulheres vítimas de violência doméstica na América Latina. A autora observou que as mulheres percorriam diversos lugares e instâncias, sejam elas formais, familiares ou comunitárias, passando por diversas barreiras para conseguirem romper com o ciclo da violência.

No caso de Rafael, este destaca o fato de ser um homem gay, preto e de periferia, o que contribui tanto para a dificuldade de acessar os serviços como sobre a forma com que é recebido e tratado.

[...] mas **tem que levar em consideração que eu sou um homem gay e preto**, e isso influencia bastante também, [...] tem uma diferença bem grande na forma de tratamento e até mesmo na forma de acolhimento, dentro do serviço de saúde. Eu lembro de quando eu comecei o tratamento, quando eu fui fazer toda a função dos exames [...] e foi bem difícil assim, porque a primeira coisa que vem é o julgamento, **é aquela coisa de julgar que (hãã...) eu era de periferia**, que eu era uma pessoa que não tinha condições de pagar uma consulta particular, que não tinha um acolhimento receptivo dos lugares que eu fui. [...] É aquele pré-julgamento de... **ligar algumas coisas, tipo, preto, pobre e aidético**, não deveria ter usado isso, mas é só para te ilustrar...como...[...] Mas existe uma diferença muito, muito grande. Eu já tive tipo, oportunidades de conversar com pessoas brancas onde o tratamento foi um pouco diferente.

Nos outros relatos, não são feitas associações entre raça com a forma como as pessoas são acolhidas; apenas no de Rafael, que é um homem preto. Já em 2007, Peter Fry *et al* apontavam para a necessidade de racializar as análises epidemiológicas e as respostas dadas à epidemia. Atualmente, é sabido que pessoas negras são as que mais morrem de Aids no Brasil (BRASIL, 2022). O estudo de Taquette com adolescentes negras no Rio de Janeiro, evidenciou que a “discriminação racial sofrida é cotidiana e contribui para a construção de



autoimagem negativa que aliada a pobreza, violência de gênero e dificuldade de acesso aos serviços de saúde ampliam a vulnerabilidade às DST/aids” (2010, p. 51).

A partir destes elementos, destaco a necessidade de investigar de forma mais abrangente as rotas críticas percorridas por homens gays a partir de diferentes marcadores de raça, classe e status sorológico. Tal abordagem possibilitaria observar os diferentes momentos que as pessoas passam pelos serviços e/ou outros atores e são perdidas oportunidades de incidir em desfechos como a infecção, a detecção precoce ou o tratamento adequado, considerando aqui estes aspectos para além da mera oferta dos recursos biomédicos.

O Estudo ImPrEP Stakeholders (PIMENTA *et al*, 2022) encontrou resultados semelhantes aos que tenho discutido até aqui. A partir da perspectiva de gestores(as), profissionais de saúde, lideranças ou ativistas e usuários de PrEP de 5 capitais do Brasil, incluindo Porto Alegre, foram identificadas dificuldades em relação a disponibilidade dos serviços, havendo menor oferta do que seria a real demanda; em relação ao horário de funcionamento e distância dos serviços, havendo grandes localidades sem oferta de PrEP; e, entre outros aspectos, o estigma como principal barreira.

Nas narrativas, o estigma como barreira de acesso aos serviços de saúde aparece de duas formas: como ocorrência de fato e como antecipação. Ivo, por exemplo, conta que considera ter sido bem atendido, porém teve muito receio de procurar atendimento:

Ee.. assim na minha frente nitidamente, não teve nenhum ato discriminatório ali, **não sei se depois que eu saí virou assunto ou não**, porque daí a gente não tem controle disso né, se as coisas viram assunto, se se comenta “ah hoje teve teste rápido..” não sei. Mas **na minha frente teve um atendimento humanizado** nesse sentido, e ninguém fez.. “ah mas tu transou sem camisinha”, **não teve nada disso, então foi tranquilo, mas eu cheguei cheio de receio no serviço de saúde.** (Ivo)

Ivo conta que buscou a testagem em uma unidade de saúde distante da sua casa, para que não fosse identificado na sua unidade de saúde de referência ou pela vizinhança. Foi orientado que poderia ser feita a testagem naquele momento, porém em outros precisaria buscar a sua unidade, o que é divergente da orientação da prefeitura municipal, que orienta que a testagem pode ser realizada em qualquer unidade de saúde do município, conforme o site da prefeitura (POA, 2022). Relata,

também, ter se sentido exposto, pois enquanto aguardava alguém gritou “teste rápido!” para chamar quem lhe atenderia.

Ainda assim, o atendimento ter sido feito de forma humanizada e sem julgamentos apareceu quase como uma surpresa. Essa “surpresa” vai gerando novos registros e novos repertórios para o indivíduo, ao passo que espera o julgamento e é tratado de outra forma. Esses registros podem gerar novos significados compartilhados entre os homens, já que, como já abordei, as relações entre estes é a principal forma como constroem suas percepções sobre HIV e prevenção. Assim, é possível ir desfazendo em alguma medida a antecipação do estigma.

Outra forma de antecipação é, para além do receio sobre como será atendido, o medo de ter sua existência atrelada ao HIV, seja porque isso o coloca em camadas mais baixas da hierarquia sexual, seja pelo medo da morte. João, neste sentido, fala sobre o “apelido” da sala de aconselhamento para teste rápido: “Então assim, digamos que é a sala da morte, entendeu?”

Sobre a ocorrência de ações motivadas por estigma e preconceito, aparece tanto o desconhecimento de profissionais quanto a negativa de acesso, especialmente quando a sorologia é positiva. Rafael explica que vem tentando contar que toma antirretrovirais quando faz consultas por outras queixas e lhe perguntam se faz uso de alguma medicação. Nestas ocasiões, já passou por situações onde o profissional se refere ao tratamento como “coquetel” e outras em que o profissional se referia apenas a Aids, não diferenciando HIV de Aids. E complementa: “E isso me assusta um pouco por conta da falta de informação de uma pessoa que deveria estar informada sobre uma doença”. Ainda, relata uma situação em que deixou de ser atendido após informar que vive com HIV:

[...] Tipo eu fiz uma consulta uma vez de uma limpeza dos dentes em que eu falei que tinha HIV, eu tentei remarcar uma reconsulta e não consegui, eu não tive uma explicação, **não sei o porquê eu não consegui remarcar a consulta mas eu não consegui**. Isso me deixou muito de cara, muito. **Hoje algumas coisas me causam revolta, não causam mais frustração como antes**, hoje me causa revolta só, comigo, mas como disse, também penso nas outras pessoas que... **a insegurança que as outras pessoas devem ter de falar, a insegurança de uma pessoa recém descobrindo que chega lá e acha que pode confiar**, porque na teoria a gente deveria confiar nos médicos e não ter julgamento.

A experiência de Rafael de diversas formas se constrói a partir do estigma. Vale destacar que o acesso a atendimentos de qualidade e sem julgamentos modulam outras experiências sobre o viver com HIV. Richard relata que sempre fez seu tratamento pelo SUS, recebendo acolhimento e informações de qualidade, apesar da sensação de medo que estava quando teve seu diagnóstico especialmente por estar com Aids:

E eu falei pra ela, e tu não tem nada pra ti me dá para eu morrer logo, e ela riu na minha cara e ela disse “não menino, que isso? **Tu vai viver muito, esquece, isso é uma loucura, tu vai ficar internado aqui, amanhã já vai passar um infecto e ele vai te explicar tudo, tá tudo bem, calma**”. Como eu vou estar calmo com 58 quilos, vomitando, diarreia, enfim, horrível. [...] Foi assim que se cruzou HIV no meu caminho, ninguém explicava, **2004 tudo era um pouquinho mais difícil**, mas em contrapartida veio uma política pública que na época era o José Serra o ministro da saúde, que tem todos os seus milhões de defeito, mas o que ele fez pelo HIV/Aids naquela época foi maravilhoso. **Nós tínhamos uma equipe de acompanhamento**, não sei se ainda tem hoje pra quem entra, mas na época eu fiquei uma hora falando com uma assistente social que me passou para uma psicóloga depois, **e ela foi maravilhosa porque ela me abraçou, em todos os sentidos em que um ser humano pode abraçar outro**, ela me abraçou de uma maneira que eu nunca vou esquecer.

Ou seja, Richard valora que quando teve seu diagnóstico de HIV positivo, a política brasileira priorizava a resposta ao HIV/Aids e havia toda uma estrutura para acolher as pessoas, com informação de qualidade e com equipes multiprofissionais. Richard se considera uma pessoa que não tem dificuldade de falar sobre HIV e inclusive se apresenta no Grindr como pessoa vivendo com HIV que está indetectável. Já Rafael, como abordei anteriormente, relata sobre os medos que perpassam a revelação do seu diagnóstico tanto para profissionais da saúde como para pessoas de sua rede de proximidade.

Não é o caso aqui de fazer comparativos diretos entre estas experiências. As experiências são múltiplas, diversas e individuais, embora tenham aspectos em comum. No entanto, sabemos que as instituições e profissionais da saúde exercem poder em modular o modo de vida e as subjetividades das pessoas. Assim, parece ser interessante estudos futuros que comparem as rotas críticas e os itinerários percorridos com a forma como estes homens gays representam e se relacionam com as pessoas e o mundo a partir do diagnóstico para HIV.

### 4.3 AS PEDAGOGIAS DA PREVENÇÃO

Busquei, até aqui, analisar por onde se constroem os itinerários que vão estabelecendo mediações entre os homens gays e as narrativas sobre prevenção do HIV/Aids. Estes itinerários são percorridos através de redes sociais, que incluem instituições como a escola e os serviços de saúde, as relações mediadas por aplicativos de encontro sexual como o Grindr e as próprias configurações do aplicativo, além das redes de proximidade como amigos e relações afetivo-eróticas. Quando os homens se referem aos serviços de saúde, aparecem barreiras de acesso que vão desde a estrutura dos serviços e horários de funcionamento, a abordagem como as questões da prevenção e da sexualidade são tratadas, além do estigma e discriminação, que se entrelaçam por questões de classe, raça, sexualidade e status sorológico.

Outro aspecto importante trazido nas narrativas é em relação à pedagogia da prevenção. Isto é, a forma como estes homens receberam orientações de profissionais e/ou serviços sobre prevenção ou mesmo as mensagens que estão implícitas na forma como é viabilizado (ou não) o acesso às estratégias, como a PrEP. Para o título deste tópico me inspiro no texto de Gavigan *et al*, (2016), "Pedagogia da Prevenção: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI". Neste texto, os autores buscam uma aproximação com a pedagogia da autonomia de Paulo Freire, propondo uma pedagogia da prevenção que respeite a autonomia e os saberes dos indivíduos e coletividades, valorizando suas experiências e atuando na promoção e defesa de direitos humanos.

Na perspectiva que defendo, concordo com essa proposição. Entretanto, entendo que a priori é preciso compreender quais as pedagogias de prevenção que estão postas no real, que vão recriando metáforas sobre o HIV e a Aids, incidindo na experiência dos sujeitos com o sexo e a sexualidade e recriando bioidentidades, isto é, quem são os "sujeitos" da prevenção. Desta forma, estas pedagogias compõem o dispositivo da Aids. Vejamos, então, o que os homens entrevistados "escutam" e "aprendem" diante das abordagens sobre prevenção narradas por eles.

Um primeiro ponto que aparece é a aprendizagem sobre o medo, como no relato de Davi:

Tipo, uma vez eu fui consultar com um infectologista pra tomar PEP porque eu tinha me exposto e tava noiado, e ela me falou que.. Que **a gente pode tranquilo multiplicar cada parceiro por 5 dependendo do grupo específico a que essa pessoa pertence**, e que no meu caso de homem gay jovem etc. era super comum a galera transar sem proteção etc. Enfim, **aí me caguei né**. Mas não o suficiente para parar de deixar enfiarem só a cabecinha ou então de incentivar isso mesmo sabendo que tá sem camisinha. (Davi)

A pedagogia da prevenção através do medo já apareceu aqui em relatos sobre educação sexual nas escolas. O que aparece de diferente no relato de Davi é sobre a consulta médica é a associação entre homossexualidade, promiscuidade e risco para o HIV. Ou seja, reforça a noção de “grupo de risco” e ao mesmo tempo busca incutir ideias de prevenção através do medo, o que falha, como mesmo refere Davi, ao relatar que “se cagou”, mas não o suficiente para iniciar uma transa sem camisinha.

A ideia de que se pode “multiplicar cada parceiro por cinco” parece procurar transmitir uma sensação de desconfiança, ou algo como “você pode até saber com quem está transando, mas não sabe com quem a pessoa transou”. Pensando na noção de risco discutida por Spink (2001), é possível interpretar como uma abordagem que tenta transmitir a ideia de que não é possível ter controle na gestão de risco a não ser que se faça uso do preservativo.

O uso do preservativo como norma também é abordado pelos entrevistados:

Se todo mundo se prevenir, ninguém vai pegar, esse é melhor dos mundos. Só que, poxa, sempre que acontece um furo na camisinha, sempre acontece um líquido correr, ahm... **essa questão de usar camisinha, sempre veio desde a adolescência: usa camisinha, usa camisinha, usa camisinha, mas não vai ser eficaz, ninguém fala que não vai ser eficaz, ninguém diz que tu não vai pegar nada na tua vida se tu usar camisinha, cara**. Não, não é assim gente, eu fui descobrir que podia pegar clamídia, agora com meus 20 anos de idade que a médica disse que não é 100% eficaz, que tinha 90 e poucos % de eficácia da camisinha. Então, é uma coisa que todo mundo pode pegar? Sim, com camisinha? Também. Mas a questão da prevenção, apesar de que... tem que ser divulgada? Tem também, mas **tratamento também tem que ser divulgado gente, porque se a pessoa pegar com camisinha, ela vai ficar sem chão, se a pessoa pegar um HIV sem camisinha, vai ficar sem chão**, acontece toda uma questão psicológica por trás disso né, poxa, **vamos divulgar um pouco mais do que é o tratamento, vamos divulgar um pouquinho mais de informação**, de onde deve ir, se teu HIV deu positivo, onde que deve ir? Tem que ir no psicológico? Tem que ir no SUS? Tem que ir em um clínico geral? Tem que ir a onde? (Enzo)

Em sua fala Enzo questiona a narrativa de prevenção centrada na camisinha e a ideia de que é possível ter total controle quando se faz uso dela. Também

questiona o fato de as narrativas sobre prevenção de HIV e IST não considerarem explicar de forma mais consistente como é feito e onde pode ser acessado o tratamento, já que alguma infecção pode acontecer, ainda que as pessoas busquem formas de prevenção. Tais questionamentos surgem a partir da frustração que teve quando foi diagnosticado com clamídia, sendo que sempre usou preservativo e, por isso, se sentia seguro. Neste sentido, ainda são atuais as análises de Paiva (2002), quando defendia que a prevenção para o HIV deveria se desenvolver em um continuum prevenir-assistir, superando, então, modelos centrados em cidadãos “HIV negativos”.

Nesta mesma perspectiva, Caio conta que quando teve seu diagnóstico positivo para o HIV, a pessoa que estava lhe atendendo não cogitou que seu diagnóstico pudesse dar positivo e se manifestou surpresa, pois ele havia relatado que desde o último teste não havia tido relações de penetração anal sem preservativo.

Eu me sinto muito **azarado** assim, eu me sinto o assim...o... “ai nossa! O **ponto fora da curva**”! Só que eu não achava que eu era tão fora da curva assim, sabe, tanto é que eu fui atrás eu procurei (PrEP), eu não menti e eu achava que não precisava mentir sabe. [...] e tanto é que **ela não tava esperando o meu exame positivo, eu também não tava esperando**, porque eu não tive realmente relação anal desprotegida assim, então... eu não tava contando sabe. Eu falei, era mais ou menos essa média mesmo (de pessoas com quem transou no último ano), umas 40, ou um pouco menos de 40, ou às vezes um pouco mais, não sei também. Só sei que... **só sei que ela não me viu... só pelo fato mesmo de eu dizer que eu usava camisinha** e que eu me protegia nas relações anais. Aí de novo **eu acho que acaba caindo naquele erro da ciência exata mesmo**, “ai ahm...todo mundo pega HIV é porque é relação anal ou vaginal sem camisinha assim” [...] E aí quando ela chegou para me dar o exame ela chegou com uma cara assim né de assustada e tal, e ela assim “**ai eu não imaginava que ia dar positivo pra ti e tal**”

Caio, como já mencionei na sua apresentação, carrega bastante frustração por não ter conseguido acessar PrEP. Na época que buscou, não foi considerado com risco aumentado para infecção por relatar que fazia uso consistente de preservativo, embora mantivesse diversas relações sexuais com parcerias casuais e relatasse bastante medo da infecção pelo vírus. Quando teve seu diagnóstico positivo para o HIV, isso apareceu como uma surpresa e uma frustração, o colocando em uma posição de “ponto fora da curva” ou de “azarado”.

Embora se justifique a centralidade ainda persistente da narrativa sobre o preservativo na prevenção do HIV — e, também, de outras IST — pelo ponto de

vista prático e operacional por, de fato, ser uma estratégia de prevenção menos invasiva, mais barata e que protege um espectro mais amplo de infecções, é preciso examinar as múltiplas camadas do que produz na vida das pessoas. Do ponto de vista da pedagogia de que está imbuída, esta repercute em uma sensação de controle absoluto em relação ao risco, desconsiderando a própria eficácia do recurso, que supõe a possibilidade de falha.

Ainda no relato de Caio, quando a eficácia da camisinha é relativizada, aparece a ideia de exposição ao risco atrelada a quantidade do número de parcerias sexuais:

Inclusive ela, uma coisa que ela me disse, assim ela...eu tinha...assim eu transava com mais ou menos umas 40 pessoas por ano e ai ahm...Dai ela disse assim, "ai tu ta tendo tua vida de solteiro, normal, tranquilo assim" ahm...é... e daí ela disse assim "é que ah! A questão é que tipo, quando a gente transa muito né acontece de... é como por exemplo lavar a louça bastante assim, ela comparou com isso assim, lavar a louça. **É como lavar a louça bastante, se tu lavar a louça todos os dias, tu acaba...acontece de tu quebrar a louça mais vezes**, entendeu...ai a mesma coisa é o sexo assim, se tu transa mais, acontece de vez em quando de sei la, estourar uma camisinha ou de.... sabe. (Caio)

A analogia com a quantidade de louça que é lavada e a possibilidade de quebrar parece interessante para ilustrar a exposição. Outras analogias quanto a isso são possíveis, por exemplo, fato é que apenas tenho chances de cair de bicicleta se sou uma pessoa que anda de bicicleta. O risco de queda é inerente à atividade e há formas de diminuir os riscos, como fazer uso de capacete, por exemplo. Ocorre que, como aponta Caio, a sexualidade não é uma ciência exata. Por exemplo, uma das formas de gestão de risco relatadas pelos entrevistados é o sexo sem penetração, visto que prática de masturbação compartilhada não apresentam risco de transmissão e sexo oral é considerado de baixo risco (ABIA, 2016)<sup>43</sup>. Caio conta tb que realizou algumas vezes sexo oral com ejaculação na boca, o que aumenta o risco de transmissão via sexo oral.

Ao pensarmos na liberdade do ponto de vista objetivo, precisamos considerar os pares contingência e necessidade, como abordei com Chauí (2012). As contingências são eventos que fogem ao controle, embora possam ser esperados, como é o caso do preservativo estourar ou não garantir a proteção de

<sup>43</sup> Para saber mais sobre formas de transmissão do HIV, acesse: <https://abiaids.org.br/em-nota-abia-esclarece-duvidas-sobre-transmissao-do-hiv/29054>

infecção por HIV. O HIV é um vírus em circulação e qualquer pessoa com vida sexual ativa pode vir a ser exposta, independente da quantidade de parcerias sexuais. A analogia com a louça, embora não carregue um conteúdo moral explícito, pode reforçar a associação entre HIV e promiscuidade.

A quantidade de parceiros e exposição é referida também por Ricardo, que conta sobre algumas concepções que já teve sobre HIV e que foi desconstruindo ao longo do tempo:

Ah, quem sabe se expõe logo, para ser a tua situação logo e acabar com o tabu, e pertencimento e não sei o que. Eu tinha muita, muita, mas muita pira na época, do tipo: ah pessoas que eu conheço e estão nessa situação, **não se expuseram**, sei lá eu, de alguma forma, **ou no mesmo número de vezes**, sei lá, que eu me expus, então, **ah não é justo**. Meio uma **meritocracia que não era meritocracia**. Estranho, assim. (Ricardo)

Uma das concepções é sobre o peso da convivência com o medo da infecção, que em algum momento lhe fez parecer que talvez seria melhor se expor logo para que, então, tivesse menos “tabu” em relação a isso e maior “pertencimento” à comunidade de homens gays. E outro ponto que relata é sobre sua percepção em relação a pessoas que conhece que vivem com HIV e, em tese (nessa perspectiva da quantidade/promiscuidade) não se expuseram, enquanto ele se expôs e não pegou. Nessa construção, a infecção pelo HIV é percebida por Ricardo a partir dos sentidos de justiça e mérito. Isto é, como se não fosse muito coerente uma pessoa que transa menos ter HIV, no entanto a que transa mais, não.

Há, então, ao mesmo tempo carência e valorização de uma abordagem com mais diálogo sobre prevenção quando os homens gays entrevistados acessam serviços de saúde. No entanto, nas narrativas em que essa abordagem mais voltada a uma educação em saúde aparece como algo que marcou, estas se inserem na produção cultural produzindo sentidos que reforçam noções como norma, atrelada ao mantra “use camisinha”, aposta, como na metáfora da louça, e risco, na abordagem que associa um maior risco a um grupo específico.

A pedagogia da prevenção, vista pela forma como é narrada pelos entrevistados, repercute na construção de mentiras que são próprias da sociabilidade neoliberal: 1) a possibilidade de controle total em relação a gestão de risco, produzindo sensação de fracasso e frustração quando a prevenção falha e 2) a relação entre risco a quantidade de exposições, produzindo sentimento de



justiça/injustiça e merecimento quando, na verdade, no movimento do real e nas experiências do entorno, a circulação do vírus não segue essa regra.

## 5. GESTÃO DE RISCO: A PERSPECTIVA DA ADMINISTRAÇÃO DA VIDA SEXUAL

No atual modelo preventivo do HIV/Aids, uma das formas de viabilização da prevenção combinada na vida das pessoas é através do foco na abordagem comportamental. Nesta, a estratégia de gestão de riscos é central, considerando os indivíduos como autônomos e capazes de fazer escolhas a partir do acesso à informação. Diferentemente dessa pretensão de produzir um sujeito bem informado, autônomo, racional e, por isso, responsável por suas decisões, as concepções e conhecimentos que os homens gays entrevistados constroem sobre prevenção transitam por diversos itinerários que vão produzindo tanto apoio como controle. Quando as relações referidas pelos entrevistados se desenvolvem na relação com os serviços de saúde, produzem uma articulação entre o velho modelo da norma e as novas perspectivas de risco e aposta, centrando no indivíduo as condições e possibilidades de gerir seus riscos e se cuidar.

Para Spink (2001, p. 1280), “a gestão de risco compreende quatro estratégias integradas: os seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental direta e a auto-regulação”. No âmbito da descrição da política, aparece sobretudo uma espécie de “auto-regulação apoiada<sup>44</sup>”, ainda que em uma interface pontual entre usuário do serviço e profissional da saúde. No entanto, quando miramos para a intervenção estatal mais ampla em relação ao HIV outras dimensões aparecem, como escolhas em relação a alocação de recursos e cortes no orçamento público para as políticas sociais e criminalização do HIV<sup>45</sup>.

Tanto no âmbito da literatura como da política de saúde, a gestão de risco para HIV aparece mais relacionada à esfera individual (RIOS *et al*, 2019) e, no máximo, na relação entre usuário(a) dos serviços e profissional da saúde (BRASIL, 2022). A gestão ou o gerenciamento de riscos normalmente é compreendido a partir da ideia de probabilidades e cálculos que se dão no processamento cognitivo de uma pessoa frente ao conhecimento sobre doenças, agravos ou formas de

---

<sup>44</sup> Apenas me inspiro aqui na noção de auto-cuidado apoiado que, conforme as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes e linhas de cuidado do SUS, significa “significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo. (BRASIL, 2012, p. 22)”

<sup>45</sup> Estes aspectos, embora não sejam diretamente objeto dessa tese, são primordiais para que se analise de forma mais ampla como se constrói o modelo oficial preventivo para além das narrativas das políticas de saúde.

prevenção. No entanto, contextos e emoções muitas vezes influenciam mais do que o conhecimento em si (RIOS, 2019). Por isso, para que se possa fazer uma gestão de risco apoiada, me parece bastante importante ampliar os conhecimentos sobre estes contextos e emoções, além dos sentidos que as estratégias de prevenção vão produzindo ao serem incorporadas nas experiências dos homens gays.

Para a maioria dos entrevistados a narrativa sobre gestão de risco e, mais especificamente, sobre quais formas adotam para se proteger da infecção do HIV (no caso de entrevistados negativos) e para proteger outras pessoas e agravos (no caso de entrevistados positivos), se desenrola no entorno da camisinha. Em muitos casos a camisinha aparece como central na prevenção e, muitas vezes, seguida de uma explicação sobre ser comum ou eventualmente acontecerem práticas sexuais sem usá-la. Em outros, ainda que refiram outras formas como prioritárias para prevenção, em geral aparece uma certa justificativa sobre o não uso do preservativo e até uma narrativa de autocrítica. E, ainda, há alguns homens que narram com tranquilidade o sexo sem preservativo, embora ainda nestes esse apareça como central na articulação da narrativa. Além disso, é importante notar que em muitas narrativas aparece o uso combinado de estratégias de prevenção, o que varia conforme contextos, relações e momentos de vida. No entanto, em todas essas situações o uso ou não do preservativo é central.

Semelhante ao apresentado por Rios *et al* (2019) em estudo sobre homens que fazem sexo com homens no Recife, ao passo que muitos homens se apresentam como pessoas que fazem uso consistente do preservativo, assim que se aprofundam alguns pontos sobre isso aparecem situações e contextos em que esse uso não é realizado. Me parece que há pelo menos quatro tendências sobre o uso (ou não) de preservativo: 1) homens que relatam tentarem fazer uso consistente e, em alguns contextos forjados por relações e emoções específicas, acabam por não utilizar; 2) aqueles que escolhem não utilizar preservativo por conta da adoção de outras estratégias como prioritárias, como a PrEP ou o indetectável = a intransmissível; 3) aqueles que escolhem não fazer uso de preservativo por conta do prazer; 4) aqueles que por carregarem bastante medo em relação ao HIV, acabam muito apreensivos e preocupados no momento de estabelecerem relações com vistas a prática sexual penetrativa e buscam ao máximo fazer uso consistente do preservativo. Analiso, também, a incorporação de outras formas de prevenção, como

o sexo sem penetração e a PEP e, por último, aspectos relacionados a percepção do território na gestão de risco.

## 5.1 CONTEXTOS E EMOÇÕES

Sobre os contextos e emoções específicas que levam ao uso inconsistente da camisinha, as falas de Enzo e César apontam para alguns cenários:

[...] Mas às vezes acontece a penetração, por exemplo, e daí é aquela coisa assim bem clichê bem clássica de você tá lá na hora e tal e tá muito bom e tá rolando um prazer legal, uma química legal e acontece uma penetração e **eventualmente acontece então de ejacular dentro né**. Eu costumo sempre **ser passivo** nas relações e então isso acontece assim, já aconteceu também de tá transando com camisinha e daí sei lá, dá uma parada, enfim, tira a camisinha por alguma razão e depois retoma e aí quando retomar, **retoma sem**, sabe. (César)

[...] como foi em aplicativos de relacionamentos gay e tudo mais, sempre tem algum canto ali **se a pessoa utiliza ou não**, usa PrEP e tudo mais. E geralmente quando a pessoa utiliza ela não quer fazer com camisinha, isso já é uma coisa que eu percebi há um tempo já e tipo, **não desce, não vai pra mim**. Então eu sempre deixo, eu sempre falo para pessoa antes “cara eu só vou fazer contigo se tu usar a camisinha”, **eu não faço sem camisinha** e tudo mais. Já tive parceiros que não queria, eu disse “cara não vai rolar” e a gente não fez. **Claro, sempre acontece uma vez ou outra fazer sem camisinha**, eu já fiz isso algumas vezes e eu sempre fico aflito, sabe. Então eu espero passar aquele tempo ali de 30 dias que é o tempo de incubação do vírus e sempre faço o teste e sempre deu negativo. (Enzo)

César refere que é um clichê o uso da camisinha falhar no momento do tesão, no calor do momento, e que embora busque ter um uso consistente, isso por vezes acontece. Enzo inicialmente relata uma certa rechaça às pessoas que se apresentam no aplicativo referindo que não usam camisinha e refere que, desde o princípio, explica para essas pessoas que sem camisinha para ele não rola. Em seguida comenta que já aconteceu de fazer sexo sem camisinha, mas em contextos em que já conhecia a pessoa.

A crítica em relação às pessoas que se apresentam nos aplicativos referindo não usarem camisinha aparece também em outras falas:

[...] daí quando eu **inicieei minha vida sexual** e tal também, tinha contato com HIV/Aids nas **aulas de educação sexual** e na minha prática sexual de buscar transar com camisinha, é...todas as vezes ou sempre que possível e foi assim até eu vir para Porto Alegre, que eu vim pra cá em 2016, e quando eu vim para Porto Alegre eu descobri, é...não é que eu descobri, eu acho

que sim, eu descobri as **tribos** né. Então eu descobri os **barebackers** e...descobri que tinha gente que gostava de transar sem camisinha e que essas pessoas também falavam muito sobre vitamina, sobre é...ham...com desculpa da expressão, mas sobre **leite vitaminado** e etecetera e tal, e que na **verdade** se referia né, a pessoas com HIV e a pessoas que só transam sem camisinha e então e daí se você não faz uso de prevenção né e tudo mais, você pode se contaminar. **E eu fiquei bem, é... chocado em ter contato com essa realidade**, e foi pelos aplicativos também, sei lá, foi uma coisa que me surpreendeu muito. (César)

Enfim, vejo alguns caras no app que usam prep, não sei se é real, mas igual tem sífilis, gonorreia... HIV é apenas uma, e mesmo assim os caras usam disso para fazer **bareback**... Coragem... (Michel)

César explica que o sexo sem preservativo praticado por pessoas soronegativas, na forma como se apresentam pelos aplicativos, é chamada de bareback e o praticado por pessoas soropositivas é chamado por alguns de leite vitaminado. O bareback aparece como uma contestação e negociação com a norma do uso do preservativo, que foi — e de certa forma ainda é — central na resposta preventiva ao HIV. A crítica de alguns participantes é feita quanto aos homens que explicitamente assumem não usarem preservativo em nome de maior desejo ou prazer. No entanto, não necessariamente uma maior crítica em relação a isso está atrelada ao uso mais consistente do preservativo. Me parece que o que varia, em verdade, são os contextos emocionais que levam a essa decisão: enquanto alguns tomam essa decisão de forma mais elaborada e racional, fazendo com que anunciem a prática sexual sem preservativo, para alguns outros esta é uma decisão permeada por outras circunstâncias ocasionais.

As relações de amor e confiança, a pessoa que “aparenta” não ter HIV e os momentos de maior tesão são alguns dos fatores que entram em jogo para essa tomada de decisão. É importante notar que estes são articulados, mais ou menos flexíveis e transitórios em determinados momentos da vida. Por exemplo, Davi conta que iniciou sua vida sexual com 13 anos e que por algum tempo avaliava o risco com base em aparência e sentimento:

[...] E eu tinha muito a **mania de confiar no parceiro**, pq acho q naquele momento tb eu tava procurando alguém q me passasse segurança.. enfim. Mas aí aconteceu que sei lá **eu julgava pela aparência** a possibilidade de a pessoa ter hiv ou não, **ou então julgava por como ela fazia eu me sentir**. Sei lá eu demorei pra desenvolver essa racionalidade aí de que as pessoas podem ter comportamentos que a gente nem imagina. (Davi)

A aparência como algo que regula a percepção sobre o ter ou não HIV é evidenciada, também, na fala de Roberto, porém por outro lado. Roberto relata que ao ter seu diagnóstico positivo começou a buscar um corpo que se diferenciasse da aparência de Cazuzu e sua representação sobre a Aids:

[...] eu resolvi mudar de vida, porque eu tava com os meus 16...17 eu era assim, sou fã do Cazuzu, mas o que me remeteu a mudar de vida radicalmente foi quando eu vi o filme dele, passou assim, e eu **não queria ter aquela imagem de doente assim sabe**, aquela pessoa que tem HIV, aquela pessoa que é muito magra, né enfim. Aí **eu comecei a trabalhar o meu corpo para não transparecer que era...** o meu medo. E aí comecei a ir para academia comecei a malhar, comecei a ficar forte, daí tive uma adolescência assim, normal. (Roberto)

Estudo publicado em 2008, com base em entrevistas realizadas entre 1999 e 2005, demonstrou que no início da epidemia a imagem de um corpo doente de Aids era associada à magreza e, com a incorporação dos anti-retrovirais e cronificação da doença, essa imagem passou a ser associada a lipodistrofia (ALENCAR, NEMES, VELLOSO, 2008). As imagens de pessoas emagrecidas pelo adoecimento em decorrência da Aids e/ou com lipodistrofia<sup>46</sup> por conta do uso continuado de antirretrovirais perduram em associação ao HIV, embora os antirretrovirais disponíveis no Brasil atualmente evitem tanto o adoecimento como esse efeito colateral. Com base nos relatos de Davi e Roberto, me parece ser possível inferir que, em certos contextos, essa relação com as imagens historicamente construídas em relação ao corpo infectado, participam na forma com as pessoas pautam suas escolhas na gestão de risco: e aqui, vale destacar, seja o risco da infecção ou o risco de ser reconhecido como corpo infectado e, por isso, ser exposto ao preconceito.

A ideia de proximidade e conhecimento sobre o outro também aparece:

Tipo, as vezes que eu fui sem camisinha com as pessoas, **eram pessoas que eu já tinha um conhecimento prévio**, eu já tinha me relacionado algumas vezes, então não dá a louca de abrir o aplicativo, na mesma hora trazer para a minha casa e já fazer sem camisinha. (Enzo)

---

<sup>46</sup> A síndrome lipodistrófica do HIV implica em uma “uma distribuição irregular de gordura no corpo, decorrente do uso das medicações anti-retrovirais”

Enzo refere uma percepção de diferença entre pessoas com quem ele já possui alguma relação e pessoas que são desconhecidas. Isto é, as relações com pessoas mais conhecidas lhe conferem sensações de maior segurança. Além disso, acordos e relações de confiança entre casais ou parcerias sexuais entram em cena na gestão de risco. Alguns acordos são mediados por outras estratégias de prevenção, como o teste ou a PrEP:

E neste momento eu estou em uma **relação aberta**. Eu namoro outro homem, ele está fazendo intercâmbio e **o nosso acordo é só ter relação sexual sem camisinha depois que os dois fizerem seus exames**. (César)

Aí depois eu entrei em um relacionamento, com um cara, mais velho, de 39 anos, é... a gente passou o relacionamento inteiro tendo **relação sem preservativo** assim, e **por conta de eu tomar PrEP**. Aí depois eu terminei esse relacionamento e entrei em um outro relacionamento que esporadicamente a gente usa preservativo e praticamente não. (Marcos)

César conta sobre o acordo que tem com seu namorado, com o qual ter uma relação aberta: realizar testagem antes de terem relações sexuais sem preservativo. Já Marcos relata a flexibilização do uso do preservativo após o início do uso da PrEP em suas relações em geral e, em especial, com parcerias fixas. Ou seja, um acordo regulado por um diagnóstico e outro com base na segurança conferida pelo uso da PrEP.

Já outros homens fazem referência há acordos que falham:

[...] eu tinha uma pessoa fixa aqui em Porto Alegre e era só com essa pessoa que eu ficava e tinha relações, daí depois eu fui [viajar] para a temporada de verão e lá eu descobri [o HIV]. Até então eu não tinha me relacionado com ninguém lá. A parte do choque foi **eu estar chocado por uma coisa que eu sempre me cuidei**. [...] Os exames periódicos, o uso de preservativo com parceiros aleatórios, talvez, tipo alguém que tu vai para uma balada e conhece a pessoa e acaba transando com ela, tipo, preservativo, e até mesmo a conversa com a pessoa que eu estava ficando antes, **tipo um alinhamento assim**. [...] **Era um consenso assim, nós dois estamos ok, nós dois estamos limpos**. (Rafael)

Mas **não dá para afirmar que é eficaz, sabe?** Eu, essas duas vezes que eu fiz esses acordos, em uma das duas vezes, que eu não sei te informar qual, eu contrai HPV. Então, tipo... a pessoa não sabia que tinha... porque ela nunca teve nenhum tipo de manifestação. Mas nesse mesmo contágio, contaminação, exposição, que essa pessoa passou por HPV e que isso acabou chegando em mim, **ela podia ter passado por qualquer outra coisa**. Que também teria **chegado em mim, porque eu aceitei o risco**, né? Então, eu já pensava que esses acordos eram falhos, mas na época... ah mais jovem, ah apaixonado, ah monogâmico, ah, mil coisas. E hoje eu

tenho certeza que é risco. Pelo menos a minha experiência, **risco absoluto**. Porque eu fui... exposto, contaminado, né... e ah, já tive problemas quanto a isso? Não, não tive. **Mas o meu acordo era não ser exposto a nada**. Entende? (Ricardo)

Rafael comenta que buscava “se cuidar” antes de ter seu diagnóstico positivo para o HIV. Quando pergunto o que ele entendia como ter esse cuidado, traz diversos elementos, entre eles o diálogo e acordo com o parceiro. Esse diálogo carrega a imagem da soronegatividade como “estar limpo”. Já Ricardo afirma que não é possível compreender os acordos estabelecidos com as parcerias como eficazes. Para ele, isso se configura como risco absoluto. Ou seja, como antagônico à confiança, aparece o risco. Nestes relatos, novamente fazem referência a experiências de surpresa e frustração por terem buscado estratégias que lhe pareciam seguras de proteção e estas falharem.

Os acordos oscilam, então, entre uma falsa ideia de total segurança e proteção ou, quando falha, na construção do outro como um traidor, alguém que não é passível de confiança. Alguns acordos são mais fluídos, mediados por outros recursos de prevenção. No entanto, o compartilhamento do risco, assumindo em conjunto que isso faz parte da relação afetivo-sexual, não foi evidenciado em nenhuma das falas. Há uma tendência à individualização da responsabilidade, característica da sociabilidade neoliberal.

## 5.2 BAREBACK E O SEXO SEM CAMISINHA

Para Oliveira e Sales (2022), em análise realizada a partir do twitter, o bareback se configura no ciberespaço como uma espécie de currículo, isto é, um conjunto de narrativas que compõe uma pedagogia do sexo. São mensagens atreladas umas às outras: leite vitaminado, no pelo, sem capa, na pele. O bareback, neste sentido, rompe com uma linearidade discursiva da obrigatoriedade do uso do preservativo, que parece bem aceita e instituída, “de modo que aquilo que está prescrito neste currículo pode soar como estranho, assustador ou até mesmo inconcebível, para muitos/as de nós” (p. 10)

Utilizando ou não a narrativa do bareback, a prática sexual sem camisinha assume diferentes sentidos na vida dos homens entrevistados, desde a segurança



em relação a outras estratégias de prevenção à priorização em relação ao prazer. Não necessariamente a prática é livre de medo em relação ao HIV:

Tenho muito medo de contrair HIV, pois costumo fazer bareback (sexo sem camisinha) mas já fiz muitas vezes e nunca contraí. Também não costumo questionar meus parceiros disso, **mas ainda sinto sempre medo lá no fundo**, cada vez que vou fazer um novo exame. (Olívio)

Para Olívio o bareback é uma prática, no entanto não representa necessariamente um afastamento em relação ao medo e preocupação quanto ao HIV. Já Richard conta que ele e seu marido são pessoas vivendo com HIV, indetectável, que transam entre si e com outras pessoas sem preservativo. O casal anunciou isso no aplicativo e o não uso da caminha faz parte das negociações que estabelecem com possíveis parcerias sexuais.

E as pessoas dizem assim, vocês usariam camisinha? Não, **a gente não usaria camisinha porque a gente não usa**. E não é um questionamento sobre isso se está errado ou certo e sim uma prática nossa, a gente não gosta de usar e não vai usar, e a gente só vai se envolver com pessoas que estão tranquilas para não usar e que nos oferece também tranquilidade, se não, não vai rolar nada. (Richard)

Richard refere que nunca gostou de utilizar camisinha e que essa foi uma preocupação que teve quando teve o diagnóstico positivo para HIV. Conta que compartilhou isso com a médica que lhe atendia e que essa “pediu segredo”, mas o tranquilizou dizendo que quem está indetectável tinha poucas chances de transmitir o HIV e que então ele poderia transar tranquilo. Indetectável = intransmissível e tranquilidade para o sexo sem preservativo aparece tanto na narrativa de Richard como de Roberto:

[...] **eu vou te dizer bem a verdade, eu não insisto em usar o preservativo, tá**. Se a pessoa quer que eu use beleza a gente usa, mas eu não sou das pessoas que eu não insisto sabe... porque o que passa pela minha cabeça tá, assim como **eu sei que eu sou ham... neutro né, eu sei que os meus exames estão em dia**, então se eu me relacionar com alguém, por exemplo, alguém que eu conheci no aplicativo, e a pessoa não quer usar o preservativo, tranquilo, eu vou acreditar nessa pessoa que ela também está neutra e está com os exames ok, **mas né... isso não é falado falado, sabe?** É uma coisa mais assim, vamos ao natural, faço com camisinha? [...] alguns clientes pediam para eu usar, outros não, sabe, ham... e era engraçado enfim, **cliente não queria usar ok, mas eles não me perguntavam nada não me questionavam nada, mesma coisa eu, não questionava nada e ia ali e fazia**. Ham... então era isso (risos), não era regular o uso do preservativo. (Roberto)

Roberto conta que faz sexo sem camisinha tanto no sexo em troca de dinheiro como com parcerias sexuais que conhece por aplicativo e, também, com o atual namorado. Para ele, estar indetectável é associado a estar neutro para o HIV e remete a uma conotação positiva de saúde, como quando relata “estar com seus exames em dia”. Além disso, conta também que a maioria dos homens com quem transa fazendo programa são homens casados, heterossexuais, que “então eles usam camisinha com a esposa, mas quando fazem fora não usam”.

Além do I-I, o uso da PrEP também é considerado para alguns participantes como principal estratégia de prevenção. Marcos relata que depois de começar a usar PrEP se sentiu muito mais seguro e relaxado nas práticas sexuais. Por ser um homem que circula pela academia e pelas narrativas mais institucionais de saúde, refere que isso pode ser visto pelo discurso biomédico como um efeito negativo. No entanto, na sequência da sua fala começa a perceber que, de fato, antes da PrEP já aconteciam relações sem camisinha:

Ai, quando eu comecei a fazer o uso da PrEP, foi um **desdobramento bem surpreendente**, porque eu **consegui relaxar muito mais** nas minhas relações sexuais, mas aconteceu uma coisa que é... enfim... que **talvez dentro do discurso biomédico seja ruim**, assim, tive várias **relações depois disso sem preservativo**... [...] mas ai agora retomando, as vezes existia também um pouco a questão, **de que por mais que eu fosse mega temeroso e tal, as vezes as vezes eu me arriscava**, de fazer sexo sem preservativo, assim acontecia... também eu ficava depois **apavorado, apavorado, assustado**. (Marcos)

A PrEP pode flexibilizar ou até substituir a camisinha, mas do ponto de vista simbólico o seu efeito principal é suavizar o temor em relação ao HIV. Como demonstra Marcos, o que mudou para si é que antes tinha muito medo quando “se arriscava”. A PrEP é uma das estratégias de prevenção mais comentadas pelos participantes da pesquisa, seja sobre quem faz uso, sobre quem observa a repercussão disso na cultura sexual de homens gays ou sobre anuncia interesse e desejo em buscar o recurso.

Como aponta Ricardo,

Tanto a questão da PrEP, quanto a questão da sorologia positiva que é tratada, digamos assim, não sei se é esse o termo... e vai para questões de carga viral indetectável e daí isso pode ser sinônimo de não transmissão, ou qualquer coisa assim. Tem um lado disso, que eu acho... que eu me arrisco a dizer, que é muito positivo, **que é talvez o primeiro... ou um dos**

**primeiros, porque eu não sei se já teve outros... micro passos para desmistificação dessa pauta em todos os lugares que ela possa existir e principalmente pra desmistificação ou... a não existência, sei lá, do preconceito que em qualquer sentido, que ele possa existir com pessoas, que tem sorologia positiva e que declaram isso. [...] Eu acho que pode ser meio libertador para os indivíduos, ou para as micro sociedades, para a sociedade como um todo.**

Na narrativa de Ricardo, tanto a PrEP como o I=I são recursos que podem ser libertadores para comunidade LGBTQ+ e, em alguma medida, para a sociedade como um todo. Ricardo destaca que estes talvez sejam passos para desmistificar o HIV. Já Caio relata os efeitos de saber que estava indetectável em sua própria experiência como pessoa vivendo com HIV:

[...] eu fiz um outro exame né, de carga viral ahm...tipo duas semanas depois e já mostrava que eu tava indetectável, e bom isso foi muito bom também né eu tive todas as orientações de que o **indetectável é intransmissível** é...[...] é uma coisa assim que é, **que dá um alívio para gente**, a gente não se sente tão **como se fosse uma bomba relógio que vai sair contaminando as pessoas**.

Chama atenção sua narrativa sobre a sensação de alívio em não se sentir como uma bomba relógio. A metáfora da guerra, descrita por Sontag (1989) em relação ao discurso utilizado para justificar a aplicação de recursos frente à epidemia, aparece aqui em seu revés: se a epidemia é uma guerra, as bombas com capacidade de matar — ou morrer — são as próprias pessoas, que podem passar inclusive a se identificar com essa atribuição, nomeando sua condição de saúde a partir disso. Estar indetectável e saber (ou seja, intervenção biomédica e informação) que, por isso, não transmite mais o vírus, são quase vistos como antídotos que desativam essa bomba.

É possível notar o significativo avanço do ponto de vista da ciência através de tecnologias como a Profilaxia Pré-exposição, a Profilaxia Pós-exposição e o tratamento como prevenção. De fato, como trouxeram Caio e Ricardo, estes recursos podem ser considerados revolucionários para as pessoas vivendo com HIV, suas parcerias sexuais e para as populações que convivem com o medo de infectar e/ou ser infectado pelo HIV.

Além disso, estes recursos ampliam a possibilidade de autonomia dos sujeitos, possibilitando a escolha dos métodos de prevenção que se adequem a suas necessidades, condições e interesses, rompendo com a exclusividade do

mantra “use camisinha”, que nunca foi suficiente para garantir a diminuição da incidência de infecção. Por outro lado, a centralidade das tecnologias biomédicas nas narrativas do modelo oficial preventivo e, também, das pessoas entrevistadas merece análise mais aprofundada, visto que parece ser bastante conveniente ao capitalismo farmacopornográfico. Para Parker, “o discurso das abordagens biomédicas anda de mãos dadas com os discursos que justificam políticas neoliberais de ajuste econômico e redução de recursos para o setor da saúde” (2015, p. 7).

Arelado ao não uso do preservativo, seja incorporando outras formas de prevenção ou não, o prazer e o tesão são centrais nas escolhas sobre o sexo — o que faz total sentido já que, em geral, esta é a finalidade da prática.

[...] com o meu namorado, a gente não usa, nunca usamos, nem na nossa primeira vez, ham... A primeira vez obviamente foi mais por **irresponsabilidade**. Depois agora enfim, talvez **uma certeza errada que tá tudo certo** e que não precisa para entre nós, assim. E...nas outras relações algumas vezes usa, outras não, muito mais na questão da **impulsividade** sabe, vou lá **no fogo e na hora foi**, sabe, passou, não é ai não vou usar vamos usar, tu gosta, tu não gosta. Uma das pessoas que às vezes eu fico, ele usa a **PrEP** ele ...toma a PrEP ali direitinho, enfim, faz acompanhamento. Primeira vez que a gente ficou, eu acho que foi mais ou menos por ai o meu pensamento, apesar de que PrEP não previne outras doenças né, mas foi mais ou menos por aí, tipo, ah vamo sem e **não me importei muito**, então vai muito da questão da impulsividade mesmo, não acabo tomando uma decisão sabe, vou transar sem com o fulano mas não com o ciclano. **Eu particularmente não gosto de usar, uso enfim... porque... enfim, por uma questão de cuidado, mas não gosto, não gosto mesmo!** (Nelson).

[...] Faço, mas não ofereço na hora de transar. [...] porque talvez perca o tesão, ou não é a mesma coisa. Assim, vou te dar um exemplo, tá: se eu for ser ativo eu não tenho problema nenhum de usar camisinha, agora se eu for ser passivo, eu prefiro não usar camisinha, **uma coisa de sensação, sabe? Mas sabendo das consequências que eu tô exposto de não usar.** (Roberto).

A fala de Nelson evidencia muitos elementos sobre o não uso da camisinha: impulsividade, relações de proximidade e confiança, PrEP, “irresponsabilidade” e desejo. Ele observa que, ao final, não é exatamente uma tomada de decisão consciente baseada em uma análise de riscos, embora faça referência a elementos que em sua percepção conferem maior ou menor risco. Por último, refere que não gosta de usar camisinha e, de certa forma, isso prevalece na forma como conduz suas práticas sexuais. Roberto, de forma semelhante, comenta sobre não gostar de

usar camisinha, especialmente quando é passivo na relação sexual (sexo insertivo). Como já analisei, sente-se mais seguro pelo fato de estar indetectável.

### 5.3 MEDO E HIPERVIGILÂNCIA

A quarta tendência nas narrativas que se constroem a partir do uso ou não do preservativo como central na gestão de risco se refere à convivência com o medo da infecção por HIV. Nas narrativas, a convivência com o medo aparece de forma bastante articulada ao estigma, preconceito e discriminação, para além do medo concreto do adoecimento, como discutirei mais adiante. Vale observar que esta também é uma emoção frequentemente mobilizada e presente na forma como os homens entrevistados fazem gestão de risco. A sensação de estar em risco é nomeada por vezes como “medo”, e por vezes com variações como “aflição”, “pânico” ou “ficar travado”.

Claro que eu não vou perguntar pra pessoa se a gente vai usar preservativo, **porque pra mim a gente não vai transar sem**. Mas eu anuncio, sabe. Tipo: *Vou pegar preservativo. Onde está o preservativo? Sei lá. Tu já pegou? Tu tem?* Enfim, até... **uma coisa meio teste assim, para ver a reação da pessoa. (Ricardo)**

[...] **Eu não faço sexo sem camisinha, independente se eu estiver em uma relação**. Eu nunca tomei PrEP, nunca fiz PEP, que é pós né? E tipo, **não consigo fazer, fico travado**. Por ter passado histórias de ter o namorado, que tipo, que faleceu disso aos dezesseis anos de idade, por ter amigos muito próximos que tem, por ter pessoas que tem e não querem me falar [...]. (João)

Em particular, dois dos homens que relataram uso mais consistente do preservativo relataram, também, muito medo da infecção. Não busco aqui construir um argumento de que o medo faz com que as pessoas se protejam. Ao contrário, o medo da infecção aparece em muitas outras narrativas que já analisei aqui. No entanto, é possível observar que o medo pode produzir uma maior vigilância de si e do outro nas práticas sexuais. João destaca como um fator agravante o fato de ter perdido um namorado para a Aids, quando ainda era bastante adolescente. Já Ricardo comenta que depois de uma situação em que se percebeu exposto, passou a ficar ainda mais preocupado:

E aí foi naquele dia, naquela manhã, que eu comecei a pensar “ba, é pior do que eu penso”, sabe. Porque eu tinha toda uma construção na minha mente que... assim, eu não era hetero, né, mas eu vinha de uma vida da heteronormatividade à minha volta e eu tinha uma **construção de o que é um homem cis gay que alguns heteros também têm**. Que é tipo: *ah, pessoas inteligentes, pessoas informadas, né, lalálalá*. E eu achava que isso incluiria... cuidado com a saúde ou... ou qualquer coisa assim. E aí eu vi que na verdade não. Que são só pessoas. E aí que a pessoa ter cuidado ou não com ela independe, entre aspas, do meio seja qual for que ela vive. Depende de **ela ter informação ou não, ter experiência ou não, ter preocupação ou não, ter acessos**, obviamente, né, ou não. Aí dali em diante isso virou meio que uma... **preocupação mais... tensa**. (Ricardo)

Ricardo comenta que perceber que pessoas à sua volta, apesar de terem acesso a informação, adotam comportamentos considerados de risco o fez ficar mais preocupado e tenso. Semelhante a isso, Marcelo — que mantém sexuais tanto com homens como com mulheres — sente-se com mais medo do HIV em relações com homens. Conta que a própria dinâmica dos aplicativos de encontro sexual incide no seu comportamento: “que são mais com essa intenção de ‘ah vamo lá e real e não sei o que’. Então lá eu acho que estou mais propenso a me envolver no comportamento de risco”.

O medo também parece ser acionado pela imagem mental de que é possível estar transando com uma pessoa vivendo com HIV e, por isso, sentir maior insegurança. João e Ricardo comentam que, apesar do acesso à informação sobre indetectável = intransmissível, há alguma trava ou barreira ao se imaginarem transando com uma pessoa com HIV.

Hoje, se eu te falar que eu não me preocupo, é óbvio que é mentira, né? Eu prefiro estar transando com uma pessoa que eu sei, ou que pelo menos eu quero imaginar, que não tem sorologia positiva. Mesmo que eu vá transar com essa pessoa de camisinha. Tipo, **essa barreira eu ainda não consegui quebrar, sabe?** (João)

Mas por exemplo, digamos que eu fosse transar com uma pessoa que eu sei que tem sorologia positiva. Porque a pessoa me falou, porque ela quis, por exemplo. Ou eu me senti à vontade para perguntar e ela se sentiu à vontade para responder, e nós vamos transar com preservativo, porque afinal é assim que se deveria transar, né? **Em algum lugar meu, eu não vou estar 100% seguro**. Porque a minha a minha... as minhas, sei lá, faculdades mentais, me dizem que eu estou seguro, assegurado pela ciência, sabe? Eu estou usando preservativo... e digamos que daí também a pessoa... seja indetectável. **Então eu tô duplamente seguro**, digamos assim. É tipo, é fato, que não vai acontecer. Entendeu? **Mas em algum lugar... ainda existe alguma trava de medo em algum lugar**. (Ricardo)

Há uma narrativa sendo construída por influencers digitais do HIV de que é mais seguro transar com uma pessoa vivendo com HIV que está indetectável do que transar com uma pessoa de sorologia desconhecida. Essa narrativa tem como objetivo justamente tentar romper com essas travas e barreiras relatadas. No entanto, como aponta Ricardo, a divulgação científica da informação parece não ser suficiente. Ao passo que me parece importante a construção coletiva de novos discursos menos ansiogênicos e estigmatizantes em relação à HIV, me parece também ser relevante que as ações voltadas à prevenção busquem considerar e compreender as experiências prévias individuais e coletivas que, de certa forma, fazem com que os homens gays convivam com o HIV, com ou sem a infecção, com maior ou menor medo.

#### 5.4 CRIAÇÃO, SEGURANÇA NEGOCIADA E ALÍVIO

Individualmente, em interação com parcerias sexuais ou coletivamente, as pessoas criam formas de gerir o risco e assegurar relações prazerosas mais tranquilas, isto é, sem tanto medo ou vigilância. Essa criação pode ser combinada com outros recursos, como PEP, entre outros. Neste sentido, uma estratégia relatada é o sexo sem penetração:

[...] eu gosto muito de fazer **sexo sem penetração** que a gente chama de **Gouinage** no mundo gay (hehehe) e as vezes então, eu nem me preocupo com a camisinha, porque não vai ter penetração e porque eu não vou ter contato com o sêmem da outra pessoa, né. (César)

E nessas práticas também, de banheiro, cinema e afins... ou rua e tal. Teve uma vez que eu fiz um sexo grupal, num lugar público, em uma parte de uma boate. Eu acho que sempre é **ou só masturbação, ou sexo oral**. Não me lembro de sexo anal nesse tipo de configuração de... lugares, nem eu no outro nem... nem... o outro em mim. (Ricardo)

Conforme nota emitida pela ABIA (2016) sobre transmissão do HIV, a masturbação individual ou compartilhada não apresenta risco de transmissão. Fazer sexo oral é considerado de baixíssimo risco, contudo este é aumentado caso haja ejaculação na boca. Então, o sexo não penetrativo é uma estratégia interessante de gestão e redução de riscos. Contudo, nas falas dos homens que preferem adotar essa estratégia, esta aparece como um lugar de total segurança.

As noções de segurança e perigo são incorporadas de diferentes formas:

[...] eu fiz umas **coisas que eram perigosas** assim também né, tipo ah! Ejaculação na boca, por exemplo. Que eu acho assim, que não é o ideal não é sabe...não aconselho ninguém a fazer né... mas assim... ahm... Mas que tem gente que faz, tem gente que tem prazer com isso, que tem, sei lá, **fetichismo** nisso. Digamos que eu era uma dessas pessoas assim, e **eu procurava fazer mais com namorado assim né, mas como eu tava ali solteiro já há bastante tempo e tal... ah não sei, fiz isso**. Entendeu? (Caio)

Caio comenta que com frequência faz o raciocínio de buscar identificar as exposições que teve para o HIV. Entre elas, cogita que pode ter acontecido a infecção através de sexo oral com ejaculação na boca. Em sua fala, parece que espera algum julgamento meu, ao passo que se justifica dizendo saber que “não é o ideal, mas tem gente que tem fetichismo nisso”. Caio associa como aumento do risco o fato de ter feito isso com alguém que não era seu namorado.

Marcelo relata uma situação em que se sentiu exposto e o diálogo e a negociação, atrelada ao teste, foram as formas que elegeram para se proteger:

Já teve uma situação em que eu achei que tivesse mais exposto e que tivesse com o risco maior e já queria usar a PEP e acabei não usando porque eu **conversei com a pessoa**, falei com ela direito e ela garantiu, mostrou os testes e não tinha nada, então eu acabei não usando. (Marcelo)

Com base nessas situações, é possível observar que o diálogo e as negociações são também uma forma de prevenção utilizada seja pré ou pós exposição, por vezes articulada com outras. Nessas situações, onde é percebida alguma exposição, alguns dos entrevistados referem o uso de PEP:

E aí quando eu fui ter a... **prática sexual passiva, eu sendo passivo, eu não sei se o menino não colocou direito**, não se preocupou, tava bêbado ou semi-bêbado, sei lá, igual eu. E aí, quando a gente terminou a penetração, a **camisinha tava rasgada e daí eu entrei em pânico**, assim. **Pânico, pânico, pânico, pânico**. Tomei a PEP. Fiz o teste antes de tomar. Fiz o teste logo depois. E aí, me pediram que era 30 dias depois de ter terminado de tomar — pelo menos lá nesse local foi assim que orientaram. (Ricardo)

Eu fiquei muito satisfeito porque teve duas vezes que eu não tive certeza se eu tive uma relação protegida, e aí sabia, e aí eu fiquei pensando... **bah tem gente que não sabe disso, fiquei sabendo da PEP**, então eu usei a PEP em dois momentos, três na verdade. Em três momentos em que eu não tive certeza, então para não ficar neurótico com a coisa eu usei e depois testei e deu negativo e tal. Mas eu disse, **olha só que coisa interessante isso, ainda que seja uma relação de risco, em até 72 horas tu pode reverter isso né**. (Bruno)



A maior parte dos homens relatou ter algum conhecimento sobre PEP e, em geral, os que relataram ter feito o uso em situações em que se sentiram/perceberam expostos, valorizaram bastante a estratégia. Além disso, a realização do teste também entra em cena na gestão de risco, seja ela pontual (após alguma exposição) ou incorporada em uma rotina. Enzo, por exemplo, conta sobre essas duas situações, enquanto César comenta sua conduta após uma situação de exposição:

Então a melhor coisa que eu posso fazer é usar camisinha, usar preservativos e fazer testes a cada três meses. Isso é pra mim uma lei, uma regra. Eu sei o que estou fazendo e sei das consequências que podem acontecer, então é melhor prevenir e fazer testagem do que outras coisas piores. [...] Claro, **sempre acontece uma vez ou outra fazer sem camisinha, eu já fiz isso algumas vezes e eu sempre fico aflito, sabe.** Então eu espero passar aquele tempo ali de 30 dias que é o tempo de incubação do vírus e sempre faço o teste e sempre deu negativo. (Enzo)

Depois, menina, **depois a gente fica meio apavorado** né, e é...assim, eu já procurei uma vez o \*serviço de saúde\*, ham..para fazer um teste rápido e depois que eu tinha tido uma relação sem camisinha e que rolou da pessoa ejacular dentro. (César)

Nestas narrativas, há uma interface entre aflição e alívio em relação à testagem. O alívio aparece por conta dos resultados negativos. Os resultados da pesquisa de Rios (et al, 2019) vão ao encontro disso, demonstrando que por vezes os homens buscam a testagem buscando alívio para o medo. Valle (2010) aponta que a testagem sorológica aproxima os sujeitos da vivência com a Aids. Isso faz com que o momento da testagem seja bastante emblemático, envolvendo tensões, pedagogias implícitas e explícitas<sup>47</sup>. Rememorando a fala de João que já citei anteriormente, a sala da testagem pode ser vista por alguns como “a sala da morte”.

Em narrativas de homens vivendo com HIV já analisadas, destaquei que o resultado positivo para HIV apareceu como uma surpresa. Em outra, também apareceu já uma suposição de infecção pelo HIV, mas dessa vez atrelada a identificação de uma imagem de si com uma imagem de um corpo doente,

<sup>47</sup> Quando eu estava na residência, o serviço que oferecia testagem rápida realizava coleta em sala separada do aconselhamento. Isto é, o usuário chegava para testagem, passava na sala do aconselhamento e depois passava para coleta do sangue na sala da enfermagem e realização do teste. Quando o teste estava pronto, a aconselhadora buscava o resultado na sala da enfermagem e chamava a pessoa para entregá-lo e dar sequência ao aconselhamento. Esse tempo de espera, na sala de espera, era percebido com muita angústia pelos usuários. Contudo, para algumas profissionais era visto como um tempo para “pensar sobre”, muito semelhante a “cadeirinha do pensamento” de pedagogias infantis mais tradicionais e punitivistas.

semelhante ao Cazuzá. A relação entre exposição, testagem e alívio/surpresa/espera estão presentes na forma como os homens entrevistados se relacionam e experienciam a testagem como momento de descoberta do diagnóstico para HIV (positivo ou negativo).

## 5.5 A CAMISINHA E A CULTURA SEXUAL HOMOSSEXUAL

Como venho abordando, a camisinha é central na forma como os homens entrevistados constroem suas narrativas sobre prevenção, seja para falar do uso ou do não uso desta. Em seus relatos, é possível observar, também, interpretações sobre o sucesso ou fracasso deste recurso. Sobre a incorporação da camisinha na cultura sexual, em particular em práticas de sexo penetrativo, Bruno comenta:

Não vamos ser hipócritas né, nas minhas praticas sexuais, por exemplo, **pouquíssimas vezes eu fiz sexo oral com preservativo**, mesmo sabendo que o risco é menor e tudo mais, mas não é 100% mesmo assim e... muito gel e enfim, claro, nas minhas relações penetração e tudo mais, **sempre usando camisinha, por que pra mim a camisinha é que nem botar, que nem escovar os dentes**, botar a meia no sapato, tênis, sabe, tem que usar.  
(Bruno)

Para Bruno, a camisinha é algo incorporado como um hábito. Há duas interpretações que vão em direções opostas sobre a incorporação da camisinha em uma cultura de cuidado de si e prevenção. Richard e Bruno fazem analogias com a escova de dentes e com a prática de escovar os dentes, contudo Richard comenta:

[...] **quinhentos tipos de motivos pelo qual ninguém aderiu a camisinha, vamos convir que a camisinha foi meio que uma coisa que não deu muito certo.** [...] Sim, em muitos casos eliminou e ajudou muita gente, que legal. Mas não cumpre, se cumprisse estaria já todo mundo usando e estaria já na cultura do mundo, como escova de dente está. **Escova de dente deu certo e camisinha não. Basicamente é isso.** E aí assim, o que que eu vejo, as pessoas estão usando menos camisinha hoje em dia.  
(Richard)

A escovação dos dentes aparece como algo incorporado, inquestionável, que deu certo. Quando comparada a camisinha, há variações nas perspectivas apresentadas pelos entrevistados. Me parece ser possível dizer que para algumas pessoas a incorporação prática da camisinha funcionou, e se constitui como um

hábito, muito semelhante à escovação dos dentes. Já para outras pessoas, a camisinha, apesar do uso não se efetivar na prática ou não ser uma prioridade, há incorporação da narrativa da norma, sendo uma articuladora do discurso sobre prevenção.

Vale observar que há uma diferença enorme entre a incorporação da escova de dentes ou do preservativo. O ato de escovar os dentes tem como objetivo direto a saúde bucal. No entanto, quando a pessoa escolhe colocar ou não a camisinha, a cena que envolve essa ação tem, em tese, como objetivo principal o prazer — seja seu ou se outra pessoa, no caso da troca se sexo por dinheiro. Além disso, é preciso considerar que há dinâmicas de poder que envolvem a negociação sobre seu uso.

Outro sentido importante aparece na fala de João:

**Eu acredito que a maior fetichização do homossexual é fazer sexo sem camisinha, é... ignorar o HIV/AIDS como se não existisse e como se fosse naturalizar algo. Existe uma fetichização nisso. Eu acho que o maior prazer de um gay em fazer sexo sem camisinha é se sentir seguro, e assim, é o que a grande maioria pensa em fazer, pensa em fazer, entendeu. Então as pessoas elas fazem, é... existe esse fetiche, entendeu, pra mim é um processo de fetichização em fazer sexo sem camisinha. Porque assim, os heteros fazem, porque que os héteros podem fazer e eu não posso fazer?**

Para João, o sexo sem camisinha atua na cultura homossexual como um fetiche, por representar uma aproximação com o sexo heterossexual — ou, penso que poderia dizer com o sexo pré-Aids. A sensação de segurança durante o sexo é percebida como um bem simbólico da heterossexualidade, como um privilégio concedido a quem está mais acima na hierarquia sexual. A insegurança e o medo são heranças, nesse sentido, da hibridiz entre as origens da Aids e a homossexualidade. Ainda que do ponto de vista prático o vírus não escolha os corpos que irá habitar pela orientação sexual destes, a percepção do sexo como uma prática segura é apresentada por João como algo que homens gays disputam com a heterossexualidade.

## 5.6 TERRITÓRIOS DE RISCO

A perspectiva de território de Milton Santos (2005) tem influenciado e sido, em diferentes medidas, incorporada na formulação e organização de políticas públicas. Para o autor, o território está para além de um lugar formalmente

circunscrito pelo estado para fins administrativos. O território é um espaço usado pelas pessoas, construído de forma dialética nas relações políticas, econômicas e sociais. Na contemporaneidade, há uma fluidez de transações entre territórios que fazem com que se ultrapasse a antiga noção de Estado territorial.

Os territórios são, então, o lugar onde as vidas das pessoas acontecem. Essa dinâmica não se restringe a limites formais. Contudo, para organização de políticas de saúde, a adstrição de territórios é utilizada para realização da vigilância e da construção de redes de serviços. Para Monken e Barcellos (2005), essa forma de incorporar o conceito de território acaba, por vezes, reduzindo o conceito a uma função meramente administrativa.

O modelo contemporâneo que pauta a vigilância em saúde busca identificar:

[...] 'fatores de risco' que explicariam a produção de doenças. Este último paradigma produziu a maior parte dos roteiros utilizados atualmente para a prática de vigilância em saúde, como os questionários de investigação epidemiológica, voltados para a arguição do doente sobre possíveis formas de exposição (MONKEN e BARCELLOS, 2005, 904).

No campo do HIV/Aids, os roteiros utilizados são notificações que, transformadas em dados, são analisadas e publicadas em boletins epidemiológicos. Alguns dos dados mais alarmantes são publicados em mídias locais e vão sendo incorporados nos discursos da população. A importância de conhecer a epidemia a partir das localidades é inquestionável: incide na alocação de serviços, priorização de ações voltadas a determinadas populações, entre outros. Mas nos interessa aqui refletir sobre as imagens que isso produz e a forma como são incorporadas nas experiências dos homens entrevistados. Porto Alegre por anos liderou uma espécie de ranking em relação ao número de infecções por HIV. Isso conferiu à cidade o apelido bastante estigmatizante de "a capital da Aids"<sup>48</sup>.

Esta mesma cidade produz apagamento cotidiano de espaços importantes e de luta contra a Aids. Em abril de 2022, foi autorizada pela prefeitura municipal a demolição total da casa onde Caio Fernando Abreu nasceu, após seu diagnóstico positivo para HIV, viver seus últimos anos de vida (SUL 21, 2022). Outra ação de descaso em relação às lutas sociais e a memória dos movimentos de HIV/Aids foi o

---

<sup>48</sup> Para dar visibilidade à situação da cidade, um grupo de estudantes de jornalismo da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), sob orientação de Gabriela Almeida, realizou e publicou em 2018 um documentário intitulado "A Capital do HIV". No roteiro, busca-se explicar para a população onde acessar serviços, a diferença entre HIV e AIDS e algumas hipóteses sobre o porque temos estas taxas mais elevadas na cidade.

despejo do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA/RS) em 2017, depois de ter como sede um prédio na Cidade Baixa, bairro de grande circulação de pessoas na cidade (GAUCHA ZH, 2017).

A informação sobre as taxas de HIV na cidade e essa fama que foi se construindo também foram sendo incorporadas na forma como os homens entrevistados pautam suas decisões e realizam gestão de risco. A narrativa de Rafael articula índice de infecção com a as imagens que atrelam HIV a homens gays:

Porto Alegre é a capital com **maior índice de pessoas com HIV**, e isso é **tudo dentro da população de homens gays** de Porto Alegre. Deve ter uma porcentagem em cima das pessoas hetero também, mas a maior porcentagem em cima dos homens gays. (Rafael).

João, que quando foi entrevistado estava em trânsito na cidade, comenta sobre ter uma grande busca de parceiros para encontros sexuais no aplicativo por ser “uma carne nova” e, ao mesmo tempo, sobre ter mais receio de transar com as pessoas na cidade por conta dessa fama que existe. Relaciona a isso a imagem de “cidade infestada”, trazida em algum texto que leu de Caio Fernando Abreu.

[...] porque eu já tinha lido, o meu autor favorito, ele era daqui, que era o Caio Fernando Abreu. Aí ele faleceu né, pelas mesmas causas, e ele falava em um dos livros dele que, **Porto Alegre estava infestada**, ele usou essa expressão, na época, isso foi em 1980, 90... por aí, o livro que ele fez, acho que o nome do livro é Morangos Mofados. **Então sempre.. já existiu uma fama, entendeu? (João)**

Já Moacyr traz imagem mais ampla, sobre o estado ter maiores taxas de IST, e, também, faz referência a uma fama atrelada a isso. Refere que por conta disso lhe causou ainda mais surpresa o fato de ver pessoas anunciando em seus perfis no Grindr que não fazem uso de preservativo por tomarem PrEP:

**As pessoas falavam muito do tal PrEP e ter a relação sem preservativo.** E eu ficava me perguntando assim, poxa **hoje em dia que o Rio Grande do Sul é tão famoso pelas DSTs** e as pessoas toda hora falando de IST e aí eu comecei a ir atrás para entender o porquê que tava tão em alta, sabe, então foi mais em função disso. **Porque pra mim foi um choque**, essa coisa assim. (Moacyr).

Na narrativa de Bruno, duas imagens convivem: a da cidade infestada, a partir da ideia de que qualquer pessoa pode ser uma pessoa infectada, e a imagem do indetectável=intransmissível:

Então claro, quando se corre esses riscos, os riscos sempre vão ter, inclusive vou te dizer, Porto Alegre continua sendo a cidade que mais tem. [...] **A gente sabe que qualquer um pode ser uma pessoa infectada em potencial assim**, por outro lado também, a gente sabe que com avanço dos medicamentos e tal, isso também é um tipo de prevenção, que a pessoa transar com uma pessoa que tá em tratamento é um tipo de prevenção, **porque ela depois de um tempo ela fica indetectável né e ela não transmite.** (Bruno).

A partir desses relatos, importante notar como as imagens e percepções que orientam as práticas se moldam nas experiências que se constroem no território, com suas particularidades, incorporando técnicas e discursos de saúde pública. Compreendendo o território como território vivo (SANTOS, 2005), é possível observar que a construção da experiência de homens gays no dinâmica de Porto Alegre imagens como risco, intersecção do HIV com homossexualidade masculina, infestação e, também, novas imagens construídas mais recentemente no campo da Aids, como indetectável=intransmissível.

## 5.7 É POSSÍVEL ADMINISTRAR A VIDA SEXUAL?

O atual modelo oficial preventivo centra sua resposta na possibilidade de as pessoas realizarem escolhas, em face a um cardápio de alternativas, sobre quais formas combinadas podem ser utilizadas para a sua prevenção. É esperado que o sujeito racional, bem-informado, possa tomar decisões com base no que é melhor para si em seu contexto e momento de vida, fazendo a gestão dos riscos presentes na prática sexual. Se propõe a, de certa forma, que o sujeito faça uma gestão de risco apoiada: a política deve oferecer os recursos, estratégias e informações e lidar com as questões estruturais que produzem barreiras de acesso, como o estigma e a discriminação. A partir disso, cada um individualmente poderia ter condições de assumir a administração de sua vida sexual de forma a evitar riscos e/ou adoecimento. Se não o faz, deve arcar com a responsabilidade e consequências.

Parece ser um esquema que funciona. Fazer gestão implica em definir objetivos e prioridades, ações necessárias, elaborar metas e indicadores de

monitoramento e avaliação. A linguagem da gestão de riscos tem sido amplamente incorporada na administração empresarial e de organizações estatais. Realizando uma breve busca sobre seu significado, encontrei diferentes conceitos e perspectivas. Uma síntese possível é:

A gestão de riscos é o processo que trata dos riscos e oportunidades que afetam a criação, a destruição ou a preservação de valor nas organizações. A premissa inerente ao gerenciamento de riscos é a de que toda a agência, pública ou corporativa, existe para gerar valor às partes interessadas (stakeholders). Ao considerar os efeitos da incerteza sobre o alcance dos objetivos, a gestão de riscos é um componente fundamental da governança e da gestão dos processos organizacionais para melhorar a capacidade de gerar valor. (TCU, 2017, p. 10).

Então, gestão de riscos é um processo que exige um certo grau de sistematização e processualidade dentro das organizações. No caso da gestão de risco em relação ao HIV/Aids, o objetivo seria evitar infecções e/ou adoecimento. É característico do neoliberalismo a invasão da lógica da empresa em todas as esferas da vida. No entanto, será que é possível fazer isso com a prática sexual?

A experiência com o sexo e a sexualidade acontece na vida cotidiana, que é, conforme Heller (2014), a vida da pessoa como um todo. Nesta participamos com todos os aspectos da nossa individualidade e personalidade, mobilizando todos os sentidos, capacidades intelectuais, paixões, sentimentos, ideias e ideologias. O fato de todos estes aspectos serem mobilizados faz com que, também, não seja possível realizar alguma capacidade em pleno funcionamento. Na vida cotidiana estamos sempre fazendo escolhas. Estas podem ser mais ou menos conscientes, motivadas por questões morais e éticas, por critérios de utilidade, entre outros, como prazer.

Como abordei no decorrer deste capítulo, as decisões sobre prevenção do HIV/Aids tomadas pelos homens gays entrevistados estão centradas na camisinha, seja em seu uso ou no discurso a partir da norma. Entretanto, na prática, as decisões são influenciadas por contextos, emoções, negociações entre parcerias sexuais, percepções e imaginário sobre o que é uma pessoa “saudável”, “limpa”, entendimentos sobre que é um sexo mais ou menos arriscado, medo, experiências prévias, imagens e percepções construídas sobre o território, entre outras questões. As decisões mais conscientes e elaboradas aparecem quando o uso da camisinha é algo já incorporado na vida cotidiana como um hábito ou quando, fora do momento do sexo, se analisa e decide por outras formas de prevenção baseadas em remédios (tratamento como prevenção, PrEP, PEP).

A espontaneidade é a característica dominante da vida cotidiana. O ritmo e a repetição, que também são características importantes, não estão em contradição com a espontaneidade. Estes só se rompem em momentos de elevação da vida cotidiana, isto é, quando em determinado momento o indivíduo centra suas capacidades para uma finalidade específica (HELLER, 2014). Os momentos de encontro e interação com outros, especialmente entre pares, aparecem como momentos de elevação da cotidianidade, possibilitando intercâmbio de recursos, informações, e um certo distanciamento que permite refletir e tomar decisões de forma mais consciente e elaborada. Mas isso não é consistente, permanente ou para todos.

Por mais que a política se proponha a realizar intervenções comportamentais, nas narrativas dos sujeitos essa não é uma mediação que aparece com consistência, mesmo quando referem buscar ou acessar alguns recursos biomédicos. Os discursos sobre prevenção chegam até eles de forma difusa, pulverizada e pouco dialogada. A busca individual é uma saída que encontram e a educação espontânea entre pares é uma saída coletiva. Tudo isso é atravessado pelo modo de governabilidade neoliberal. Mesmo quando estão entre pares, com associações mais espontâneas ou organizadas, controle e vigilância se fazem presentes.

Neste sentido, é incorporado o que é mais perverso da racionalidade neoliberal. O controle deixa de depender de agentes externos, e passa a ser incorporado como controle de si e de seus pares. O julgamento sobre quem não faz uso consistente de preservativo, ainda que isso também não seja uma realidade para si, é um exemplo disso. Quando as expectativas criadas pelo modelo preventivo não são cumpridas, aparece julgamento, culpa e responsabilização individual. Se assemelha muito com o que Safatle (2020) analisa sobre aqueles que não conseguem corresponder a autonomia perante as políticas estatais e/ou criticam a “austeridade”:

Criticar a austeridade é assim colocar-se fora da possibilidade de ser reconhecido como sujeito moral autônomo e responsável. Da mesma forma, era moral a defesa de que os indivíduos deveriam parar de procurar “proteção” nos braços paternos do Estado-providência a fim de assumir a “responsabilidade” por suas próprias vidas, aprendendo assim a lidar com o mundo adulto de uma “sociedade de risco” (embora nunca tenha realmente ficado claro se os riscos afinal eram para todos). (2021, p. 18).



Me parece muito difícil que os homens gays consigam cumprir com o que é esperado deles. A administração da vida sexual a partir da gestão de riscos é uma abstração. Por mais que os sujeitos façam referência à tomada de decisão em relação à prevenção, avaliando riscos e alternativas, e alguns até elaborem estas de forma mais racional, a dinâmica da vida sexual é muito mais próxima da vida cotidiana do que de um método de gestão.

## 6. O SUJEITO DA PREVENÇÃO: HOMOSSEXUALIDADE ENTRE O VELHO E O NOVO DO MODELO PREVENTIVO DO HIV/AIDS

Eu sabia que nos anos 80 e 90, muitas pessoas morreram por causa da ascensão do hiv à aids. Sabia que se tratava de uma doença que deixou um rastro sofrido na história, nas memórias e nos corpos de uma geração. Uma marca impregnada de medos, segredos, vergonhas, violências, culpas. Mas eu também sabia que, depois dos antirretrovirais, se poderia, mais do que nunca, viver o hiv — como uma condição crônica e intransmissível. Apesar de saber que, “no meu tempo”, o vírus não é mais uma “sentença de morte”, por trás das cifras H-I-V eu via erguer-se pesada a imagem da morte. E desejei matá-la, desmembrá-la, decifrá-la na sua mais íntima substância. Encarando sua assombração, me atrevi a procurar por sua verdade na turvação do seu passado, através de fragmentos que contam suas passagens ao longo de quase quatro décadas de epidemia. Foram nessas narrativas, sobretudo poéticas, que descobri uma relação sensível entre eu, o tempo e as imagens. Elas revelavam que a presença da morte não era algo fantasioso ou individual. Antes, era histórico. (Gabriel Ignácio)

Início esse capítulo com este trecho de um texto escrito por Gabriel Ignácio, companheiro de andanças, pois penso que conseguiu sintetizar a partir da sua experiência a dialética que se faz na história e, por isso, também na memória individual e coletiva, sobre as imagens do HIV e da Aids. No capítulo 2, busquei identificar quem é o homem gay que o atual modelo oficial preventivo constrói. Na análise, identifiquei que este é nomeado e entendido a partir da noção de populações-chaves, isto é, determinadas populações em que se orienta centrar ações da política. A explicação sobre o que é homossexualidade masculina, ou a identidade de ser um homem gay, é oferecida a partir da diferença entre esta e HSH. Enquanto HSH são entendidos como aqueles homens que mantêm relações afetivas e/ou sexuais com outros homens sem que isso lhe confira uma atribuição identitária, homens gays são entendidos a partir das noções de pertencimento e identificação com este determinado grupo social. Além disso, analisei que os argumentos para focalização nestes sujeitos se constroem a partir da epidemiologia, do risco e do estigma e discriminação. A focalização tanto visa permitir um acesso mais equânime a essa população, como se traduz em critérios de elegibilidade convenientes ao neoliberalismo e precarização das políticas de proteção social.

Neste capítulo, buscarei analisar como o sujeito “homem gay” se constrói para a política, isto é, em relação dialética com esta, tendo suas experiências mediadas por discursos, narrativas, instituições e acessos. Para isso, me apoio nos conceitos de bioidentidades e biossociabilidade, que tomo aqui a partir da

elaboração de Ortega (2002). Para o autor, as bioidentidades são construídas diante da repolitização da saúde, que possibilitou uma sociabilidade mediada pela saúde, na qual o autor chama de

[...] biossociabilidade, para distinguir da biopolítica estatal clássica, constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo padrões tradicionais de agrupamento como classe, estamento, orientação política, mas conforme a critérios de saúde, desempenho físico, doenças específicas, longevidade etc. Nessa cultura da biossociabilidade, criam-se modelos ideais de sujeito baseados na performance física e estabelecem-se novos parâmetros de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas e regimes de ocupação de tempo. (2004, p. 14)

Marca a biossociabilidade de homens gays a convivência (real ou simbólica) com o HIV e a Aids. Essa convivência, como já venho abordando, se desenvolve a partir de pelo menos duas grandes frentes: a primeira diz sobre o impacto real que o surgimento da epidemia teve na vida de homens gays, causando adoecimento, muitas mortes e a costurando o medo como uma presença nas relações sexuais; a segunda diz sobre as respostas que foram sendo dadas, criando metáforas, articulando a ideia de grupo de risco e reposicionando o controle e preconceito em relação aos corpos homossexuais. Entre uma coisa e outra, diversas instituições atuaram e atuam como mediadoras do que chega até os homens gays e vai modulando suas experiências com o sexo e a sexualidade: as escolas, os serviços de saúde, as mídias de massa, as redes sociais midiáticas e os aplicativos de encontro, a produção cultural e artística, os movimentos sociais, as famílias, entre outros.

As identidades não são peças fixas ou imutáveis. Para Brah (2006), as identidades individuais são aquilo que convencionamos chamar de eu, porém sem serem fixas ou puramente singulares. Entre as identidades individuais e coletivas atuam elementos e marcadores que vão funcionando como uma espécie de caleidoscópio, com processualidade, diante de um conjunto de fluxos e circunstâncias. Desta forma, as identidades estão em constante mudança e com novos elementos sendo inseridos em sua produção. A experiência dos sujeitos, entendida como aquilo que lhes constrói (Larrosa, 2002), vai produzindo também certos modos de identificação e identidade, assim como de pertencimento a determinados grupos.

A escuta da experiência dos homens gays, partindo da pergunta “quem é você e como sua experiência/história é atravessada e/ou mediada pela questão do HIV/Aids” revela diferentes posições sociais que convergem em alguns marcadores do que podemos compreender como bioidentidades desse grupo em face ao HIV/Aids, às respostas construídas no Brasil e ao atual modelo oficial preventivo. Assim, um primeiro aspecto da análise é em relação a impossibilidade de realizar uma dissociação entre homossexualidade e HIV/Aids. Concordo com Oliveira (2022) quando refere que a tentativa e dissociação de travestis, transexuais e bixas e a doença/infecção é uma marca de um modelo higienista. Contudo, é preciso questionar como o atual modelo preventivo, a partir dos aspectos já analisados, atualiza o dispositivo da Aids e segue atuando a partir de novas narrativas na produção de bioidentidades homossexuais masculinas.

Essa hibridez aparece nas narrativas dos entrevistados como uma narrativa que interpela o entendimento e/ou a anunciação sobre suas sexualidades. Alguns dos homens entrevistados relataram uma série de violências sofridas por serem homens gays:

[...] meu pai é empresário, sempre rolavam jantares na nossa casa, **cê não tem noção de quantas vezes os caras passavam a mão o a perna na minha por debaixo da mesa**, enquanto jantávamos, eu não sou um galã de novela, mas sou um cara branco padrão e nunca escondi minha sexualidade de ninguém, os caras casados as vezes **já chegavam oferecendo dinheiro tbm**. (Michel)

[...] então sempre cresci sob a **égide da heterossexualidade**, com a educação e o disciplinamento e o controle do corpo, cresci ouvindo; **desvira essa mão, descruza essa perna, não pode usar rosa, não brinca com essas primas** e etcetera né. (César)

Eu sempre fui gay, mas não sabia que era e tinha toda a questão da escola, né. tem uma frase que me disseram um dia: **“teus colegas de escola descubrem antes de ti que tu é gay”**, porque querendo ou não tem aquela função de quando tu é adolescente, ou quando tu é criança: **“bichinha bichinha bichinha”**. Ok né, mas a gente não sabe como lidar com isso, porque a gente não sabe o que é isso. (Roberto)

Nestes relatos, encontramos diferentes ordens de violências: sexual, de correção de comportamento desviante e de regulação entre pares exercida no âmbito escolar. Para Ivo, a questão do HIV/Aids aparece como “algo a mais” que se soma à experiência de ser um homem gay. Vão se articulando imagens de um lugar sujo, marginal, com a doença, a infecção, o vírus:

[...] já vem difícil assim porque tu já começa a pensar sobre sexualidade a partir de um lugar que é o lugar do sujo né, que é um lugar marginal, enfim...**então já existe uma associação quase que imediata quando tu fala sobre a tua sexualidade**, quando pensa sobre a tua sexualidade, uma associação com a questão da doença, assim do marginal, da doença, da infecção, do vírus [...] Na minha família ninguém era assim homofóbico de expulsar de casa e de bater e **mesmo assim foi difícil**, foi uma questão né... **Eu tive que trabalhar isso**, então fico imaginando que é difícil. **Quando tu descobre esse leque de prevenção, isso te traz uma sensação de segurança mesmo, de entender que tu pode ter prazer...** eu acho que a gente fala... porque a gente fala tanto de prevenção assim, porque ter prazer é bom, porque faz parte da vida. (Ivo)

Ivo qualifica como uma experiência trabalhosa ser um homem gay e refere perceber uma associação bastante imediata entre sua sexualidade e o HIV/Aids. Destaca, neste sentido, que por isso o conhecimento sobre prevenção traz uma espécie de segurança, uma possibilidade de se relacionar com o sexo a partir do prazer e não exclusivamente a partir do “fantasma” da doença. Nesta mesma perspectiva, César conta que seus pais descobriram que ele é homossexual pois um amigo da família foi parabenizá-los por isso:

E daí então meu pai e minha mãe vieram conversar comigo, porque né, meu pai achava que ele não tinha um filho gay. Eles vieram conversar comigo então e eu nunca esqueço assim, quando eu falo dessa cena eu... eu... parece que eu volto para lá. E eu tava no meu quarto e os dois sentaram na minha cama e eu tinha uma cama de solteiro, que era uma cama pequeninha, então a gente ficou bem perto. E eles começaram a falar que como **ser gay era uma coisa repugnante**, sobre como era **uma aberração** e tudo mais né, e uma das coisas que eles falaram e que me marcou muito era que **quem é gay morre de Aids**. (César)

César foi expulso de casa aos 17 anos. Semelhante ao relato de Ivo, aparecem imagens que relacionam homossexualidade com algo repugnante, uma aberração. No diálogo com seus pais, a infecção por HIV e morte por Aids aparecem como um destino homossexual. Outro ponto é levantado por Rubens e Marcos, sobre as narrativas artísticas que representam homens gays a partir da epidemia: “[...] porque qualquer filme que tu veja que seja de temática gay ou Lgbt, fala em HIV, [...] acho que então logo que tu te assume, isso é uma preocupação porque vem da construção social né” (Rubens). Já Marcos comenta sobre o livro “O tribunal da quinta-feira”, de Michel Laub:

[...] quando eu li isso era em 2017 eu não fazia ainda essa estratégia de prevenção, **eu não consegui ir em frente desse livro, pelo medo e da paranóia que eu tava em relação ao HIV.** E no livro, ele retrata um pouco dessa **paranoia dos personagens**, “ai tipo, eu transei com aquela pessoa, e será que eu to? E de ficar observando todos os detalhes do teu corpo para ver se tem algum sintoma ou alguma coisa e essa janela de dois anos de seis anos, “será que daqui alguns anos eu vou ter?”. É um livro que me deixou meio assim, é literatura então não tem a pretensão de ser necessariamente uma coisa informativa, **me deixou meio instável assim na época, também fiquei bem assustado.** Hoje em dia retomei o livro e enfim, li de outra forma. (Marcos)

Ou seja, o contato de Marcos com essa literatura, em um primeiro momento, acionou a paranóia criada a partir da convivência com o medo do HIV como um destino. Marcos faz uso de PrEP e comenta, então, que a partir do uso dessa estratégia de prevenção pode se relacionar com a questão de outra e, com isso, também ler o livro de outra forma. É a partir de múltiplos aspectos que experiências de homens gays são atravessadas pela convivência com o HIV/Aids de forma. As experiências individuais e identidades coletivas são forjadas em relação com o HIV/Aids como um trauma coletivo que marca o grupo social, para o qual o acesso a outras narrativas e/ou estratégias de prevenção produz um alívio.

## 6.1 SENTIDOS DO HIV/AIDS

As narrativas que pautam o modelo oficial preventivo e as possibilidades concretas de se prevenir da infecção ou de viver com HIV foram mudando ao longo da história social da epidemia. Se no início a experiência atrelava sexo, doença e morte quase como um destino, hoje é possível vislumbrar conviver com a infecção mantendo boa condição de saúde e não transmitindo o vírus para outras pessoas. Se no início da epidemia as respostas político-institucionais eram pautadas em práticas de abstinência e mais exclusivamente na retórica do risco, atualmente a política se apresenta a partir de uma série de possibilidades de prevenção.

As questões que se colocam como problemas na resposta à epidemia, em particular voltada a homens gays, são outras. Como tenho analisado, pauta o atual modelo a noção liberal de liberdade e possibilidades, construindo um suposto sujeito racional que, quando bem informado, é capaz de individualmente tomar as melhores decisões diante do cardápio de ofertas de prevenção. O sujeito da prevenção é um

sujeito gestor de seus próprios riscos. A resposta centrada no sujeito e em suas capacidades individuais vai produzindo uma sensação de que é possível e preciso estar no controle em relação à gestão de riscos. Quando isso falha, são acionados sentimentos como culpa, responsabilização individual e surpresa.

Para além destes aspectos que já venho discutindo até aqui, os sujeitos homens gays entrevistados demonstram que a biossociabilidade que os constrói em face ao HIV/Aids se desenvolve a partir da dualidade e convivência entre modelos. Isso se explicita na fala de Rubens, que conta que quando se entendeu homossexual e se assumiu um amigo lhe contou que é soropositivo. Refere que se surpreendeu com essa informação, pois ao passo que tinha uma “imagem muito catastrófica da doença”, bastante atrelada à imagem do adoecimento de Cazuzza, seu amigo tinha uma imagem de muita vida. Então diz:

[...] eu tenho os modelos e eu acredito que por eu ter vivido essa época, eu tenho dois modelos: **eu tenho o Cazuzza e eu tenho o meu amigo. O meu amigo é modelo que deu certo, o Cazuzza é o terror, eu transito entre esses dois.** O meu medo, o meu receio é, em um resultado positivo, pra onde eu vou correr? Eu vou viver com a sombra do Cazuzza ou com o dia ensolarado do meu amigo, né. E fora tudo isso, não é uma notícia que as pessoas querem receber, não é uma informação fácil de se digerir [...] lidar com isso, não sei, **não sei como seria lidar com isso assim e muito pelo estigma social assim.** Esse tanto, o medo que meu amigo trazia, ele tremia o lábio para contar para a gente, imagina, e nós éramos muito próximos, muito próximos e ele tinha medo. [...] **para onde eu vou correr desses dois modelos que eu tenho e como é que eu vou lidar com essa informação,** eu vou ficar mais próximo do Fabian ou vou ficar mais próximo do Cazuzza. (Rubens)

Para Muñoz, “a memória é certamente construída e, o que é mais importante, sempre política” (2017, p. 7). Citando Crimp (1988 apud), Muñoz analisa o luto vivido pela geração de homossexuais que viveram o início da epidemia. Este, para além do luto em relação a morte de muitas pessoas, foi também em relação ao prazer sexual perverso em si mesmo, ao sexo em público, ao uso de lubrificante comestível que também passou a ser um risco por poder danificar o látex. Crimp escreve sete anos após o início da epidemia, onde essas imagens estavam muito presentes. Já Muñoz, anos depois, aponta que em verdade as práticas sexuais foram sendo recriadas e as saunas, os banheiros, o sexo em público nunca deixaram de existir.

Em verdade, os “riscos negociados e outras decisões táticas modificam de alguma forma esses impulsos sexuais sem entretanto fazê-los desaparecer” (ibidem,

2017, p. 5). No entanto, a memória de um sexo sem a presença do HIV e da Aids se coloca no presente como uma utopia, que alimenta a vida erótica e as políticas homossexuais. No Brasil, como aparece na narrativa de diversos participantes da pesquisa, a imagem de Cazuzá representa a articulação entre sexo, homossexualidade e doença/morte. E, por vezes, isso se configura como um destino homossexual, algo natural e inerente a sexualidade e que precisa ser exaustivamente evitado. Em outras, já aparecem narrativas mais borradas pelas novas descobertas científicas e por outros modelos, como refere Rubens ao retratar a experiência de seu amigo que vive com HIV como “cheia de vida”. A paranoia e o trauma coletivo produzido pela Aids não tecem um continuum linear a partir da associação com a morte, mas sim do estigma e discriminação, como aponta Rubens.

As falas de Richard e Enzo trazem uma perspectiva sobre o HIV como “mais uma doença”. Enzo compara com o momento em que descobriu uma IST e Richard conta como é sua relação com o HIV:

Se for com HIV vai ser a mesma coisa, eu tenho anos pela frente para viver e estou suscetível o dia que isso aconteça, então eu sou sempre realista nessas questões. **Porra, fiquei, vou tratar, era isso.** (Enzo)

É a minha relação com HIV, é tomar um comprimido por dia. É o meu maior e terrível transtorno, não tem um efeito colateral, não tem nada, nada, nada, nada, tipo se fosse perto **da maldição que eu achei que fosse, estaria morto já.** E atualmente assim, cara, **é como ter diabetes**, quando falo que é como ter diabetes, é real isso, por que é tomar um comprimido por dia. Saber que está preparado para mais 24 horas. E às vezes esquecer também, porque acontece e a gente é humano, às vezes esquece mas tá tudo bem. (Richard)

Encarar o HIV como algo semelhante a uma diabetes aparece também em outras narrativas, como na de João, que fala sobre naturalizar o HIV. Este é uma forma de, a partir do tratamento e do I=I, buscar ressignificar tanto a possibilidade de vir a se infectar pelo vírus ou a realidade sobre como é viver com. Rafael comenta que quando se descobriu com HIV também imaginou que teria que tomar muitos remédios e teria muitos efeitos colaterais, o que acabou por não se comprovar. No entanto, justificam o que acaba por diferenciar o HIV de uma outra doença crônica:

Tava até tendo essa conversa um dia desses com um amigo e eu falei para ele o seguinte; “que é, por exemplo, tanta gente tem diabetes, e faz tratamento para diabetes, **então eu não sei o porquê as pessoas julgam**



**essa doença como se fosse algo desprezível, nojento**". [...] Todos nós vamos morrer, não importa como, mas... obviamente que **ninguém quer morrer dessa doença, porque é uma doença na qual você fica estigmatizado**, eu diria. (João)

Eu acho que a parte difícil disso tudo, desse tempo todo, **foi não falar sobre isso com ninguém**. Tu é a segunda pessoa pra quem eu to falando isso. A primeira pessoa foi o K. (amigo). (Rafael)

A dificuldade em encontrar espaços seguros para expressar a sorologia positiva, para Rafael, é mais difícil do que a necessidade de uso diário da medicação. Já João aponta que morrer de Aids é diferente do que morrer de outras doenças, já que a pessoa fica estigmatizada. Semelhante a isso, a série *The White Lotus* retrata uma cena que, ao mesmo tempo reitera a relação entre homossexualidade masculinidade e HIV e explicita a diferença entre morrer de Aids ou de qualquer outra coisa.

O personagem Mark está aguardando exames pois está com uma suspeita de câncer, e está com muito medo pois seu pai morreu com câncer quando ele tinha mais ou menos a mesma idade que tem hoje. Resolve entrar em contato com seu tio para saber que tipo de câncer seu pai tinha e, assim, descobre que em verdade seu pai morreu com Aids e essa informação lhe foi omitida durante toda a sua vida. Quando questiona, afinal, como seu pai pegou Aids, o tio explica que ele tinha uma vida dupla e transava com outros homens fora do casamento. Mark fica estarrecido, em choque, e sua filha adolescente lhe aponta que ele está sendo homofóbico e que é normal homens casados gostarem de cu. Essa história contada na série exemplifica o que João fala: todas pessoas morrem, mas parece que morrer de Aids é pior. E também demonstra diferença de modelos geracionais que orientam a compreensão sobre sexo e sexualidade.

A sensação de o HIV ser um destino homossexual aparece, também, a partir da noção de pertencimento. Isto é, como se fosse melhor ter HIV de uma vez, como se ter HIV fosse fazer o homem gay se sentir igual aos outros, como refere Ricardo:

Então quer dizer que daqui a pouco para tu ser uma pessoa... homem... **homo orientada, então tu tem que ter... sabe... sorologia positiva**. Pra tu não mais estar te arriscando, pra tu ser igual aos outros. (Ricardo)

Em um sentido parecido com esse, embora envolto em outras questões, João comenta sobre pessoas com HIV que buscam transar sem camisinha para expor outras à infecção — o chamado “clube do carimbo”.

**Eu vejo um campo que infelizmente contraiu, e eu vejo um campo que infelizmente contraiu porque quis, propositalmente.** E esse campo ele é... perpassa a doença para as outras pessoas, entendeu? Mas tem pessoas que contraíram o vírus e não fazem uso dos seus medicamentos, elas nem se quer iniciaram e elas acham que por terem contraído... eu vou falar como se fosse o próprio pensamento delas; “eu contrai isso de alguém, alguém me passou porque quis, então agora a minha função é passar para todos”. Entendeu, **então eu vejo que existe uma intencionalidade, entendeu?** A pessoa não tá preocupada com ela, em vez de tá preocupada se ela vai se tratar, não. **Ela está preocupada em fazer com que todos tenham, um ciclo.** Conheço gente, gente de narrativas assim que ... existe um termo chulo para isso, conheço gente que diz “eu vou carimbar fulano”. (João)

Oliveira (2022) analisa algumas reportagens veiculadas pelo portal Terra e pelo Fantástico sobre transmissão intencional do HIV. Estas reportagens acusavam grupos de homossexuais que se formavam em busca de encontrar estratégias eficazes para “carimbar” outros homens, como furar a ponta da camisinha, retirar a camisinha durante a penetração, entre outras. A divulgação da imagem de que haveria um “clube do carimbo” foi vista com bastante preocupação pelo UNAIDS e por ativistas e cientistas do campo do HIV, por reiterar o preconceito e a ideia de um grupo que representa risco para a população. Essa discussão é bastante ampla e não é objeto desta tese.

Entretanto, a fala de João remete a esse significado: de que há homens gays com HIV que entendem que todos os homens gays deveriam ter HIV. Então, para João, existe um “campo” que infelizmente contraiu, como uma espécie de vítima do HIV. Mas também existe outro que contraiu de propósito e que transmitiu de propósito, carimbando os demais homens, pois sua intenção é que todos tenham. A imagem que se constrói aqui separa gays bons de gays maus, sendo o HIV uma “arma” perversa ou de vingança. Conforme Oliveira (2022), essas imagens midiáticas reitera a conexão entre homossexualidade e risco, construindo uma ponte direta entre bareback, homossexualidade e transmissão intencional.

Outros fatores que atuam na biossociabilidade tem relação com o uso de estratégias de prevenção (incluindo, aqui, o tratamento). Isso aparece tanto na forma

como as pessoas se nomeiam, como na forma como vão tornando mais diluído o preconceito a partir da visibilidade:

**Nós temos um perfil no grindr que diz, nós somos isso isso e isso isso isso**, e inclusive lá diz sim, **nós somos soropositivos indetectáveis**. Ninguém põe a cara, a gente põe a cara sabe, eu vou enganar pra que a pessoa, "aí eu tomo PrEP, eu só faço porque eu tomo PrEP", **todo mundo ali no grindr toma PrEP, ninguém é soropositivo**, só eu, eu sou o único ali do grinder que é soropositivo, os outros tomam PrEP todo mundo. Ah para! (Richard)

Porque, quando que uma pessoa ia, tipo assim, se atrever na sociedade que a gente vive, mesmo na pequena sociedade gay, digamos assim, **a escrever num aplicativo que ela tem sorologia positiva? Ou que ela não tem, mas que ela está disposta a se expor por uso de PrEP**. (Ricardo)

Richard, como já mencionei, comenta que ele e seu namorado se apresentam como positivos e indetectáveis. O discurso e a autonegação como "indetectável", como uma substituição a "soropositivo", "pessoa vivendo com HIV" ou, indo mais atrás, "aidético", é incorporado como uma forma de tentar romper com a discriminação e com o lugar de pertencimento configurado através do risco. A pessoa indetectável é percebida quase como uma pessoa sem HIV, já que está protegida do adoecimento e não tem o potencial de transmissão. A circulação do vírus na corrente sanguínea é quase zero, o que faz com que nem seja possível detectar em exame de carga viral. Então, a pessoa indetectável está um degrau acima na hierarquia social em relação a quem vive com HIV. Assim, "esta nova bioidentidade tenta ressignificar noções de risco — e de transmissibilidade do vírus — e se conecta com os discursos biomédicos e estatais (como no caso brasileiro) de Tratamento como Prevenção - TCP" (Oliveira, 2022, p. 197).

A PrEP, na forma como atua na produção de bioidentidades, repercute em sentidos parecidos com o I=I. Como já discuti no capítulo 3, os efeitos destes recursos e conhecimentos tem um impacto libertador para os homens gays e atuam como uma espécie de antídoto em relação ao preconceito e discriminação. Quem usa PrEP, como Marcos, sente um enorme alívio em relação à ansiedade presente na prática sexual, em decorrência do medo da infecção que se conecta com o medo do estigma. A PrEP confere alto grau de autonomia e proteção para quem faz uso. Embora alguns dos entrevistados comentam sobre o risco de outras IST, é possível observar que, no modo como ela é incorporada na produção de suas bioidentidades,

ela faz com que se desloquem no lugar designado no “grupo de risco” para um lugar de proteção.

Em síntese, as experiências dos homens gays entrevistados com o HIV/Aids e com recursos destinados à prevenção vão produzindo sentidos que circulam e enlaçam elementos do velho e do novo da história social da epidemia. Isto é, está presente ainda uma associação entre HIV e homossexualidade masculina, por vezes quase como um destino para homossexuais, ou como um marcador que conforma a identidade e o pertencimento ao grupo social. O medo da infecção ou o medo de expor a sorologia positiva é permeado mais pelo sofrimento em relação a discriminação e ao estigma do que necessariamente em relação ao adoecimento do corpo. Os recursos biomédicos para prevenção atuam na produção de outros significados: uma vida com o HIV, tomando uma quantidade pequena de medicações, sem adoecer ou transmitir; a imagem de uma pessoa com HIV “cheia de vida”; o sexo mais seguro, ainda que sem camisinha. As novas descobertas científicas e estratégias deixam o HIV mais “palatável”, mas esse ainda é usado para manutenção de hierarquias sexuais.

## 6.2 REFORÇO E MANUTENÇÃO DAS HIERARQUIAS SEXUAIS

A masculinidade não é uma entidade fixa, e sim uma categoria plural. Faz parte da necessária expansão do conceito demonstrar a vasta diversidade de masculinidades e, também, desvelar os mecanismos de uma masculinidade hegemônica e delinear as transformações destas, documentando os custos da hegemonia (CONNEL e MESSERSCHMITT, 2013). A pluralidade é atravessada por um ideal designado como norma e, por isso, hegemônico. Uma das funções da masculinidade hegemônica é a regulação da heterossexualidade. Por mais que as masculinidades sejam construídas de forma que não correspondam de fato a vida de nenhum homem real, “esses modelos expressam, em vários sentidos, ideias, fantasias e desejos muito difundidos” (ibden, 2013, p. 253).

Há desigualdades nesta própria diversidade. Por exemplo, Fry (1982) reconhece dois modelos hierárquicos construídos no campo popular: o que distingue “homens” e “bichas”, bem como o que hierarquiza “ativos” e “passivos”, referindo-se este último ao tipo de prática sexual. A hierarquização (RUBIN, 2012) é parametrizada pelas representações hegemônicas de masculinidade.

A vivência de quem está mais abaixo da hierarquia do sexo/gênero é atravessada tanto por uma construção externa ao grupo, como interna, que vai produzindo subcategorias. Em trecho da fala de Roberto que já analisei anteriormente, ele conta que era chamado de bichinha por colegas de escola antes mesmo de se reconhecer como homossexual. Já Moacyr comenta:

Mas eu por exemplo, na minha primeira relação sexual eu tinha 17 anos, tá? E **eu não admitia que pudesse ser passivo** assim, porque se fosse **seria moça**. E com o tempo eu fui desconstruindo isso, porque com o tempo eu fui conhecendo meu corpo, eu fui conhecendo outras pessoas, eu fui tendo conversas com diversos amigos sabe. (Moacyr).

Roberto comenta sobre seu nomeado como “bichinha” antes mesmo de ter esse entendimento sobre a sua sexualidade. O termo “bichinha” aparece neste sentido, com uma conotação negativa, de rebaixamento e é quem faz seu uso é para humilhar. Ou seja, a intencionalidade é rebaixar ou produzir a manutenção do rebaixamento na hierarquia social. Por outro lado, Moacyr comenta sobre a hierarquização entre ativos e passivos, já analisada por Fry (1982). Ou seja, uma hierarquia interna.

O HIV agrega outros fatores a essa hierarquia interna. Como comenta Ricardo, sua percepção é que outros homens que fazem sexo com homens entendem que a infecção é algum atributo da homossexualidade masculina:

[...] eles chegam em nós, pessoas homossexuais, normalmente com duas abordagens, assim: **ou eu sou uma bomba e a pessoa vai botar preservativo até dentro da orelha, porque eu sou a casinha do HIV, sabe? Como se a pessoa abrisse um pacotinho assim, né, de HIV. Ou, o contrário. [...] Tipo, ou a pessoa vem empacotada para poder tocar na gente. Ou a pessoa caga porque ela pode nos tratar do jeito que quiser... e sabe... e qualquer coisa assim.** (Ricardo)

Ou seja, pelas experiências e impressões de Ricardo em práticas sexuais com HSH, homens gays são tidos como abaixo na hierarquia sexual em relação a outros homens que fazem sexo com homens, ou porque estes são vistos como “uma bomba”, ou a “cassinha do HIV”, ou porque podem ser tratados como “qualquer coisa”. O HIV agrega mais um fator para a hierarquização. Em meados da epidemia, Rubin (2012, p. 37) já apontava para os riscos da “utilização crescente da AIDS para incitar uma homofobia virulenta”.

Para a autora, independente do que viesse a acontecer com a Aids, ela já havia produzido impactos de longo alcance para a vida sexual, especialmente sobre a homossexualidade. Rubin nomeia a Aids como uma catástrofe para a comunidade gay: logo que haviam saído dos manuais de doença mental, passam a ser visíveis através de uma epidemia com graves consequências físicas e sociais. Nesta mesma perspectiva, César refere:

Então, eu discordo muito quando, por exemplo, quando algumas pessoas falam que homens têm privilégios por serem socializados como homens, porque **a minha socialização como homem por exemplo, foi violenta**. E eu não tenho nenhuma outra palavra para descrever que não seja violência né, e...então eu acho que essa é uma marca que fica, **e daí pensar em adicionar mais uma coisa que é, então, ter uma sorologia positiva?** Muito embora a gente tenha aí uma outra geração muito melhor informada, uma outra geração que compreende o HIV [...] embora exista esse contexto, a questão do estigma ela também ainda existe né e **então o medo é adicionar mais uma carga** para essa construção que é ser uma pessoa LGBT em um mundo de CIS hetero norma né. [...] então se a gente for pensar por exemplo em uma escala, de aceitabilidade gay, **ser gay e viver com HIV é muito menos aceitável que ser gay e não viver com HIV**. E cansa dar a cara a tapa toda vez, então eu não gostaria de ter que dar a minha cara a tapa, mais com essa questão, então acho que é isso assim, esse medo. (César)

O armário atua como uma espécie de regulador da manutenção dessas hierarquias para homossexuais em geral, e se estende para o HIV, seja para quem convive ou em relação ao medo da infecção. Para Sedgwick (2007), o armário é a estrutura que define a pressão gay no século XX. Ele circula em um lugar entre segredo e revelação, privado e público, produzindo sentimento de impotência e dor. A pressuposição de que qualquer pessoa é heterossexual até que se diga ou demonstre o contrário, faz com que seja necessário “assumir-se” a cada novo encontro.

Sedgwick (2007) diferencia, neste sentido, o racismo da sexualidade. A raça/cor é algo visível a partir daquele corpo que chega. Não precisa de anúncio. A sexualidade precisa, de alguma forma, ser revelada e a decisão sobre revelar ou não é mediada pelo que se supõe que será a reação do outro. Ou seja, ser homossexual é percebido como um segredo que precisa ser revelado. O armário é algo constitutivo dos processos identitários e da experiência homossexual. Antes dos anos 1970 (pré Stonewall), o armário era percebido como “o melhor lugar”, isto é, um lugar seguro por onde se poderia viver e expressar a sexualidade. Após, o armário passa a ser visto como um lugar de onde se tem que sair.

Na fala de César, entre outras já analisadas, é possível observar uma experiência de ser homossexual como algo violento. César, como já mencionei, chegou a ser expulso de casa pelos seus pais. Então ele refere que adicionar o HIV seria mais uma carga, mais uma coisa para ter que “assumir”. Ou seja, um segundo armário, como nomeia Gabriel Abreu (2014) em “Diário de um jovem soropositivo”. O medo de ter HIV passa pelo medo de como outras pessoas reagiriam a isso e como cada um também terá possibilidades de sustentar a revelação diante da imprevisibilidade de reações. Rafael, como já referi, optou por manter em segredo a sua sorologia e eu fui a segunda pessoa com quem ele conversou sobre viver com HIV. César e João abordam ainda outros atravessamentos:

[...] eu pinto minhas unhas e uso batom eventualmente. Eu sou empurrado para um lugar de marginalidade, porque eu sou lido como um homem, o meu gênero designado é o masculino e homens não usam batom nem esmalte, pressuposto. Só que eu posso escolher, **então se amanhã eu não quiser mais andar com as minhas unhas pintadas e eu quiser vestir blusa polo**, calça jeans e sapatenis e me parecer com o que se deve parecer um homem, **eu posso**. Eu não posso não ter HIV uma vez que eu tenha, **e uma vez que eu tenha HIV vai ser uma outra questão**. Então vou contar para as outras pessoas que eu venha me relacionar ou não vou contar, vou contar para a minha família ou não vou contar, vou ter que lidar com mais esse estigma ou vou escolher não lidar? (César)

É impactante? Sempre vai ser impactante, isso aí não tenha dúvidas, **sempre vai ser impactante você receber a notícia de um amigo** “olha eu estou com...” Não é uma coisa que se conta, que entra por essa porta e se conta “eu estou com AIDS”, não é assim. [...] teve um amigo que me contou a notícia me entregando o exame na minha mão. Ai tu imagina a **bomba** que ele jogou em cima de mim né. (João)

Para César, é possível disfarçar marcadores que o identificam publicamente como um homem gay. No entanto, o HIV é algo permanente em relação ao qual precisará decidir de forma equivalente se lidaria de forma pública ou privada. João, por outro lado, narra sua reação quando alguém lhe conta sobre ter HIV ou “estar com AIDS” como algo que equivale a jogar uma bomba.

Caio também levanta alguns pontos que reiteram a hipótese de que o armário, da forma como estrutura as relações sociais e sexuais na interface entre público/privado, homossexualidade/heterossexualidade, se estende para a questão do HIV/Aids:

[...] é muito difícil você encontrar uma pessoa assim, que **abre a sorologia**, né. Inclusive eu escutei muito, não sei se é verdade assim mas, eu tenho

amigos soropositivos que já vivem a mais tempo com HIV, que daí me falaram **"Aí, pessoas mentem as vezes que usam PrEP para não ter que expor assim a sorologia"**. Eu só omito ali, eu não falo nada, se a pessoa assim depois me perguntar... **uma coisa que eu tenho medo assim, é talvez depois alguém me acusar de alguma coisa, não sei.** (Caio)

Então, neste trecho da narrativa de Caio é possível observar duas questões. A primeira é sobre a possibilidade da PrEP ser um auxílio para pessoas que vivem com HIV permanecerem no armário. A PrEP é uma medicação de uso contínuo, assim como o tratamento antirretroviral. Ou seja, se num encontro o parceiro sexual vir a perceber que está tomando medicação ou encontrar a medicação de forma ocasional, pode utilizar a justificativa de que é PrEP. Por outro lado, Caio comenta sobre ter medo de ser acusado de alguma coisa. Esse medo se relaciona, talvez, com a ideia de carimbo, como se viver com HIV e esconder isso referindo o uso de PrEP pudesse ser interpretado como uma estratégia atualizada de infecção proposital.

Além disso, se assemelha a saída do armário homossexual uma certa convivência com o pressuposto da soronegatividade. Isto é, ao mesmo tempo em que aparecem em algumas narrativas o medo, a sensação de que qualquer pessoa pode ter HIV, de que "a cidade está infestada", Caio também relata desconforto ao começar a se relacionar com uma pessoa e esta ter como a priori a soronegatividade:

[...] em julho eu conheci uma pessoa que acabou se tornando meu namorado e agora é meu ex né [...] E eu contei para ele, ele falava que usava PrEP e não sei o que, e aí ficava meio que tentando me convencer a procurar, meio que **partindo do pressuposto assim de que eu era negativo**. E...aí teve uma hora assim que eu cansei de ter que ficar dizendo que... aí, ficar mentindo assim, que eu não queria procurar PrEP ou que não queria, sei lá, aí eu disse assim, "não, eu já sou positivo e tal". (Caio)

É possível supor que o pressuposto da soronegatividade tenha relação justamente com a forma como as campanhas e conteúdo de educação em saúde são construídos, mais focados em como evitar a infecção do que em, caso ocorra, as possibilidades de cuidado e tratamento. Bruno, neste sentido, comenta uma campanha recente que teve contato. A campanha tinha como objetivo incentivar a testagem. Para isso, trazia a imagem de uma pessoa carregando um piano, representando o peso da dúvida. Em sua interpretação: "[...] claro, pra pessoa que na hora descobre que é negativo? Sim, esse peso saí das costas, sabe, mas e as



outras? Aí que começa, aí que aumenta o peso inclusive” (Bruno). O peso, explica Bruno, se dá não tanto por conta do tratamento, mas sim do estigma.

Por outro lado, pensando sobre o armário homossexual, Enzo, Nelson e Ivo relatam experiências de menos trabalho, dificuldade e sofrimento para se deslocarem desse lugar. Enzo comenta que nunca saiu do armário de fato, que apenas não escondeu seu interesse por outros homens, o que fez com que as pessoas fossem ficando sabendo de sua orientação sexual “ao natural”. E questiona: “Poxa, isso é tão clichê, eu ahm, se o hetero não faz, por que o gay, a lésbica, o trans, precisa fazer?” (Enzo). Nelson conta que quando começou uma relação fixa com outro homem, sentiu necessidade de contar para sua mãe e então “foi bem tranquilo, porque a minha mãe fez todo o trabalho difícil por mim né, eu só me assumi para ela o resto da família toda foi ela que contou” (Nelson).

É interessante, no entanto, observar que este assunto tenha surgido para quase todos os entrevistados, ainda que nenhuma pergunta sobre isso tenha sido feita. Isso reforça o entendimento de Sedgwick (2007) sobre o armário regular as relações sociais e sexuais, mesmo em contexto em que o trânsito entre dentro e fora seja mais tranquilo e menos trabalhoso. Estes pontos se explicitam na narrativa de Ivo:

[...] as pessoas gostam de perguntar quando a gente é gay, é lésbica enfim, **como foi sair do armário**, como foi contar para a família, e **eu não tenho nunca assim uma grande história para contar**, eu não tenho um momento assim que eu falei para a minha família, assim como a minha irmã nunca falou que era hetero, eu entendi que eu não queria que falar que era gay... e aí as coisas foram... eu fui crescendo, as coisas foram acontecendo **e foi ficando nítido que eu não era heterossexual** e aí um dia a minha vó perguntou assim e eu falei e a vida seguiu sabe. (Ivo)

É possível perceber que, nas narrativas dos homens entrevistados, “assumir-se” está bastante relacionado com contar sobre a orientação sexual para as famílias. Ivo também relata uma experiência mais fluida em relação a isso. Comenta que não sentiu necessidade de criar um momento para essa revelação e, assim como Enzo, compara isso com a não necessidade de uma revelação heterossexual. Mas a história de Ivo remete ainda a um outro ponto: a violência implícita no armário como um lugar de pertencimento homossexual. Para ele, “não há nenhuma história para contar”, sendo que sua história se desenvolveu e teve um desfecho bastante positivo. É como se uma história digna de ser contada fosse necessariamente mediada por sofrimento e violência.

Mas, voltando ao armário do HIV, pensando mais especificamente em pessoas vivendo com HIV, outros diversos contextos foram referidos em falas dos entrevistados já analisadas até aqui: Richard, por exemplo, decidiu que assumir publicamente sua sorologia seria a melhor forma de lidar, desde o momento em que recebia chantagens de sua ex esposa, ameaçando que iria expor sua sorologia se decidisse se separar. Rafael já traz o armário do HIV como um lugar mais seguro e, em algumas experiências que teve de revelação da sorologia, como em atendimento odontológico, a reação foi discriminação, violência e negativa de acesso.

Caio revelou sua sorologia para diversas pessoas, principalmente em grupos de pessoas vivendo com HIV, e passou tanto por experiências de acolhimento como de discriminação, não pela sorologia em si, mas pelo sofrimento que apresentava atrelado a ela. Ele conta que foi tratado como “vitimista” e em diversos momentos teve seu sentimento considerado menor, pois outros homens vivendo com HIV traziam o argumento da qualidade do tratamento e da indetectabilidade como algo que deveria se sobrepor a frustração de Caio.

Roberto relata um trânsito fluido no dentro e fora do armário em sua vida pública, com exceção de sua família, para qual sente que revelar o HIV seria pior do que contar que está com câncer. Explica que por muito tempo optou por não contar para as pessoas sobre o HIV e falava sobre isso apenas com amigos bastante íntimos. No entanto, refere que sua postura foi mudando mais recentemente:

[...] eu sempre postei as fotos das vacinas [para Covid-19] que eu tomei, né, primeira dose, segunda dose, terceira dose, 33 anos tomando a quarta dose, **tá no grupo de risco, só não falei qual o grupo de risco que eu estava, né.** Aí algumas pessoas próximas minhas mesmo vieram e: tá mas porque tu tomou a quarta dose?, aí né, são aquelas pessoas que **eu fiquei meio balançado, se vale a pena contar ou não.** Aí algumas eu falo, seguinte, por causa disso, disso e disso. "Aí mentira, quanto tempo, nem me falou isso", ah pois é, questão minha, **eu não falo oi tudo bem sou Roberto, prazer, sou soropositivo, não né!** Não precisa fazer assim. Mas poucas pessoas sabem. (Roberto)

A vacinação contra o vírus da COVID-19 vem sendo realizada por etapas, priorizando pessoas de grupos populacionais que apresentam maior risco de adoecimento e óbito pela infecção. Postar fotos fazendo a vacina virou uma tendência nas redes sociais. Por isso, Roberto comenta sobre o fato de as pessoas lhe perguntarem a qual grupo pertence para fazer a vacinação de forma prioritária, e não de acordo com sua idade. Então, embora não se apresente como pessoa

vivendo com HIV, tem avaliado contextos em que sente que pode fazer a revelação ou não. A expressão que utiliza para essa avaliação é “será que vale a pena”, o que reforça essa ideia de o armário ser regulado pelas possíveis e diversas reações que as pessoas possam ter ao receberem a revelação.

Em síntese, o HIV atua como marcador de posição na hierarquia sexual. Se a homossexualidade coloca o sujeito em posições mais desfavorecidas, viver com HIV faz com que seja ainda mais rebaixado. Ainda há diferenças internas, por exemplo, se um homem gay é ativo ou passivo, se vive com HIV e está indetectável ou não. A relação entre homossexualidade e doença, seja do corpo ou da mente, vai conferir diferentes posições sociais a depender de com quais outros marcadores sociais a experiência se enlaça.

A dinâmica do armário parece ser a principal reguladora da manutenção das hierarquias sexuais e se estende para o HIV. O armário pode ser um lugar de maior segurança e um lugar desconfortável de onde os sujeitos se movimentam para sair e se libertar. Em verdade, parece que o armário é sempre um lugar desconfortável. Uma maior fluidez ou dificuldade em sair do armário, quando se deseja isso, parece depender de como o sujeito se relaciona com as reações (reais ou hipotéticas) das outras pessoas, além das experiências que já teve com a discriminação. Então, apesar das mudanças na biossociabilidade a partir das novas estratégias de prevenção, o HIV segue sendo um marcador importante na regulação da masculinidade hegemônica e da hierarquia sexual

### 6.3 É POSSÍVEL CONSTRUIR O “SUJEITO DA PREVENÇÃO” A PARTIR DE OUTROS REFERENCIAIS?

Como venho demonstrando, o atual modelo preventivo do HIV/Aids constrói um sujeito que faz gestão de seus riscos, de forma individual, mais ou menos solitária a depender de redes sociais com as quais estabelece intercâmbios. As instituições e atores por onde se tecem as mediações entre a política e a experiência dos homens gays atuam entre cuidado e controle. O controle entre pares, ao mesmo tempo em que estas são as interações por onde se constrói com maior qualidade os conhecimentos e percepções sobre a prevenção do HIV/Aids, é bastante perverso.

Por outro lado, são essas relações que aparecem na narrativa dos entrevistados como um potencial de construção do “sujeito da prevenção” a partir de

outros referenciais, mirando na rearticulação de um sujeito coletivo. Para Dardot e Laval, é urgente promover formas alternativas de subjetivação diferentes do modelo da empresa, que dita a sociabilidade neoliberal. As narrativas dos entrevistados apontam para alguns caminhos possíveis, diferentes do modelo privatista e individualizante. Em muitas falas aparece uma preocupação com o coletivo, com suas relações de amizade, com a comunidade LGBTI+. Em tantas outras, fazem menção às possibilidades que se criam quando estão com seus pares:

É... **eu faço uso da estratégia né, da PrEP**, injetável [...] Ahm... pra mim, assim, como que eu cheguei nesse espaço, eu tinha dois colegas dentro do mestrado, que resolveram também fazer uso dessa estratégia de prevenção, ahmm é uma mulher trans e um menino, um homem gay, então nós, **esse trio foi até esse espaço e a gente decidiu participar**. (Marcos)

Marcos, por exemplo, conta que decidiu em conjunto com colegas buscar fazer o uso de PrEP. É possível supor que foi através dessas relações que acessou informação e que a interação entre eles fez com que tomassem a decisão de buscar o recurso. Já Rafael conta sobre ter decidido voltar para Porto Alegre, quando teve seu diagnóstico de HIV, ficar mais perto de pessoas próximas quando “para ficar mais próximo dos meus amigos que eram mais próximos aqui e até mesmo próximo da minha irmã” (Rafael).

Caio comenta que, apesar de ter tido experiências de julgamento, encontrar espaços coletivos também foi importante:

[...] é que eu participava muito do grupo né, [...] tanto aquele presencial que eu ia, lá no \*serviço de saúde\*, esses grupos da internet **acho que inicialmente foram muito importantes pra mim**, os seminários da ABIA também né assim, eu conheci muita gente né, muita gente legal, outras pessoas nem tão legais assim. (Caio)

Os grupos parecem ser espaços muito potentes de interação. Nestes, as informações não são apenas repassadas: elas são compartilhadas, produzindo diálogos. Além disso, Caio faz referência ao seminário da ABIA, que foi um espaço de encontro entre ativistas, trabalhadoras/es da saúde e acadêmicas/os.

No ano de 2020, realizei junto a colegas da ONG Somos uma oficina online sobre sexo mais seguro da pandemia. No debate que fizemos para planejar a atividade, percebemos que há uma carência de espaços nas cidades para debater sobre sexo e sexualidade. Os grupos quando se formam, em geral, são

especificamente para pessoas vivendo com HIV. É inquestionável a importância desses grupos, no entanto, a fala de Moacyr remete a necessidade de mais espaços coletivos: **“vamos supor que futuramente tu vá fazer grupos ou alguma coisa assim, eu to disponível para ajudar**, porque eu acho que isso é muito importante, acho que uma pessoa que eu toque já é incrível sabe”.

Roberto fala sobre a importância de ter encontrado um amigo para poder compartilhar sobre o HIV:

Então foi muito tempo depois que eu comecei a descobrir que tipo assim, **era o meu segredo era eu que guardava pra mim, então só eu sabia**, e... óbvio tinha amigos meus que cresceram junto comigo e que tinham, mas a gente nunca havia se falado sobre isso. Até o momento que eu fui buscar medicação lá na farmácia, **encontrando o amigo lá na farmácia também, então a gente meio que foi um ponto de referência um para o outro para começar a falar sobre isso assim.** (Roberto)

Comenta, então, que ao se encontrarem um se tornou referência para o outro. Ainda sobre a importância de se perceber entre pares, Bruno fala sobre se sentir com seu bando, como já abordei. E diz: “[...] o \*movimento social\* foi mais ou menos assim, de ver que eu não tava sozinho assim, nesse meu imaginário que tinha a ver com desejo e ao mesmo tempo estava super reprimido”. (Bruno) Então, é possível notar que é no encontro com o coletivo e em espaços mais dialógicos que os homens constroem referências mais amplas sobre como lidar com a prevenção do HIV/Aids, com o sexo e com a sexualidade.

A percepção sobre a questão do HIV e da Aids serem uma questão coletiva aparece também na fala de Ricardo. Para ele, quando pensa sobre isso: “[...] eu acabo pensando mais de uma forma mais como grupo assim. Tipo, a minha bolha pessoal... que cruza com a comunidade LGBTQIA+, e as relações que se dão, assim. Essa é a primeira forma que me atravessa”. (Ricardo)

Para a dialética marxista, as relações sociais apresentam sempre contradições. Então, na tensão da contradição das relações entre pares, penso que é possível construir alguns caminhos alternativos para a subjetivação e para a biossociabilidade de homens gays a partir do atual modelo oficial preventivo. Para isso, é preciso impregnar o fazer em saúde de realidade.

As relações entre os homens, como se pode perceber pelas narrativas dos entrevistados, se desenvolvem em um continuum online/presencial. As redes sociais virtuais e os aplicativos de encontro sexual são importantes mediadores sobre

prevenção, seja através dos perfis de usuários, dos conhecimentos divulgados ou mesmo através de recursos dos aplicativos, como já analisei.

É interessante que a política de prevenção se volte, cada vez mais, a esses espaços? Miskolci chama esse ciberespaço de esfera pública técnico-mediatizada e analisa que esta:

[...] tende a priorizar respostas rápidas, simples e diretas, colocando em xeque instituições e profissionais cujo trabalho especializado segue normas que envolvem a checagem de fatos e evidências, o que exige mais tempo para ser concluído e tende a apresentar resultados mais complexos e nuançados. (2021, p. 40).

Esse é um terreno bastante contraditório. Por um lado, possibilita diversos acessos que não seriam possíveis de outra forma para algumas pessoas como, por exemplo, os entrevistados que narram suas experiências em cidades no interior do estado referem. Por outro, as interações são bastante individualizadas. A forma como são apropriados os conteúdos permite interações pontuais no meio virtual, que acabam por se estender ao presencial. Ainda, se é importante que as ações de prevenção estejam presentes nos espaços e sociabilidade, parece não ser possível evitar a elaboração de iniciativas que ocupem aplicativos de encontro e outras redes sociais, por exemplo.

Com base nessas reflexões e no que tenho analisado até aqui, proponho que sejam resgatadas referências da educação popular para agregar conhecimentos ao modelo de vulnerabilidade e direitos humanos, com vistas a construir outras possibilidades de subjetivação a partir do modelo oficial preventivo. Se a liberdade reivindicada pela prevenção combinada parte da tendência neoliberal para Freire a liberdade que não pode ser objetivada é uma farsa. Por isso, constrói uma proposta de educação (ou ação cultural) libertadora e voltada à libertação. A possibilidade objetiva para o exercício da liberdade na América Latina é um projeto ativo, que necessita de movimentos e reivindicações para uma efetiva ampliação das alternativas que estão postas no real. Para ser levado adiante, conforme Freire (1970), é preciso vocação para ser mais. Isto é, exige acreditar que outras formas de relação social são possíveis e que são gestadas no real, sem fatalismos ou messianismos.

Neste sentido, Freire é contrário a iniciativas que se pretendem revolucionárias e, no entanto, utilizam-se de estratégias de dominação e

convencimento da população. Cabe apenas aos opressores utilizar da dependência dos oprimidos para produzir mais dependência. Os caminhos apontados pelo educador para a ação libertadora se pautam no diálogo e no coletivo.

A ação libertadora, pelo contrário, reconhecendo esta dependência dos oprimidos como ponto vulnerável, deve tentar, através da reflexão e da ação, transformá-la em independência. Está, porém, não é a doação que uma liderança, por mais bem-intencionada que seja, lhes faça. Não podemos esquecer que a libertação dos oprimidos é libertação de homens e não de “coisas”. Por isto, se não é autolibertação - ninguém se liberta sozinho -, também não é libertação de uns feitas por outros. (FREIRE, 1987, p. 53)

Por isso, entendo que o diálogo com Freire e outras referências da educação popular e da teoria crítica dos direitos humanos permite traçar algumas alternativas ao modo de subjetivação neoliberal, com vistas a orientar ações e intervenção de prevenção em HIV/Aids. A liberdade, conforme entendida nestes referenciais, tem sentido contrário àquela que limita o outro, tão propagada pelo discurso neoliberal que ora defende a sensação indiscriminada de possibilidade, ora anuncia que a liberdade de um vai até onde começa a do outro. Em *Cartas à Guiné-Bissau* (1978), Freire traz notas muito importantes sobre o projeto de libertação do país em relação ao colonialismo e sobre como a educação se insere e participa desse projeto.

A “burocratização”, para o autor, produz alienação e aderência à cotidianidade, já que não conduz a uma distância para compreender as razões de ser. Manter a curiosidade faz, então, com que seja possível — conjuntamente por educador e educando — tomar distância do objeto analisado. Assim, é mais importante a atitude crítica e aproximação curiosa dos dois em relação ao objeto, do que o discurso do educador sobre este. Em certos momentos os educandos necessitam de certas informações para prosseguir na análise, porque conhecer não é adivinhar, e mesmo nestes momentos a informação oferecida deve vir com alguma problematização (FREIRE, 1978).

As intervenções comportamentais voltadas à prevenção se pautam na gestão da vida sexual e dos riscos inerentes, com base em cálculos probabilísticos e medições feitas por um sujeito racional e bem-informado. É possível como alternativa uma perspectiva que propõe a relação com o outro — entre profissionais da saúde e homens gays — de forma curiosa e fomentando a curiosidade sobre

aquilo que lhe passa, e sobre aquilo que é feito a partir do que lhe passa, isto é, a experiência?

A conscientização e a ação problematizadora tem como um de seus objetivos compor esse projeto de restauração social da nação e sua população antes da colonização. No processo de colonização, somente aquilo que vem do colonizador tem valor. O povo vai sendo desidentificado de sua música, dança, agilidade do corpo, criatividade etc. Restauração, neste sentido, pois embora as histórias sejam contadas a partir do momento da invasão, é importante que o povo reconheça os elementos culturais genuinamente seus como valiosos (FREIRE, 1978).

Em texto sobre seus diálogos com a autora, bell hooks (2017) defende a conscientização como parte dos esforços para descolonização - em especial das pessoas negras nos Estados Unidos, de onde fala. Identificando que este conceito é facilmente criticado, defende:

Pelo fato de as forças colonizadoras serem tão poderosas neste patriarcado capitalista de supremacia branca, parece que os negros sempre tem de renovar um compromisso com um processo político descolonizador que deve ser fundamental para nossas vidas, mas não é. E assim a obra de Freire, em seu entendimento global das lutas de libertação, sempre enfatiza que este é o importante estágio inicial da transformação - aquele momento histórico em que começamos a pensar criticamente sobre nós mesmas e nossa identidade diante das nossas circunstâncias políticas. (HOOKS, 2017, p. 67).

Freire reiteradamente se defendeu da interpretação de que bastaria, então, a consciência para que a realidade mudasse. Para hooks (2017), a conscientização precisa ser compreendida como parte da práxis que se direciona para uma revolução a partir da vida cotidiana. Então, nessa perspectiva, entendo que a autonomia dos homens gays em face a prevenção do HIV/Aids está atravessada pela materialidade das alternativas, recursos e insumos disponíveis, pela invenção colonial da binariedade do gênero e pelas hierarquias sexuais, e pelo capitalismo dependente de cariz neoliberal no Brasil que impõe formas de organização da política de saúde. A liberdade enquanto projeto, neste sentido, articula-se em um território de disputas. Se há uma tendência de oprimidos a se identificarem com opressores, há uma tendência de reprodução acrítica de valores neoliberais nas formas como se relacionam consigo e com os outros.



Por isso, a “palavra” tem um peso revolucionário para Paulo Freire (1987). Por isso, Grada Kilomba (2020) refere-se ao caminho para “tornar-se” sujeito através da palavra anunciada: a fala/escrita que nomeia a partir de si a própria história. Reconstruindo a colonialidade e o racismo, Grada demonstra que a boca - e a máscara - são simbologias fundamentais do silenciamento. A boca representa a fala, o anúncio do que é a escravização, e, também, a possibilidade de roubo na plantação. Anúncio de uma outra verdade que não a contada pelos colonizadores: de que as pessoas negras precisam ser contidas para que não tomem o que é “nosso”. Sendo que, ao contrário, quem rouba a própria existência da pessoa escravizada é o colonizador.

O colonizador nega<sup>49</sup> o pior de si e impõe ao outro/a. Desta forma, “enquanto o sujeito negro se transforma em inimigo intrusivo, o branco torna-se a vítima compassiva, ou seja, o opressor torna-se oprimido e o oprimido, o tirano” (KILOMBA, 2020, p. 34). Paulo Freire (1970) analisa de forma semelhante a dinâmica entre oprimidos e opressores. Compreendendo a dialeticidade entre objetividade e subjetividade, Freire demonstra diversas formas de violência que vão sendo introjetadas no corpo/alma na experiência com a opressão.

Então, compreendo que as reais possibilidades de exercício da liberdade e da autonomia de homens gays passa pela articulação coletiva e pela criação de espaços de compartilhamento, problematização, reflexão crítica e comunhão. Como diz Quijano (1996, p. 139), “é tempo de aprendermos a nos libertar do espelho eurocêntrico onde nossa imagem é sempre, necessariamente, distorcida. É tempo, enfim, de deixar de ser o que não somos.”

Este projeto passa, fundamentalmente, por duas dimensões: as condições objetivas para a conquista e tomada da hegemonia, com vistas à emancipação - política e humana (TONET, 2016), e, também, pela tomada de consciência - do ponto de vista individual e coletivo - no que tange às raízes dos processos de subalternização a partir da subjetivação neoliberal. Uma, sem a outra, tende ao messianismo ou a atualização da opressão, porém com outras roupagens. Então, concordo com Ferraz (2016, p. 12) sobre ser “preciso revisar o modelo de Prevenção Combinada predominante no país e retomar os pilares da atenção

---

<sup>49</sup> Estamos lidando aqui com um processo de negação, no qual o senhor nega seu projeto de colonização e o impõe à/ao colonizada/o. É justamente esse momento - no qual o sujeito afirma algo sobre a/o “Outra/o” que se recusa a reconhecer em si próprio - que caracteriza o mecanismo de defesa do ego (KILOMBA, 2020, p. 34).

integral à saúde, da defesa e promoção dos direitos humanos e da mobilização social”.

## 7. CONCLUSÕES

Nesta tese procurei responder ao objetivo de compreender quais as implicações do atual modelo oficial preventivo do HIV/Aids nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade, em tempos neoliberais no Brasil. Busco, a partir das análises realizadas, construir alguma contribuição para desocultar as formas como a racionalidade neoliberal vai penetrando a política de saúde, e em particular as respostas que se articulam para o enfrentamento à epidemia, por meio de narrativas sedutoras e sofisticadas. A política social atua na esfera da reprodução social e, por isso, da sociabilidade - incluindo aqui a subjetivação, a construção de identidades e de formas de nos relacionarmos. Então, o modelo que pauta a prevenção de HIV/Aids vai construindo quem é esse sujeito e, de forma dialética, o sujeito se constrói para a política.

O atual modelo oficial preventivo é apresentado como um novo paradigma de prevenção, o da Prevenção Combinada, tendo como dimensões centrais a autonomia, a liberdade e a possibilidade de fazer escolhas. Neste, são priorizadas intervenções biomédicas. As intervenções comportamentais se voltam a apoiar que os sujeitos realizem gestão de risco de forma individual, eficiente e racional, promovendo acesso a um conjunto de informações que os capacite a fazer isso. Já as intervenções estruturais se voltam às barreiras de acesso construídas pelo estigma, discriminação e preconceito. Isto é, ainda em intervenções que se propõe mais amplas, o foco está no indivíduo e em possibilitar que este tenha acesso a informações e recursos suficientes para que se responsabilize pelo seu próprio cuidado.

Alguns aspectos e insumos da política são voltados às chamadas populações-chave e prioritárias, incluindo homens gays. Está presente uma tendência em acreditar que, centrando a resposta em grupos mais afetados pela epidemia, será possível enfrentá-la com maior eficácia, racionalizando recursos, protegendo estes grupos e em alguma medida a população em geral. Por outro lado, ações centradas nestes grupos populacionais visam garantir uma maior equidade, tendo em vista os fatores que incidem em uma maior vulnerabilidade à infecção e/ou adoecimento.

O homem gay é representado pela política a partir de noções de pertencimento e identificação. São argumentos que justificam a focalização neste

grupo o maior risco que é inerente à prática de sexo anal, o argumento epidemiológico sobre maior prevalência de HIV e aspectos relacionados a vulnerabilidade, como estigma e discriminação, presentes antes do surgimento da epidemia, mas que são atualizados e reforçados por esta. A focalização nesta população se situa na tensão de, por um lado, buscar uma maior equidade e, por outro, uma tendência neoliberal de centrar escassos recursos em populações mais vulneráveis entre as vulneráveis, reforçando preconceitos e (auto)imagens imbuídas da noção de risco. A focalização se traduz, neste sentido, em critérios que vão viabilizar acesso a insumos da política em momentos de escassez.

Quando miramos para as narrativas dos homens gays, as noções que aparecem na prevenção combinada se transformam em abstrações. A experiência com o sexo e a sexualidade se desenvolve na vida cotidiana, permeada de uma série de fatores do contexto, emoções e imagens que são construídas ao longo da história social da epidemia. As escolhas em relação a forma de fazer prevenção são mais ou menos elaboradas e conscientes a depender destes contextos e circunstâncias da vida. Além disso, o acesso à serviços e recursos de prevenção é mediado por possibilidades reais: por critérios de seletividade, pelo horário dos serviços e condição de chegar até estes, pela relação que as pessoas estabelecem com esses serviços, pela forma com as questões sobre sexo e sexualidade são abordadas por profissionais da saúde e pela discriminação.

A narrativa da gestão de risco incorporada pelos documentos que tratam da prevenção é uma extensão da lógica da empresa para a política e para a vida das pessoas. Além disso, por mais que os homens entrevistados façam referência a diversos insumos e estratégias de prevenção, ainda há uma centralidade discursiva no entorno da camisinha. Tanto a norma da camisinha como a narrativa da gestão de riscos forjam uma falsa ideia de controle, que não se cumpre na vida objetiva. Quando não se cumpre produz frustração, surpresa e culpa.

O medo da infecção pelo HIV e o medo em relação a discriminação parecem ser constitutivos da sociabilidade homossexual. Os homens entrevistados, de certa forma convivem com o HIV sempre - seja com o vírus de fato ou com a presença do risco. Por outro lado, as diferentes estratégias de prevenção são incorporadas na vida e na cultura sexual dos homens gays como uma possibilidade de libertação ou alívio deste medo. Nessa linha de contradição, o HIV segue sendo um marcador

para a hierarquia sexual, designando posições diferenciadas para homens homossexuais.

Os homens homossexuais se constituem, entre outras coisas, a partir da relação dialética com as imagens e respostas que político-institucionais ao HIV/Aids, que vai conformando experiências, alternativas e bioidentidades. Essa relação se dá a partir da história e da memória. Convivem imagens da morte, da lipodistrofia ou do emagrecimento, com imagens que assemelham a infecção do HIV com qualquer outra doença crônica, com possibilidade de haver muita vida mesmo com o HIV.

O elemento que articula uma certa continuidade na história social é o estigma, a discriminação e o preconceito. Este se apresenta tanto em experiências com o vivido ou como antecipação, seja para homens positivos ou negativos para o HIV. Se articula a isso a dinâmica do armário, por onde se impõe uma espécie de revelação da sorologia, além da revelação da orientação sexual. O que se imagina que será a reação das pessoas quando houver uma revelação da sorologia positiva, regula a relação que os homens entrevistando assumem com o HIV ou a possibilidade de infecção.

Na conjugação entre o velho e o novo do HIV/Aids, a neoliberalização da prevenção produz rebatimentos também na neoliberalização da experiência com o sexo e a sexualidade. A concepção de autonomia e liberdade tomada pela política não é neutra, e sim vinculada à racionalidade neoliberal. Vai construindo um sujeito responsável pela sua própria prevenção, livre para se proteger, com a sensação de que possui todos os recursos para isso, ainda que não sejam condizentes com suas diferentes realidades e possibilidades.

Diante destas análises, ao final da pesquisa chego na seguinte tese: o neoliberalismo, enquanto uma racionalidade que tem como artifício central a subjetivação, é flexível e vai adentrando a política de prevenção de HIV/Aids de forma a incorporar modelos reivindicados pela sociedade civil, aprendizagens feitas ao longo da história social da epidemia e a fetichizante narrativa sobre liberdade e possibilidades. As concepções que fundamentam o atual modelo oficial preventivo, a Prevenção Combinada, constroem um sistema discursivo complexo e sofisticado, articulando a intervenção pautadas nos direitos humanos e em necessidades estruturais, com uma perspectiva individualizante e que responsabiliza os próprios sujeitos pelo seu cuidado.

A combinação entre diferentes estratégias de prevenção, a depender dos contextos e necessidades individuais, representa um avanço importante quando comparado à narrativa normativa em relação à camisinha como única forma de proteção. A ampliação das alternativas para um sexo mais seguro produz alívio em relação ao trauma que a epidemia representou à sociabilidade de homens gays enquanto grupo social. Outras bioidentidades se constituem nesse processo: bareback, indetectável, usuário de PrEP, por exemplo. O HIV ainda atua como um marcador importante para as hierarquias sexuais, mas com diferenciações também produzidas pelo uso destes recursos preventivos.

O homem homossexual é, então, um empreendedor do seu próprio cuidado. Precisa vigiar a si mesmo e aos outros, e os julga quando não correspondem à expectativa criada pelo discurso da política, ainda que efetivamente nenhum dos homens corresponda a essa expectativa. Não é mais tão necessário um profissional da saúde que os controle, já que o controle é exercido pelas próprias redes espontâneas. Aliás, os discursos sobre prevenção chegam até eles muito mais por relações espontâneas entre pares do que pelos próprios serviços ou campanhas de saúde. Se em outros momentos da história brasileira os corpos de homens homossexuais foram controlados a partir da patologização física ou mental, hoje estas estratégias convivem com outras mais sofisticadas do capitalismo farmacopornográfico: são corpos medicados, transantes, incorporados na lógica do mercado.

O término deste trabalho acontece em um momento de maior respiro democrático, com ascensão de alguns governos de esquerda na América Latina e eleição de Lula no Brasil. No solo da história, este é um momento oportuno para rearticulação das lutas em direitos humanos, já que as conquistas nesse campo são sempre processuais e provisórias e, por isso, precisam ser permanentes. A narrativa da liberdade e das possibilidades traz um impacto para as políticas de prevenção. Contudo, é preciso muita atenção para notar que os sentidos sobre a liberdade são múltiplos e estão em disputa. Para articular respostas alternativas à neoliberalização das políticas sociais e em particular da prevenção ao HIV/Aids, não precisamos inventar a roda ou ir muito longe. Muitas aprendizagens e sistematizações foram e seguem sendo construídas no campo dos estudos em vulnerabilidade, direitos humanos, promoção da saúde e educação popular.

Neste contexto, talvez a luta mais árdua e difícil seja em defesa de modelos de políticas públicas universais e equânimes, em detrimento da construção cada vez maior de critérios de focalização, fazendo com que a política pública seja voltada aqueles mais vulneráveis entre os vulneráveis. Para que a política se efetive como espaço garantidor de direitos, é preciso retomar espaços institucionais de efetiva participação e controle social. Por efetiva participação me refiro aqui aquela de raiz democrática e plural, que possibilita o bom embate e disputa na tomada de decisão.

Certamente essa tese deixa lacunas. Algumas delas eu consigo visualizar, outras possivelmente leitoras/es atentos irão apontar. Para qualificar e ampliar as análises, são necessários novos estudos que se dediquem às relações entre financiamento, alocação de recursos, disponibilidade de serviços e insumos para prevenção, e como as barreiras se constituem para homens a partir de marcadores de raça, classe e etnia. Além disso, esse estudo não pretende realizar generalizações. As experiências se constituem a partir de diferentes contextos e, aqui, foi possível aproximação com alguns destes. Estudos voltados a homens gays indígenas, por exemplo, devem considerar particularidades que não foram apreendidas nesta tese.

Por último, gostaria de destacar que talvez a principal contribuição desta tese seja justamente para a minha formação como assistente social e trabalhadora da saúde. Como já referi, meu doutoramento se deu durante os quatro anos de governo Bolsonaro no Brasil, enfrentando em meio a isso uma pandemia global com impactos que ainda estão sendo mensurados na vida material e subjetiva de todas/os nós. Neste período, tenho atuado na gestão estadual de uma política intersetorial voltada à primeira infância, população esta que foi duramente impactada pelo contexto econômico, social e político.

Então, diversas das discussões que eu fui me aproximando a partir da pesquisa de doutorado foram alimentando o meu trabalho. Como a minha aproximação com algumas temáticas estava se dando por meio de um objeto que não é o mesmo com o qual eu trabalho hoje, fui fazendo muitas mediações e análises que não couberam nesta tese, mas que fomentaram um intenso processo de aprendizagem e movimentos de disputa de direção ético-política no âmbito das pautas com as quais tenho trabalhado hoje. Então, minha relação com essa tese é a partir de uma relação ética, enquanto uma trabalhadora que busca realização dos valores de sua profissão e, para isso, precisa desacomodar. Com aproximações

sucessivas, busco desalienar, no intuito de assumir uma práxis cada vez mais coerente e comprometida com os anseios e necessidades da população.



## REFERÊNCIAS

ABIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. A reinvenção da prevenção no século XXI. **Boletim ABIA**. n 61. Dezembro, 2016. Disponível em [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BOLETIM\\_ABIA\\_61\\_SITE.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BOLETIM_ABIA_61_SITE.pdf). Acesso em 12 jun 2022.

ABIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **ABIA esclarece dúvidas sobre a transmissão do HIV**. Observatório Nacional de Políticas de AIDS. Disponível em <https://abiaids.org.br/em-nota-abia-esclarece-duvidas-sobre-transmissao-do-hiv/29054#:~:text=Esclarecemos%20que%20a%20saliva%2C%20urina,capazes%20de%20trasmittir%20o%20HIV>. Acesso em 22 out 2022.

ABIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Dezembro Vermelho**: ABIA lança publicação com recomendações para a prevenção do HIV na 5ª década da epidemia da aids. Disponível em [https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Refazendo-a-Prevencao-Policy-Brief\\_30nov.pdf](https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Refazendo-a-Prevencao-Policy-Brief_30nov.pdf). Acesso em 10 dez 2021.

ABREU, Caio Fernando. **Pequenas Epifanías**. Porto Alegre: Sulina, 1996.

ABREU, D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–2, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1435. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1435>. Acesso em: 19 out. 2022.

ABREU, Gabriel. **O Segundo Armário**: Diário de um Jovem Soropositivo. 1 ed. INDEX Ebooks, 2014.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **FOAESP denuncia escassez de preservativos e gel lubrificante no SUS**. Governo responde que não há desabastecimento de camisinhas e que tem buscado alternativas para o abastecimento de gel. Disponível em <https://agenciaaids.com.br/noticia/foaesp-denuncia-escassez-de-preservativos-e-gel-lubrificante-no-sus-governo-responde-que-nao-ha-desabastecimento-de-camisinhas-e-que-o-ministerio-tem-buscado-alternativas-para-o-abastecimento-de-gel/>. Acesso em 15 jun 2022.

ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas de; NEMES, Maria Ines Battistella; VELLOSO Marco Aurélio. 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). Dez, 2008. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600019>. Acesso em 23 set 2022.

ANTUNES, Ricardo. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 23-45, jul./dez. 2002. Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18601>. Acesso em 18 nov 2022.

ARAUJO de Oliveira; REZENDE Sales,. Contestações às normas do uso do preservativo no Currículo Bareback: produção da posição de sujeito unrubberman. **Perspectiva**, v. 40, n. 1, 2022. DOI: 10.5007/2175-795X.2022.e85646. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/85646>. Acesso em: 15 dez. 2022.

AVELAR, Mariana Rossi; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3201-3210, out. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/RLsQvdqDGXdmJF5KtgDMJjM/?lang=pt>. Acesso em 17 abr 2022.

AYRES, J.R., PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In*: PAIVA, V., AYRES, J.R.; Buchalla, M.C. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.121-143. Disponível em [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=preven%C3%A7%C3%A3o+hiv+quarentena+&ots=CU87\\_v7jlb&sig=pQT9\\_S4wRH-oUWaudJXZ-NaISQc#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=preven%C3%A7%C3%A3o+hiv+quarentena+&ots=CU87_v7jlb&sig=pQT9_S4wRH-oUWaudJXZ-NaISQc#v=onepage&q&f=false). Acesso em 25 jun 2022.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Risco e imponderabilidade: superação ou radicalização da sociedade disciplinar?. **Cad. Saúde Pública**, 17, 6, dez 2001. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/wfwRNBqkRpdVbDvzxsxgvNs/?lang=pt>. Acesso em 14 nov 2021.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANCA JUNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, São Paulo: HUCITEC, 2009.

BAMBIRRA, Vânia. **O Capitalismo Dependente Latino-Americano**. Florianópolis: Insular, 2013.

BARRETO, Victor Hugo de Souza. Risco, prazer e cuidado: técnicas de si nos limites da sexualidade. Avá. **Revista de Antropología**, n. 31, p. 119-142, 2017. Disponível em <https://app.uff.br/riuff/handle/1/12253>. Acesso em 15 nov 2022.

BARROCO, Maria Lúcia. Materialidade e potencialidades do Código de Ética dos Assistentes Sociais brasileiros. *In*: BARROCO, Maria Lucia; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 31-119.

BEATRIZ, Nader Ana. **AIDS expressão de uma condição social**. Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da Política Social. *In*: MOTA *et al* (org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006

BEHRING, Elaine Rossetti. Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social (16. :E56a 2018: Vitória, ES). **Anais/16º Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social**, de 2 a 7 de dezembro de 2018, em Vitória (ES). – Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo, 2018. Tema: Em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e serviço social. ISBN 978-85-781-090-4 (CD-ROM). Disponível em <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22081>. Acesso em 20 jun 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8jWy8e5p39eA46R2v6H9.pdf>. Acesso em 15 abr 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2009.

LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Tradução de João Wanderley Geraldi. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. N. 19. Jan/Fev/Mar/Abr 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 dez 2023.

BOSCO, Estevão; LEILA, Ferreira. Sociedade mundial de risco: teoria, críticas e desafios. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 18, no 42, mai/ago 2016, p. 232-264. Disponível em <https://www.scielo.br/j/soc/a/RcnRCjX5WZnqJ7CrdxLQNfh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 jan 2023.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, v. 26, janeiro-junho de 2006: pp. 329-376. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 mai 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 14 out 2022.

BRASIL. **Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em 15 abr 2021.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 05 mar 2021.

BRASIL. **Lei 8662 de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em 24 jun 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Metodologia de Educação entre os pares**. Adolescentes e jovens para a educação entre pares: saúde e prevenção nas escolas. Metodologias. 1 ed. Série Manuais nº 69. Brasília: MS/ME, 2010. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias.pdf>. Acesso em 13 nov 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é HIV**. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/aids**: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Previna-se**. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>. Acesso em: 20 de mar. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf). Acesso em 24 nov 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, 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, 2017a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na atenção básica.** Brasília: MS, 2017b. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco\\_passos\\_revencao\\_combinada\\_hiv\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco_passos_revencao_combinada_hiv_atencao_basica.pdf). Acesso em 15 fev 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília: MS, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_profilaxia\\_prep.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf). Acesso em 15 fev 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo - Combinando Escolhas/Ministério da Saúde.** Brasília: MS, 2020. Disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2019/guia-instrucional-viva-melhor-sabendo-combinando-escolhas/view>. Acesso em 23 fev 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa.** Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-do-miciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>. Acesso 10 fev 2023.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Portaria-Segecex no 9**, de 18 de maio de 2017. Aprova o documento Roteiro de Auditoria de Gestão de Riscos. Ano 36, n. 18. Brasília: Boletim Administrativo Especial do TCU, 2017. Disponível em [https://portal.tcu.gov.br/data/files/62/74/65/A3/A316D5103E0FC5D52A2818A8/BTCU\\_ESPECIAL\\_23\\_de\\_10\\_07\\_2017%20-%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20BTCU.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/62/74/65/A3/A316D5103E0FC5D52A2818A8/BTCU_ESPECIAL_23_de_10_07_2017%20-%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20BTCU.pdf). Acesso em 10 ago. 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1 ed. 1 reimp. Brasília: MS, 2013.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. in: Mota et al (org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

BRENNER, Neil; PECK, Jamie; THEODORE, Nik. Após a neoliberalização?. **Cadernos Metr pole**, v. 14, n. 27, tema: representa o política e governança metropolitana. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/14779>. Acesso em 18 fev. 2023.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. São Paulo: Filosófica Politeia, 2019.

BUTLER, Judith in; PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. **Como os corpos se tornam matéria**: entrevista com Judith Butler. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 1, n. 1, p.155-167, jan. 2002.

CALAZANS GJ, PINHEIRO TF; JR DE CARVALHO, MA. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de preven o do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Revista Latinoamericana - Sexualidad, Salud y Sociedad**. n. 29 - ago/. 2018 - pp.263-293, b2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sess/a/bfYWcm96qhvs45Rby64xzgh/?lang=pt>. Acesso em 10 abr 2022.

CALAZANS, Gabriela Junqueira e PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de preven o do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad**, v. 0, n. 29, p. 263-293, 2018. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/30734>. Acesso em: 03 fev. 2023.

CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento**: um estudo sobre preven o da infec o pelo HIV para homens que fazem sexo com homens. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2018a. Disponível em <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22102018-120508/pt-br.php>. Acesso em 24 mai 2022.

CALAZANS, Gabriela. Preven o do HIV e da Aids: a história que não se conta / a história que não te contam. In: **Seminário de Capacita o em HIV**: Aprimorando o Debate III. ABIA - Associa o Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2019. [http://abi aids.org.br/wpcontent/uploads/2019/10/Prevencao\\_HIVeAIDS\\_Site.pdf](http://abi aids.org.br/wpcontent/uploads/2019/10/Prevencao_HIVeAIDS_Site.pdf). Acesso em 16 jun 2022.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. As Armadilhas da "Concep o Positiva de Saúde". **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 76, 1, p. 63-76, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/5Yb88YjJWYqddy9ZF5QCF8q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 mai 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Reflexões sobre a constru o do Sistema  nico de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

CANO, Wilson. Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento. **Revista de Economia Política**, vol 35, n 3, julho-setembro/2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rep/a/FwKt39SvPW36Thr993KRrF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 nov. 2021.

CARCANHOLO, M. D. Desafios e Perspectivas para a América Latina do Século XXI. **Argumentum**, v. 6, n. 2, p. 6–24, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8207>. Acesso em: 11 mar. 2022.

CARNEIRO, Ailton José dos Santos. A morte da clínica: movimento homossexual e luta pela despatologização da homossexualidade no Brasil (1978-1990). **XXVIII Simpósio Nacional de História**. Tema: Lugares dos Historiadores: velhos e novos desafios. 27 a 31 de julho de 2015. Florianópolis, 2015. Disponível em [http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1439866235\\_ARQUIVO\\_Amortedaclinica.pdf](http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1439866235_ARQUIVO_Amortedaclinica.pdf). Acesso em 16 set 2022.

CARVALHO, Maria Cláudia da Veiga Soares; LUZ, Madel Terezinha. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n.29, p.313-26, abr./jun. 2009. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n29/313-326/pt>. Acesso em 24 out 2022.

CASARA, Rubens Roberto Rebello. **Contra a miséria neoliberal**: racionalidade, normatividade e imaginário. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

CASTILHO, M. N. **Pensamento descolonial e a teoria crítica dos direitos humanos na América Latina**: Um diálogo a partir da obra de Joaquín Herrera Flores. São Leopoldo, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3003/00000A6C.pdf?sequence=1> Acesso em: 12 out. 2020.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 14 ed. São Paulo: Ática, 2012.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo, Cortez, 2000.

CONNEL, Raewyn. **Gênero em Termos Reais**. São Paulo: nVersos, 2016.

CONNEL, Robert W. MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: Masculinidade hegemônica: Masculinidade hegemônica: repensando o conceito repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 21(1): 424, janeiro-abril/2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/cPBKdXV63LVw75GrVvH39NC>. Acesso em 20 mar 2022.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CRISTIANO, Gabriela Dutra. **Ética, trabalho e formação**: o serviço social em questão. (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre: PUCRS, 2015. Disponível em <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6362/2/475840%20-%20Texto%20Completo.pdf>. Acesso em 10 abr 2022.

CUERVA, Agustín. **O desenvolvimento do capitalismo na América Latina**. São Paulo: Global, 1983.

CZAPLA, Paloma. As derivas do sistema sexo/gênero: do corpo-inscrição ao corpo-manifesto. Dossiê Temático. **REBEH** – Revista Brasileira de Estudos da Homocultura. 179Vol. 02, N. 04, Out. -Dez., 2019. Disponível em <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/393/254>. Acesso em 26 abr 2022.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em 02 mar 2023.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública**, 15, 4 Out 1999. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>. Acesso em 8 jul 2022.

DANIEL, Herbert. AIDS no Brasil: a falência dos modelos. *In*: DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **AIDS, a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em [https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids\\_a\\_terceira\\_epidemia\\_web.pdf](https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf). Acesso em 10 fev 2023.

DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. 3 ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/VIDA\\_ANTES\\_DA\\_MORTE\\_LIFE\\_BEFORE\\_DEATH\\_site.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/VIDA_ANTES_DA_MORTE_LIFE_BEFORE_DEATH_site.pdf). Acesso em 27 fev 2023.

DARDOT, E; LAVAL, C. **A Nova Razão do Mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DARDOT, Pierre *et al.* **A escolha da guerra civil**: uma outra história do Neoliberalismo. Tradução de Márcia Pereira Cunha. São Paulo: Elefante, 2021.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS E IST. **Aids**. Escolha sua forma de prevenção. Youtube. Publicação 20 de dez. de 2016. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=hxG0bKfWuGY>. Acesso em 18 set 2022.



DUNKER, Christian Ingo Lenz. **A arte da quarentena para principiantes**. Coleção Pandemia Capital. São Paulo: Boitempo. Disponível em [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CGbjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=preven%C3%A7%C3%A3o+hiv+quarentena+&ots=FYjbnTmZ4q&sig=FIJ05EISQ70tEAGO91-QD2Sn1\\_Q#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CGbjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=preven%C3%A7%C3%A3o+hiv+quarentena+&ots=FYjbnTmZ4q&sig=FIJ05EISQ70tEAGO91-QD2Sn1_Q#v=onepage&q&f=false). Acesso em 19 abr 2022.

DURAN, Maximiliano. Simón Rodríguez: educación popular y la invención de la escuela popular. **Revista da FAEEDA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 25-36, jan./jun. 2015. Disponível em [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwituqKNkr39AhUkBbkGHVldCkgQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.revistas.uneb.br%2Findex.php%2Ffaeeda%2Farticle%2Fdownload%2F1304%2F9024%2F&usq=AOvVaw3UIZiN6pGwpl\\_W8dVidpdl](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwituqKNkr39AhUkBbkGHVldCkgQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.revistas.uneb.br%2Findex.php%2Ffaeeda%2Farticle%2Fdownload%2F1304%2F9024%2F&usq=AOvVaw3UIZiN6pGwpl_W8dVidpdl). Acesso em 14 abr 2022.

ENGELMANN, Fabiano; MADEIRA, Lígia Mori. A causa e as Políticas de Direitos Humanos no Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 28, n 75, set/dez. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/RqhXtbz8Kwg6MwTKqZyMfFR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 nov 2023.

ESTEVIÃO, R. B.; FERREIRA, M. D. M. Análise de políticas públicas: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. **HOLOS**, 3, 168–185. Disponível em <https://doi.org/10.15628/holos.2018.6818>. Acesso em 15 set. 2022.

FACCHINI, Regina; PINHEIRO, Thiago Félix; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Prevenção de HIV/aids, produção de diferenças e processos de mudança social. Apresentação Dossiê. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), 29, ago 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.12.a>. Acesso em 10 nov 2022.

FALKENBERG, M. B. MENDES. T. P., MORAES, E. P., SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, março 2014. Disponível em <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/educacao-em-saude-e-educacao-na-saude-conceitos-e-implicacoes-para-a-saude-coletiva/12279?id=12279&id=12279&id=12279>. Acesso em 28 mai 2022.

FAVERO, Sofia Ricardo. Pesquisando a dor do outro: os efeitos políticos de uma escrita situada. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** [online], v.15, n.3, pp. 1-16. Disponível em [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/e3518](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3518). Acesso em 16 abr 2022.

FERNÁNDEZ, T. O GRANDE LOUCO O olhar insubordinado de Simón Rodríguez. **Educação, Sociedade & Culturas**, n 39, 2013, 55-75.

FERRAZ, Dulce. Da prevenção comunitária para os programas “formais”. Como chegamos até aqui? Reflexões sobre a história da prevenção de HIV e AIDS. *In*: ABIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Relatoria Seminário Repensando a Prevenção**. Rio de Janeiro, ABIA, 2021. Disponível em <https://abi aids.org.br/seminario-da-abia-aponta-para-os-muitos-desafios-no-campo-da-prevencao-do-hiv-aids/34965>. Acesso em 14 jun 2022.

FERRAZ, Dulce. *et al*. Estigma da aids entre usuários de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): resultados do Estudo Combina! **II Reunião de Antropologia da Saúde**. Grupo de Trabalho 7. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43640/Dulce%20Ferraz.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em 02 dez 2022.

FERRUGEM, Daniela. Guerra às drogas?. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, 1o Semestre de 2020 - n. 45, v. 18, p. 44 – 54. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47208/31997>. Acesso em 22 set 2022.

FILGUEIRAS, Vitor; ANTUNES, Ricardo. Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no Capitalismo contemporâneo. **Contracampo**. Niterói (RJ), 39 (1) abr-jul/2020. Disponível em <https://periodicos.uff.br/contracampo/article/view/38901>. Acesso em 16 set 2022.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em <https://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-02.pdf>. Acesso em 12 fev 2022.

FLORES, J. H. **A Reinvenção dos Direitos Humanos**. Florianópolis: Fundação BOITEUX, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Vol. I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós socialista”. **Cadernos de Campo**, n. 14/15, p.231 - 239, São Paulo, 2006. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50109>. Acesso em 18 jun 2022.

FREIRE, Paulo. **Cartas à Guiné-Bissau**: registros de uma experiência em Processo. 2 ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. RJ/SP: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. SP: Paz e Terra, 1987.

FRY, Peter H. *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 23, 3, Mar 2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300002>. Acesso em 10 ago 2022.

FRY, Peter H.; *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):497-523, mar, 2007. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csp/2007.v23n3/497-507/pt>. Acesso em 22 set 2022.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução de Eric Nepomuceno. 9. ed. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GALIAZZI, Maria do Carmo. SOUZA, Robnson Simplicio. A dialética na categorização da análise textual discursiva: o movimento recursivo entre palavra e conceito. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.7, n.13, p. 01-22, abr. 2019. Disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjL-b3J3rj9AhVBHrkGHVYBAagQFnoECAwQAw&url=https%3A%2F%2Feditora.sepq.org.br%2Ffrpq%2Farticle%2Fdownload%2F227%2F143%2F818&usg=AOvVaw3wtkHgnd-3O-uEJtm7i6Oy>. Acesso em 27 mai 2021.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34; Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GALVÃO, Jane. **As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS**. Disponível em <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/7-Pol%C3%ADticas-Institui%C3%A7%C3%B5es-e-AIDS-1.pdf>. Acesso em 16 ago 2022.

GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais. *In*: PARKER, R. (org.). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA: Jorge Zahar, 1997.

GALVÃO, M. A. M.. **Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. Textos do Departamento de Ciências Médicas | Escola de Farmácia - UFOP disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf). Acesso em: 08 fev 2022.

GERSHENSON, Beatriz; CRISTIANO, Gabriela D.; AREND, Kathiana Pfluck., A Crítica dos Direitos Humanos e sua tarefa crítica no Serviço Social: fundamentos para a formação e o trabalho profissional *In*: CUNHA, Marinez Gil Nogueira et al. (orgs.). **PROCAD Amazônia: formação e trabalho do assistente social no norte e no sul do Brasil**. Volume 1. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, Luís. Antiga casa de Caio Fernando Abreu em Porto Alegre começa a ser demolida. **Sul 21**. Cultura. Matéria de 16 de julho de 2022. Disponível em <https://sul21.com.br/noticias/cultura/2022/07/antiga-casa-de-caio-fernando-abreu-em-porto-alegre-comeca-a-ser-demolida/>. Acesso em 28 fev 2023.

GONZÁLEZ Stephan, Beatriz. "El cuerpo salvaje de la nación: ciudadanías desplazadas (Siglo XIX)". **Kipus**: revista andina de letras. 5, Ecuador, 1996) p. 3-18. Disponível em <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/1895>. Acesso em 05 fev 2022.

GRACAS, Soares Maria das. **Conviver e viver com aids**. Análise de experiência de pacientes e familiares. Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GRANGEIRO, A., CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v 19, n 52, jan-mar 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>. Acesso em 14 fev 2023.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 43-62, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KbkrY7fvfY8GVVQF7wtNHNS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 jul 2022.

GRECO, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. Dossiê Epidemias. **Estudos Avançados**, 22 (64), dez 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/wDqrgD5DQM4YZgbqjWbSyYh/?lang=pt>. Acesso em 06 abr 2022.

GUARÁ, Isa Maria. (coord.). **Redes de proteção social**. Coleção Abrigos em Movimento. Caderno n 4. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. São Paulo: SDH, 2010. Disponível em <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso 11 ago 2022.

GUIMARÃES Maria Carolina S. NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. **Revista Bioética**, 7, 1. Disponível em [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/288](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288). Acesso em 24 mar 2022.

GUIMARÃES, Carmem; TERTO JR, Veriano; PARKER, R. G. Homossexualidade, Bissexualidade e HIV/AIDS no Brasil uma bibliografia anotada das ciências sociais e afins. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4g4JXhS9GccRZ34szZZddzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev de 22.

HARVEY, D. **O Enigma do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2022.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 6 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

HOOKS, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

IAMAMOTO, Maria Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

KERSTENETZKY, C L. Políticas sociais: focalização ou universalização?. **Revista de Economia Política**, v. 26, n 4. Out/Dez, 2006. Disponível em: <http://academico.direitorio.fgv.br/ccmw/images/7/72/Celia.pdf>. Acesso em: 15 de jan de 2023.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro Cobogó, 2020.

KOPTCKE, Luciana Sepúlveda *et al.* Reflexões sobre o uso de material para educação entre pares no Programa Saúde na Escola. **Com. Ciências Saúde**, 28, 2, 2017. Disponível em [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/37959/ve\\_Luciana\\_Koptcke\\_et\\_al\\_2017?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/37959/ve_Luciana_Koptcke_et_al_2017?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em 15 out 2022.

LADO A. **Desabastecimento**: Governo Federal descontinuou a distribuição de gel lubrificante há um ano. Disponível em <https://revistaladoa.com.br/2021/07/noticias/desabastecimento-governo-federal-descontinuou-a-distribuicao-de-gel-lubrificante-ha-um-ano/>. Acesso em 15 jun 2022.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 4 ed, rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2001

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Relume Dumara, Rio de Janeiro, 2001.

LAURENTI, Ruy. Homossexualismo e a Classificação Internacional de Doenças. Editorial. **Rev. Saúde Pública** 18 (5). Out 1984. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-89101984000500002>. Acesso 29 ago 2022.

LIMA, Danillo Mota; COUTO, Edvaldo Souza. Prazer e risco: corpos e pedagogias Bareback no Twitter. **Revista Contrapontos**. v. 22, n. 1 (2022): Dossiê temático sobre: Educação e tecnologias dos corpos. Disponível em <https://periodicos.univali.br/index.php/rc/article/view/17871>. Acesso em 10 dez 2022.

LISPECTOR, C. **A Hora da Estrela**. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

LUIZ, Olinda do Carmo. COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22,11, p. 2339-2348, nov, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/86Wndmt9FFbB4SQmCmtMVkm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 out 2021.

LUKÁCS, Gyorgy. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. In: ALVES, Giovanni. **Lukács e o século XXI**: trabalho, estranhamento e capitalismo manipulatório. São Paulo: Praxis, 2010, p. 89-112.

LUKÁCS, Gyorgy. **Para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MANN, Jonathan. Saúde pública e Direitos Humanos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v 6, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/XRYJ3KqFngcqkNvx8cBWvvL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 fev 2023.

MARACCI, João Gabriel; MAURENTE, Vanessa Soares; PIZZINATO, Adolfo. Experiência e produção de si em perfis do aplicativo Grindr. **Athenea Digital**. 19(3): e2315 (noviembre, 2019). Disponível em [https://ddd.uab.cat/pub/athdig/athdig\\_a2019v19n3/athdig\\_a2019v19n3p2315.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/athdig/athdig_a2019v19n3/athdig_a2019v19n3p2315.pdf). Acesso em 12 out. 2022.

MARINI, R. M. Dialética da Dependência. **Germinal**: marxismo e educação em debate, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 325–356, 2017. DOI: 10.9771/gmed.v9i3.24648. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648>. Acesso em: 11 mar. 2022.

MARTINS, A.; *et al.* Consumption of sexually explicit media and unprotected anal sex in men who have sex with men. **SciELO Preprints**, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1081. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1081>. Acesso em: 14 dez. 2022.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Políticas e cuidados em saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod\\_resource/content/1/Livro%20a%20valia%20C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=61](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod_resource/content/1/Livro%20a%20valia%20C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=61). Acesso em 19 jun 2022.

MEYER, Dogmar E. Estermann; MELLO, Débora Falleiros; VALADÃO, Marina Marcos; AYRES, José Ricardo. “VOCÊ APRENDE. A GENTE ENSINA?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6) p. R 1335-1342, jun, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/k5gxyfQdHPLf9nBv6knHRvv/>. Acesso em 16 abr 2022.

MICHAELIS. **Dicionário**. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em 13 abr 2021.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 nov 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE HIV/AIDS, TUBERCULOSE, HEPATITES VIRAIS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Outras infecções sexualmente transmissíveis**: agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis. Brasil, DF, 2018. Disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv-hepatites-virais-e-outras-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/view>. Acesso em 17 mai 2022.

MISKOLCI, Richard. Machos e Brothers: uma etnografia sobre o armário em relações homoeróticas masculinas criadas on-line. Artigos Temáticos: Masculinidade, Diferenças, Hegemonias. **Estudos Feministas**, v. 1, n. 21, p.301-324, jan. 2013. Florianópolis, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/cz7GhMPdhsF8ss8qLdtvQnm/abstract/?lang=pt>. Acesso em 24 abr 2022.

MISKOLCI, Richard. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. **Cadernos Pagu** (28), janeiro-junho de 2007. p. 101-128 Disponível em <https://www.scielo.br/j/cpa/a/tWFyRWkCdWv4Tgs8Q6hps5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 ago 2022.

MISKOLCI, Richard. **Batalhas Morais**: política identitária na esfera pública técnico-midiatizada. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

MOMBAÇA, Jota. Rumo a uma redistribuição desobediente de gênero e anticolonial da violência! *In*: PEDROSA, Adriano; MESQUITA, André. **Histórias da sexualidade**: antologia. São Paulo: MASP, 2017.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno Saúde Pública** 21 (3), Jun 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>. Acesso em 8 jan 2023.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política**. vol.9 no.17 São Paulo jun. 2009. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X200900010003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X200900010003). Acesso em 03 abr 2021.

MONTEIRO, Marko. Sujeito, Gênero e Masculinidades. ALMEIDA, Heloisa Buarque de, *et al* (org.). **Gênero em Matizes**. Estudos CDAPH. Série História e Ciências Sociais. Bragança Paulista, 2002.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 1. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.191-211, 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXzdzj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 maio 2022.

MORAIS, Inês Motta de. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 10 (suppl 2), dez 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600010>. Acesso em 19 out. 2021.

MOREIRA JÚNIOR, Rusanil dos Santos; IFA, Sérgio. Práticas discursivas de colonialidade no aplicativo Grindr: a masculinidade homoerótica patologizada. **Entrepalavras**, Fortaleza, v. 11, n. 3, e2149, p. 255-276, set.- dez./2021. DOI: 10.22168/2237-6321- 32149. Disponível em <http://www.entrepalavras.ufc.br/revista/index.php/Revista/article/view/2149/846>. Acesso em 10 jul 2022.

MUÑOZ, J. E. Fantasmas do Sexo em Público: Desejos utópicos, memórias queer. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 8, p. 04–19, 2018. DOI: 10.9771/peri.v1i8.24603. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/24603>. Acesso em: 17 jan. 2023.

NASCIMENTO, Clara Martins do; SIMIONATO, Ivete. Ofensiva privatista da Universidade Pública Brasileira: base ideológica e disputa de hegemonia. PAIVA, Beatriz Augusto de; SAMPAIO, Simone Sobral (org.). **Serviço social: questão social e direitos humanos**. Volume IV – Florianópolis : Editora da UFSC, 2021. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/227529/Servi%C3%A7o%20social%20quest%C3%A3o%20social%20e%20direitos%20humanos%20%20E-BOOK%2026ago21.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 17 abr 2022.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo, Ed. expressão Popular. 2011.

OLIVEIRA, Pisci Bruja Garcia. **“HIV NÃO É CRIME”**: processos de subjetivação de pessoas vivendo com HIV/AIDS, disputas políticas contemporâneas e estratégias de sobrevivência. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Antropologia. Área de concentração: Antropologia Social. São Paulo: USP, 2022. Disponível em [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-07062022-150556/publico/2022\\_PisciBrujaGarciaDeOliveira\\_VCorr.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-07062022-150556/publico/2022_PisciBrujaGarciaDeOliveira_VCorr.pdf). Acesso em 03 mar 2023.

ORTEGA, Francisco. **Biopolíticas da saúde**: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface** (Botucatu), Dossiê, 8, 14, Fev 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100002>. Acesso em 20 out 2022.



OSÓRIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização: a sociedade civil e o tema do poder**. São Paulo: Outras expressões, 2014.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acessado em: 18 jun. 2022.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010. DOI: 10.52753/bis.2010.v12.33772. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>. Acesso em: 5 jan. 2023.

PAIVA, B.; ROCHA, M.; CARRARO, D. Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da Teoria Marxista da Dependência. **Ser Social**, v. 12, n. 26, p. 147–175, 2010. DOI: 10.26512/ser\_social.v12i26.12702. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12702](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12702). Acesso em: 27 out. 2021.

PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz A.,. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015) Acesso em 07 jun de 2019.

PAIVA, V., PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 40(supl.), 109-119. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40s0/15.pdf>. Acesso em 22 fev 2023.

PAIVA, Vera *et al.* **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

PAIVA, Vera. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. *In*: PAIVA, Vera *et al.* **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.

PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, p. 25-38, 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/hDxKnQvbTjFTTzqQ5RcYdRs/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 ago 2022.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 1, n 27, agosto 2003. Disponível em [http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV\\_AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-poli%CC%81ticas-sobre-o-HIV\\_AIDS-1982-%E2%80%931996-2.pdf](http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV_AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-poli%CC%81ticas-sobre-o-HIV_AIDS-1982-%E2%80%931996-2.pdf). Acesso em 27 fev 2023.

PARKER, Richard. O Americano quando cai no samba ou a cultura sexual brasileira e a AIDS. *In*: DANIEL, Herbert; PARKER, Richard **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em [https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids\\_a\\_terceira\\_epidemia\\_web.pdf](https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf). Acesso em 14 jun 2021.

PARKER, Richard. **O fim da AIDS?** Rio de Janeiro, ABIA, 2015. Disponível em <https://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618>. Acesso em 13 jun 2021.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, Discriminação e AIDS**. 2 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2021. Disponível em <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. Acesso em 17 set 2022.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana** n.1 - 2009 - pp.125-157. Disponível em: [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org). Acesso em: 18 mai 2019.

PEREIRA, P. A. P. Estado, sociedade e esfera pública. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8jWy8e5p39eA46R2v6H9.pdf>. Acesso em 15 abr 2021.

PERLONGHER, N. Disciplinar os poros e as paixões. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v 2, n 3, 1985. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/GW6hj6r89WsdPyYnBpbGDwn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev 2022.

PIMENTA, Maria Cristina, *et al.* Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. **Cad. Saúde Pública**, 38, 2022. Disponível em [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51848/Barreiras\\_Valdil%c3%a9a\\_Veloso\\_INI\\_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51848/Barreiras_Valdil%c3%a9a_Veloso_INI_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em 05 fev 2023.

PONTES, Reinaldo N. Mediação: categoria necessária para a prática do assistente social. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEAD. (ORG.). **Capacitação Em Política social e Serviço Social**. 1 ed. V. 3. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD, 2000.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Irmão José Otão. **Modelo de Referências ABNT da Biblioteca Central Irmão José Otão**. Porto Alegre: Biblioteca Central Irmão José Otão, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.pucrs.br/?p=255>. Acesso em: 01 mar 2023.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. **Modelo para apresentação de trabalhos acadêmicos, teses e dissertações elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão**. 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.pucrs.br/?p=255>>. Acesso em: 01 mar. 2023.

PORTO ALEGRE (POA). Geral. **O que é HIV?** Disponível em [https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=703](https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=703). Acesso em 06 nov 2022.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. 2012. Disponível em [https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O\\_metodo\\_marxiano\\_de\\_investigacao\\_e\\_o\\_enfoque\\_misto\\_na\\_pesquisa\\_social\\_uma\\_relacao\\_necessaria.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf). Acesso em 15 abr 2021.

PRECIADO, Paul. B. **TESTO JUNKIE: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **O que é HIV?** Geral. Saúde. Políticas em Saúde. DST – Aids. Disponível em [https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=703#:~:text=Procure%20a%20UBS%20mais%20pr%C3%B3xima%20de%20sua%20casa%20para%20retir%C3%A1%20Dlos.&text=Em%20todas%20as%20Unidades%20B%C3%A1sicas,S%C3%ADfilis%2C%20Hepatitis%20B%20e%20C](https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=703#:~:text=Procure%20a%20UBS%20mais%20pr%C3%B3xima%20de%20sua%20casa%20para%20retir%C3%A1%20Dlos.&text=Em%20todas%20as%20Unidades%20B%C3%A1sicas,S%C3%ADfilis%2C%20Hepatitis%20B%20e%20C). Acesso em 25 nov 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Camisinha: prevenção**. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaid/index.php?p=245403>. Acesso em 10 mai 2022.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em [http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12\\_Quijano.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf). Acesso em 05 out 2021.

REDE NACIONAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS (RNP+), *et al.* (org.). Sumário Executivo. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL**, 2019. Disponível em [https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019\\_12\\_06\\_Exec\\_sum\\_Stigma\\_Index-2.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf). Acesso em 05 jan 2023.

RIOS, Luís Felipe *et al.* O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**. n. 32 - ago. aug. 2019 - pp.65- 89. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sess/a/ktDQyXN4sThvtvqcPkryfgd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 dez. 2022.

RODRÍGUEZ, Simón. **Obras Completas**. Caracas: Universidad Experimental Simón Rodríguez, 2016.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2 ed. Porto Alegre: Sulina; Editora UFRGS, 2016.

RUBIN, Gayle. **Pensando o Sexo**: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade. Disponível em [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1229/rubin\\_pensando\\_osexo.pdf](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1229/rubin_pensando_osexo.pdf). Acesso em 10 mai 2022.

SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e neoliberalismo como economia moral. *In*: SAFATLE, V; JÚNIOR, N. da S; DUNKER, C. (org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2020.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, Expressão Popular, 2004. Disponível em [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero\\_web.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf). Acesso em 15 jun 2022.

SAGOT M. Ruta. **Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países**. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/255961541>. Acesso em 28 out 2022.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. Les Éditions Nagel, Paris, 1970.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, 28, janeiro-junho de 2007: 19-54. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cpa/a/hWcQckryVj3MMbWsTF5pnqn/?lang=pt&format=pdf>. 06 nov 2022.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do hiv e a resposta brasileira à Aids. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (Org.). **Mito vs realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA. 2016b.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface** 20 (57). Apr-Jun 2016a. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>. Acesso em 20 fev 2023.

SHIMIZU, H. E. Social representations about HIV/aids and management of the risks in time of chronic disease. **Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e257101018357, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18357. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18357>. Acesso em: 14 dez. 2022.

SIQUEIRA, Ester Wagner; ALVES, Geovane Campos; SILVA, Raissa Michaela Pereira Costa e. **Sexualidades dissidentes na ditadura militar brasileira**: breve histórico da repressão e resistência do movimento LGBT. Centro de Estudos sobre Justiça de Transição. Ataques à Diversidade. Blog Democratizando. Brasil. Junho 23, 2021. Disponível em <https://cjt.ufmg.br/sexualidades-dissidentes-na-ditadura-militar-brasileira-breve-historico-da-repressao-e-resistencia-do-movimento-lgbt/>. Acesso 10 fev 2023.

SOARES, L. T. R. Neoliberalismo e Lutas Sociais: perspectivas para as políticas públicas - retrocessos, recorrências e avanços. **Revista De Políticas Públicas**, 14, 13–22. 2012. Disponível em <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/377>. Acesso 08 abr 2021.

SOMOS. **No seco não dá?** Instagram. Publicado em 25 abril de 2022. Disponível em [https://www.instagram.com/p/Ccykb1YumlE/?utm\\_source=ig\\_web\\_copy\\_link](https://www.instagram.com/p/Ccykb1YumlE/?utm_source=ig_web_copy_link). Acesso em 25 abr 2022.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

SOUZA, J. A **Elite do atraso**: da escravidão a Bolsonaro. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019.

SPINK, Mary Jane P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6):1277-1311, nov-dez, 2001. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/FvZ7tVJLjFtT3Pky8Rv76d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 26 ago 2022.

TAQUETTE, Stella R. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/aids. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, supl.2, p.51-62, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SLdz4KTLLwc5Sdd3q77ysWm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 out 2022.

TERTO JR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, v8, n 17, jun 2002. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>. Acesso em 28 fev 2023.

TERTO JR, Veriano. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 156-168, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/g7MgBvBnZqkDzxrbdKCSf7M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 set 2022.

TERTULIAN, Nicolas. O grande projeto da ética. **Verinotio revista on-line**, n. 12, ano VI, out./2010. Disponível em: <http://www.verinotio.org/conteudo/0.77644266353589.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2014.

THEODORO, Mário; DELGADO, Guilherme. **Política social**: universalização ou focalização: subsídios para o debate. Políticas Sociais: acompanhamento e Análise. Brasília, IPEA, n. 7, p. 117-121, ago. 2003. Disponível em [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4170/1/bps\\_07\\_completo.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4170/1/bps_07_completo.pdf). Acesso em 20 fev 2023.

TONET, I. Qual política social para qual emancipação?. **SER Social**, v. 17, n. 37, p. 279–295, 2016. DOI: 10.26512/ser\_social.v17i37.13432. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/13432](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13432). Acesso em: 9 mar. 2022.

TRASPADINI, R. S. Dependência e luta de classes na América Latina. **Argumentum**, v. 6, n. 2, p. 29–43, 2014. DOI: 10.18315/argumentum.v6i2.8504. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8504>. Acesso em: 11 mar. 2022.

TRASPADINI, Roberta. **Questão agrária, imperialismo e dependência na América Latina**: a trajetória do MST entre novas-velhas encruzilhadas. Tese (doutorado) Faculdade de Educação. Pós-Graduação: Conhecimento e Inclusão Social em Educação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2016. Disponível em [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-ADQHWL/1/tesefinaltraspadiniufmg\\_abril2016.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-ADQHWL/1/tesefinaltraspadiniufmg_abril2016.pdf). Acesso em 23 jul 2021.

TREVISAN, João Silverio. **Devassos no Paraíso**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

ULBRA. JORNALISMO ULBRA. **Capital do HIV**. Equipe de reportagem: Caroline Musskopf e João Henrique Mattos. Orientação: Profa. Dra. Gabriela Almeida. Curso de Jornalismo ULBRA. Disponível em <https://capitaldohiv.wixsite.com/jornalismoulbra>. Acesso em 26 set 2022.

UNAIDS BRASIL. **90-90-90 Uma meta ambiciosa para tratamento para contribuir para o fim da epidemia da AIDS**. UNAIDS, 2015. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf). Acesso em 11 jun 2019.

UNAIDS BRASIL. **Prevenção Combinada**. Disponível em <https://unaids.org.br/prevencao-combinada/>. Acesso em 11 mai 2022.

UNAIDS BRASIL. **Vamos falar sobre a saúde sexual das travestis e mulheres trans?** Disponível em [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/01/2021\\_UNAIDS\\_SaudeSexual.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/01/2021_UNAIDS_SaudeSexual.pdf). Acesso 11 mai 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Campinas: IFCH - Unicamp, 2014. Disponível em <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em 13 abr 2021.

WACQUANT, L. **Punir os pobres**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WAINSZTOK, Carla. *et al.* Simón Rodríguez y (en) su tiempo histórico. *In:* WAINSZTOK, Carla. *et al.* **Simón Rodríguez y las pedagogías emancipadoras de Nuestra América**. 1 ed. Ediciones del CCC. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, 2013. Disponível em [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190927035431/Simon\\_Rodriguez\\_y\\_las\\_Pedagogias\\_Emancipadoras.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190927035431/Simon_Rodriguez_y_las_Pedagogias_Emancipadoras.pdf). Acesso em 16 out 2021.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a Sexualidade. *In:* LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado: pedagogia da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 35-81.

ZERO HORA. Gapa é alvo de ação de despejo e tem sede interditada pela Justiça. **Zero Hora**. GZH Porto Alegre. Matéria de 14 de agosto de 2017. Disponível em <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2017/08/gapa-e-alvo-de-acao-de-despejo-e-tem-sede-interditada-pela-justica-9869405.html>. Acesso em 28 fev 2023.

APÊNDICE 1 - Roteiro de análise documental

**Palavras-chave a serem pesquisadas:** prevenção; HIV; AIDS; gays; homossexuais; homens que fazem sexo com homens (HSH); práticas sexuais; sexo; sexualidade.

**Descrição do documento:**

Ano Publicação	Autoria	Tipo de Texto	Título do Texto	Área do conhecimento	Resumo
-------------------	---------	------------------	--------------------	-------------------------	--------

**Aspectos a serem analisados:**

1. Qual a concepção de prevenção apresenta;
2. Como o tema do sexo e da sexualidade se apresenta;
3. Como o tema do sexo e da sexualidade gay e HSH se apresenta;
4. Quem é o sujeito gay e HSH que aparece no texto/documento;
5. Que atores estão envolvidos na construção do texto/documento;



## **APÊNDICE 2 - TÓPICOS GUIA - ENTREVISTA ABERTA**

1 - Apresentação - Consentimento Livre e Esclarecido;

2 - Experiência com as diferentes formas de Prevenção do HIV/AIDS;

3 - Experiências nos serviços de saúde que trabalham com as formas de prevenção do HIV/AIDS;

4 - Como o participante percebe a abordagem da prevenção do HIV/AIDS no Brasil em relação a homens gays e HSH;

5 - Como a política de prevenção do HIV/AIDS no Brasil incide na experiência do participante com a sexualidade e com o sexo.

### **APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA O PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**a) Convite para participação esclarecendo o título do projeto, seus objetivos e possíveis contribuições da pesquisa** - Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa, intitulado “As relações entre a política de prevenção de HIV/AIDS, as masculinidades e as práticas sexuais dissidentes no Brasil”, tem como objetivo analisar como vem se constituindo as relações entre a política de prevenção do HIV/AIDS no Brasil e a sexualidade e o sexo gay e HSH em tempos de aliança entre o neoliberalismo e o conservadorismo. Acreditamos que o estudo será uma importante contribuição científica para pensar a construção de estratégias de enfrentamento a epidemia do HIV/AIDS no país.

**b) Descrição dos procedimentos de pesquisa** - Para realizar esse estudo estamos realizando análise documental, observação participante e também entrevistas abertas. Você, se aceitar participar, irá contribuir com a sua narrativa sobre sua experiência em relação ao tema nesta entrevista. A entrevista terá duração aproximada de 40 minutos. É possível que seja proposto outro encontro para aprofundarmos aspectos que aparecerem na primeira entrevista, e este só acontecerá caso seja do seu interesse e conforme sua disponibilidade.

**c) Informações sobre riscos e benefícios** - Existe o risco de que você sinta algum tipo de desconforto em relação ao tema, ao lembrar e/ou ao contar algo relacionado a ele. Se houver necessidade, em razão de alguma mobilização de sentimentos difíceis de enfrentar, você será encaminhado para atendimento na rede pública de serviços ou organizações não governamentais que prestam apoio em situações afetas ao tema. Caso se apresente o interesse e/ou a necessidade, você também poderá solicitar orientação a pesquisadora sobre serviços que oferecem meios de prevenção, testagem e tratamento do HIV/AIDS ou outras infecções sexualmente transmissíveis. Você não terá nenhum tipo de benefício direto ao aceitar participar do estudo. Os benefícios são secundários, tendo em vista a possibilidade de a pesquisa contribuir para pensar a política pública no Brasil. Sua participação é voluntária e você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

**d) Informações sobre forma de obter esclarecimentos sobre a pesquisa** - Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato comigo. Vou pedir que você anote os meus contatos: email [gabrieladutracristiano@gmail.com](mailto:gabrieladutracristiano@gmail.com); telefone celular (51) 997088108. Você também pode entrar em contato comigo pelo instagram ou facebook, onde você pode me encontrar buscando pelo meu nome completo. Você pode tirar qualquer dúvida nesse momento. Caso alguma dúvida surja depois, lembre-se que você pode pedir esclarecimentos a qualquer momento.

**e) Esclarecimentos sobre confidencialidade** - As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

**f) Esclarecimentos sobre proteção dos interesses do participante na pesquisa** - Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br), de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações. Não se preocupe em anotar, irei passar essas informações também por escrito para você.

**g) Esclarecimentos finais** - Ao consentir em participar, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

**h) Informações sobre o consentimento** - Caso você já tenha esclarecido todas suas dúvidas basta que você permaneça na sala de bate-papo em caso de entrevista virtual (Zoom, whatsapp ou outros meios on-line) ou manifestar sua concordância em participar à pesquisadora quando em entrevista presencial, e daremos início a entrevista após deixar gravada sua concordância em participar. Não iremos iniciar a entrevista a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas suas perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas e manifeste a concordância.

**i) Esclarecimentos sobre a não concordância em participar** - Caso você não concorde em participar do estudo, basta você expressar sua discordância e se retirar da sala de bate papo (em caso de entrevista virtual com Zoom, whatsapp ou outros meios on-line) ou manifestar sua discordância em participar à pesquisadora quando em entrevista presencial.

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS RELAÇÕES ENTRE A POLÍTICA DE PREVENÇÃO DE HIV/AIDS, AS MASCULINIDADES E O SEXO DISSIDENTE NO BRASIL

**Pesquisador:** Beatriz Gershenson Aginsky

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33483820.1.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.098.671

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de Doutorado em Serviço Social que se propõe a analisar como vem se constituindo as relações entre a política de prevenção do HIV/AIDS no Brasil e a sexualidade e o sexo gay e homens que fazem sexo com homens (HSH) em tempos de neoliberalismo conservador, a fim de contribuir com a construção de políticas de prevenção que respondam aos interesses e necessidades dessas populações. Vinculada ao método dialético-crítico marxista, temos como categoria analíticas da realidade a historicidade, as contradições e a totalidade/particularidade. Já as categorias explicativas são as seguintes: sexualidade, masculinidades, HIV, saúde e prevenção. Este se propõe a ser um estudo qualitativo de nível explicativo, contendo alguns dados quantitativos. A coleta de dados acontecerá por meio de fontes empíricas e documentais. Serão analisados documentos publicados após 2015 até o contemporâneo, especialmente publicações brasileiras e/ou que fazem referência ao cenário brasileiro com relação ao tema de pesquisa, narrativas de homens gays e HSH coletadas através de entrevista aberta e transcritas, e observação participante registrada em diário de campo. Os dados serão submetidos a análise textual discursiva. A técnica para recrutamento dos participantes será a bola de neve, com critério de término através da saturação, não sendo possível estimar previamente o N de participantes. Os resultados serão apresentados da tese de doutorado e divulgados em

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 4.098.671

congressos científicos, seminários, publicações em anais de eventos e em revistas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral:

Analisar como vem se constituindo as relações entre a política de prevenção do HIV/AIDS no Brasil e a sexualidade e o sexo gay e HSH em tempos de neoliberalismo conservador, a fim de contribuir com a construção de políticas de prevenção que respondam aos interesses e necessidades dessas populações.

Objetivos específicos:

Mapear e descrever as políticas de prevenção do HIV/AIDS no Brasil. Compreender as concepções de prevenção em disputa na agenda de enfrentamento a epidemia do HIV/AIDS no Brasil. Identificar como a questão da sexualidade gay e HSH aparece na política de prevenção do HIV/AIDS brasileira. Analisar quem é o homem gay ou HSH que a política de prevenção de HIV/AIDS constrói e como os "sujeitos" se constroem para a política. Investigar as repercussões das políticas de prevenção do HIV/AIDS na experiência de gays e HSH com a sexualidade e com o sexo no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos serão informados ao participante da seguinte forma: Existe o risco de que você sinta algum tipo de desconforto em relação ao tema, ao lembrar e/ou ao contar algo relacionado a ele. Se houver necessidade, em razão de alguma mobilização de sentimentos difíceis de enfrentar, você será encaminhado para atendimento na rede pública de serviços ou organizações não governamentais que prestam apoio em situações como estas.

Benefícios:

Os benefícios serão apresentados ao participante da seguinte forma: Você não terá nenhum tipo de benefício direto ao aceitar participar do estudo.

Os benefícios são secundários, tendo em vista a possibilidade de a pesquisa contribuir para pensar a política pública no Brasil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Etapas, técnicas, instrumentos e fontes: a) documental (fontes primárias): Os documentos analisados serão escolhidos pelo critério de acesso público e por terem sido publicados em período posterior a Declaração de Paris (2014), onde países se comprometem com a estratégia de

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 4.098.671

aceleração do enfrentamento a epidemia do HIV/AIDS com a meta 90 90 90, tendo início em 2015 com o objetivo de pôr “fim à epidemia” até 2030. Ou seja, analisa-se documentos posteriores a 2015 até o contemporâneo, especialmente publicações brasileiras e/ou que fazem referência ao cenário brasileiro e latinoamericano. Tais como: Boletins Epidemiológicos de HIV/AIDS, orientações técnicas para gestores/as e profissionais da saúde do Ministério da Saúde e/ou secretarias estaduais de saúde, campanhas oficiais de governos e outros documentos com foco no tema da prevenção do

HIV/AIDS. Também serão submetidas à análise fontes secundárias, como documentários, bibliografias e outros que constroem narrativas que disputam no campo da agenda de prevenção do HIV/AIDS no Brasil. Estes serão analisados a partir do roteiro para análise documental e bibliográfica.b) Narrativas de homens gays e HSH, coletada através de entrevista aberta, realizada a partir de tópicos guia.As entrevistas poderão acontecer de forma presencial ou online, dependendo das possibilidades e maior conveniência do participante. Vale destacar que neste momento em que estamos finalizando o projeto, a situação é de isolamento social em razão da pandemia do coronavírus (COVID-19) e, sendo assim, enquanto durar as medidas de segurança em saúde, as entrevistas necessariamente serão feitas por meios virtuais. As entrevistas online acontecerão preferencialmente pela plataforma Zoom, ou outra de preferência do participante. Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, com o objetivo de transformar as narrativas orais em texto para análise dos dados. Devido a sensibilidade do tema, caso seja de preferência do participante, esta poderá ser realizada por troca de mensagens de texto via whatsapp. Neste caso, a própria conversa com troca de mensagens de texto será a fonte de pesquisa, não havendo necessidade de transcrição..As entrevistas terão duração de aproximadamente 40 minutos. Poderá ser proposto mais de um encontro para aprofundar elementos da narrativa do participante e este acontecerá apenas se for do interesse deste. O processo de consentimento livre e esclarecido para participação da pesquisa será realizado de forma oral e gravada, conforme descrito no item 8.2 do projeto de pesquisa (aspectos éticos).

c) Observação participante: Segundo Chizzotti, a observação participante busca “experenciar e compreender a dinâmica dos atos e eventos, e recolher as informações a partir da compreensão e sentido que os atores atribuem aos seus atos.” (2000, p. 90). Os resumos descritivos a partir das observações devem descrever as formas de participação do/a pesquisador/a, as circunstâncias, os instrumentos utilizados para registro e serem

reduzidas em registro sistematizado.Os participantes da pesquisa serão homens gays e outros

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 4.098.671

homens que fazem sexo com homens, não havendo critério de raça/cor, geração, entre outros; entretanto, buscaremos abranger uma maior diversidade de sujeitos, sendo todos maiores de 18 anos de idade. Serão identificados pessoas que se declaram sua identidade de gênero (masculina, homens), que vivem com HIV ou não, buscando abranger tanto sujeitos que participam de movimentos sociais como os que não participam. Devido às dificuldades de acessar essas populações e especialmente pela sensibilidade do tema, o contato com estes será feito a partir da metodologia de amostra bola de neve, partindo de contatos intencionais da pesquisadora. Conforme Vinuto, Esta abordagem em relação a amostragem é indicada quando a pesquisa trata de temas delicados para população e/ou quando os sujeitos de pesquisa são difíceis de encontrar. Utilizando-se de cadeias de referência, solicita-se que participantes iniciais "indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise". (VINUTO, 2014, p. 203) Nessa abordagem a amostra é intencional e não probabilística. Por isso, não será possível definir previamente qual será o N. Se encerrará a coleta de dados quando identificada a saturação das informações narradas pelos participantes. Os contatos iniciais com informantes chave aconteceram com pessoas conhecidas da pesquisadora - especialmente por seu envolvimento com os movimentos sociais - através das redes sociais. Após, será solicitado aos informantes chave que indiquem novos participantes e o contato para o convite inicial acontecerá por meio das redes sociais e/ou telefone. Existe uma probabilidade de os sujeitos serem em sua maioria do estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista esse ser o local de residência/trabalho da pesquisadora. No entanto, embora a amostragem via bola de neve não permitir controle de demais características dos participantes da pesquisa, buscaremos que sejam contempladas as demais regiões do país via contato virtual e contato presencial em encontros acadêmicos e/ou do movimento social, viagens, entre outros. Procuraremos abranger dois ou mais sujeitos residentes

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 4.098.671

Outros	DOCUMENTO_UNIFICADO_DO_SIPES Q.pdf	04/06/2020 16:20:34	Gabriela Dutra Cristiano	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/06/2020 16:19:20	Gabriela Dutra Cristiano	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/06/2020 16:16:56	Gabriela Dutra Cristiano	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_APROVACAO_COMISSAO_CI ENTIFICA_.pdf	04/06/2020 16:16:18	Gabriela Dutra Cristiano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	04/06/2020 16:12:42	Gabriela Dutra Cristiano	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Paulo Vinicius Sporleder de Souza**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)