

# HIV/aids, Gênero e Sexualidade



políticas e práticas de prevenção,  
testagem e aconselhamento

André Luiz Machado das Neves  
Munique Therense  
Orgs.

# **HIV/aids, Gênero e Sexualidade**

**políticas e práticas de prevenção,  
testagem e aconselhamento**

Governo do Estado do Amazonas

Wilson Miranda Lima

**Governador**

Universidade do Estado do Amazonas

Cleinaldo de Almeida Costa

**Reitor**

Cleto Cavalcante de Souza Leal

**Vice-Reitor**

*editoraUEA*

Maristela Barbosa Silveira e Silva

**Diretora**

Maria do Perpétuo Socorro Monteiro de Freitas

**Secretária Executiva**

Jamerson Eduardo Reis

**Editor Executivo**

Samara Nina

**Produção Editorial**

Maristela Barbosa Silveira e Silva (Presidente)

Alessandro Augusto dos Santos Michiles

Allison Marcos Leão da Silva

Isolda Prado de Negreiros Nogueira Maduro

Izaura Rodrigues Nascimento

Jair Max Furtunato Maia

Mário Marques Trilha Neto

Maria Clara Silva Forsberg

Rodrigo Choji de Freitas

**Conselho Editorial**

André Luiz Machado das Neves  
Munique Therense  
(orgs.)

**HIV/aids, Gênero e Sexualidade:**  
políticas e práticas de prevenção,  
testagem e aconselhamento

 *editora*  
**UEA**

Gabriel Lima  
Luan Cruz  
Wesley Sá  
**Revisão**

Samara Nina  
**Projeto Gráfico e diagramação**

Indexado **BVS-Psi**

Todos os direitos reservados © Universidade do Estado do Amazonas  
Permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte

Esta edição foi revisada conforme as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade do Estado do Amazonas

H674  
2018

Hiv/Aids, gênero e sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento/ Organizadores : André Luiz Machado das Neves, Munique Therense.  
– Manaus (AM) : Editora UEA, 2018.  
134 p.: il., color; 21 cm.

ISBN: 978-65-80033-01-0

Inclui bibliografia

1. aids (Doença). 2. HIV (Vírus). 3.Prevenção de doenças.  
I.Neves, André Luiz Machado das. II. Therense, Munique.

CDU: 1997 – 616.98:578.828

Editora afiliada:



*editora***UEA**

Av. Djalma Batista, 3578 – Flores | Manaus – AM – Brasil  
CEP 69050-010 | +55 92 38784463  
editora.uea.edu.br | editora@uea.edu.br

# SUMÁRIO

- 7 Apresentação
- 9 “É para dar aula ou para fazer ativismo?”  
Da “ciência e afeto” para uma crítica à  
biomedicalização da prevenção do HIV/aids  
Munike Therense, André Luiz Machado das Neves, Vivian  
Lima Marangoni, Socorro de Moraes Nina
- 24 Homens jovens com práticas homossexuais  
e epidemia do HIV/aids:  
por uma re-erotização da prevenção  
Luís Felipe Rios
- 59 Aconselhamento nos CTA:  
uma análise do *habitus professional* e da  
invisibilidade da prevenção baseada na  
‘emoção e na comunicação’  
Claudia Mora, Simone Monteiro
- 85 Saúde pública, psicologia e HIV/aids  
Jenny Milner Moskovics
- 111 Medicalização e conservadorismo:  
ameaças ao debate sobre saúde, sexualidade e  
gênero na educação brasileira  
Kalline Russo, Kelly Russo, Kenneth Rochel Camargo Jr.
- 128 sobre os autores

# APRESENTAÇÃO

Esta obra é oriunda do *I Seminário Amazonense de HIV/aids, Gênero e Sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento*, realizado entre os dias 28 a 29 de junho de 2018, em Manaus. Foi um evento financiado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). O recorte temático do seminário baseou-se na imprescindível necessidade de discutir sobre o vigente discurso de prevenção combinada e problematizar acerca de como as tecnologias de cunho biomédico têm sido o trajeto para o “sucesso” da prevenção do HIV.

Diante dos debates contemporâneos sobre HIV/aids e suas políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento buscou-se, abarcar nesta obra, estudos que possam subsidiar reflexões diversas que articulam com a crítica aos modelos biomédicos “salvacionistas” do HIV/aids e a própria economia de mercado da saúde. Assim, podemos construir um panorama que estranhe políticas pautadas no neoliberalismo, que podem impedir a disseminação da cura da aids quando finalmente for encontrada.

Iniciamos com o texto **“É para dar aula ou para fazer ativismo?”: da “ciência e afeto” para uma crítica à biomedicalização da prevenção do HIV/aids**, de Munique Therense, André Luiz Machado das Neves, Vivian Lima Marangoni e Socorro de Moraes Nina, que apresenta as linhas gerais o projeto de ensino da disciplina “Ciência e afeto” nos cursos de enfermagem, odontologia e medicina. O texto é dedicado para apresentar como esse projeto trouxe implicações na formação de alunos que possam pensar sua atuação assistencial mediante a dimensão socioantropológica de gênero e sexualidade. O trabalho ainda apresenta como suscitou a organização do seminário sobre aids, gênero e sexualidade, com foco na crítica a biomedicalização da prevenção do HIV.

O segundo texto **Homens jovens com práticas homossexuais e epidemia do HIV/aids: por uma re-erotização da prevenção** de Luís Felipe Rios, visou revistar pesquisas sobre as condutas sexuais de homens que fazem sexo com homens, com vistas a subsidiar respostas à epidemia do HIV/aids, considerando que a população mais afetada, são os homens jovens.

O terceiro capítulo, **Aconselhamento nos CTA: uma análise do *habitus* profissional e da invisibilidade da prevenção baseada**

na ‘**emoção e na comunicação**’, de autoria de Claudia Mora e Simone Monteiro, se constitui mediante como a dimensão emocional atravessa a prática do aconselhamento no plano das diretrizes, bem como no âmbito das experiências dos próprios aconselhadores dos CTA. No capítulo, a análise foi norteada pelo marco do *conhecimento praxiológico*, partindo assim do pressuposto de que os modos de sentir e interpretar as emoções na ação integram o *habitus professional*.

No quarto texto, produzido por Jenny Milner Moskovics, intitulado **Saúde Pública, Psicologia e HIV**, a autora apresenta reflexões da atuação da psicologia dentro do discurso oficial do Ministério da Saúde. Discute as possibilidades com relação a atuação do psicólogo para além do paradigma da psicologia clínica, dentro do contexto da saúde pública. Assim como, sinaliza os limites que a área encontra ao tentar se enquadrar dentro do paradigma biomédico para se pensar prevenção e aconselhamento.

Por fim, o texto de Kalline Russo, Kelly Russo e Kenneth Rochel Camargo Jr., com o título **Medicalização e conservadorismo: ameaças ao debate sobre saúde, sexualidade e gênero na educação brasileira**. Os autores abordam o que consideram as ameaças aos avanços nos direitos sexuais e de gênero nas últimas décadas: o aprofundamento da medicalização, a biologização da prevenção ao HIV/aids, e o fortalecimento do movimento ultraconservador “Escola Sem Partido”. Para tanto, analisam as bases conceituais de programas / políticas de educação sexual escolar que atualmente coexistem, apresentando também considerações sobre a ameaça da proposta de lei da chamada “Escola sem Partido”.

Boa leitura a todas e a todos!

**Manaus, outubro de 2018.**  
**André Luiz Machado das Neves**  
**Munique Therense**

# **“É PARA DAR AULA OU PARA FAZER ATIVISMO?”**

da “ciência e afeto” para uma  
crítica à biomedicalização da  
prevenção do HIV/aids



**Munique Therense  
André Luiz Machado das Neves  
Vivian Lima Marangoni  
Socorro de Moraes Nina**

O título deste capítulo foi uma das perguntas que ouvimos quando apresentamos o plano de aula da disciplina optativa “Ciência e Afeto: questões de gênero na saúde da mulher”. Essa disciplina teve como desfecho final a realização do I Seminário Amazonense sobre HIV/aids, Gênero e Sexualidade, com o objetivo de realizar uma crítica à biomedicalização da prevenção do HIV/aids. Da elaboração da disciplina à realização do evento há um percurso que nos parece interessante de ser relatado, haja vista as provocações e reflexões que nele surgiram. O ponto de partida desta experiência foi a primeira etapa do estágio doutoral de dois dos autores na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Lá foi possível se aprofundar nas temáticas de HIV/aids e Ativismo, e de maternidade, oportunidades que geraram projetos de disciplinas optativas para serem ministradas posteriormente na Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

A primeira disciplina optativa foi a *Ciência e Afeto<sup>1</sup>: questões de gênero na saúde da mulher* que teve como base as disciplinas: *Ciência e afeto: o caso da maternidade mamífera*, ministrada pelas professoras Jane Russo e Marina Nucci, e a disciplina *aids, sexualidade e ativismo*, ministrada pelas professoras Claudia Mora e Laura Murray no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). A disciplina, no entanto, difere-se daquelas que a inspirou. Ela foi ofertada no segundo semestre de 2016 na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas e teve o total de 45 vagas preenchidas.

Este capítulo está dividido em quatro seções: no primeiro, realizamos uma breve análise da disciplina ciência e afeto; em seguida, relatamos a metodologia avaliativa, que denominamos “Intervenção”, como proposta prática para envolver a comunidade acadêmica e não apenas estudantes matriculados na disciplina; no terceiro bloco relatamos os acontecimentos

<sup>1</sup> Os termos que antecedem a pontuação foram mantidos, conforme a versão original ministrada no IMS/UERJ, em virtude da intenção de trabalhar a produção do conhecimento científico a respeito da saúde da mulher em paralelo ao despertar de afetações que a temática provoca.

após a disciplina que culminaram no evento apresentado no quarto e último bloco desta capítulo; nesse último relatamos a experiência do I Seminário Amazonense Sobre HIV/aids, Gênero e Sexualidade: Políticas e Práticas de Prevenção, Testagem e Aconselhamento.

## **A disciplina**

A disciplina foi cadastrada como matéria optativa do curso de enfermagem, sendo aberta para os demais cursos da área da saúde. Obteve a participação de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia. A carga horária total foi de sessenta horas (dividida entre 30 horas de carga teórica e o restante para prática). Ela foi ministrada pelos quatro professores autores deste capítulo. O objetivo da disciplina foi analisar os discursos de gênero contidos na área da Saúde da Mulher, com vistas a desenvolver o pensamento crítico-reflexivo sobre as concepções de feminino presentes nos marcos técnicos e políticos contidos na área.

A área Saúde da Mulher foi tomada tal qual definida pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher. A decisão sobre o conteúdo abordado na disciplina pautou-se nas reflexões sobre o peso que a saúde reprodutiva tem nas políticas públicas direcionadas às mulheres e nos desafios que se impõem na execução de propostas estruturadas na perspectiva da integralidade.

Na intenção de refletir sobre essa força da saúde reprodutiva na área, consideramos as vicissitudes do que fora pontuado por Rodhen (2002) a respeito da centralidade da função procriativa na ginecologia e em como essa última constituiu-se uma ciência sobre a mulher. Somando a isso, tal qual indicado por Martin (2006), entendemos que o saber médico-científico sobre o corpo da mulher, desde o século XIX, produziu narrativas que denotam um corpo incompleto que precisa ser consertado. Pensamos que tal visão de corpos incompletos tem impactado, até hoje, nas técnicas e serviços em saúde destinados às demandas dessa população. Ainda, e longe de encerrar a questão, consideramos os questionamentos sobre o esvaziamento da dimensão política nas concepções em saúde que aproximam a mulher à ideia de natureza, a partir de Alzuguir e Nucci (2015).

Para pensar a integralidade no cuidado à saúde da mulher, assumimos a necessidade de discutir a dimensão de gênero nas narrativas e práticas profissionais. Embora a importância dessa abordagem venha sendo discutida desde a década passada, como exemplo os textos de Souto (2008) e Coelho *et al.* (2006), reconhecemos ser apropriado detalhar os argumentos que estruturam essas discussões, haja vista o gênero ser um marcador social da diferença. Potencializamos também os temas que se colocam como urgência e resistência, tais como a saúde da mulher trabalhadora, em que uma das formas da invisibilidade é quando há a desqualificação e ocultação do trabalho feminino pela naturalização das competências da

mulher; a invisibilidade lésbica e bissexual nas práticas de saúde e a pauta das mulheres trans. Nossa expectativa foi de que os temas, mostrassem a abrangência da área da saúde da mulher, para além da heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2012).

Assim, a disciplina foi dividida em três unidades, escolhidas de modo estratégico por entender que nelas se concentram estigmas importantes de serem discutidos: 1) Desnaturalizado a “saúde da mulher”; 2) Discursos sobre a “mãe”; 3) Discursos sobre a “mulher”. A intenção em cada unidade foi questionar os discursos naturalizantes com os quais a saúde da mulher é pensada dentro da formação em saúde, questionando consensos que são originados em um nítido determinismo biológico.

Em que pese ser uma disciplina direcionada para os alunos de enfermagem, medicina e odontologia, foi oportuno que a oferta tenha sido dada por professores de psicologia, haja vista a possibilidade de se abordar o processo saúde-doença na dimensão das ciências humanas e sociais. Pensamos que essa iniciativa coaduna com a proposta de fomentar o uso das ciências humanas e sociais articulado aos saberes produzidos pela saúde coletiva e, principalmente, soma-se às outras ações e discussões realizadas pelo Brasil que visam fortalecer o que seria uma atuação baseada em raciocínio crítico e contextualizado.

Deste modo, a primeira unidade trabalhou os conceitos de gênero e sexualidade, utilizando discussões de Joan Scott e Foucault; a desconstrução da ideia de imparcialidade do conhecimento científico produzido, a partir dos textos de Ana Paula Martins e Londa Schiebinger; construções de gênero nas políticas públicas, usando material de Renata Pegoraro e Regina Caldana; e com base na obra História das Mulheres do Brasil de Mary Del Priore e do texto sobre Condições Femininas e Saúde Mental de Gláucia Ribeiro Starling Diniz, loucura, normalidade e feminilidade foram discutidas através das lentes de gênero. Nos discursos sobre a mãe trabalhamos o mito do amor materno a partir de Badinter; a medicalização do parto e a objetificação do corpo feminino na perspectiva de Simone Diniz; a produção de subjetividades a partir do uso estratégico do aleitamento utilizando material de Eliane Cadoná e Marlene Strey; e promovemos um debate sobre o aborto como tabu social. Já na terceira unidade discutimos a saúde da mulher trabalhadora a partir do texto de José Aldemir de Oliveira e Socorro Nina; a heterossexualidade presumida nas abordagens da saúde da mulher, utilizando material de Murilo Moscheta e colaboradoras, e Regina Barbosa e Regina Facchini; e a “transexualidade desconhecida”, usando material de Pablo Rocon e colaboradores.

O que parece ter sido o principal fator mobilizador da disciplina foi a estratégia executada nas avaliações. Ao final de cada unidade os alunos precisaram elaborar e realizar uma intervenção, com tema escolhido por eles, baseada nas discussões promovidas pela disciplina. O propósito foi levar os questionamentos levantados em sala para a comunidade

acadêmica da Escola de Saúde, reverberando as reflexões oportunizadas pelo material estudado. Da forma como a percebemos, observou-se que o movimento dialético desse lugar amazônico fez da intervenção intelectual de acadêmicos um criar de movimentos e sentidos de avessos e inversos com perspectiva de verdades desveladas, nos espaços dos discursos de onde é dito, de lugares do interdito, do transformado, dialeticamente recriado.

A aula subsequente à semana destinada à realização das intervenções foi reservada para a apresentação delas, oportunidade dada a cada grupo para discutir com os demais colegas a ideia estruturada e os resultados alcançados. A avaliação das intervenções foi feita por uma banca formada pelos professores da disciplina (avaliadores internos) e por professores convidados (avaliadores externos). Ao todo foram realizadas onze intervenções.

## **Intervenções realizadas**

Como acima mencionado, os/as alunos/as matriculados/as na disciplina realizaram onze intervenções, em espaços comuns da Escola Superior de Ciências da Saúde e em horários diversos, o que possibilitou que as reflexões trazidas à sala de aula ultrapassassem – em muito – os fins acadêmicos de obtenção de créditos. Abaixo apresentaremos um breve relato sobre cada uma das intervenções, ressaltando que os projetos foram elaborados e aplicados pelos/as próprios/as acadêmicos/as.

*Exposição das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher* – o grupo escolheu um local de intenso fluxo de alunos para expor um banner contendo algumas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Na exposição defenderam o argumento de que, na época, presenciávamos o aumento do número de políticas públicas e garantias voltadas à mulher. Também investiram em divulgar informações sobre o Amazonas, mostrando elementos da rede de proteção, como números para denúncia em casos de violência e endereço de centros de apoio localizados na cidade de Manaus.

Um dos pontos de maior destaque foi a problematização da PEC 181/2015, que propõe que no texto constitucional seja determinado que a vida começa desde a concepção. A PEC, dentre outras questões, proíbe o aborto mesmo nos casos em que ele já é legalizado no Brasil. Os alunos defenderam que o aborto não é uma questão capaz de ser respondida com um simples sim ou não, afirmando que a problemática exige o detalhamento da discussão. Aproveitaram, ainda, para informar sobre o Serviço de Abortamento Legal da cidade, esclarecendo como proceder em casos de estupro.

Segundo relatado pelo grupo, não houve resistência das pessoas à explanação realizada por eles, havendo feedbacks positivos relacionados às informações disponibilizadas, principalmente àquelas que não era de conhecimento da comunidade acadêmica.

*Pesquisa Aborto: da ética à opinião pública* – o grupo elaborou e aplicou um questionário sobre aborto, definindo como participantes os calouros do semestre dos diversos cursos de saúde. No instrumento havia questões que diferenciavam o conceito pessoal de aborto, o conceito da OMS e os procedimentos abortivos. O questionário contou também com questões que exploraram o aborto do ponto de vista social comparando com o ponto de vista oriundo da representação social. Por fim, aproveitaram a intervenção para informar o que consta no Código Penal e apresentar aos participantes da pesquisa os dados estatísticos relacionados à temática, como número de mortes provocadas por tentativas de aborto clandestino, por exemplo.

Os resultados da intervenção mostraram que os calouros: a) utilizam o argumento da Ladeira Escorregadia<sup>2</sup> para ser contra a descriminalização do aborto no Brasil; b) consideram que a questão do aborto não é exclusiva da mulher, assumindo que é uma questão relativa ao campo da parentalidade e, portanto, inclui o homem também; c) não conhecem os dados oficiais sobre o perfil de quem tenta aborto no Brasil, havendo a ilusão de que a maioria dos casos é de adolescente experienciando a sexualidade; d) possuem dúvidas a respeito do que deve acontecer se criança/adolescente tiver gravidez fruto de estupro.

*Cemitério de mulheres mortas pelo aborto clandestino* – o grupo escolheu o hall de entrada do prédio anexo de aulas para montar um cemitério de mulheres mortas pelo aborto clandestino. As lápides ficaram expostas no chão e nelas foram escritos os dados oficiais a respeito do aborto no Brasil, a conceituação do aborto dos pontos de vista médico e jurídico, e os casos em que o aborto é legalizado no país. Disponibilizaram, ainda, uma caixa com caneta e papel para que a comunidade acadêmica pudesse manifestar-se a respeito da questão. Em outro espaço de intensa circulação expuseram um varal de informações a respeito do abandono paterno no país, como número de crianças sem registros ou estimativa de processos de pensão alimentícia que tramitam no judiciário, entre outros. De semelhante modo, disponibilizaram uma caixa com caneta e papel.

A intervenção destacou-se pela intensa reação que gerou na comunidade acadêmica. As lápides foram arrancadas, pisoteadas e sequestradas; e houve uma iniciativa anônima de jogar pacotes de camisinhas no cenário montado. Em relação ao varal de informações não foram identificadas reações.

<sup>2</sup> Em lógica informal, o chamado argumento da ladeira escorregadia, também conhecido como falácia do continuum, constitui em realidade uma classe de argumentos inválidos que assumem um suposto contínuo entre duas decisões sem reconhecer nenhum critério de corte entre elas. A falácia postula que a admissão de alguma decisão X em algum ponto do contínuo conduzirá inevitavelmente à admissão de uma decisão Y no extremo do contínuo. Por exemplo, um sujeito afirma que se legalizarmos o casamento homoafetivo, em breve seremos forçados a legalizar o casamento entre pessoas e animais de estimação, o casamento entre crianças, etc. O argumento da ladeira escorregadia quase sempre é expresso na forma de uma falácia do apelo ao medo, uma vez que, ao sistematicamente ignorar um critério de corte entre as duas decisões em questão, apela ao medo das pessoas de termos que aceitar uma decisão absurda.

Como resultados da caixinha de opiniões colocada próximo ao cemitério apareceram os seguintes discursos: a) relação entre aborto e comportamento sexual irresponsável; b) dúvidas entre termos técnicos e senso comum; c) provocações em relação aos casos considerados legais; d) manifestações em apoio ao, na época, pré-candidato à presidência do Brasil conhecido pelas declarações fascistas; e) ofensas dirigidas à mulher que aborta; f) defesa do direito da criança em primazia ao direito da mulher.

*Exposição dos direitos da mulher* – o grupo confeccionou faixas e cartazes contendo informações a respeito da violência contra a mulher, quantitativo de mulheres assassinadas no Brasil e as consequências da divisão sexual do trabalho. Para aproximar as informações gerais da comunidade acadêmica, os membros coletaram relatos de pessoas da instituição para articular com as informações fornecidas. O material foi fixado em locais de ampla circulação.

Um dos pontos de maior destaque foi a recorrência com que os leitores dos materiais narravam duas realidades, sendo uma dentro da instituição e outra fora. Nos discursos havia um certo muro imaginário que separava as experiências vividas, sugerindo que dentro da comunidade as relações entre os gêneros são mais igualitárias. A conclusão a qual os membros chegaram foi de que ou o muro simbólico é real ou há uma ausência de criticismo em relação a essas questões dentro da Escola de Saúde.

*Ela escolhe – página na rede social* – o grupo criou uma página na rede social Facebook para coletar denúncias de assédio sexual ocorrido dentro da universidade. Os relatos foram publicados mantendo o anonimato do denunciante e denunciado, bem como excluídas as informações que pudessem revelar qualquer aspecto da identidade. Além disso, o grupo fixou cartazes contendo frases gerais usadas pelo movimento feminista em locais de grande circulação, a fim de divulgar a existência da página.

A iniciativa sofreu significativa retaliação. Os cartazes utilizados foram danificados, retirados sem consentimento e alterados na mensagem original. Alguns integrantes do grupo relataram ter sido ameaçados a responder processos judiciais. Em virtude de uma das denúncias ter citado que ao assédio ocorreu no trote universitário, houve grande mobilização da comissão de trote exigindo esclarecimentos e retratação, tendo havido solicitação por parte de alguns membros para participarem da aula de exposição da intervenção e terem “direito de resposta”.

Os principais argumentos utilizados pela frente de resistência à intervenção foram: a) inexistência do fenômeno dentro da universidade, sendo os episódios nomeados como brincadeiras e afins; b) fusão entre o assédio (ato) e o evento (trote), sendo ambos colocados como idênticos no discurso; c) argumento ad hominem - transferência da crítica do ato do assédio para a pessoa que afirmou a existência do assédio. Diante do conflito, decidiu-se como desfecho que os calouros seriam consultados e incentivados a buscar medidas cabíveis, caso tivessem se sentido assediados.

*Questionário eletrônico sobre abuso sexual* – o grupo elaborou um questionário eletrônico dividido nas categorias aluno, professor e funcionário. As respostas estavam separadas em Sim e Não, e as questões tinham a pertinência e contextualização condizentes com as discussões da disciplina.

O que mais se destacou foi a quantidade de respostas que deslegitimaram a importância da problematização da temática, sendo atribuída à mulher a responsabilidade pelos atos de abuso que possam ser praticados pelos homens.

*Post provocador: análise do comportamento sexual da mulher* – o grupo fez uma postagem em rede social contendo questão provocadora sobre o comportamento sexual de um homem fictício de nome João interessado em uma mulher fictícia que usava roupas consideradas curtas ou decotadas. Na história inventada, João pedia ajuda aos internautas para decidir o que fazer em relação a ela. Apenas os alunos matriculados nas disciplinas sabiam que tratava-se de uma história inventada.

O post rendeu ampla participação no grupo virtual da comunidade acadêmica. De uma forma geral, os comentários ficaram divididos entre aqueles que destituíam o direito de escolha da mulher e aqueles que o validavam. No dia posterior, o grupo elaborou um segundo post explicando o intuito do primeiro e informando dados nacionais de violência contra a mulher. As reações que apareceram em forma de comentários foram: a) indisposição em virtude da linguagem utilizada no primeiro post; b) provocações anônimas enaltecendo os componentes biológicos que, para o comentarista, diferenciam homens e mulheres; c) indignação quanto ao sigilo da intenção do post; d) indignação quanto a escolha do grupo virtual para fazer esse tipo de provocação; e) críticas relacionadas a não submissão ao Comitê de Ética; f) o desmerecimento da questão enquanto questão de saúde pública; g) congratulações pela ideia e por ter provocado a discussão.

No entendimento dos membros do grupo, a indignação que apareceu de uma forma geral no segundo *post* escondia sentimentos de vergonha ou constrangimento em razão do aparecimento dos discursos que invalidaram ou destituíram o direito da mulher.

*Questionário sobre amamentação* – o grupo elaborou um questionário sobre a naturalização da amamentação versus seu caráter de construção social. Escolheram mães, membras de um coletivo ativista da cidade.

Como resultados tem-se que a maioria das mães discordam que há uma obrigação social de amamentar, havendo uma inclinação para o discurso naturalizante. As mães rejeitam o aleitamento artificial e afirmam a importância de iniciativas que valorizem a amamentação, pois segundo elas há uma incompreensão social quanto a importância do ato. Ainda segundo as mesmas, a rejeição do público à amamentação ocorre quando a criança que está mamando é grande, não havendo indicativo de ojeriza quando trata-se de um bebê.

*Questionário sobre Violência Obstétrica* – o grupo elaborou um questionário para ser aplicado exclusivamente com universitárias que são mães. As questões variaram entre conteúdo técnico e conteúdo experiencial.

O ponto crucial da intervenção foi que ela teve poucas participações em virtude de um dos requisitos ter sido que a participante soubesse sobre o tema. Embora o cenário tenha sido a própria Escola de Saúde, o desalinho tornou-se evidente.

*Pesquisa virtual sobre Violência Obstétrica* – diferente da experiência do grupo acima relatado, este grupo conseguiu mobilizar uma parcela significativa de alunos. A pesquisa dividiu-se em três eixos, sendo o primeiro sobre o grau de conhecimento da temática, o segundo sobre já ter presenciado a violência e o terceiro sobre saber identificar as práticas consideradas violentas.

De uma forma geral, as respostas indicaram o conhecimento a respeito da temática e o apoio da comunidade acadêmica às mulheres consideradas vítimas de violência obstétrica. Algumas respostas sinalizaram que a questão é subjetiva e, deste modo, não se aprofundaram na discussão. Ao categorizar os conteúdos explicitados, o grupo observou que a discussão centrou-se no embate Necessidade da Mulher x Necessidade do Profissional.

*O problema da exposição das mamas – questionário sobre aleitamento materno.* O grupo elaborou um questionário contendo histórias de mães que não conseguiram amamentar seus filhos em público. Questionaram aos participantes quanto à opinião dos mesmos sobre a exposição da mama para amamentar e a exposição em outras ocasiões, como o carnaval.

Semelhante ao trabalho anterior, as respostas indicaram que a comunidade acadêmica entende como natural o ato de amamentar, não havendo ojeriza em relação à iniciativa.

Levando em consideração todo este enredo de intervenções, no semestre que a disciplina foi ofertada não foi possível realizar o evento aberto à comunidade em geral, conforme o projeto inicial, que fizesse alusão às discussões pertinentes ao campo de gênero e sexualidade, na perspectiva socioantropológica. Esse ficou para ser executado somente em junho de 2018.

## **Desdobramentos no pós-disciplina**

O encerramento da disciplina trouxe o interesse pelos estudantes em dar continuidade às reflexões levantadas no semestre. Nesse aspecto, os mesmos professores ofertaram no primeiro semestre de 2017, outra disciplina optativa com a mesma perspectiva da primeira, mas com ênfase na saúde do homem, chamada *Ciência e afeto: questões de gênero na saúde do homem*. Nesse segunda versão da disciplina os temas que

transversalizaram foram: a) relação entre gênero, saúde e masculinidades; b) compreensão do modo como os sujeitos ao nascer são identificados como homens, entendem e expressam identidades, performances ou posições de gênero; c) a dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como as masculinidades são construídas em (e por) relações e dispositivos institucionais e políticas de saúde; e d) sistematização crítica do debate sobre os homens (cis ou trans) e as masculinidades nos serviços e na promoção à saúde.

Observou-se ao final dessa disciplina a problematização mais expressiva em torno das tecnologias de prevenção ao HIV/aids, com destaque na Profilaxia Pré-exposição (PreP); além de suscitar a iniciativa da criação de uma Liga Acadêmica de Sexualidade e Gênero do Amazonas (LASGAM).

A LASGAM foi fruto da iniciativa de um grupo de alunos da disciplina, a maior parte deles envolvidos nas intervenções “mais polêmicas”, e começou a ser pensada antes mesmo do término dessa matéria optativa. Os estudantes manifestaram desejo de organizar ações extraclasse relacionadas à saúde das pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), e à promoção do empoderamento feminino e de relações igualitárias entre gêneros, criando oportunidades de atuar como agentes de transformação social. Os professores da disciplina foram convidados para serem coordenadores da Liga.

Enquanto o processo administrativo de criação da Liga esteve tramitando, os alunos organizaram uma semana temática para falar sobre diversidade sexual e igualdade de direitos dentro da Universidade. Na ocasião, houve performance de uma artista trans da cidade, exibição de curtas de temática LGBT, distribuição de material psicoeducativo e roda de conversa para a comunidade LGTB presente na universidade. A ideia da semana temática surgiu após terem circulado no meio acadêmico *prints* de mensagens de ameaça à população LGBT compartilhada em um grupo de rede social que se autodenominava Conservadores.

Ainda na fase de tramitação do processo administrativo de criação da Liga aconteceu de um grupo de alunas denunciar atos de assédio sexual ocorridos dentro da Universidade. Diante disso, elaborou-se uma mobilização, através de roda de conversa para apresentar definições/conceitos sobre assédio, sob o viés de “empoderamento” feminino.

Considerando os afetamentos que a disciplina ciência e afeto ocasionou entre os alunos/as, foi retomada a ideia de organizar um evento sugerido e planejado quando a disciplina optativa foi oferecida a primeira vez – ainda com foco na saúde da mulher. Nesse sentido, buscamos desenhá-lo mediante a problematização mais expressiva presente no final da última disciplina ofertada, as tecnologias de prevenção ao HIV/aids, por meio de uma crítica à biomedicalização.

## **A biomedicalização do HIV/aids: seminário amazonense sobre HIV/aids, gênero e sexualidade - políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento**

O evento ocorreu após a Universidade do Estado do Amazonas ter autorizado a criação da LASGAM. O Seminário foi promovido pelos integrantes fundadores da Liga e a participação no evento foi pré-requisito para outros que tinham pretensão de fazer a prova de admissão para participar da Liga. Hoje, a LASGAM conta com 24 ligantes.

O I Seminário Amazonense sobre HIV/aids, Gênero e sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento foi financiado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Visamos trazer para o debate a questão da biomedicalização da resposta ao HIV, considerando a especificidade do poder biomédico nas políticas e práticas de prevenção expressa por intervenções como a PrEP, a testagem e o aconselhamento. O público participante foi de 114 pessoas, atendendo o público alvo de acadêmicos da área da das Instituições de graduação e pós-graduação, ativistas e profissionais atuantes nos serviços públicos de saúde, educação e assistência social.

O processo de biomedicalização é marcado por um *marketing* otimista de um futuro sem HIV ou aids, com ênfase nas tecnologias biomédicas. Nesse aspecto, são dirigidas promessas a despeito de inúmeros desafios impostos por uma realidade demarcada por assimetrias no campo da saúde, que reverbera nas taxas de infecção e mortalidade. Por sua vez, os autores que escrevem este capítulo defendem uma participação ativa das comunidades mais afetadas pela epidemia na resposta ao HIV e à aids, assumindo uma postura crítica referente a essa centralidade biomedicalizante das tecnologias de prevenção e aconselhamento. Fernando Seffner e Richard Parker (2016, p. 26), apontaram essa centralidade como a neoliberalização dessa resposta ao HIV e aids:

Neste texto, o caminho escolhido foi buscar entender a atual situação da resposta brasileira à aids em articulação com algumas marcas fortes de seu passado – aqui tomadas como experiências políticas relevantes – e com as estratégias de caráter neoliberal. Estas últimas procuram desenhar o fim da aids em um futuro altamente medicalizado e com a transformação dos pacientes em consumidores homogêneos de remédios, minimizando os traços da diversidade cultural e política do país.

Partilhando dessa posição crítica, o evento foi desenhado para que contemplasse essa discussão, destacando a necessidade de considerar as mudanças sentidas na resposta à epidemia sem reificar diferentes versões de passado, presente ou futuro (FERRARI, 2017). Para isso, contou-se com a participação de Simone Monteiro, pesquisadora da Fiocruz/Rio de Janeiro, realizando a conferência de abertura com o tema: aids sob o olhar das ciências humanas e sociais: a biomedicalização do HIV.

Nesse âmbito, foi debatido acerca dos complexos processos e fatores multidimensionais envolvidos na transformação histórica da medicalização para a biomedicalização do HIV/aids, e de que modo isso atesta a contribuição do olhar das ciências sociais na compreensão da emergência de novos discursos, como as atuais diretrizes globais de controle da epidemia. Nesse sentido, sugeriu-se ainda que é preciso olhar para o passado e analisar de que forma é possível aprender com essas experiências. Assim, conforme Monteiro, Brigeiro, Villela, Mora e Parker (2017) como historicamente demonstrado, as ações de mobilização comunitária e do ativismo social são igualmente necessárias para o sucesso das respostas de prevenção de caráter biomédica.

Fazendo um esforço em torno do evento manter sua posição crítica em torno do caráter biomédico das práticas de prevenção, o evento contou com a participação de Luís Felipe Rios, professor da Universidade Federal de Pernambuco, com o tema: HIV/aids, Juventude com práticas homossexuais e saúde sexual: desenvolvimento de tecnologias de prevenção do HIV.

Nessa acepção, Felipe Rios lançou mão do argumento que além de acesso das novas tecnologias, é importante produzir uma resposta intersetorial que contemple e respeite às “dinâmicas eróticas” das comunidades gays e de redes de homens com práticas homossexuais, com vistas a fomentar que as novas medidas sejam agrupadas em função das necessidades e possibilidades dos atores.

A psicóloga Jenny Milner Moskovics, com sua experiência no SAE Santa Marta de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por meio do aconselhamento; a médica Romina Oliveira, da Fundação de Medicina Tropical (FMT), com sua experiência mediante prevenção, diagnóstico, tratamento; e a psicóloga Tirza Almeida, da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), a partir da testagem; apresentaram o panorama desse processo que chamamos de biomedicalização do HIV, relatando experiências que evidenciam essa transformação centralizadas nas tecnologias biomédicas. Não desconsideramos importantes as tecnologias biomédicas e técnicas que podem contribuir no enfrentamento, por exemplo, PEP ou PrEP, respectivamente, as profilaxias pós e pré-exposição; entretanto, essas tecnologias, sozinhas, não resolvem nada.

Com o objetivo de apresentar aspectos para além da biomedicalização, durante o evento foram realizadas duas mesas redondas: 1) Práticas de prevenção às IST/HIV/aids: relato de experiência dos movimentos sociais; 2) Saúde Pública, psicologia, HIV/aids: inovações em práticas de saúde.

A fim de discutir a importância do ativismo nas políticas de saúde em HIV/aids, gênero e sexualidade, a primeira mesa redonda contou com a participação Felipe Medeiros da Rede Nacional Jovem Positivos (RNP+) e Rebecca Carvalho da Associação de Travetis, Transexuais e Transgêneros

do Amazonas (ASSOTRAM). Felipe Medeiros relatou sua experiência de ativista da RNP+, comparando a realidade da cidade de Manaus com aquela que ele conhecia em outros centros urbanos. Relatou sobre as dificuldades de estabelecer parceria e diálogo com os órgãos responsáveis pela política e da importância de os movimentos sociais serem mais ativos nos Conselhos de Saúde. Rebecca Carvalho falou da sua história em Movimentos Sociais e de algumas experiências que a ASSOTRAM tem realizado em prevenção e redução de danos, sobretudo, com profissionais do sexo. Rebecca também falou da necessidade de uma maior articulação entre os diversos grupos ativistas a fim de diminuir a competição entre eles que só leva à fragilização dos movimentos em espaços de decisão.

Participaram da segunda mesa redonda intitulada “Saúde Pública, psicologia, HIV/aids: inovações em práticas de saúde” os/as psicólogos/as Jenny Moskovics, Simone Monteiro e Luís Felipe Rios. Como todos eram palestrantes do evento, realizaram uma curta reflexão sobre o tema para que houvesse mais tempo durante a interação com a plateia. Foram realizadas muitas críticas sobre o papel da academia e a formação em psicologia ainda deficitária para atuar em saúde pública e na atenção a grupos minoritários. Além disso, no contexto das discussões de prevenção combinada e da evolução de tecnologias biomédicas no combate ao HIV/aids, foi destacado o lugar privilegiado da psicologia para fortalecer estratégias comportamentais e ações que possam sensibilizar os diversos públicos sobre os riscos e vulnerabilidades das ISTs/HIV/aids.

É exatamente durante o boom das tecnologias biomédicas no combate as IST/HIV/aids é que as discussões sobre a prevenção combinada devem ser tomadas. Nosso objetivo com a proposta do evento não foi diminuir a importância das intervenções biomédicas, mas de problematizar que elas sozinhas não são suficientes. Trazer o saber das ciências humanas e a contribuição dos movimentos sociais e o ativismo no desenvolvimento das políticas públicas, promovendo intervenções estruturais, é uma possibilidade de desenvolver ações de saúde verdadeiramente biopsicossociais.

## **Considerações finais**

A disciplina trouxe um olhar plural de domínios políticos e de lugares no mundo. Neste sentido, recorreremos à Arendt (2010) quando reflete sobre os domínios do público e do privado, sendo seu significado mais elementar os dois domínios que indicam que há coisas que devem ser ocultadas e outras que necessitam ser expostas em público para que possam adquirir alguma forma de existência. “Se examinarmos essas coisas independentemente de onde as encontrarmos em qualquer civilização, veremos que cada atividade humana assinala sua localização adequada ao mundo” (ARENDE, 2010).

Foi exatamente esse percurso que nos pareceu interessante de ser relatado, haja vista as provocações e reflexões que nele surgiram. De forma especial, ao modo como desembocou na problematização em resposta à epidemia de HIV/aids no âmbito internacional e nacional na última década, que tem se caracterizado pela despolitização da prevenção, e, sobretudo nos últimos cinco anos, pelo foco em tecnologias preventivas de cunho biomédico, às quais salientam a importância da mobilização das “populações vulneráveis” [ou o papel da “mobilização comunitária” ] para seu sucesso.

O seminário apresentou o cenário atual que representa um novo marco histórico, cuja configuração e desdobramentos recentes merecem uma análise cuidadosa, especialmente no que tange ao papel dos profissionais de saúde e sua atuação na construção da resposta à aids no Brasil, e aos modos como o protagonismo das populações vulneráveis é representado nos discursos sobre a “prevenção combinada”.

## Referências

ALZUGUIR, F.; NUCCI, M. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, v. 20, n. 1, p. 217-238, 2015

ARENDT, H. *A condição humana*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero*. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2012.

COELHO, E.A.C., SILVA, C.T.O., OLIVEIRA, J.F., ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; 13 (1): 154-160, 2009.

FERRARI, F. C. Biomedicalização da resposta ao HIV/aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas. *Equatorial*, Natal, v. 4, n. 7, jul/dez 2017. Disponível em: <[https://incubadora.ufrn.br/index.php/equatorial/article/view/1743/pdf\\_1](https://incubadora.ufrn.br/index.php/equatorial/article/view/1743/pdf_1)> Acesso em 11 out 2018.

MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Tradução: Júlio Bandeira. Revisão técnica e apresentação: Fabíola Rohden. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SEFFNER, F.; PARKER, R. 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. 2016.

MONTEIRO, S. S., BRIGEIRO, M., VILLELA, W. V., MORA, C., PARKER, R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: Uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Cien Saude Colet*, 2017. [Citado em 15/09/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-do-tratamento-como-prevencao-do-hiv-no-brasil-uma-analise-a-partir-da-literatura-sobre-testagem/16386>

SOUTO, K. M. B. *A Política da Atenção Integral à Mulher: uma análise de integralidade e gênero*. SER Social, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, 2008.

**HOMENS JOVENS COM  
PRÁTICAS HOMOSSEXUAIS E  
EPIDEMIA DO HIV/aids**  
por uma re-erotização  
da prevenção



**Luís Felipe Rios**

Neste texto revistamos os resultados de algumas de nossas pesquisas sobre as condutas sexuais de homens que fazem sexo com homens (HSH), na perspectiva de oferecer subsídios para responder à epidemia do HIV/aids, em especial a tendência desta afetar, em maior proporção, os homens jovens.

No Brasil, homens com práticas homossexuais são, historicamente, uma das categorias sociais mais afetadas pelo HIV/aids (UNAIDS-BRASIL, 2017). Ao longo dos mais de 30 anos de epidemia, esforços foram feitos para o enfrentamento, como o envolvimento da sociedade civil e do governo em ações comunitárias de prevenção para os HSH e de desestigmatização das pessoas vivendo com HIV e aids e das homossexualidades na sociedade; distribuição gratuita de preservativos e lubrificantes; acesso à testagem para a população em geral e da terapia antirretroviral (BRASIL, 2002; BERKMAN *et al.*, 2005; BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, entretanto, acompanhando o retrocesso moralista sobre sexualidade e gênero marca a vida social brasileira (FERRAZ; PAIVA, 2015) e, ao mesmo tempo, em afinidade com a política global de enfrentamento da epidemia proposta pela Unaid (2014), os recursos para o enfrentamento da epidemia no Brasil foram, em sua maior parte, destinados para adquirir medicamentos para dar suporte ao Tratamento como Prevenção (TcP)<sup>3</sup>, assumida pelo governo em 2014 (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015; PARKER, 2015).

Houve quase que um completo abandono daquilo que produziu o êxito da resposta brasileira dos anos de 1990 e 2000, a intersectorialidade. Esta incluía, ressaltando-se, a mobilização e participação comunitária encampada por organizações da sociedade civil organizada (FERRAZ; PAIVA, 2015; SEFFNER; PARKER, 2016). A título de exemplo, entre 2013 e 2017, ações de prevenção comunidade gay da Região Metropolitana do Recife, onde realizamos pesquisa de campo sistemática, se restringiram a

<sup>3</sup> Política embasada em evidências biomédicas de que a pessoa em tratamento e com carga viral indetectável teria menos chances de infectar outras pessoas.

disponibilização de informativos e insumos em algumas saunas e cinemas pornôs, e distribuição destes nos eventos LGBT de carnaval e na Parada da Diversidade Sexual. Nessa linha, inquérito sócio comportamental com 380 HSH dessa região mostrou que embora os lugares mais frequentados pelos respondentes fossem bares (73,2%) e boates (76,8%) apenas 5,5% e 6,1%, respectivamente, afirmaram receber preservativos nestes locais (RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).

No nosso entendimento, os maiores impactos nos indicadores de vulnerabilidade e risco, que passaremos a apresentar, podem ser creditados ao fato de, ao lado da precariedade do atendimento às pessoas vivendo com HIV e aids<sup>4</sup>, deixarmos de ter a questão do HIV/aids pautada na sociedade mais ampla e entre as categorias sociais mais afetadas, por meio de sistemáticas campanhas e intervenções criadas por ou com a participação das comunidades mais afetadas; no caso dos HSH, pela ausência das constantes distribuições e disponibilizações de insumos nos estabelecimentos do *mercado rosa* e nos espaços públicos de sociabilidade homossexual.

Nos finais do período de pujança da resposta brasileira à epidemia do HIV os números já impressionavam. Em documento do Ministério da Saúde brasileiro de 2012, enquanto a prevalência do HIV estimada para a população em geral (13 a 49 anos) era de 0,6% (0,8% para homens) (BRASIL, 2012), estudo realizado em 2008 e 2009 mostrava que a prevalência para HSH no Brasil era de 14,2% – duas e três vezes maior que a estimada para, respectivamente, mulheres trabalhadoras do sexo e usuários de drogas (KERR *et al.*, 2013).

Acompanhando o vácuo da prevenção, a prevalência cresceu. Novo estudo foi realizado em 2016 mostra uma prevalência média entre as cidades participantes do estudo de 18,4%. No Recife, cidade onde temos realizado pesquisas sobre o tema, a prevalência saltou 5,2% para 21,5%, quase quatro vezes mais que no estudo anterior. Em Manaus, cidade que recepciona o seminário que deu origem a este livro, a prevalência quase duplicou, passando de 8,3% em 2009 para 15,1% em 2016. Números que sinalizam para um considerável e preocupante avanço da epidemia entre homens com práticas homossexuais (KERR *et al.*, 2013; KERR *et al.*, 2018).

Conforme o Ministério da Saúde do Brasil a situação da epidemia de HIV/aids é mais preocupante justamente no Norte e Nordeste brasileiros que “*apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção (de aids); em 2006 a taxa registrada foi de 14,9 (Norte) e 11,2 (Nordeste) casos/100 mil hab., enquanto no último ano a taxa foi de 24,8 (Norte) e 15,2 (Nordeste), representando um aumento de 66,4% (Norte) e 35,7% (Nordeste)*” (BRASIL, 2017c, p. 8). Tendência semelhante foi observada

<sup>4</sup> No Brasil, as pessoas vivendo com HIV têm garantia legal de acesso ao tratamento e à medicação gratuitos. No entanto, por todo Brasil vem sendo observado a existência de grande dificuldade de acesso a diagnóstico, início e manutenção o tratamento com qualidade (PARKE, 2015; GRANGEIRO, CASTANHA, NEMES, 2015), o que impacta negativamente a política do TcP.

para o coeficiente de mortalidade padronizada que, entre 2006 e 2016, que “nas regiões Norte e Nordeste (...) sofreram incremento de 7,6% e 2,3%” (BRASIL, 2017c, p. 16).

O boletim epidemiológico aponta que embora entre os homens haja predomínio da categoria de exposição heterossexual, há uma tendência de aumento na proporção de casos entre HSH nos últimos dez anos, “que passou de 35,6% em 2006 para 47,3% em 2016: um incremento de 32,9%” (BRASIL, 2017c, p. 14). Em adição, considerando o mesmo período, o boletim sinaliza que entre os HSH:

observou-se um incremento da taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos: do ano de 2006 para o de 2016, a taxa quase triplicou entre o primeiro grupo e, entre os de 20 a 24 anos, a taxa mais que duplicou (BRASIL, 2017c, p. 12).

Análise comparativa dos estudos de prevalência de HSH para o HIV (2009/2016) aponta que aumentaram práticas sexuais de risco entre jovens HSH menores de 25 anos (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Em adição, estudo nacional realizado com conscritos (homens jovens entre 17 e 22 anos) em 2016 mostrou uma prevalência de 1,32% entre HSH, 13 vezes maior do que a taxa entre os homens sem histórico de sexo com outro homem (SPERHACKE *et al.*, 2018).

A tendência de juvenalização em relação a epidemia de HIV entre HSH não é um fenômeno recente, tendo sido observada já no início da década de 2000 (BARREIRA, 2002). Na mesma linha, Szwarcwald *et al.* (2011), comparando os dados de 2007 e os de 2002 dos estudos nacionais com conscritos, apontava para uma piora no índice de comportamento sexual de risco entre os HSH jovens.

Ainda no início dos anos 2000, Rios *et al.* (2002) realizaram uma análise contextual de situação sobre pesquisas e intervenções sobre saúde sexual e reprodutiva direcionada a jovens. Os pesquisadores notaram uma carência de pesquisas e intervenções de prevenção ao HIV voltadas para as especificidades de jovens HSH, o que posteriormente ensejou ações que dessem conta desta situação (PARKER, 2003; RIOS; ALMEIDA; PARKER, 2002; RIOS, 2003, 2004, 2008, 2013 entre outros). Ainda assim, as análises epidemiológicas mais recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c) e os resultados do estudo de prevalência entre HSH (KEER *et al.*, 2018) e entre conscritos (SPERHACKE *et al.*, 2018) no Brasil, acima apresentadas, sublinham a importância de envidar novos esforços para compreender o atual desenho da epidemia do HIV/aids, em que os jovens HSH permanecem como especialmente vulneráveis ao HIV.

Considerando esse contexto, nossa expectativa é a de que a discussão da literatura aqui apresentada possa oferecer recursos para melhor planejar estratégias preventivas, em um momento em que se agregam às

tecnologias já em uso há alguns anos (estímulo ao uso do preservativo, a popular camisinha; testagem anti-HIV em serviços públicos de saúde e acesso ao tratamento), uma maior divulgação da Profilaxia Pós Exposição/PEP<sup>5</sup>, a permissão para venda em farmácia de teste anti-HIV (cf. BRASIL, 2017a) e o início, em 2018, da disponibilização da Profilaxia Pré Exposição/PReP<sup>6</sup> para HSH e outras populações mais vulneráveis ao HIV. Essas tecnologias são atualmente articuladas pelos princípios da Prevenção Combinada – política que preconiza a utilização de estratégias preventivas mais adequadas ao contexto das pessoas (cf. BRASIL, 2016b).

Nessa linha argumento que defendemos neste texto é o de que, além de acesso das novas tecnologias, é preciso produzir uma resposta intersetorial, que atenda e respeite às dinâmicas eróticas das comunidades gays e de redes de homens com práticas homossexuais, de modo a possibilitar que as novas medidas sejam incorporadas em função das necessidades e possibilidades dos atores.

## **Sobre o caminho**

Além de retomar os resultados das pesquisas que realizamos, buscamos fazê-los dialogar com uma revisão da literatura sobre condutas sexuais de HSH e prevenção do HIV. Esta revisão foi conduzida ao modo “antigo”. Um modelo de revisão não muito sistemático, mas muito produtivo. Nele a busca pelo material analisado se fez de modo muito semelhante à produção de amostragens de referência em cadeia (um modelo muito utilizado em pesquisas com populações que, por conta do estigma, se invisibilizam no tecido social, como é o caso dos HSH – cf. HECKTHORN, 2002).<sup>7</sup> Na atualidade, o mais comum são sistemas narrativas ou integrativas da literatura, que possuem toda uma sistematicidade para propor o “Estado da Arte” em determinado campo ou tema de investigação.<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Consiste na utilização de medicamentos para diminuir as chances de infecção pelo HIV em pessoas que passaram por situação de exposição ao vírus em até 72 horas antes do início do tratamento. Sobre a divulgação, cf Brasil (2016b).

<sup>6</sup> Cf. Consiste na utilização de medicamentos para a prevenção do HIV. Cf. Brasil (2017b).

<sup>7</sup> Além dos nossos próprios textos, os outros aqui discutidos foram frutos de busca ativa em material bibliográfico disponível em bibliotecas e livrarias, *online* e *offline*; indicação de nossos pares na ocasião de apresentações em encontros, bancas e/ou quando da submissão de artigos, por meio dos pareceres recebidos; e a procura de textos identificados nas referências do material lido. Como na técnica da “bola de neve”, onde um informante indica outros em acordo com as características de interesse do estudo, as referências bibliográficas dos estudos lidos nos apontavam o caminho para incorporar, quando era possível acessar os textos, mais material ao corpus de análise.

<sup>8</sup> Em ambas as modalidades, estipula-se bases de dados e período de busca, além da utilização de uni-terminos para filtrar os resultados. Na revisão narrativa, mais comum na revisão de estudos classificados como qualitativos, são realizados procedimentos semelhantes à análise temática de conteúdo, de modo a identificar os principais eixos, lacunas e desafios (teóricos e/ou metodológicos) sobre o grande tema em análise (vide, para exemplo, DANGERFIELD et al.,

O tipo de revisão realizado neste estudo inclui também, mas não só, várias revisões narrativas realizadas desde que começamos a pesquisar o tema, em 1994. Embora existam ótimas publicações produzidas por meio da revisão narrativa, muitas vezes o procedimento utilizado deixa de fora da análise toda uma literatura que não tem chance de se expressar por meio das bases indexadoras consultadas (especialmente livros e capítulos de livro, mas também artigos publicados em revistas não indexados nas bases pesquisadas). Muitos são textos elaborados antes do advento da digitalização, nem sempre encontrados nas bases *online*.<sup>9</sup>

A releitura dos nossos textos e de outros autores chamados ao diálogo foi embasada por uma perspectiva teórica que entende a vulnerabilidade a um dado agravo como produzida a partir da sinergia entre dimensões sociais (relações de poder engendradas por marcadores sociais, como classe, idade/geração, raça/etnia, sexo/gênero etc.), programáticas (respostas governamentais ao agravo) e subjetivas (identidades, conhecimento, capacidades pessoais e emoções) que confluem para tornar pessoas e grupos mais suscetíveis (AYRES *et al.*, 2003; PAIVA, 2008; AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2010). No caso do HIV e aids, nos modos de transmissão por via sexual, adotamos a perspectiva que dá relevo aos contextos comunitários, buscando desvelar as culturas sexuais que sustentam as interações entre as pessoas, nos diferentes arranjos sexuais possíveis, em diversos contextos e situações (PARKER, 2000).

Utilizamos a noção de estilização corporal (BUTLER, 2003) para destacar os aspectos subjetivos da vulnerabilidade, entendendo os corpos como territórios das experiências subjetivas (CSORDAS, 2008; RIOS, 2013). Por meio das estilizações buscamos compreender o processo de posicionamento que os marcadores sociais de diferença (idade, raça/cor, renda, classe, sexo/gênero, sexualidade, estado de saúde, etc.), em intersecções (BRAH, 2006), realizam nos e por meio dos corpos. Assim, as compreendemos os resultados estéticos e de expressividade

---

2017). No caso das revisões integrativas, mais comum nos estudos quantitativos, há tentativas de realizar meta-análises sobre o objeto de investigação (vide para exemplo, MENG *et al.*, 2015). No contexto tecnológico atual, em que existem inúmeras bases de indexação e acesso a revistas científicas e de trabalhos de conclusão de pós-graduações (dissertações e teses) na *internet*, disponibilizando uma profusão de textos avaliados por pares, esses tipos de pesquisas atualizam a sedução pela objetividade científica. São modalidades de revisão da literatura capazes de serem replicadas por qualquer um que utilize os mesmos procedimentos.

<sup>9</sup> As escolhas dos uni-termos também podem ser desafios nas revisões narrativas, pois nem sempre nossa imaginação é suficiente para especular e testar toda a variedade de palavras que podem ser utilizadas para se referir aos fenômenos que nos interessam. Além do que, muitas vezes nossos assuntos de interesse podem ser tematizados de modo transversal, não sendo mencionados em títulos, resumos e palavras-chave, comumente utilizados como contextos de buscas. Além disso, nem sempre os textos mais instigantes e pertinentes são encontrados nos períodos delimitados para as revisões. Muitas vezes, temas que (re)emergem na atualidade já foram objeto de investigação em outros momentos e podem ser desconsiderados. Não é incomum, quando se tem a imersão em dado campo temático, e se coloca em paralelo revisões de diferentes momentos históricos, ter-se a impressão de que alguns autores estão a querer “reinventar a roda”.

do agenciamento (consciente ou inconsciente) de elementos corporais (constituição física, gestual, sotaque, vestuário, adereços, emoções, sentimentos etc.) que possuem efeitos enunciativos – ou seja, as estilizações comunicam. Quando alguém é adscrito a uma delas, há a produção de sentidos (significados, valores, sentimentos e direcionamentos) que medeiam a construção de si e a apreensão dos/pelos outros (RIOS *et al.* 2016a, 2016b, 2017; RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).

Uma primeira leitura flutuante da literatura consultada mostrou que embora tenha crescido, nos últimos anos, os trabalhos que abordam os homens com práticas homossexuais, ainda é escassa os que tratam especificamente sobre a organização das parcerias sexuais e práticas eróticas, o que também é válido para os estudos que enfatizam juventude. A grande maioria dos textos abordam a dinâmica dos espaços de sociabilidade (FRANÇA, 2013; SIMÕES; FRANÇA; MACEDO, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2010; MOUTINHO, 2006; LEITE, 2016, entre outros), os processos de estigmatização à homossexualidade, discriminação e violência (inclusive é onde a maior parte dos estudos que tratam de juventude estão localizados, pelo incentivo e a ênfase em compreender para combater a homofobia nas escolas e na família) (CARRARA; VIANA, 2003; PRADO; ARRUDA; TOLENTINO, 2009; PERES, 2004; NATIVIDADE, 2006; MONTEIRO; TOLENTINO; PRADO, 2013; CARRARA. *et al.*, 2007; MADUREIRA; BRANCO, 2007; BAÉRE; ZANELLO; ROMERO, 2015; RIOS *et al.*, 2018, entre outros) e as novas legalidades (UZIEL, 2004, 2007, 2012; UZIEL; MELLO; GROSSI, 2006; NARDI; MACHADO; RIOS, 2012; NARDI; QUARTIERO, 2012; CORREIA, 2011; CORREIA; RIOS, 2013 entre outros). Certamente esses são temas importantes para subsidiar análises de vulnerabilidade ao HIV, no entanto como a forma de transmissão (por via sexual) é central para os homens com práticas homossexuais, neste caso, torna-se fundamental descrever e analisar as cenas sexuais propriamente ditas, em especial as de sexo penetrativo, e os elementos intersubjetivos e socioculturais que as permitem se configurar (PAIVA, 2005, 2007, 2013).

Assim, pensando que a transmissão do HIV por via sexual entre os HSH depende da existência de redes sexuais, formadas por meio das parcerias sexuais e afiveladas pelas práticas eróticas, selecionamos os textos que podem nos ajudar a compreender suas dinâmicas. Agrupamos os resultados de nossa análise em quatro eixos analíticos que serão aqui explorados: o primeiro eixo discute curso de vida e formação de parcerias sexuais, com foco na juventude; o segundo discute as posições sexuais no sexo anal, na interface o modo como estilizações corporais mediam parcerias eróticas e práticas sexuais; o terceiro, aborda os lugares de homosociabilidade; e o quarto as modalidades de gestão de risco utilizados na decisão pelo sexo desprotegido.

## Curso de vida e parcerias sexuais

Nosso estudo com homens jovens com práticas homossexuais do Rio de Janeiro foi um dos primeiros a focar as implicações das marcações etárias no curso de vida sexual, priorizando a juventude.<sup>10</sup> Nele percebemos que a diferença de idade é um elemento importante nos relacionamentos afetivos e sexuais na juventude (RIOS, 2003; 2004). Os jovens com quem conversamos relataram que tiveram suas primeiras relações eróticas entre cinco e 14 anos, sendo as experiências de sexo penetrativo realizadas, em geral, com homens de mais idade, chegando a diferença entre parceiros a ser de 10 anos. Um padrão de iniciação sexual já mencionado em alguns dos poucos trabalhos anteriores que abordaram o tema, ainda que transversalmente. Parker (1991), por exemplo comenta sobre as brincadeiras sexuais entre homens, chamadas de “*meinha*” ou “*troca-troca*”, presentes na infância de muitos de seus interlocutores, quer se identificassem como heterossexuais ou homossexuais.

Green (2002), na sua história sobre a homossexualidade no Brasil do século XX, resenhando a obra de Barbosa da Silva<sup>11</sup> revela que quase todos dos setenta informantes do autor – ressalte-se, homens que se auto-identificavam como homossexuais, de classe média, mas que não se marcavam enquanto homossexuais perante a sociedade abrangente, e tão pouco eram efeminados –, relataram que tiveram suas iniciações sexuais entre oito e doze anos. Aliás, idades de iniciação recorrentemente assinaladas em romances que tratam do homoerotismo no Brasil – vide “*Bom Crioulo*” de Adolfo Caminha (1993) ou mesmo “*Capitães da Areia*” de Jorge Amado (1912).

Fry (1982b, p. 48), analisando algumas daquelas obras, chega inclusive a questionar se, mais que ficção, o relacionamento intergeracional não seria um padrão recorrente de iniciação sexual (RIOS, 2004, p. 118).

Os nossos interlocutores diziam que era normal que homens “mais velhos” e experientes ensinassem aos “mais novos” e inexperientes as artes do sexo. Dos relatos pudemos perceber interações sexuais marcadas por diferenças de entre 3 e 10 anos. As interações sexuais se iniciavam na infância, no entanto, as que ocorriam antes dos 14 anos, em geral, eram qualificadas como brincadeiras, e não eram as entendidas como iniciações sexuais (RIOS, 2004).

<sup>10</sup> O estudo, realizado entre 2000 e 2004, teve uma perspectiva etnográfica e comparou o a comunidade gay do centro do Rio de Janeiro e comunidades-terreiro de candomblé (RIOS, 2004).

<sup>11</sup> Conforme Green (2002), uma pioneira dissertação de mestrado, realizada na década de 50, que aborda a homossexualidade em São Paulo sob a influência da sociologia norte-americana entendendo os homossexuais como uma minoria portadora de uma subcultura distinta da hegemônica.

Em relação as interações sexuais na juventude, persistia a diferença de três a 10 anos entre as idades dos parceiros. Não é que os jovens não transassem ou namorassem com coetâneos, eles também o faziam. No entanto, havia uma tendência de os homens desejarem parceiros “mais velhos”. Isso ocorria até aproximadamente a idade dos 30 anos, quando parecia haver um “ponto de inversão” do desejo, e passavam a desejar homens “mais novos”. Os homens “mais velhos”, em geral adultos jovens eram valorizados pela experiência e estabilidade profissional e financeira, e os homens adolescentes e jovens<sup>12</sup> pela inexperiência e beleza juvenil (RIOS, 2004; 2013).<sup>13</sup>

Naquele momento, por estar mais próximo dos jovens e de seus espaços de circulação, não conseguíamos visualizar muito bem o que acontecia com aqueles que eles nomeavam como “*Kakus*”, homens acima dos cinquenta anos que, ainda que estabelecidos e experientes, não lhes pareciam muito desejáveis. Entendemos, a partir do discurso dos jovens, que “*Kakus*” estariam mais afeitos a realizar seus desejos no mercado do sexo:

Após os quarenta, os homens iniciam o processo de se tornarem tias velhas na idade dos cinquenta – e no imaginário da comunidade entendida, efetivamente precisarão pagar para encontrar a satisfação sexual. Talvez esteja exagerando, o fato é que há opções para os idosos não casados nas saunas sem boys (garotos de programa), onde a clientela é mais velha (acima dos trinta) e os gostos (etários), ao menos naquele espaço, são mais diversificados.

No entanto, ainda que não tenha muitos dados sobre a questão, parece que a chance de constituir caso [parceria fixa] vai (...) diminuindo à medida que os homens passam dos cinquenta (...) – ou mesmo (...) o desejo de formar caso pode ir deixando de figurar dentro do repertório de roteiros de interação também dos entendidos (vide Guimarães, 1986), haja vista o investimento financeiro e sentimental para manter uma relação de parceria numa sociedade tão marcada por desigualdades e contradições. (RIOS, 2004, p. 124)

Estudos sobre a sociabilidade de homens com práticas homossexuais adultos e idosos permitem ampliar a compreensão sobre a eroticidade e as idades. Simões (2004), PocaHy (2012), Santos e Lago (2013), Rios (2018) observaram um rico universo erótico protagonizado por homes acima dos 40 anos, acontecendo em contextos variados não apenas nas saunas,

<sup>12</sup> Vale destacar que nos utilizemos do conceito de “curso de vida” (Elder, 1998) como categoria analítica que dá relevo aos aspectos socioculturais das idades/gerações e incorporando sua crítica ao modelo biomédico de se entender as faixas de idades. Ainda assim, e de modo a produzir um diálogo com os estudos epidemiológicos que embasam a perspectiva governamental de enfrentamento à epidemia de HIV manteremos a classificação que utilizam: adolescente, de 15 a 19 anos, jovem, de 20 a 24 anos; adulto jovem, 25 e 29 anos.

<sup>13</sup> Naquela ocasião, a partir das reflexões de Berquó (1998), estabelecemos comparações com o campo da heterossexualidade, em que a diferença etária também marca os relacionamentos.

mas envolvendo também bares, boates, casas de amigos etc. Não obstante, é possível perceber que embora se configurem subculturas com forte marcação das idades dos homens que preponderam na frequência dos espaços (“*maduros*”), há a presença (nos espaços e/ou nas narrativas dos “homens mais velhos”) de homens jovens que desejam e interagem sexual e afetivamente com “*coroas*” – sublinhe-se, nem sempre diretamente relacionado à troca de dinheiro ou benesses por transações sexuais, como costumavam insinuar os meus interlocutores jovens.

Nessa linha, na comunidade dos *ursos*<sup>14</sup> do Recife, realizamos observação participante um bar e um *site* de busca de parceiros na *internet*. Embora a presença no bar fosse majoritariamente de homens acima dos 35 anos, não era incomum a presença de homens jovens, que afirmavam preferir se relacionar com “homens bem mais velhos”. No *site* a presença de jovens era muito expressiva, embora alguns com quem mantivemos contato tenham relatado que se sentem alvo de preconceitos, porque os homens “mais velhos”, objeto de suas investidas, diziam preferir homens “maduros”.

Essa dinâmica de sociabilidade dos homens adultos e idosos com jovens, que passam ao largo do mercado do sexo, não apaga o fato de que a diferença de idade (na intersecção com classe e renda) é sim um importante marcador na prostituição viril (PERLONGHER, 1987), onde *michês* ou *boys de programa* tendem a ser homens adolescente e jovens, e os clientes, homens adultos e idosos (FABREGÁS-MARTINÉZ, 2002; SOUZA NETO, 2009; VIANA; RIOS, 2011; SANTOS, 2008; BRAZ, 2008; SANTOS, 2011; MITCHELL, 2016).

Num primeiro exercício de síntese, é possível perceber que as interações sexuais ocorrem entre homens de diferentes faixas de idade, envolvendo atores localizados na infância, adolescência, juventude, *adulthood* e velhice. De perto, ressalte-se, os parceiros, em geral, teriam a capacidade de consentir sobre os atos sexuais que praticam, possuindo diferenças de idades que não chegariam a violar os direitos da criança e adolescente. Em adição, olhando o sistema que se forma, percebemos que se formam cadeias sexuais trans-etàrias, podendo servir, no caso do sexo desprotegido, de via para o HIV caminhar (RIOS, 2003; 2004). Em adição, nos diferentes contextos acima mencionados percebe-se representações relacionados ao “mais velho” (maturidade, saber, estabilidade profissional e financeira, autonomia) e “mais novo” (imaturidade, em processo de aprendizado, dependência financeira e afetiva) contribuindo na produção da erotividade que engendra os casais, ao mesmo tempo em que hierarquiza os atores, em relações assimétricas de poder.

Vale também destacar que nem sempre as ideias de “mais velho” e “mais novo” está colada a idade biológica dos parceiros, ainda que a

<sup>14</sup> De forma simplória, os “ursos” são homens com práticas homossexuais, corpulentos e peludos, e que se negam a incorporar atributos (de indumentária, gestual, sotaque, etc.) usualmente considerados femininos (RIOS, 2018).

hierarquização que a categorização carrega se atualize quando são usadas para significar as parcerias. No candomblé, por exemplo, a idade de santo, relacionada ao tempo de sacerdócio, pode, em alguns contextos, ser mais relevante na organização da eroticidade e relações de poder entre os parceiros sexuais e amorosos do que a idade biológica (RIOS, 2004; 2013). Do mesmo modo, essas sobreposições de sistemas etários (o da sociedade abrangente, ancorado na biologia, e o da comunidade em questão) ocorre no contexto dos ursos. Neste caso, notamos um forte desprestígio erótico em relação a homens “efeminados”, “jovens”, “malhados de academia” e “depilados” e valorização dos corpos “másculos”, “maduros”, “gordos” e “peludos”. A parceria ideal entre os *ursos* é estabelecida entre dois homens não-jovens, másculos e corpulentos. Nesse contexto, há utilização de estilizações de sexo-gênero que atualizam sentidos de *adulthood* e juventude: *paizão* e *filhote*. No entanto, essa categorização é performativa, e independe da idade biológica dos homens, ou seja, no site e no bar não era incomum observar *paizões* mais jovens de idades que os *filhotes* (RIOS, 2013; 2018).

No que se refere às implicações etárias e sexo sem utilização da camisinha, no contexto de parcerias fixas, identificamos em nosso estudo realizado no Rio de Janeiro uma tendência dos “mais novos” depositarem confiança no saber do “mais velhos”, delegando-lhes as escolhas por modos de proteção às IST. Como narramos em outros trabalhos (RIOS, 2004; 2013), Ronald, morador do Rio de Janeiro, negro e pobre, aos 16 anos se enamora de um homem de 35 anos, branco e médico. Com o namorado teve acesso ao que descreve como mundo da elite carioca, bem diferente daquele a que estava acostumado na favela.

Bom, ele, por ser médico, eu confiava muito nele. Assim, as primeiras transas, assim, foram com camisinha. Aquele fato de se conhecer. Mas depois, não, não teve uso de camisinha nenhum. Mas também foi aquela coisa, assim, de não gozar dentro. Entendeu?... geralmente, também, aí eu comecei a ser ativo. Com ele, geralmente eu era ativo, e também aquela cultura: “Ah, você, quem come”. Geralmente, tem aquele risco. Mas na época eu não sabia, né? Aí, ele falava: “Ah, não tem problema nenhum”. Já gozei dentro dele, tal. E ele já gozou na minha boca, na minha cara. Então, assim, tinha uma cumplicidade muito grande. Mas também eu nunca fiz o teste, nunca tive curiosidade de saber se eu tenho [aids] ou não (RIOS, 2013, p. 1062).

Na nossa interpretação, o amor romântico leva Ronald a significar as relações de poder inerentes as categorias etárias (a suas correlatas, como renda e escolaridade/profissão) enquanto “influência”. Também observamos (RIOS, 2004; 2013) que nas cenas de sexo casual, idade, com implicações de disponibilidade de recursos financeiros, eram os fatores mais presentes no engajamento dos jovens em sexo desprotegido.

Nas parcerias ocasionais, as cenas mediadas por roteiros com implicações econômicas, envolvendo ou não contato entre classes sociais, eram as mais preocupantes quanto ao uso do preservativo, pois interferiam no “cardápio sexual”, muitas vezes anulando disposições prévias para o sexo mais seguro. André, um jovem do candomblé morador da Baixada Fluminense, relatou uma cena bastante ilustrativa. Ele resolveu curtir a noite em uma boate das redondezas de onde morava. Nesse espaço, conheceu um homem mais velho e trocaram alguns amassos. O homem o convidou para conhecer seu apartamento na Barra da Tijuca, parte rica do Rio de Janeiro. O jovem aceitou, mas informou que estava sem dinheiro para voltar para casa. O homem se comprometeu a trazê-lo de volta. No apartamento, foi sugerido o sexo sem camisinha. O jovem quis dizer não. O parceiro insistiu, caso contrário ele deveria voltar sozinho para a Baixada. Desesperado, André aceitou a imposição (RIOS, 2013, p. 1061-1062).

Em situações como esta, mesmo quando se tem todas as informações e os insumos necessários para o sexo mais seguro, este fica impedido de acontecer. Muitas vezes o que faltava era o dinheiro para comprar o preservativo ou acesso gratuito nos lugares de interação homossexual. Além disso, os jovens relataram cenas sexuais que se iniciavam na expectativa de que o outro tivesse preservativo. Na falta dele, ainda assim “a interação prosseguia na expectativa de que o gozo viesse com práticas que não envolviam risco (masturbação mútua, por exemplo). A empolgação vinha e de uma prática a outra se chegava àquelas de maior risco, e a interação prosseguia até o gozo inseguro.” (RIOS, 2013, p. 1062). Em contextos como estes, o *tesão* entra fortemente como uma emoção que desestabiliza os elementos utilizados para a gestão de risco (RIOS *et al.*, 2008).

### **posições sexuais, estilizações corporais e desejo**

A literatura tem apontado que, para melhor compreender as dinâmicas das redes sexuais e a vulnerabilidade ao HIV, é importante considerar o risco relativo das posições sexuais no sexo anal desprotegido na transmissão do HIV. Isso porque homens praticantes de sexo anal receptivo desprotegido são sujeitos a maior risco de infecção que os que realizam sexo anal insertivo desprotegido (LYONS; PITTS; GRIERSON, 2013). Uma meta-análise da literatura de língua inglesa apontou que a prevalência entre homens engajados em intercurso anal insertivo apenas, intercurso anal receptivo apenas e em intercurso anal receptivo e insertivo foram de 10,6%, 18,2% e 19,2% no período de 1986-2010. Assim, HSH engajados em sexo receptivo apenas e sexo receptivo e insertivo foram 1,8 e 2,2 vezes mais prevalentes para o HIV que os engajados apenas em sexo insertivo. Fenômeno explicado pelas biológicas do ânus

e do pênis, sendo o primeiro mais suscetível à infecção que o segundo (MENG *et al.*, 2015). Em adição, os HSH que praticam ambas as posições no sexo anal desprotegido são elos amplificadores (com maiores chances de receber e passar o vírus) nas cadeias de transmissão, aumentando a disseminação do vírus nas comunidades (MENG *et al.*, 2015; LYONS; PITTS; GRIERSON, 2015; THE GLOBAL FORUM ON MSM, 2013).

Dangerfield *et al.* (2017), em uma revisão narrativa de estudos conduzidos na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália, abordaram os significados das posições sexuais entre HSH e risco de infecção pelo HIV. Nesses contextos, praticantes de sexo anal insetivo são denominados *tops*, de sexo anal receptivo, *bottoms*, e de ambos, *versatiles*. Há categorias híbridas, como *bottom-versatil* e *top-versatil*, sinalizando que, a depender da situação ou do parceiro, amplia-se o espectro de posições. Além de sinalizar posições preferidas, as identidades informam sobre dinâmicas de gênero nos relacionamentos sexuais e afetivos. *Tops* são representados como mais masculinos, e *bottoms*, como mais femininos, estereótipos mais enfatizados nas comunidades latinas. Os autores concluem que aspectos pessoais e cognitivos (uso de drogas, saber sobre as hierarquias de risco, por exemplo), categorias sociais (raça/etnia e idade), estereótipos de gênero, com implicações de poder, mediarão posições sexuais e modos de proteção.

A generalização das homossexualidades não é fenômeno novo e vem sendo discutida em várias partes do mundo (CARBALLO-DIÉGUEZ *et al.*, 2004; DOWSETT, 2010; CHAKRAPANI *et al.*, 2013; HUSBANDS *et al.*, 2013). Já na década de 1970, Rubin (1993) mostra que em muitas sociedades mais tolerantes às homossexualidades os casais tenderiam a atuar a dicotomia de gênero. No Brasil a discussão sobre o que estamos denominando estilizações de gênero dos HSH está em tela desde primeiros estudos (LANDES, 1947; GUIMARÃES, 2004; FRY, 1983 entre outros).

Fry (1983) foi um dos primeiros a produzir uma teorização consistente sobre o assunto, em que articulou representações sobre as homossexualidades, com classe e o processo de modernização do país. Ele destacou a existência de um modelo assimétrico ou hierárquico de parcerias, predominante nas “classes baixas” e no interior do país, que alinha identidades sexuais (relacionadas às posições sexuais dos parceiros) e identidades de gênero: o *passivo* (sexo anal receptivo), efeminado, comumente nomeado *bicha*, se relacionaria sexualmente com o *ativo* (sexo anal insetivo), masculino, concebido como *homem mesmo*. Coexistiria com este, outro modelo, originando nas “classes médias” das grandes metrópoles, advindo do processo de modernização do país (uso do discurso médico para a explicação das sexualidades), em que haveria uma lógica simétrica ou igualitária: as parcerias independeriam das posições sexuais, e ambos os envolvidos seriam concebidos como *entendidos* ou *homossexuais*.

Talvez venha da modernização da homossexualidade a emergência recente, também no Brasil, de mais uma identidade sexual, relacionada à posição sexual, a dos *versáteis*, homens que, como assinala Dangerfield et al. (2017), realizam sexo insertivo e receptivo. Ainda que em estudos brasileiros da década de 1990 e 2000, haja relatos de homens que “faziam” as duas posições (PARKER, 1991, 2002; RIOS, 1997, 2004), o uso do termo *versátil* como identidade sexual é mais recente, e parece ter a ver com o advento dos *sites* e aplicativos de busca de parceiros na internet, versões brasileiras dos estrangeiros, trazendo do Norte do mundo as categorias de descrição e busca (DANGERFIELD et al., 2017; DOWSETT, 2010; RIOS, 2018; RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).

Os dois modelos descritos por Fry (1983) também foram encontrados em pesquisas mais recentes dentro das comunidades homossexuais de várias metrópoles (PARKER, 1991; 2002; RIOS, 2004, 2013; MONTEIRO et al., 2010; MITCHELL, 2016; KULICK, 1998; SOUZA NETO; RIOS, 2015; RIOS et al., 2016a; OLIVEIRA, 2013; RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*, entre outros). Muitas vezes, ambos são acionados por uma mesma pessoa para classificar alguém. Como já sinalizava Fry (1983, p. 105):

É claro que as áreas onde esses modelos encontram uma expressão total são raras e que na maior parte da população brasileira os dois modelos coexistem, produzindo termos de gíria que traduzem os termos médicos se “homossexual passivo” (“bicha”, “viado”, “fresco” etc.), “homossexual ativo” (“bofe”, “fanchão” etc) e “bissexual” (“gilete”, “panachê”). Também os princípios básicos de um ou outro modelo podem ser invocados situacionalmente pelo mesmo ator social. (...)

Na Região Metropolitana do Recife, a marcação de gênero é muito presente se faz a partir dos personagens *pintosa* (efeminados) e *boy* (másculos). Ainda que haja uma fraca tendência das *pintosas* serem *passivas* e dos *boys* serem ativos, a *versatilidade* marca a vida sexual da maior parte dos homens, como mostrou inquérito comportamental realizado com 380 HSH: 83,5% se classificaram *versáteis* (incluindo *versáteis* mais *passivos* e mais *ativos*) (RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).

Pudemos notar que há uma forte presença das relações sexuais receptivas na comunidade homossexual da Região Metropolitana do Recife. Homens *exclusivamente-passivos* e *versáteis* (incluindo os mais *passivos* e mais *ativos*) computam 91,5% dos respondentes do inquérito comportamental (RIOS; PAIVA; BRIGNOL, 2018) e 80,5% dos homens moradores do Recife, cadastrados no *site dos ursos* (RIOS, 2018). Estes dados, quando confrontados às chances de infecção pelo HIV em função das posições sexuais (MENG et al., 2015; LYONS; PITTS; GRIERSON, 2015; THE GLOBAL FORUM ON MSM, 2013) sinalizam para a ampliação da vulnerabilidade para o HIV naqueles contextos.

Não obstante, identificamos uma maior rejeição dos homens em se relacionarem com homens efeminados. Homens másculos relataram preferir se relacionar com másculos e rejeitam se relacionar com homens efeminados. Homens efeminados também preferem se relacionar com homens másculos, mas a rejeição dos efeminados por efeminados é muito menor. Assim, embora seja bastante recorrente o desejo por parceiros de mesma estilização de gênero (em especial entre os homens masculinos), permanece na comunidade homossexual a forte marcação hierárquica do sistema de sexo-gênero na organização das parcerias sexuais, que vai se expressar no desprestígio erótico da feminilidade (RIOS *et al.*, 2017; RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).<sup>15</sup>

Dangerfield *et al.* (2017) observaram os homens jovens tendiam a se identificar como *bottoms*, e homens maduros, como *tops*. No contexto dos ursos do Recife também encontramos a associação entre *filhote/passivo* e *paizão/ativo* (RIOS, 2018). Além disso, Dangerfield *et al.* (2017) identifica outras características associadas às identidades sexuais, como o tamanho do pênis, que por sua estava relacionada a marcações étnico-raciais. Nessa linha, negros foram representados como predominantemente *tops*, e asiáticos, como predominantemente *bottoms*. Nessa linha, em estudo realizado no Canadá, por exemplo, homens negros tenderam a serem *tops* com homens brancos e *versáteis* com homens negros (HUSBANDS *et al.*, 2013). Na comunidade latina de Nova Iorque, Carvallo-Diéguez *et al.* (2004) notaram que homens *versáteis* tendem a ser *buttom* com homens mais altos e de pele mais escura e *tops* com homens mais baixos e de pele mais clara.

Simões, França e Macedo (2010) discutem o modo como raça se articula com gênero para a constituição da deseabilidade por homens negros na cena gay paulista:

(...) a combinação entre certo estilo de vestimenta (boné, camiseta regata justa, bermudão ou jeans), tipo físico (alto e musculoso), *performance* de gênero (masculina) e cor de pele escura produzem a figura do “negão”. Os rapazes que se encaixam nessa figura tendem a ser alvo de grande interesse erótico e podem ser tomados por garotos de programa. (SIMÕES; FRANÇA; MACEDO, 2010, p. 53-54)

Os autores apontam que cor/raça combinados a outros marcadores, incidem fortemente nas possibilidades de parcerias, mas são sempre rearticuladas contextualmente (diferentes segmentos da territorialidade onde acontece a homossociabilidade, matizados por classe), na intersecção com outros marcadores, como os de gênero e os de classe. No caso do *negão*, alinham-se expectativas relacionadas a tamanho de pênis, potência e desempenho sexual acima da média e, em adição,

<sup>15</sup> Em outro artigo aprofundamos as análises sobre as relações entre feminilidade/masculinidade, estigmatização e sofrimento psíquico, reforçando a compreensão sobre o modo como o sistema de sexo-gênero opera oprimindo dos homens efeminados (RIOS *et al.*, 2018).

uma sensualidade associada a uma maior habilidade para a expressão corporal. Um personagem que, se é desejável para o sexo casual, deixa reticências em relação às parcerias fixas. Além do *negão*, se ajunta na cena homossexual paulista, outro personagem de cor: a *bicha preta*. Essa, no entanto, figura como que no patamar mais baixo da hierarquia da desejabilidade (SIMÕES; FRANÇA; MACEDO, 2010).

Também refletindo sobre as agências realizadas por jovens homossexuais negros, e o trânsito por territórios e classes, Moutinho (2006) discute a dinâmica dos afetos e prazeres de jovens homossexuais negros cariocas de camadas populares, moradores de favelas e do subúrbio. A autora sugere que estes possuem um “campo de possibilidades” afetivo-sexuais mais amplo do que os de rapazes e moças heterossexuais, e mesmo de lésbicas e travestis, que habitam aquelas áreas, podendo percorrer e ultrapassar, na dinâmica erótica que estabelecem, as linhas de classe do Rio de Janeiro.

Ainda assim, embora as possibilidades de trânsito sejam maiores, em especial para os negros considerados belos (*fortes, másculos, sensuais*), Pinho (2011) ressalta o modo como as hierarquias de sexualidade/gênero, na interseção com raça, mantêm posições de subalternidade para os homens de cor. Diz o autor:

Acena homossexual parecerá a alguns mais tolerante ou aberta em termos de raça ou classe, um aspecto freqüentemente explicado pelas dimensões das comunidades homossexuais ou por características peculiares a realização do desejo homossexual. Entretanto, a convivência de homens gays de classes, raças, posições sociais e mesmo estilos de vida diferentes, significa igualdade ou simetria? Não podemos recair aqui no erro já superado pela sociologia das relações raciais, que a princípio não entendia que proximidade e mesmo intimidade não significava ausência de dominação e violência, pelo contrário a constituía (PINHO, 2011, p. 123).

Na Região Metropolitana do Recife a raça vai caracterizar os parceiros sexuais privilegiados da *pintosas/efeminados* de classe popular, compondo a masculinidade que esperam dos *homens de verdade*, que elas opõem às *bichas-boy* (homens másculos gay identificados). Elas denominam os *homens-mesmos* de *cafuçus*. Além da cor, entram na configuração desse estilo o fato de ser másculo e ativo e não ser gay identificado. Mesmo aceitando ter práticas homossexuais os *cafuçus* devem se relacionar sexual e afetivamente com mulheres. Seria o contexto de pobreza que justificaria o sexo com homens. Embora não os considerem profissionais do sexo, as transações sexuais com eles são marcadas por presentes ou benesses financeiras informais (RIOS *et al.* 2017; RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*). Esse tipo de arranjo também foi identificado em outros contextos Brasileiros, como em Salvador, por Kulick (2006), e no subúrbio do Rio de Janeiro, por Oliveira (2010).

Em síntese, em diferentes contextos de pesquisa, além da gestualidade, sotaque e modo de vestir, atributos racializados são importantes nas configurações de masculinidade e feminilidades e concorrem na produção da desejabilidade e formação de parcerias fixas e casuais (MITCHELL, 2016).

Do mesmo modo, para além das questões raciais que marcam o personagem acima, historicamente, em todo o mundo, tem sido um desafio desenvolver mensagens de prevenção do HIV para homens com práticas bissexuais, os quais muitas vezes, por serem ativos e masculinos, e utilizarem de modelos mais tradicionais e hierárquicos de sexo-gênero, não se reconhecem como objeto das mensagens (e do risco), usualmente direcionadas a homens gay identificados (CHAKRAPANI *et al.*, 2013; DANGERFIELD *et al.*, 2017). Ainda assim, eles são elos importantes entre as comunidades gays e outros contextos da sociedade em que elas se inserem.

## **Sexualidade e territórios de sociabilidade**

Como mostramos acima, uma variedade de marcadores sociais media a produção subjetiva de identidades, posições de sujeito, posições sexuais e desejos, engendrando parcerias e práticas sexuais. Esses marcadores também vão se atualizar na organização das redes e dos espaços de sociabilidade de homens com práticas homossexuais, como sinaliza as discussões de Monteiro *et al.* (2010); Simões; França; Macedo (2010); França (2013); Moutinho (2006) e Pinho (2011), dentre outros.

Nesse cenário mais amplo, que envolve espaços públicos (praças, parques, ruas, praias, banheiros etc), estabelecimentos comerciais e as casas das pessoas, retomemos para discussão aquilo que se vem chamando de mercado rosa, pontos comerciais, formais e informais, voltados para dar suporte à sociabilidade e lazer de pessoas com práticas homossexuais e transgêneros (SIMÕES; FRANÇA; MACEDO, 2010; RIOS, 2008; SOUZA NETO; RIOS, 2015; RIOS, PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*, entre outros). Ali é possível observar várias linhas de segmentação de mercado, que procuram atender e constituir diferentes gostos, perfis e intenções (sexuais e afetivos).

Focando apenas nos homens com práticas homossexuais, uma primeira forma de categorizar os espaços descritos na literatura pode tomar como critério a possibilidade explícita de realização de sexo dentro do estabelecimento. Assim, temos os espaços onde interações sexuais são impedidas, como bares, boates, barraquinhas de venda de comida e bebida que se organizam no entorno dos estabelecimentos formais ou em praias e praças. E também há estabelecimentos destinado a abrigar interações sexuais, como motéis, clubes de sexo, saunas e cinemões. Também há lugares híbridos, como os quartos escuros e cabines em algumas boates e bares, onde se é possível ter sexo; ou alguns ambientes de saunas e cinemões onde as pessoas podem dançar, conversar com amigos e conhecidos, independentemente de interesse sexual.

Esses ambientes são profundamente matizados por classe; e em alguns contextos pode estar mais ou menos associados à algum segmento da comunidade, como os *ursos*, os *lather*, as *barbies*, shows de travestis e transformistas etc (FRANÇA, 2013; SOUZA NETO, RIOS, 2015; RIOS, 2018). Por mais que Moutinho (2006) tenha sinalizado acertadamente para maior possibilidade de trânsito de jovens gays negros de favela, comparados a outras categorias, ainda assim o acesso dos jovens aos diferentes espaços comerciais está matizado por renda e classe (RIOS, 2004; 2013; MONTEIRO *et al.*, 2010; ANTUNES; PAIVA, 2012; SIMÕES; FRANÇA; MACEDO, 2010).

Com exceção das barracas em ruas e praças, todos os outros espaços públicos impedem a entrada de menores de 18 anos. Do mesmo modo, a decisão pelo ingresso em determinado estabelecimento vai sempre estar mediada pelo valor da “noitada”, incluindo o transporte de casa ao local da “festa”. O preço da entrada pode ser um impedimento não só por questões de classe social, mas também pelo fato de os jovens, mesmo os advindos de famílias mais abastadas, podem não ter renda pessoal para acessar determinados espaços, por ainda serem delas economicamente dependentes (RIOS, 2004; OLIVEIRA, 2013). Outro aspecto é o próprio gostos de classe, em seus diferentes aspectos como música, dança, vestimenta, etc, o que pode ser exemplificado pelos espaços estudados por França (2013), Oliveira (2013), Monteiro *et al.* (2010) e Rios (2004). Nesses âmbitos, também é possível retomar as reflexões sobre a racialização dos corpos, que também é um importante marcador de classe e de renda.

Não obstante, ainda que nos grandes centros urbanos existam demarcações territoriais para as comunidades homossexuais associadas estabelecimentos e seus entornos<sup>16</sup> – permitindo, inclusive, que muitos dos autores aqui revistos as tomem como ponto de partida ou lugar para suas investigações – as comunidades homossexuais brasileiras não devem ser reduzidas a esses territórios. Esses constituem apenas as suas porções mais visíveis. As redes de sociabilidade homossexuais se espalham; cruzando a hegemonia heterossexual, porque o menor espaço de sua territorialidade é mesmo o da pessoa em interação (RIOS, 2008; RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).

A comunidade (e aqui, para efeito da discussão que nos interessa, propositadamente obliterando as mulheres, e reduzindo-a ao que os homens fazem nela e a partir dela) se faz presente sempre que duas ou

<sup>16</sup> Inclusive com tendência a determinado território ir, com o passar do tempo, agregando estabelecimentos diversos, como que formando uma cadeia produtiva, em que bares, boates, saunas, quiosques, barracas, cinemões etc, não apenas concorrem entre si, mas também oferece uma diversidade de possibilidades de diversão e prazer, em que as pessoas frequentam diferentes espaços em uma mesma noite (cf. RIOS, 2004). No contexto de ampliação da violência urbana, pode ser interessante recorrer a um bairro, como é o caso do Bairro da Boa Vista no Recife, onde há possibilidade de iniciar a noite encontrando os amigos em uma barraca na rua ou um dos muitos bares, entrar numa boate para dança e azarar, ir a um motel ali perto, caso encontre um parceiro e ambos estejam afim. E, se não encontrou parceiro, finalizar a noite em uma sauna, onde a possibilidade de sexo fortuito, pago ou não, é ampliada. Onde também é possível desfrutar alguns momentos de sono numa cabine ou poltrona, e, algumas vezes, tomar um necessário café da manhã depois de uma noite bastante agitada, voltando pra casa com o dia já claro.

mais pessoas se reconheçam enquanto “homem que faz”, e consigam interagir, como demonstra a narrativa Caio (23 anos, branco, militar). Nosso informante conta que certo dia caminhava em um parque as margens do Rio Capibaribe, em um bairro classe média da cidade. Percebeu, por troca de olhares, um homem interessado por ele. Numa breve conversa, decidem descer para o mangue e ter sexo (RIOS; PAIVA; BRIGNOL, *no prelo*).

Esta cena sugere que, mais que caracterizadas por territórios bem definidos, as comunidades homossexuais o são pelo compartilhar de redes de símbolos, práticas e sentidos que, a despeito de identidades permitem que as pessoas se conectem (RIOS, 2004; 2008). Uma forma de operar comunitariamente que Haraway (1994) encontrou entre aqueles que partilham de outras “*identidades de oposição*”, calcadas em afinidades, conexões, enredamentos, “*sugerindo a profusão de espaços e identidades e permeabilidade de fronteiras no corpo pessoal e no corpo político*” (HARAWAY, 1994, p. 271).

Com o advento da *internet* essas possibilidades de interação se ampliaram consideravelmente, permitindo que as pessoas participem dessa comunidade sem sequer saírem de casa (SANTOS, 2004; SILVA, IRIART, 2010; MESSEDER-PEREIRA, 2004; RIOS, 2018, SANTANA, 2014; SANTOS FILHO, 2012). Além de possibilitar o contato dos HSH com uma variedade infinita de estilos de ser homossexual, gostos eróticos e subculturas sexuais de todo o mundo (DOWSETT, 2010), também acentua o caráter “discreto” (PECHENY, 2005) da dinâmica indenitária das pessoas com práticas homossexuais. *Assumir-se* publicamente para um outro alguém como HSH deixa de ser condição mínima para uma interação sexual, considerando a dimensão *online* da existência, onde o anonimato é mais fácil de ser garantido. Para entrar na rede de sociabilidade homossexual basta se conectar a *site de bate-papo*, aplicativos de busca de parceiros ou outra ferramenta de comunicação na rede *internet*. A pessoa pode apenas observar ou, se quiser e tiver disponibilidade para interagir, conversar, digitando ou falando; para incrementar, se desejar, pode usar fotos ou/e vídeos de partes do corpo mais erotizadas (RIOS, 2018). O rosto, importante marca de identidade, não precisa ser revelado, ajudando a guardar o sigilo para as interações estabelecidas. Esses e outros recursos podem ser artifícios para interações intensas e muito prazerosas, mas, ainda assim, também muito discretas (SANTOS FILHO, 2011; SANTANA, 2014).

## **Gestão de risco para o HIV/aids**

O último eixo de discussão foca diretamente na percepção e manejo do risco para o HIV. São estudos que se encaminham das clássicas questões de uso/não uso de preservativo com tipos de parceiros (fixo e casual) para explorar os critérios para a decisão pelo sexo anal desprotegido. Práticas alternativas de gestão do risco, denominadas na literatura internacional comportamentos soroadaptativos (MENG *et al.*, 2015, EATON *et al.*, 2009; THE GLOBAL FORUM ON MSN, 2013; GRACE *et al.*, 2014).

Embora as pesquisas comportamentais apontem que os HSH são bem informados sobre o HIV e modos de infecção, os autores apontam um aumento em todo o mundo dos comportamentos soroadaptativos e os associam com a saturação do preservativo como medida exclusiva de proteção e a disseminação de novas evidências e tecnologias biomédicas sobre a transmissão do vírus e o tratamento (FERRAZ; PAIVA, 2015).

As modalidades mais recorrentes são o coito interrompido, o soroposicionamento (com base na hierarquia de risco, opta-se por intercurso anal receptivo ou insertivo em função da sorologia do parceiro) e a soroescolla (seleção de parceiros sexuais de mesma sorologia). No último caso, em parcerias fixas soronegativas, pode incluir a segurança negociada: o uso de preservativo com parceiros casuais (MENG *et al.*, 2015; EATON *et al.*, THE GLOBAL FORUM ON MSN, 2013; GRACE *et al.*, 2014).

Estudos qualitativos que analisaram relatos de HSH, sabida ou supostamente soronegativos, sobre os critérios para sexo anal sem preservativo na Índia (CHAKRAPANI, 2013), em Portugal (NODIN; LEAL; CARBALLO-DIÉGUEZ, 2014) e no Canadá (GRACE *et al.*, 2014), observaram que, junto à testagem, outros indicadores foram utilizados para inferir o status sorológico dos parceiros. Nos três estudos, a retirada do preservativo com parceiros fixos acontece geralmente após a testagem e, em muitos casos, envolve segurança negociada. A confiança, o desejo de intimidade e o amor são importantes na decisão pelo sexo anal sem uso do preservativo, que, em alguns casos, ocorre sem testagem prévia. Com parceiros casuais, usualmente a testagem não acontece anteriormente à interação sexual com um parceiro específico. Existem outros indicadores para inferir o *status* sorológico negativo do parceiro, como a aparência saudável e a beleza, questioná-lo diretamente sobre a sorologia (apenas Portugal e Canadá) e buscar pistas sobre esta nas redes sociais da internet e *off-line* (apenas Portugal e Canadá). No Canadá o soroposicionamento também apareceu articulado com a soroescolla para diminuição do risco.

Em inquérito comportamental realizado em São Paulo por meio de uma amostra local-tempo, analisado por Antunes e Paiva (2013), as justificativas mais recorrentes para o sexo desprotegido foram: “*Conhecer/confiar no parceiro*” (66%), “*estar com muito tesão (vontade sexual)*” (57%), “*o parceiro parecer saudável*” (53%) e “*estar apaixonado*” (42%). Considerando os territórios em que o estudo foi realizado, 37% dos homens que frequentavam estabelecimentos dos Jardins (classe média) e 29% no Centro (classe popular) afirmaram realizar a testagem antes do sexo desprotegido com parceiros fixos. Em Cabo de Santo Agostinho, município da Região Metropolitana do Recife, 34,2% dos entrevistados relataram sexo desprotegido em parcerias casuais, e 36,5%, em parcerias fixas. “*Conhecer/confiar no parceiro*” (58,3%), “*estar com muito tesão*” (50%) e o “*parceiro parecer saudável*” (40%) foram as justificativas mais recorrentes. Dos que disseram ter parado de utilizar preservativo após algum tempo de relacionamento, 17,8% afirmaram realizar testagem prévia (GALVÃO NETO, 2013).

Ainda em relação às práticas alternativas de gestão de risco, estudo etnográfico realizado na internet com praticantes *barebacking*<sup>17</sup> soropositivos indica a importância do tesão no envolvimento com o SAD e a utilização de práticas de soroescolha antes e depois dos homens terem se infectado (SILVA e IRIART, 2010). Estudo qualitativo realizado em São Paulo/SP com HSH soropositivos e de sorologia desconhecida identificou a utilização de informações científicas (hierarquia de risco, TcP e PEP) como fontes para gestão de riscos (DE LUIZ, 2013).

Na Região Metropolitana do Recife identificamos a preponderância da soroescolha como principal medida de gestão alternativa do risco (RIOS et al, 2016b). Nos relatos, a soroescolha aparece mediada por estilizações corporais sobre pessoas vivendo ou não com HIV. De 25 entrevistados, apenas um interlocutor relata a realização da testagem como condição para a retirada do preservativo e a adoção da segurança negociada. As estilizações utilizadas foram: “pessoa de aparência saudável”, logo soronegativa; “aidético”, pessoa magra de aparência enferma; “o soropositivo de aparência saudável”. Essas estilizações entram em intersecção com o vínculo afetivo (estranho, conhecido, amigo, namorado, companheiro) do parceiro sexual, produzindo emoções e sentimentos (medo, tesão, confiança, amor) que mediarão a possibilidade de não uso da camisinha. Não obstante, por serem sabedores da precariedade das evidências utilizadas para a gestão do risco, os interlocutores relatam sentirem-se aflitos após a transa e a aguardar a janela imunológica para realizar a testagem anti-HIV, de modo a produzir mais uma emoção: o alívio por saber da condição sorológica. Destacamos que embora a PEP já fosse disponível, nenhum dos interlocutores fez menção a sua utilização (RIOS et al., 2016b).

Frente ao desenho epidemiológico apresentado no início deste trabalho, retrato da diminuição do uso da camisinha e de práticas soroadaptativas de baixa eficácia, a nova política de Prevenção Combinada, e a introdução do teste para venda em farmácia e da PrEP nos parece bastante pertinentes. O documento “Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a profilaxia pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2017d) apresenta um quadro com o “cardápio” ampliado de medidas utilizáveis na gestão de risco para o HIV. Nele constam sete métodos de prevenção: práticas não penetrativas, práticas soroadaptativas (se restringindo a soroescolha), preservativo masculino, preservativo feminino, tratamento como prevenção, PrEP e PEP. São apresentadas as formas de uso, a proteção que oferecem, as vantagens e desvantagens dos métodos. O quadro se propõe a auxiliar os profissionais de saúde no aconselhamento em gestão de risco à pessoa que busca pela PrEP, de modo a facilitar escolhas mais adequadas ao estilo de vida e contexto da pessoa.

<sup>17</sup> Sexo desprotegido mutuamente acordado e tomado como um elemento de incremento erótico.

O protocolo de introdução da PrEP no Brasil prevê que está será destinada às populações mais vulneráveis (HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e casais sorodiscordantes). Além disso, a triagem para dar acesso ao serviço está calcada em critérios rígidos que filtram pessoas que possuem maior dificuldades de adesão ao uso de camisinha.

É conveniente destacar que a complexidade do uso da PrEP vai além da adesão ao uso diário do medicamento, de modo a manter níveis adequados da substância protetora no sangue e mucosas (HOAGLAND *et al.*, 2017; GRINSZTEIN *et al.*, 2018). Envolve a adesão a uma rotina de monitoramento por meio de vinculação a um serviço público de saúde. Periodicamente a pessoa precisa se submeter a exames e consultas para ter continuidade na dispensa de medicação (BRASIL, 2017d). Nesse contexto, um ponto importante a ser enfrentado para se manter no serviço é o estigma de frequentar serviços que até então eram voltados às pessoas vivendo com HIV. Estigma que pode também se atualizar em portar, em suas residências, um medicamento que pode ser entendido por terceiros como destinado a portadores do HIV. Os efeitos adversos no início do tratamento e a resposta do organismo aos medicamentos para início e ao longo dos anos podem ser outros complicadores. Tudo isso permite dizer que, mesmo sendo bem divulgado (o que ainda não acontece) e seja ofertada a todos que potencialmente sejam candidatos a essa modalidade de prevenção (em 2018 serão disponibilizados apenas 7.000 vagas), a PrEP certamente não será adequada para uma grande parcela dos HSH.

Embora a PEP faça parte do “cardápio” apresentado no supracitado manual ainda é pouco divulgada. O próprio protocolo do Ministério da Saúde menciona que o seu conhecimento é baixo, mesmo entre profissionais de saúde e populações mais vulneráveis. Também citam estudos sobre baixo uso entre os que conhecem e baixa adesão ao tratamento dos que a iniciam (BRASIL, 2017d).

Como vimos, as práticas de soroescolha são bastante recorrentes em vários contextos do mundo, inclusive no Recife, no entanto a forma como são efetivadas, por meio de presunção as torna ineficazes. Certamente a disponibilização da venda do teste em farmácia, poderá incrementá-la. Nos dois casos (PEP e soroescolha), é urgente uma maior divulgação sobre elas enfatizando informações detalhadas sobre o momento em que cada uma das medidas (testagem e profilaxia) deve ser utilizada.

Sobre o tratamento como prevenção, nos juntamos ao coro de pesquisadores e ativistas que denunciam a falta de investimentos nos serviços para que ofertem serviços de qualidade. No atual momento preocupa mais as vidas que estão sendo perdidas do que a utilização do tratamento enquanto medida preventiva.

## **Considerações finais: tensores libidinais e prevenção combinada**

Para a construção de uma resposta à epidemia do HIV entre HSH as reflexões acima sinalizam para a necessidade de atentar para as especificidades socioculturais da construção da sexualidade na interface com as categorias etárias e as sociabilidades produzidas nos contextos de interação de homens com práticas homossexuais.

Os estudos revelam a existência de redes sexuais que interconectam (de perto ou de longe, saibam ou não as pessoas) homens (e mulheres) de diferentes faixas de idade. Em adição, mostram como os significados das idades, mesmo quando deslocados do biológico, atualizam desigualdades de poder que podem interferir de diferentes modos na utilização do sexo mais seguro.

As pesquisas também apontam para as interfaces entre posições sexuais no sexo anal e estilizações de gênero na constituição de desejos, as quais podem interferir no risco e na configuração de cadeias de transmissão do HIV. Em adição, apontam para a necessidade de considerar as interseções que as estilizações de gênero estabelecem com outros marcadores sociais da diferença, como idade e raça (com implicações de renda e classe), que se mostraram especialmente eloquentes na produção de desejabilidade erótica e formação de parcerias sexuais e na configuração das posições no sexo anal.

Os homens produzem nichos de sociabilidade em que marcadores sociais da diferença (os que expressam as variadas diferenças corporais como as de idade, de cor da pele, de tipo físico, mas também os relacionados à classe social, renda, gosto musical e outros) podem assumir preponderância enquanto elementos de distinção entre subculturas homossexuais, as quais se territorializam em bares, boates, saunas, espaços públicos ou mesmo em espaços *online* da *internet*. Mas, as categorizações nem sempre limitam às interações de homosociabilidade aos “pares” de classe, idade, cor etc.. Os espaços são mais ou menos permeáveis aos trânsitos. Se há contextos “especializados”, também há os mais ecléticos (entorno das boates e bares, as salas de bate papo da *internet* etc) e os mais propícios a encontros de maior fruição, onde muito comumente as fronteiras são borradas – os chamados de lugares de *pegação*, de sexo anônimo e também grupal, como quartos escuros, saunas, banheirões, parques etc.

Como sugere Perlongher (1987) as categorizações muitas vezes funcionam enquanto tensores libidinais, que, ao invés de restringir, incrementam o erotismo, as emoções, os contatos e os trânsitos (PARKER, 1991; 2002; MOUTINHO, 2006). Mas, convém também destacar, os contatos que os marcadores sociais ensejam não apagam as desigualdades, que, muitas vezes, são reforçadas pelas emoções produzidas (RIOS, 2004; 2013; PINHO, 2011).

Por outro lado, se as estilizações relacionadas aos marcadores sociais da diferença seriam importantes tensores libidinais, concorrendo para a criação de redes sexuais, outras considerações precisam ser feitas quando se objetiva refletir sobre o modo como o HIV pode nelas circular. É importante considerar o modo como os homens se utilizam do conhecimento sobre a epidemia (hierarquias de risco, por exemplo) e sobre as medidas preventivas e profiláticas na gestão do risco. Do mesmo modo, explorar como as emoções que decorrem das estilizações relacionadas à saúde e doença, juntamente com às relacionadas aos vínculos afetivos e desejos, concorrem na configuração das práticas sexuais e na gestão do risco.

Não obstante, da reflexão à ação, considerando o panorama epidemiológico e a dinâmica sexual que engendra os HSH, para a eficácia da implementação da Prevenção Combinada, não há como focar apenas nos HSH e deixar de falar abertamente e de forma ampliada sobre a epidemia com a população em geral. Como mostramos acima, a sexualidade é muito mais diversa do que as identidades sociais e as categorias epidemiológicas conseguem expressar. É preciso envolver a todos, sob o risco de, ao focar em categorias muito bem delimitadas, criar a falsa sensação de proteção para alguns e formatar os próximos passos da epidemia.

Ademais ainda que os jovens HSH frequentem espaços públicos nos entornos dos estabelecimentos do *mercado rosa*, os menores de 18 anos certamente serão mais facilmente acessados em contextos como a escola ou suas próprias residências, por meio de campanhas televisivas e nos novos meios surgidos com a *internet*. Quando a preocupação é em especial com os mais jovens, é preciso lembrar que mesmo que os concebamos como agentes de suas existências, cabe à sociedade oferecer recursos para socialização, que inclui o aprendizado sobre sexualidade e sexo mais seguro. Não é de se espantar que os jovens sejam recorrentemente uma categoria mais afetada pela epidemia do HIV. Na ausência de ações que pautem as formas de infecção e proteção, eles se iniciam sexualmente sem os recursos necessários para prevenção.

Do mesmo modo, estratégias de prevenção no grau de complexidade exigido para a utilização com êxito da gestão de risco e dos novos métodos, pedem pela articulação comunitária. O envolvimento de organizações do movimento gay podem ajudar a criar a ambiência para que os novos métodos ganhem conectividade dentro da comunidade gay e redes de homens que fazem sexo com homens. Assim, no âmbito dos cenários de interação homossexual é preciso voltar a tornar o HIV e a prevenção um assunto do dia. A resposta brasileira dos anos 1990 e 2000 tem uma coleção de boas práticas de mobilização comunitária que podem ser atualizadas e reeditadas (BRASIL, 2002). Mas, para isso, é preciso investimento público nas organizações de base comunitária.

Para finalizar queremos destacar que uma enxurrada de reportagens calcadas em estigma e pânico moral tem acompanhado a divulgação dos novos dados epidemiológicos, culpabilizando os afetados, ao invés de refletir sobre o vácuo nas ações programáticas que pavimentaram o caminho para o HIV circular. É preciso responder a essa onda de pânico moral com ações de desestigmatização das pessoas vivendo com HIV/aids e das categorias mais afetadas pela epidemia.

É preciso enfrentar o moralismo sexual, que nos últimos anos ganhou fôlego e se espalhou pela sociedade brasileira. A prevenção do HIV/aids exige uma conversa aberta sobre sexo. Não há como fazer prevenção sobre uma doença que se propaga sexualmente sem abordar os contextos, os desejos e as práticas sexuais que efetivamente acontecem. No caso dos HSH, a ênfase da gestão do risco na prevenção combinada é muito acertada, mas exige, mais que qualquer coisa, considerar os regimes de erotização que encantam os espaços de sociabilidade homossexual e as condutas sexuais dos homens que deles participam.

## Referências

- ANTUNES, M. C.; PAIVA, V. Territórios dos desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para prevenção. *Temas em Psicologia* (Ribeirão Preto), v. 21, p. 1-19, 2013.
- AYRES, J. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANCA JUNIOR, I. From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health.. In: PARKER, R.; SOMMERS, M. (Org.). *Routledge Handbook of Global Public*. London/New York: Routledge/Taylor and Francis, 2010. p. 98-107.
- BAÉRE, F.; V. ZANELLO; A. ROMERO. Xingamentos entre homossexuais: transgressão da heteronormatividade ou replicação dos valores de gênero? *Rev. Bioét.*, v. 23, n. 3, p. 623-33, 2015.
- BARREIRA, D. Tendências Epidemiológicas. In: BRASIL (Org.) *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/aids junto aos homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BERKMAN, A. et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ aids: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *J Public Health.*, v. 95, n. 7, p. 1162-72, 2005.
- BERQUÓ, E. Rearranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: SCHWARCZ, L. (Org.) *História da vida privada IV: contrastes a intimidade contemporânea*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad. Pagu*, v. 26, p. 329-376, 2006.
- BRASIL. *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/aids junto aos homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. *Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/aids (2010-2011)* - UNGASS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Campanha do Ministério da Saúde sobre Prevenção Combinada – 2016. In: *Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil*, 2016b. Disponível em: <<https://goo.gl/XVqamQ>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

BRASIL. Teste de farmácia para HIV recebe registro da Anvisa. In: *Portal Brasil*, 2017a. Disponível em: < <https://goo.gl/DmtCBS>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

BRASIL. Medicamento como prevenção para HIV será incorporado no SUS. In: *Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil*, 2017b. Disponível em: <<https://goo.gl/L25fMW>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico - aids e DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. *Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a profilaxia pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRAZ, C. A. (Dis)posições: gênero, desejo, práticas sexuais e marcadores de diferença entre homens que frequentam clubes de sexo. In: *Anais da XXVI Reunião Brasileira de Antropologia*. Porto Seguro: ABA, 2008.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CARBALLO-DIÉGUEZ, A., C. et al. Looking for a Tall, Dark, Machoman... Sexual-role Behaviour Variations in Latino Gay and Bisexual Men. *Culture, Health & Sexuality*, v. 6, n. 2, p. 159–171, 2004.

CARRARA, S. e VIANA, A. Violência letal contra homossexuais no município do Rio de Janeiro. Características gerais. In: *Anais da Reunião Regional: Sexualidades, saúde e Direitos Humanos na América-Latina*. Lima. 2003. Disponível em: <<http://www.ciudadaniasesexual.org/publicaciones/1b.pdf>>. Acesso em 18 de dezembro de 2003

CARRARA, S. et al.. *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 5ª Parada da Diversidade – Pernambuco 2006*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

CHAKRAPANI, V et al. Contextual influences on condom use among men who have sex with men in India: subjectivities, practices and risks. *Culture, Health & Sexuality*, v. 5, n. 8, p. 938–951, 2013.

CORREIA, A. L. F. *O psicólogo jurídico frente à adoção homoafetiva: práticas, sentidos e possibilidades*. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

CORREIA, A. L. F., RIOS, L. F. R. As ressalvas dos pareceres psicológicos frente a requerentes que se declaram homossexuais. SCOTT, R. P., SANTOS, D. A. (Org.). *Novos estudos sobre família e gênero: cotidianos, direitos e performances*. Recife: EDUFPE, 2013.

CSORDAS, T. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

DANGERFIELD D, L. et al. Sexual Positioning Among Men Who Have Sex With Men: A Narrative Review. *Arch Sex Behav*, v. 46, n. 4. p. 869–884, 2017.

DE LUIZ, G. The use of scientific argumentation in choosing risky lifestyles within the scenario of aids. *Interface*, v. 17, n. 47, p. 789-802, 2013.

DOWSETT, G. Dancing with daemons: desire and the improvisation of pleasure. In: AGGLETON, P.; PARKER, R. (Org.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge, 2010. p. 264-270.

EATON, L et al. A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: Serosorting and its implications for HIV transmission. *Aids Care*, v. 21, n. 10, p. 1279–1288, 2009.

ELDER, G. The life course as developmental theory. *Child development*, v. 69, n. 1, p. 1-12, 1998.

FABREGÁS-MARTINÉZ, A. I. Explorando a sexualidade do michê na cidade de Porto Alegre. In: BARBOSA, R. M.; AQUINO, E. M.; HEILBORN, M. L.; BERQUÓ, E. (Org.). *Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002.

FERRAZ, D; PAIVA, V. Sex, human rights and aids: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context. *Rev. bras. Epidemiol.*, v. 18 (suppl.1), p. 89-103, 2015.

FRANÇA, I. Espaço, Lugar e Sentidos: Homossexualidade, Consumo e Produção de Subjetividades na Cidade de São Paulo. *Revista Latino-americana de Geografia e Gênero*, v. 4, n. 2, p. 148-163, 2013.

FRY, P. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GALVÃO NETO, C. *Comportamentos, atitudes e práticas sexuais e de saúde de homens que fazem sexo com homens em SUAPE*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

GRACE, D et al. HIV-negative gay men's accounts of using context-dependent seroadaptive strategies, *Culture, Health & Sexuality*, v. 16, n. 3, p. 316-330, 2014.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.; NEMES, M. The Reemergence of the aids Epidemic in Brazil: Challenges and Perspectives to Tackle the Disease. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 52, p. 7-8, 2015.

GREEN, A. *Além do Carnaval. A homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: UNESP, 2002.

GRINSZTEJN, B et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. *Lancet HIV*, v. 5, n. 3, p. 136-e145, 2018.

GUIMARÃES, C. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

GUIMARÃES, M. D., et al. Comparing HIV Risk-related Behaviors between 2 RDS National Samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. *Medicine*, v. 97, n. 1S, p. S62-S68, 2018.

HARAWAY, D. *Um manifesto para o cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80*. In: HOLLANDA, H. (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HECKTHORN, D. Respondent-Driven Sampling II: Deriving valid Population Estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems*, v. 49, n. 1, p. 11-34, 2002.

HOAGLAND, B, et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. *J Int aids Soc.*, v. 20, n. 1, p. 21472, 2017.

HUSBANDS, W., L., et al. Black gay men as sexual subjects: Race, Racialisation and the Social Relations of Sex among Black Gay Men in Toronto. *Culture, Health and Sexuality*, v. 15, n. 4, p. 434-449, 2013

KERR, L., et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *Aids*, v. 27, n. 3, p. 427-435, 2013.

KERR, L., C., et al. HIV Prevalence among Men Who Have Sex with Men in Brazil: Results of the 2nd National Survey Using Respondent-driven Sampling. *Medicine*, v. 97, n. 1S, p. S9-S15, 2018.

KULICK, D. *Travesti: Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes*. Chicago: The University of Chicago Press, 1998.

LANDES, R. *A cidade das mulheres*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

LEITE, A. *Homens católicos com práticas homossexuais: Desregulação Religiosa e Produção de Sentidos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

LYONS, A.; PITTS, M.; GRIERSON, J. Versatility and HIV vulnerability: patterns of insertive and receptive anal sex in a national sample of older Australian gay men. *Aids Behav.*, v. 17, n. 4, p. 1370-1377, 2013.

MADUREIRA, A. F. A.; BRANCO, A. M. C. Identidades sexuais não hegemônicas: processos identitários e estratégias para lidar com o preconceito. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 23, n. 1, p. 81-90, 2007.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N.; FILGUEIRAS, S. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 18, supl. 1, p. 104-119, 2015.

MENG, X. et al. Relative Risk for HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men Engaging in Different Roles in Anal Sex: A Systematic Review and Meta-analysis on Global Data. *Aids Behav.*, v. 19, n. 5, p. 882-889, 2015.

MESSEDER-PEREIRA, C. O impacto da aids, a afirmação da “Cultura Gay” e a emergência do debate em torno do “Masculino” – fim da homossexualidade? In: RIOS, L.; ALMEIDA, V.; PARKER, R.; PIMENTA, C. e TERTO JR, V. (Org.), *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

MITCHELL, G. *Tourist Attractions: Performing Race & Masculinity in Brazil's Sexual Economy*. Chicago: University of Chicago Press, 2016.

MONTEIRO, I.; TOLENTINO, L.; PRADO, M. A. Formação Continuada de Educadores: O Projeto Educação Sem Homofobia. *Interfaces*, v. 1, p. 63-70, 2013.

MONTEIRO, S. et al. Identidades, trânsitos e diversidade sexual em contextos de sociabilidade juvenil no Rio de Janeiro (Brasil). *Cad. Pagu*, v. 35, p. 79-109, 2010.

MOUTINHO, L. Negociando com a adversidade: reflexões sobre “raça”, (homos)sexualidade e desigualdade social no Rio de Janeiro. *Rev. Estud. Fem.*, v. 14, n. 1, p. 103-116, 2006.

NARDI, H. C.; MACHADO, P. S.; RIOS, R. R. Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. *Athenea Digital*, v. 12, p. 255-266, 2012.

NARDI, H. C.; QUARTIERO, E. T. Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escolar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, v. 11, p. 59-87, 2012.

NATIVIDADE, M. T. Homossexualidade, gênero e cura em perspectivas pastorais evangélicas. *Rev. bras. Ci. Soc.*, v. 21, n. 61, 2006.

NODIN, N; LEAL, I; CARBALLO-DIÉGUEZ, A. HIV knowledge and related sexual practices among Portuguese men who have sex with men. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 11, p. 2423-2432, 2014.

OLIVEIRA, L. Sexual Diversity in the Erotic Market: Gender, Interaction and Subjectivities in a Suburban Nightclub in Rio de Janeiro. In CLAM (Org.) *Sexuality, Culture and Politics—a South American Reader*, 508-528. Rio de Janeiro: CLAM, 2013.

PAIVA, V. Analysing Sexual Experiences through ‘Scenes’: A Framework for the Evaluation of Sexuality Education. *Sex Education* v. 5, n. 4, p. 345-359, 2005.

PAIVA, V. Gendered Scripts and the Sexual Scene: Promoting Sexual Subjects among Brazilian Teenagers. In Parker, R.; Aggleton, P. (Org.) *Culture, Society and Sexuality*. A reader. New York: Routledge, 2nd ed, 2007. p. 427-422.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 4, p. 641-651, 2008.

PAIVA, V. Social Psychology and Health: Socio-Psychological or Psychosocial? Innovation of the Field in the Context of the Brazilian Responses to aids. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013.

PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo, Best Seller, 1991.

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

PARKER, R. *Abaixo do equador - culturas do desejo: Homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PARKER, R. 1993 – 2003. *Dez anos se passaram, mas a luta continua!* Boletim ExtraG, n. 5 (Edição especial), p. 1-8, 2003.

PARKER, R. *O fim da aids?* Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

PECHENY, M. Identidades Discretas. In: ARFUCH, L. (Org.) *Identidades, Sujetos y Subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2005. p. 131-153.

PERES, W. Violência, exclusão e sofrimento psíquico. In: RIOS, L.; ALMEIDA, V.; PARKER, R.; PIMENTA, C. & TERTO JR, V. (Org.), *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 116-122.

PERLONGHER, N. O. *O negócio do michê: Prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PINHO, O. S. A. Desejo e poder: Racismo e violência estrutural em comunidades homossexuais. In: CÁCERES, C., MOGOLLÓN, M. E., LUNA, G. P., OLIVOS, F. (Org.). *Sexualidad, Ciudadanía y Derechos* (pp. 121-124). Lima: Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano/ Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2011.

POCAHY, F. Entre vapores & vídeos pornôis: dissidências homo/eróticas na trama discursiva do envelhecimento masculino. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, p. 357-376, 2012.

PRADO, M. A. M.; ARRUDA, D; TOLENTINO, L. (2009). O litígio sobre o impensável: escola, gestão dos corpos e homofobia institucional. *Bagoas: Revista de Estudos Gays*, v. 4, p. 21-32, 2009.

RIOS, L. F., et al. Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] 2017 mar. Disponível em: < <https://goo.gl/rqVLg7>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

RIOS, L. F et al. *Pintosas, boys e cafuçus*: estilos corporais, erotismo e estigmatização entre homens que participam da comunidade entendida do Recife. In: VIEIRA, L. L. F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N.. (Org.). *Gays, lésbicas e travesti em foco: diálogos sobre sociabilidade e acesso à educação e saúde*. Recife: EdUFPE, 2016a. p. 17-47.

RIOS, L. F. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, p. S223-S232, 2003.

RIOS, L. F. *O Feitiço de Exu - Um estudo comparativo sobre parcerias e práticas homossexuais entre homens jovens candomblesistas e/ou integrantes da comunidade entendida do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

RIOS, L. F. Corpos e prazeres nos circuitos de homosociabilidade masculina do centro do Rio de Janeiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, p. 465-475, 2008.

RIOS, L. F. Homossexualidade, juventude e vulnerabilidade ao HIV/aids no Candomblé fluminense. *Temas e Psicologia*, v. 21, n. 3, p. 1051-1066, 2013.

RIOS, L. F. “Paizões”, “filhotes” e a “simbiose do amor”: regulações de gênero entre homens frequentadores da comunidade dos “ursos” no Recife (Brasil). *Etnográfica*, v. 22, n. 2, p. 281-302, 2018.

RIOS, L. F. et al. Os cuidados com a “carne” na socialização sexual dos jovens. *Psicol. Estud.*, v. 13, n. 4, p. 673-682, 2008.

RIOS, L. F. et al. Da agonia do tesão e ao alívio do teste: práticas soroadaptativas na prevenção do HIV entre homens com práticas homossexuais do Recife. In: RIOS, L. F.; VIEIRA, L. L. F.; QUEIROZ, T. N.. (Org.). HIV e aids: *Desafios rumo a 2030*. Recife: EdUFPE, 2016b, p. 75-125.

RIOS, L. F. et al. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual do jovens brasileiros. *Cadernos do CEDES (UNICAMP)*, v.57, p. 45-62, 2002.

RIOS, L. F. et al. “Foi como se a gente tivesse visto a morte?”: estigmatização, sofrimento psíquico e homossexualidade. *Laplage em Revista*, v. 4, p. 140-158, 2018.

RIOS, L. F.; ALMEIDA, V.; PARKER, R. *Juventude e Homossexualidade: o que os pais precisam saber*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

RIOS, L. F.; PAIVA, V.; BRIGNOL, S. Passivos, ativos and versáteis: men who have sex with men, sexual positions and vulnerability to HIV infection in the Northeast of Brazil. *Culture Health & Sexuality*. No prelo.

RIOS, L. F. *Loce, Loce, Metá Rê Lê! Homossexualidade e transe(tividade) de gênero no Candomblé de nação*. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1997.

RUBIN, G. *O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo*. Recife: SOS Corpo, 1993.

SANTANA, R. V. M. (2014). *Entre a regulação e a subversão: o assumir-se enquanto um paradoxo da identidade homossexual*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

SANTOS FILHO, I. I. *A construção discursiva de masculinidades bissexuais: um estudo em linguística queer*. Tese (Doutorado em Letras), Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

SANTOS, D.; LAGO, M. C. S. Estilísticas e estéticas do homoerotismo na velhice: narrativas de si. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, v. 15, p. 113-147, 2013.

SANTOS, E. N. Sexualidades, corporalidades, transgressões. Entre amores e vapores: as representações das masculinidades inscritas nos corpos nas saunas de michês. In: *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Sociologia*. São Paulo: PUC, 2008.

SANTOS, L. Educação e pesquisa de práticas sexuais de risco (Barebacking sex). In: RIOS, L.; ALMEIDA, V.; PARKER, R.; PIMENTA, C. e TERTO JR, V. (Orgs.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

SANTOS, M.; A. Prostituição masculina e vulnerabilidade às DSTS/aids. *Texto contexto – enferm.*, v. 20, n. 1, p. 76-84, 2011.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface*, v. 20, p. 293-304, 2016.

SILVA, L.; IRIART, J. Práticas e sentidos do barebacking entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens. *Interface*, v. 14, n. 35, p. 739-752, 2010.

SIMÕES, J. A. Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idades e identidades sexuais. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SIMÕES, J. A.; FRANÇA, I. L.; MACEDO, M. Jeitos de corpo: cor/raça, gênero, sexualidade e sociabilidade juvenil no centro de São Paulo. *Cad. Pagu*, v. 35, p. 37-78, 2010.

SOUZA NETO, E. N. *Entre boys e frangos: Análise das performances de gênero dos homens que se prostituem em Recife*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

SOUZA NETO, E.; RIOS, L. Apontamentos para uma economia política do cu entre trabalhadores sexuais. *Psicologia e Sociedade*, v. 27, p. 579-586, 2015.

SPERHACKE, R. D. et al. HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2016. *Medicine*, v. 97, n. S1, 2018.

SZWARCWALD, C., et al. (2011). HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. s19-s26, 2011.

THE GLOBAL FORUM ON MSM. *Serosorting and Strategic Positioning*, 2013 Disponível em <<https://goo.gl/w6jBQ8>>. Acessado em 9 de novembro de 2016.

UNAIDS. *The Gap Report*. Genebra: United Nations Programme on HIV/ aids, 2014.

UNAIDS-BRASIL. Estatísticas. 2017 *Unaid-Brasil*. Accessed 22 June 2017. <http://unaids.org.br/estatisticas/>

UZIEL, A. P. Parentalidade – de que direito se está falando? In: RIOS, L.; ALMEIDA, V.; PARKER, R.; PIMENTA, C. e TERTO JR, V. (Org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

UZIEL, A. P. *Homossexualidade e Adoção*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

UZIEL, A. P. O melhor interesse da criança e o ‘mal menor’: quando os requerentes são gays. *Scripta Nova (Barcelona)*, v. XV, p. 1-16, 2012.

UZIEL, A. P., MELLO, L., GROSSI, M. P. Conjugalidades e parentalidades de gays, lésbicas e transgêneros no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, v. 14, p. 481-487, 2006.

VIANA, N. J. Q. ; RIOS, L. F. . “Tem dinheiro... fica logo duro!?” Excitação e prazer nas transações sexuais comerciais entre homens no Recife. In: NASCIMENTO, P; RIOS, L. F. (Org.). *Gênero, saúde e práticas profissionais*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011. p. 147-166.

**ACONSELHAMENTO NOS CTA**  
uma análise do *habitus*  
*profissional* e da invisibilidade da  
prevenção baseada na 'emoção e  
na comunicação'



**Claudia Mora**  
**Simone Monteiro**

O serviço do Centro de Apoio e Orientação Sorológica (COAS), implementado em 1988 em Porto Alegre e São Paulo, foi criado para absorver a demanda de testagem dos bancos de sangue e oferecer o exame anti-HIV a pessoas consideradas de “*maior risco*”. Posteriormente, este serviço foi renomeado para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Em virtude da paulatina estruturação da resposta à aids e dos avanços em termos de acesso à TARV (Terapia Antirretroviral), ao longo da década de 1990, o sentido da prática do aconselhamento foi se deslocando do plano assistencial para o preventivo. Quer dizer, a concepção do aconselhamento em IST/HIV/aids<sup>18</sup> no Brasil passou da ênfase inicial na divulgação das informações científicas acerca da síndrome até a produção coletiva de conhecimentos sobre a prática. Graças à incorporação da abordagem da vulnerabilidade e dos direitos humanos, o aconselhamento deslocou seu escopo informativo para um caráter mais intersubjetivo e sociocultural. Desta forma, as diretrizes nacionais atuais propõem que a prática busque o desenvolvimento de mudanças construtivas na vida dos usuários através do diálogo, da informação e do apoio emocional (BRASIL, 2010).

Em termos operacionais, os CTA devem oferecer testagem convencional, teste rápido e aconselhamento. Além do aconselhamento pré e pós teste, é prevista a oferta do aconselhamento para casais (soropositivos, sorodiferentes e do mesmo sexo); aconselhamento continuado para as pessoas que aguardam os resultados de exames (HIV, sífilis, hepatites), entre outras atividades (Brasil, 2010). Em 2012 o Brasil contava com 515 unidades que realizavam aproximadamente 40% dos testes anti-HIV no país. Em 2017, a missão dos CTA foi reformulada como reflexo da adoção da estratégia de “Prevenção Combinada”, que vem norteadando as diretrizes de respostas à aids no

<sup>18</sup> Utilizaremos a sigla DST apenas nos casos de citação de fontes originais que usam a sigla, nos demais casos utilizaremos a sigla convencionalmente atualmente para se referir às infecções sexualmente transmissíveis (IST).

país desde 2013. O apoio matricial, como peça chave para a organização e capilarização da estratégia até a Atenção Básica, vem a recompor o escopo das atividades dos serviços, integrando, por exemplo, a oferta das profilaxias pré e pós-teste (BRASIL, 2017).

As pesquisas focadas nos aspectos sociais e relacionais do aconselhamento ora abordam a dimensão do poder pela via da transmissão de discursos científicos, ora apontam desencontros nas lógicas preventivas entre usuários e profissionais. Na análise de Souza et al (2008), a prática do aconselhamento representa um espaço de tensão e configuração do saber-poder dos atores participantes. Esta *tecnologia discursiva* teria então um caráter ambivalente, por conjugar uma abordagem “emancipatória-democrática” e ao mesmo tempo “tecnologizante-dominadora”. Já Araújo e Camargo (2004), em pesquisa junto aos aconselhadores de um serviço no Rio de Janeiro, observam uma descontinuidade na escuta profissional que se relaciona com a passagem do saber formal (científico) sobre a aids para o senso comum.

Todavia, a abordagem da dinâmica emocional que perpassa a relação aconselhador-usuário tem sido escassa, com exceção da análise de Biehl *et al.* (2001), que oferecem um olhar para a articulação entre tecnologia e afeto na cena de um CTA em Salvador. Nesse cenário, de recriação de rituais confessionais e de purificação, a procura pela testagem ganha múltiplos sentidos, quais sejam: a perda da virgindade ou as implicações da infidelidade sexual nas relações conjugais, a afirmação ou negação da orientação homossexual e a busca de mudanças em situações de opressão de gênero. A demanda no local da pesquisa se caracteriza mais por assuntos de ordem moral e emocional do que pela iminência do resultado positivo decorrente de situações reais de exposição ao vírus.

Tendo em vista o histórico da prática do aconselhamento e seu caráter alternativo, consideramos paradoxal que a expectativa do encontro intersubjetivo e a possibilidade de abordar as emoções suscitadas pela testagem, ainda permaneça como um aspecto invisível nas pesquisas. Cabe lançar a hipótese relativa à dificuldade de apreender esta dimensão nos estudos com foco nas práticas de saúde, quando comparado com as mediações dos profissionais entre os saberes formais e o senso comum. Também almejamos problematizar o valor singular atribuído à prática do aconselhamento em IST no discurso preventivo no Brasil, tendo como contraponto os modos como são formulados os aspectos emocionais e como se articulam com os demais aspectos da prática (informações, encaminhamentos, etc.).

O presente artigo objetiva compreender como a dimensão emocional atravessa a prática do aconselhamento no plano das diretrizes, bem como no âmbito das experiências dos próprios aconselhadores dos CTA. A análise foi norteada pelo marco do *conhecimento praxiológico*, partindo assim do pressuposto de que os modos de sentir e interpretar as

emoções na ação integram o *habitus professional*. Este construto se refere aos esquemas ou disposições que definem modos de perceber, sentir, pensar e agir e marcam a posição, as tomadas de posição, o desempenho e as representações dos agentes em campos sociais determinados. As razões ou os objetivos dos esquemas de ação não se concebem como necessariamente conscientes. Ou seja, esta perspectiva se distancia da ideia de um “sujeito racional”<sup>19</sup> protagonista da ação social e se aproxima da relação entre agente, *habitus* e campo para a compreensão dos processos de ação e reprodução social (BOURDIEU, 1996).

As proposições do sociólogo Philippe Perrenoud (1993) acerca da formação docente igualmente contribuíram na delimitação analítica do *habitus professional*. Segundo o autor, as competências profissionais que integram o *habitus* resultam de processos de formação que envolvem a apropriação de saberes *convencionais* (acadêmicos, científicos, técnicos); além de saberes denominados *declarativos e procedimentais*, que garantem a eficácia das ações, mas que não derivam da ciência e da técnica. Quer dizer, considerando que as práticas profissionais envolvem a mobilização de saberes de distintas origens, a nossa análise propõe objetivar os *saberes* e o *saber-fazer* (habilidades ou saber prático) relativos aos esquemas emocionais que atravessam a prática do aconselhamento em IST/aids.

Por fim, nos apoiamos na noção de “gramática emocional”, que diz respeito aos significados das emoções e sua ingerência na organização das relações de poder. Seguindo o olhar construtivista do estudo das emoções, que desentranha o referido conceito do saber psicológico e se contrapõe a uma suposta universalidade e inatismo da experiência emocional, entendemos que os modos dos agentes de perceber e de se envolver nas situações, fazem parte da linguagem e das regras sociais, cujo reconhecimento e acionamento são contextuais (REZENDE; COELHO, 2010)<sup>20</sup>.

Como todas as práticas sociais, as emoções são estruturadas e emergem de situações singulares. O âmbito das práticas em saúde, particularmente as de prevenção, constitui um cenário mais do que profícuo para compreendê-las. Portanto, partimos do pressuposto de que as “*práticas emocionais*”, como um elemento do senso prático, integram o *habitus professional*, entre outras práticas e competências, conforme indica o parágrafo a seguir:

<sup>19</sup> Sujeito herdado pela tradição iluminista, que idealmente interage de modo consciente com o meio exercendo um controle absoluto dos contextos da ação.

<sup>20</sup> Para saber mais sobre a visão *construcionista* ou também denominada como *relativismo cultural* da emoção ver os estudos pioneiros de antropólogas como Catherine Lutz, Geoffrey White, Abu-Lughod e Michelle Rosaldo, que analisaram as singularidades na organização dos sentimentos e emoções, suas expressões segundo o gênero e seu papel nas relações de poder entre algumas tribos indígenas (REDDY, 2001).

Variações na perspectiva de Bourdieu sobre a emoção refletem diferentes práticas de emoção, as quais são, no entanto, consistentemente ancoradas ao habitus. Como conhecimento corporificado, o habitus é contrastado com o conhecimento conceitual na obra de Bourdieu. Desta forma, o habitus é interpretado no sentido de se opor a racionalidade na teoria da escolha racional que tão assiduamente ele combateu, mas sem ser irracional, uma vez que segue uma lógica prática. As emoções também seguem esta lógica prática incorporada nas relações sociais. Como todas as práticas, estas são simultaneamente espontâneas e convencionais. O habitus especifica o que é “sensível” em um cenário específico, orienta a mente/corpo em uma determinada direção, sem fazer o resultado totalmente previsível. As emoções podem, assim, ser vistas como atos executados por um corpo consciente, como práticas culturais (SCHEER, 2012, p. 205).

O material empírico e as indagações que apresentamos derivam de uma pesquisa que buscou compreender a conformação das práticas de aconselhamento em sete CTA do estado do Rio de Janeiro.<sup>21</sup> Os dados aqui discutidos focam em dois dos aspectos estruturantes das práticas dos aconselhadores: os documentos de referência em aconselhamento em IST/aids no Brasil e vinte entrevistas individuais acerca das práticas, somado ao diário de campo de observação de um CTA no estado do Rio de Janeiro.<sup>22</sup>

### **Saberes que informam as competências dos aconselhadores em IST/HIV/aids: análise exploratória das diretrizes e recomendações**

Como já enunciado, algumas pesquisas sinalizam que no *saber-fazer* da prática há uma maior atenção ao componente informativo, em detrimento da busca de alternativas de redução dos riscos e de vulnerabilidades singulares ao usuário. A invisibilidade do componente emocional, devido a uma escassa reflexão no cotidiano dos serviços, também é sugerida por algumas autoras (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999; ARAÚJO, 2003; SOUZA *et al.*, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2014). A análise das competências apresentadas nos documentos de referência em aconselhamento em IST/aids visou levantar pistas relativas à brecha

<sup>21</sup> Pesquisa de doutorado desenvolvida pela primeira autora (2010-2014), intitulada *Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/aids*, sob orientação de Simone Monteiro e Carlos Otávio Fiúza Moreira (ENSP-Fiocruz).

<sup>22</sup> Observação participante realizada no marco da pesquisa *Práticas sociais e de saúde entre usuários de CTAs do Estado do Rio de Janeiro: uma análise da contribuição dos serviços de testagem anti-HIV e aconselhamento para a prevenção das Dst/aids*. Simone Monteiro (coordenadora), Elaine Brandão, Eliane Vargas, Esther Daltro, Claudia Mora e Priscilla Soares, (IOC/Fiocruz e IESC/UFRJ), com apoio da FAPERJ (2009-2011).

entre as recomendações para a prática e a maneira como essas se desenvolvem de fato. Isto se torna relevante haja vista a implementação da Prevenção Combinada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) e a consequente necessidade de adequação às experiências locais. Especialmente, pelos maciços investimentos na ampliação da testagem no país durante os últimos dez anos.<sup>23</sup>

Como parte da problematização acerca do valor singular atribuído à prática do aconselhamento em IST no discurso preventivo no Brasil, nos propomos a descrever os modos como a prática do aconselhamento foi delimitada enquanto *saber formal* e como a emoção é formulada em termos das competências profissionais dos aconselhadores.

## **Breve reconstrução sobre o aconselhamento em IST/aids no Brasil**

O processo de construção coletiva do conhecimento sobre o aconselhamento em IST, HIV e aids no Brasil resultou da gradual concatenação de conceitos e aprendizados resultantes da expansão da prática (ARAÚJO; CAMARGO, 2004; PUPO, 2007; FERNANDES, 2013). Tal enfoque foi promovido pelas pioneiras ONGs aids em meados da década de 1980, baseando-se em ações de acolhimento e orientação para as pessoas vivendo com aids (PVHA). De fato, Ramos (2004) destaca o papel das ONG/aids na construção da resposta à aids no país não apenas no *advocacy* de políticas, mas na capacidade propositiva de estratégias e ações de cuidado e prevenção. Ainda assim, tais iniciativas foram absorvidas gradualmente pelos discursos oficiais, os manuais dessa época enfatizavam questões ligadas ao diagnóstico e ao manejo clínico. Só no final da década de 1980 o aconselhamento foi incorporado no âmbito dos serviços de saúde com foco nas pessoas soropositivas, que eram orientadas a evitar a reinfecção e a transmissão para terceiros, reduzir os fatores que facilitam o desenvolvimento da doença e a manutenção de atividades sociais e profissionais (ARAÚJO; CAMARGO, 2004).

O papel do aconselhador no âmbito do nascente Sistema Único de Saúde foi sendo moldado a partir das capacitações organizadas pelos Centros de Referência Nacionais para Sida/aids, criados em 1987 e localizados principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo. Os profissionais participantes nos treinamentos, por sua vez, deviam reproduzir os aprendizados no seu estado de origem, particularmente no que tange às formas de transmissão, ação do HIV e cuidados terapêuticos. No início da

<sup>23</sup> Além da estratégia “Fique Sabendo” lançada em 2003, que costuma ser publicitada no 1 Dezembro – Dia Internacional de Luta contra a aids, entre 2008 e 2014, foi desenvolvido o projeto *Quero fazer*, que consistia na oferta de testagem principalmente em unidades móveis. Em seguida, em 2014, o projeto *Viva Melhor Sabendo* buscou promover a testagem por fluido oral entre: gays, HSHs, travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. No mesmo período foi lançada uma campanha de estímulo a testagem para jovens com o slogan *#partiu teste*

década de 1990 – a partir da apropriação de ferramentas teórico-práticas para o aconselhamento pautadas por organismos internacionais, como a OMS, e da experiência dos COAS –, o aconselhamento em aids começa a se associar à oferta gratuita do exame e à realização de intervenções educativas e de comunicação do diagnóstico (ARAÚJO; CAMARGO, 2004).

No que tange aos saberes que fundamentaram a prática, as recomendações da OMS e dos CDC sobre o aconselhamento em IST/aids alicerçaram, em parte, os documentos sob os quais se pautam hoje em dia as ações de aconselhamento no país<sup>24</sup>. Na década de 1990 ambos os organismos incorporaram a perspectiva da Teoria Centrada no Cliente – orientada pelos argumentos da escola humanista do psicólogo Carl Rogers –, ao aconselhamento em IST/aids. Comparado com a abordagem comportamental – voltada para a mudança de práticas a partir do fornecimento de informações – tal perspectiva imprimiu um caráter intersubjetivo à prática, estimulando a expressão de sentimentos por parte do usuário e a menor diretividade por parte do profissional.

Resumindo, a técnica psicológica do aconselhamento e as ações de assessoria desenvolvidas pelos movimentos civis da década de 1970 (feminismo, movimento gay) embasaram as recomendações internacionais e nacionais do aconselhamento em IST, HIV e aids (FERNANDES, 2013). Previa-se que o estabelecimento da relação usuário-profissional a partir desses elementos contribuiria para a “construção de mudanças construtivas na vida das pessoas” (p. 36).

O amadurecimento da resposta à epidemia no Brasil, ao longo das décadas de 1990 e 2000, se caracterizou pela expansão da prática do aconselhamento em IST/aids para a Atenção Básica e outros serviços especializados. Desse modo, encontros como o *Seminário de Aconselhamento* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) representaram importantes esforços de síntese relativos ao *saber*, que informa a prática e o *saber-fazer* que concretiza sua execução. O enfrentamento das dificuldades para a inserção das ações de aconselhamento nos serviços de saúde integrou a singular dinâmica de construção da prática, com base no diálogo entre saberes e experiências das equipes de saúde.

Assim sendo, a abordagem baseada na escuta ativa dos sentimentos, atitudes e valores dos sujeitos relativos ao diagnóstico de IST e HIV, constituiu o norte de três documentos fundamentais e complementares entre si, quais sejam: *Manual de treinamento em aconselhamento em DST, HIV e aids* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), *Aconselhamento em DST, HIV e aids: Diretrizes e procedimentos básicos* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) e *Diretrizes dos CTAs* (1999). Os CTAs são então consolidados como serviços de prevenção e de referência em termos de diagnóstico e subsequente

<sup>24</sup> Araújo e Camargo (2004) citam o manual *Training workshop on psychological counselling for persons with HIV-infection, aids and related diseases* (cujo ano de publicação não foi localizado), o qual evidencia como o aconselhamento psicológico constituía um terreno de prática profissional voltado para a promoção do bem-estar do sujeito, incluindo o enfrentamento das doenças crônicas.

encaminhamento. Cabe notar que nesses documentos é instituída a figura do “aconselhador”, onde é salientada a importância do acompanhamento das equipes multidisciplinares e de atividades de formação permanente.

A perspectiva de levar à prática da Abordagem Centrada na Pessoa não é menor em termos da apropriação de ferramentas e do desenvolvimento de disposições profissionais para a prevenção, por meio de uma postura de troca. Tal desafio é reconhecido pelo *Manual simplificado em aconselhamento em DST/HIV/aids para a Atenção Básica* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), ao salientar a relevância da reorganização do processo de trabalho e da preparação dos profissionais de saúde para “acolher a subjetividade dos usuários”.

Os desafios impostos pelo aconselhamento aos profissionais de saúde são de distintas ordens, não se restringindo ao âmbito operacional. Por um lado, seria preciso distinguir a prática dentre outras possíveis. Como discutido por Pupo (2007), os processos educativos se distinguem do aconselhamento por serem baseados nas necessidades em saúde pública e não no princípio da confidencialidade. Da mesma forma, a psicoterapia se distanciaria da prática em pauta, pois exige um processo temporalmente mais longo, envolvendo dimensões do sujeito como a própria personalidade. Por outra parte, nos fundamentos do aconselhamento em IST/aids no Brasil haveria uma concorrência de duas racionalidades implícitas. Desse modo, os aconselhadores têm de considerar dois aspectos não necessariamente convergentes, isto é, a consecução dos objetivos individuais dos usuários e, ao mesmo tempo, as metas em saúde pública relativas à prevenção das IST/aids (PUPO; AYRES, 2013).

Em suma, tendo em vista esta sobreposição de interesses, objetivos e abordagens, Pupo e Ayres consideram necessário repensar o aconselhamento exclusivamente em função dos objetivos individuais dos usuários, o que significa explorar e enfatizar os aspectos afetivo-emocionais e socioculturais no contexto dos mesmos.

## **Características do papel do aconselhador e da prática do aconselhamento nos CTAs**

*As Diretrizes dos CTAs* (2010) definem sucintamente os requerimentos dos agentes para realizar o aconselhamento como segue: “profissionais com curso superior e técnico que estejam devidamente capacitados para a realização dessa atividade, devendo ter passado por formação específica e adequada para o desempenho da mesma” (p. 23). Apesar do documento não detalhar qual seria o mínimo comum requerido na formação para realizar o aconselhamento (como por exemplo, carga horária, abordagem teórico-prática, emissão de certificados pelas instituições organizadoras), pressupõe-se que as capacitações fundadas nos manuais editados pelo Ministério da Saúde são as mais idôneas.

As atribuições dos aconselhadores no âmbito dos CTAs são especificadas no item “*Atividades essenciais*” (p. 21). O leque de ações inclui tanto atividades internas, quanto articulações interinstitucionais como, por exemplo: organização de ações educativas, planejamento do serviço (insumos, identificação da população, etc.), articulação com a rede (unidades básicas de saúde, saúde mental, SAE), notificação para vigilância epidemiológica e realização de capacitações para outros serviços. Vale ressaltar que os conhecimentos em saúde pública, com ênfase em gestão e promoção da saúde e prevenção, também fundamentam o desempenho esperado dos profissionais, além da prática do aconselhamento.

Lembrando que nosso intuito foi caracterizar os elementos que estruturam a prática do aconselhamento, retomamos aqui a noção de competência, a qual orientou a nossa interpretação acerca das habilidades básicas esperadas dos aconselhadores em IST/aids no âmbito dos CTAs. Do ponto de vista de Perrenoud (2002), as competências são categorias abstratas, verificáveis a partir dos desempenhos dos profissionais, nos quais os conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes se articulam segundo os fatores contextuais.

No Brasil a apropriação do modelo de ensino e avaliação por competências se cristaliza nas promulgações da *Lei de Diretrizes e Bases da Educação 1996 (LDB)* (FERRETTI, 2002) e das *Diretrizes Curriculares Nacionais*<sup>25</sup>. Tais perspectivas vêm sendo aplicadas pelas instituições de ensino, incluindo os cursos superiores da área da saúde, refletindo as tensões entre a manutenção de estratégias conservadoras e a construção de ferramentas pedagógicas inovadoras centradas no discente (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Como veremos mais adiante alguns poucos documentos analisados mobilizam diretamente o termo competência, mesmo assim nos permitimos fazer algumas inferências indistintamente do uso explícito da categoria.

Nas *Diretrizes e Procedimentos Básicos para o Aconselhamento em DST/aids* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), no segmento titulado “*Quem faz o aconselhamento?*” (p. 10) os conhecimentos inerentes à prática têm como base comum os “*conhecimentos atualizados sobre DST e HIV/aids*”. Nesse segmento tem igual destaque as capacidades e atitudes dos agentes para “**valorizar o que o cliente sabe, pensa e sente**; perceber as necessidades do cliente e dar respostas a estas; respeitar a singularidade do cliente” (grifos nossos). A partir desse conjunto de habilidades e atitudes e considerando que o aconselhamento em IST/aids preconiza o estabelecimento da relação profissional-usuário enquanto sujeitos, pode-se afirmar que a escuta ativa é a competência estruturante da prática.

<sup>25</sup> As diretrizes das profissões da saúde foram publicadas paulatinamente a partir do ano 2000, as quais abrangem os seguintes cursos: medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, veterinária, química, serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, biologia, biomedicina e fonoaudióloga. Fonte: A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm> acesso em 1/07/2011.

A construção dessa relação intersubjetiva, que envolve a história social, cultural e comunitária do profissional e do usuário (MORENO, 2010), também implica numa atitude reflexiva sobre o alcance da ação do próprio profissional; a qual é expressa no documento através de uma quarta atitude: “reconhecer suas próprias limitações e potencialidades”. Decerto, a renovação das práticas em prol do aprimoramento dos serviços constitui um elemento relevante das *Diretrizes*, posto que é contemplada a implementação de um processo de “monitoria e reciclagens periódicas”. Ademais, recomenda a realização de encontros periódicos das equipes para fins organizativos e de resolução de “sentimentos” envolvidos nas práticas. O seguinte esquema sintetiza os principais conhecimentos, habilidades e atitudes para o aconselhamento em IST/aids identificados nos documentos:

## COMPETÊNCIA

*Escuta ativa*

## SABER

*Conhecimentos atualizados em DST/aids*

HABILIDADES e ATITUDES de ação e reflexão

*Valorizar o que o cliente sabe, pensa e sente;*

*Perceber as necessidades do cliente e dar respostas a estas;*

*Respeitar a singularidade do cliente;*

*Reconhecer suas próprias limitações e potencialidades.*

Essa esquematização reflete como o aconselhamento resultou do acúmulo de distintos elementos, partindo do componente emocional (perante a entrega de resultados positivos), passando pela intensificação dos aspectos educacionais, até a análise singular das circunstâncias do usuário e a busca de alternativas para a redução das chances de aquisição das IST/HIV/aids. As competências para o “acolhimento”, a “escuta” e a “comunicação” são destacadas posteriormente no documento *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/aids para a Atenção Básica (2005)*<sup>26</sup>. Tal adensamento dos pilares que orientam o aconselhamento em IST/aids refletem sua articulação com iniciativas transversais do SUS, como a *Política Nacional de Humanização* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Isto também pode sugerir uma ampliação dos aspectos relacionais da prática, incluindo um maior espaço para agir perante os sentimentos ou emoções. Porém, os documentos não oferecem caminhos sobre a operacionalização das competências acima mencionadas.

As variações contextuais são tratadas no documento nos seguintes termos: “Estas (recomendações) devem ser ajustadas à situação apresentada

<sup>26</sup> No supracitado documento nota-se a incorporação de elementos próximos à perspectiva das competências, provavelmente em razão do alargamento das implicações das Diretrizes Curriculares Nacionais para o desempenho profissional.

pelo cliente e vivenciada durante o atendimento e à sua capacidade de compreensão e conhecimento sobre o tema” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p. 14). O referido manual relativiza as premissas de ação sugeridas ao ponderar cenários possíveis de interação segundo o tipo de demanda e do público atendido como, por exemplo, pessoas com diagnóstico de IST que buscam testagem anti-HIV; usuárias de drogas injetáveis; mulheres sem diagnóstico e soropositivas e gestantes soropositivas. Vale ressaltar que as variações na prática ali contempladas dizem respeito aos modos de classificação dos usuários segundo seu estado sorológico ou práticas de exposição às IST. Todavia, não dizem respeito a sentimentos ou emoções que podem ser comuns em determinados contextos, como a angústia motivada pela espera do resultado ou o medo decorrente da comunicação do estado sorológico a parceiros ou familiares. As emoções parecem estar dadas nas diretrizes apenas como pano de fundo da ação, de modo estanque, não sendo pensadas como possíveis eixos condutores da ação. Mais adiante examinaremos este ponto com base nas experiências dos próprios aconselhadores.

Para encerrar este item referente ao mapeamento dos documentos que informam a prática do aconselhamento em IST/aids no Brasil, nos deteremos brevemente em umas diretrizes divulgadas pelo Ministério da Saúde em 2010. O sintético documento, em formato Power Point assinado pela Secretaria de Vigilância em Saúde,<sup>27</sup> apresenta uma definição ampliada do referido conceito, como segue: “Uma abordagem onde o usuário é estimulado a expressar o que sabe, pensa e sente acerca das DST/aids e o profissional de saúde, ao escutá-lo pode contribuir para a avaliação de suas vulnerabilidades e para a identificação de medidas preventivas, segundo as possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento”. Reproduzimos aqui o slide 12/23, que apresenta uma síntese dos componentes e objetivos da prática com base no documento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

<b>Componentes do Aconselhamento</b>	
<b>Educativo</b>	Permite o estabelecimento de vínculo, <b>a troca de informações</b> sobre o teste, a doença, <b>formas de transmissão, prevenção, diag. e tto. Identifica as preocupações e necessidades do indivíduo.</b>
<b>Apoio Emocional</b>	Auxilia o usuário a <b>lidar com os problemas emocionais relacionados às DST/aids.</b>
<b>Avaliação das vulnerabilidades e risco</b>	Busca <b>desenvolver a capacidade pessoal do usuário para compreensão de suas vulnerabilidades e riscos para as DST/aids.</b>
<b>Identificação das possibilidades e limites para o enfrentamento e redução das vulnerabilidades</b>	Favorece a escolha do usuário <b>sobre as opções de prevenção mais convenientes para si.</b> Monitora os sucessos e fracassos até a melhor construção de capacidades.

Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes para o aconselhamento em DST/aids. 2010.

<sup>27</sup> Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao\\_oficina\\_acs.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao_oficina_acs.pdf) Acesso em 1-nov-2013. Trata-se do único documento disponível on line referente à reedição das *Diretrizes para o aconselhamento em DST/aids*.

Destacamos a agregação, ou melhor autonomização, de um quarto componente do aconselhamento: “a identificação das possibilidades e limites para o enfrentamento e redução das vulnerabilidades”. Evidentemente, esse componente reafirma a transição da abordagem focada na epidemiologia dos riscos e na mudança de comportamentos - predominante ao longo das duas primeiras décadas da epidemia -, para a apropriação da perspectiva da vulnerabilidade como ferramenta para a compreensão e direcionamento das ações de prevenção e assistência em IST/aids no Brasil (AYRES *et al.*, 2007). Depreende-se dessa premissa que o objetivo do aconselhamento em IST/aids pode ser mais amplo e complexo, quando comparado ao proposto em 1998, que apontava como objetivo o “resgate dos recursos internos do cliente”. Nessa mesma direção, a ampliação do escopo das habilidades e atitudes para a prática nas diretrizes de 2010 para o aconselhamento no Brasil, intitulado “Requisitos importantes para o profissional”, sugere várias disposições caras aos aspectos éticos e sociais da prática, quais sejam: **“sensibilidade às questões sócio-culturais e emocionais**, ausência de coerção, livre de juízo de valor e capacidade para definir em conjunto com o usuário práticas de prevenção”.

A despeito da relevância destes atributos, é digno de nota que as emoções sejam compreendidas como uma dimensão paralela aos aspectos sociais e culturais. Além disso, a dimensão emocional é reformulada como assunto problemático e de ordem individual – quando comparado com os documentos mais antigos – ao enunciar que o apoio emocional diz respeito aos *“problemas emocionais relacionados às DST/aids”*.

Decerto o conjunto e particularmente os últimos dois componentes elencados no slide acima, sugere uma forma de colocar em prática elementos constituintes do marco da vulnerabilidade; isto é, a visão construtivista do processo educativo e a expectativa do exercício da autonomia dos usuários (AYRES *et al.*, 2010). Como hipótese, a quarta premissa, de acompanhamento do usuário até a construção de suas *capacidades*, implica abordá-lo como um sujeito capaz de traçar objetivos em função de sua perspectiva de bem-estar. Isto implicaria rever, entre outras coisas, quais abordagens permitem explorar de modo compreensivo, e não prescritivo, aspectos cognitivos, afetivos e comunicativos da vida das pessoas.

Se a prática do aconselhamento em IST/aids emergiu devido à necessidade de lidar com os sentimentos relativos à infecção e suas consequências sociais, cabe indagar: Como recolocar os sentimentos das comunidades ou grupos sociais perante a epidemia dentro do escopo das *questões socioculturais*? De que modo reposicionar a emoção como elemento chave da ação individual e coletiva e não como um aspecto simplesmente “problemático”? Que lugar poderia ser dado à emoção sob o marco da vulnerabilidade?

## Uma leitura da gramática emocional do aconselhamento nos CTA

Nesta segunda parte da análise pretendemos ilustrar os modos de sentir, interpretar e regular as emoções sob o ponto de vista dos aconselhadores e suas articulações com significados morais. Partimos do pressuposto de que as emoções se configuram na interação e na socialização e que as emoções fazem parte do *habitus profissional ou do saber fazer* dos agentes (LYON; BARBALET, 1994; REDDY, 2001; SCHEER, 2012).

O grupo de aconselhadores, em sua maioria mulheres e com formações diversas, atuavam em sete dos quatorze CTAs do estado do Rio de Janeiro<sup>28</sup>. Suas experiências são relativas ao porte e organização de cada serviço. Para grande parte do grupo a inserção nas ações de assistência e prevenção às IST decorreu da sua vinculação ao CTA, que variava entre menos de um ano até vinte anos. Fato que converge com o processo inicial de implementação dos CTAs na região sudeste em meados da década de 1990. Na Tabela 1 detalhamos o perfil social e profissional dos entrevistados.

Quadro 1 - Perfil social e profissional dos aconselhadores entrevistados

PSEUDÓNIMO	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO	TRAJETÓRIA NO CTA (ANOS)
Aline	F	50	Técnica de Enfermagem	11
Bianca	F	42	Fisioterapia	5
Camila	F	49	Farmácia	7
Danielle	F	55	Serviço Social	19
Edna	F	50	Serviço Social	1
Francisca	F	46	Técnica de Enfermagem	0,5
Grabriela	F	60	Sociologia	20
Helga	F	52	Enfermagem	4
Irma	F	50	Psicologia	19
Joana	F	31	Psicologia	8
Kevin	M	50	Serviço Social	7
Luana	F	30	Psicologia	6
María	F	52	Enfermagem	3
Nino	M	30	Enfermagem	5

<sup>28</sup> Para um detalhamento sobre os critérios de escolha e as formas de aproximação e interação com as pessoas entrevistadas, ver Mora (2014).

Olga	F	52	Técnica de Enfermagem	10
Paola	F	52	Enfermagem	1,5
Quésia	F	52	Psicologia	0,5
Roberto	M	60	Enfermagem	18
Sandra	F	35	Enfermagem	5
Tatiana	F	60	Técnica de Enfermagem	5

As entrevistas buscaram apreender elementos relacionados ao saber-fazer dos aconselhadores a partir de suas trajetórias profissionais e das visões de suas práticas no CTA. Esses dados foram articulados ao material empírico correspondente ao fazer no cotidiano de um serviço, decorrente da observação de sua dinâmica de funcionamento e rotinas de interação dos aconselhadores.

Em virtude das disposições dos profissionais para a escuta e dos aspectos subjetivos que podem favorecer o estabelecimento do vínculo com o usuário, os entrevistados expressaram graus de envolvimento distintos perante as situações enfrentadas no dia a dia do CTA. A entrega de resultados (pós-teste), quando comparado com a entrevista inicial ao usuário (pré-teste), mobilizou mais situações de ruptura da rotina do aconselhamento, que se relacionam, em parte, com os estados emocionais percebidos na interação.

Cabe dizer que o fato do serviço ofertar testagem rápida, convencional, ou ambas, permite aos agentes imprimir variações na dinâmica da prática segundo sua intensidade emocional ou sentido de urgência percebido na interação. A despeito das recomendações oficiais sobre o uso de testes rápidos, tal tecnologia é utilizada segundo critérios díspares em cada um dos sete serviços. Alguns priorizam as mulheres gestantes, outros os “grupos vulneráveis”, como travestis ou prostitutas, e inclusive àquelas pessoas classificadas como “muito ansiosas” pelo resultado.

Os elementos julgados como importantes no pré-teste dizem respeito às informações preventivas e à revelação de aspectos íntimos dos usuários, como o uso do preservativo, os modos de transmissão do HIV e de outras IST, a relativização de valores sociais (religiosos, conjugais) e o relato ou “confissão” de parcerias e práticas sexuais. O depoimento a seguir ilustra como se articula a tecnologia de testagem as estratégias de contenção de angústia e culpabilização:

*Heterossexual quando trai, nossa! a culpa é pior do que homossexual. Foi nessa semana um cara, que é policial veio aqui para fazer exame por ter traído a noiva, que está com os convites na rua para casar. Ai eu falei: “nossa você está muito angustiado!” Ai você percebe, começou a chorar, eu falei:*

*“calma, porque ainda não fiz o Teste Rápido: esse é um teste fidedigno”. Você vai dizer: “ah, bem feito!” Não! Você tem que colocar para eles que isso acontece, que é para ele rever toda a situação dele. Muitos dizem que nunca mais vai trair, você não sabe se vai ou não vai (risos) (Danielle, assistente social).*

O aconselhamento pós-teste com resultado negativo pode durar até 15 minutos, em geral, é revisitado o período de janela imunológica, bem como as expectativas do usuário acerca do resultado. Segundo pelos menos dois entrevistados, a testagem tende a ser interpretada por alguns usuários como uma “vacina” ou ato de “limpeza”. Assim, de uma ou outra maneira, o grupo afirma ter disposição para atender as diversas necessidades decorrentes da forma como o resultado ecoa no usuário, as quais são interpretadas não apenas pelo que se diz, mas também pela expressão corporal. Em relação ao resultado negativo foi recorrente a narrativa da expressão de alegria ou de alívio dos usuários, sentimentos que podem “atrapalhar” o discurso do uso do preservativo ou outras reflexões previamente colocadas no pré-teste. Uma aconselhadora aponta os limites da abordagem informativa em determinadas circunstâncias:

*“Qualquer tipo de emoção é muito grande e não vão dar a menor atenção ... Aí ele fica muito feliz, muito satisfeito, agradecido, quase ajoelha no chão agradecendo a Deus porque ele não está contaminado e vai embora” (Olga, técnica de enfermagem).*

No que se refere à postura do profissional e à disposição para a comunicação do resultado, alguns atentam para as vantagens de conferir o laudo antes de chamar o usuário, justamente para “*relaxar e depois pensar*” o que vai ser dito. Para outros, conhecer o resultado antecipadamente traz uma desvantagem para a interação, pois o semblante do profissional já pode anunciar o resultado, especialmente quando é positivo: “*Eu nunca gostei de olhar, porque eu acho que se olhar vou chegar na sala com uma cara assim de ‘deu problema’*” (Irma, psicóloga). Nesses casos, a trajetória do usuário é retomada detalhadamente a partir das informações do formulário individual utilizado nos CTA.

Uma quarta parte do grupo expressou interesse em acompanhar diretamente os usuários atendidos no pré-teste para ofertar um aconselhamento mais contínuo e personalizado. Porém, isto só é possível caso o usuário retorne nos dias/horários correspondentes ao turno do profissional. O seguinte relato do diário de campo sugere que a não continuidade do aconselhamento pode gerar desconfiância no usuário e fragilizá-lo na recepção do resultado positivo:

*Raramente o aconselhamento pré e pós eram realizados pelo mesmo profissional e tendo em vista que não era explicado como eles tinham acesso as suas informações, alguns*

*usuários expressavam estranhamento quando sua trajetória era abordada com tanta propriedade por um aconselhador diferente daquele do pré-teste. Este fato foi observado quando um aconselhador, que não havia realizado o pré-teste, ao entregar um resultado positivo comentou que já era esperado, pois o usuário havia relatado relações desprotegidas com diversas parceiras no primeiro encontro. O usuário demonstrou estranhamento (expressão facial de surpresa) ao ouvir o aconselhador afirmar: “você já deve estar ciente das chances de ter se contaminado”.*

No atendimento aos usuários com resultado positivo, diagnosticados no CTA ou em outro local, o tempo do aconselhamento é prolongado justamente em função da assimilação do resultado, cujos significados podem variar como veremos logo mais adiante. Na ausência de outros aconselhadores no mesmo turno, o fluxo de atendimento se vê seriamente alterado, ou praticamente paralisado. Numa tentativa de se contrapor à ideia de “morte iminente”, os aconselhadores dizem acionar relatos alentadores em relação às possibilidades de manter uma boa qualidade de vida através da TARV. Os exemplos fornecidos podem ser emblemáticos, como referências a figuras públicas que têm um tempo de sobrevida de mais de 15 anos. Outros tentam se aproximar do contexto social do usuário, possibilitando a interação com PVHA e usuários do CTA, ou referem os grupos de adesão da região (quando existentes), frisando a participação ativa de adolescentes que nasceram com o vírus.

Como analisado em outro momento (MORA *et al.*, 2015), as observações dos treinamentos em aconselhamento em IST, somada a recorrência dos relatos dos nossos interlocutores acerca dos encaminhamentos de outros serviços (públicos e particulares) para a comunicação do resultado positivo nos CTA, nos permite sugerir que neste serviço desaguam os receios ou mitos, como a tentativa de suicídio, acerca dos sentimentos de tristeza e desespero associados à soropositividade. No entanto, podemos afirmar que o cultivo das competências para oferecer apoio emocional não é central nos treinamentos ou nos conteúdos das recomendações nacionais. Segundo os organizadores e os profissionais a própria experiência molda esse aspecto do seu *saber-fazer*. Como os mesmos informantes apontam, as práticas cotidianas perpassam o que “*não está escrito no manual*” ou “*o jeito de fazer que cada um tem*”. Mesmo assim, algumas estratégias de reflexão acerca dessa significativa dimensão da prática são valorizadas pelos aconselhadores, e motivadas pelo seu envolvimento em situações singulares como veremos mais adiante.

A atenção dos aconselhadores para a estabilização dos sentimentos de angústia do usuário, ação associada por vezes ao “*acolhimento*”, pode representar um fim em si mesmo ou um meio para ele se sentir capaz de tomar decisões relativas à manutenção de sua qualidade de vida. No corpus analisado identificamos variações na concepção do “*apoio emocional*”

segundo a formação profissional, como parte das competências adquiridas para o processo de cuidado. Aqueles com formação em psicologia (4) disseram que nesse momento é preciso possibilitar ao usuário a expressão de sentimentos. Tendo em vista os aspectos intersubjetivos do aconselhamento, como o reconhecimento da situação do usuário, eles dizem agir empaticamente fazendo contato físico (abraçar, segurar a mão, chorar junto). Ou seja, o apoio emocional parece representar um fim em si mesmo graças à formação de base, aos aprendizados decorrentes dos estágios no próprio CTA ou aos traços pessoais, os quais legitimam os modos de lidar com os sentimentos suscitados na interação.

*Às vezes pergunto: Qual é a sua expectativa? Você acha que você tá? Eu já vou preparando a caminha. Às vezes a pessoa chega nervosíssima. Então calma, vamos primeiro aguardar o resultado da parceira e tal... Não deixo ninguém sair daqui sem que eu perceba o impacto do primeiro momento. Deixo ela chorar ou eu deixo ela falar, mas eu quero ver falar sobre isso, ninguém positivo fica mudo e vai embora. Eu falo: “Pensa alto um pouquinho pra gente conversar sobre isso”. “Ah não, eu já sabia, eu tinha uma esperança que eu não tivesse, mas eu tive o resultado antes, eu fiz em outro lugar”, aí as pessoas falam, entendeu (Quésia, psicóloga).*

Por outra parte, para os profissionais de enfermagem (6), o principal sentido da estabilização emocional do usuário é facilitar a assimilação das indicações clínicas subsequentes. Assim, uma informante, cuja prática é enquadrada pela continuidade entre o pré e pós-teste graças à testagem rápida relatou o seguinte:

*A gente leva na brincadeira e vai buscando nas perguntas alguma forma de brincar, de relaxar esse paciente e se o resultado vier positivo eu preciso que ele esteja relaxado pra ele entender o que a gente vai explicar né, todo o comando que a gente tem que dar pra ele, então a gente precisa muito, muito da perspicácia, tirar, diminuir ou até amortecer prá depois ele voltar a ter essa ansiedade. Às vezes eles choram, aí a gente tem que deixar ele chorar, deixar ele descarregar e depois é que vai fazer o aconselhamento, vai fazer o encaminhamento (Paola, enfermeira).*

As distintas formas de conduzir a comunicação dos resultados podem estar relacionados não apenas à mobilização de representações ligadas à aids, mas a formação dos profissionais e seus desdobramentos na abordagem e interpretação da dimensão emocional das práticas em saúde. Nesse sentido, Bonet (2004) nos ajuda a compreender como o cultivo do *habitus profissional* é atravessado pelo que ele denomina de uma “*tensão estruturante*” entre o saber e o sentir no ensino da medicina. Tal tensão implica a separação entre os aspectos científico-rationais dos

afetivo-sociais, na medida em que se acredita que essa cisão maximiza a acurácia do praticante para compreender o diagnóstico do paciente. Com base nas proposições do autor, podemos pressupor que essa matriz perpassa, em maior ou menor grau, as demais profissões da saúde, imprimindo nos processos de formação modos distintos de conceber e operar sobre os aspectos afetivo-sociais na relação com os usuários.

De modo geral, os profissionais reiteram aos usuários que o CTA lhes servirá de âncora, se assim desejarem, nas questões subjetivas decorrentes da revelação do diagnóstico, bem como nas orientações necessárias para acessar e manter o vínculo com os serviços de assistência à aids. Todavia, a articulação do CTA a um SAE (Serviço de Assistência Especializada) por vezes não garante que os novos usuários venham a ter uma vaga, devido à desproporção entre o número de profissionais e de usuários; ou porque eles preferem ser atendidos em unidades fora de seu território de residência.<sup>29</sup> Várias informantes, com experiência em outros programas de saúde no mesmo território do CTA, contornam as dificuldades dos usuários soropositivos para acessarem aos serviços da rede, buscando se contrapor às representações de morte e estigma vinculadas à aids. Em virtude do envolvimento dos agentes nas situações e tendo como perspectiva o cumprimento do seu papel profissional, foram observados os sentimentos de frustração perante os percalços associados à referência dos usuários.

*Esse hospital é um lugar que não é bem visto né?, pelas pessoas, que é muito lotado, que os pacientes são maltratados, “ah, então não, não quero ir lá, não quero ir porque ali tem muita gente que morre lá” Fica difícil, né? Como você vai dar uma referência dessa, você devia ter uma referência boa para a pessoa se sentir tranquila. Lá eu sei que ele pode ser tratado, mas desse jeito o negócio já ta estigmatizado, já é um matadouro, já é um horror.*

*De qual estratégia você lança mão para tentar convencer o usuário?*

*Tem que ser uma coisa diferenciada, você vai lá conversa com a assistente social explica qual é a sua situação, marca pelo menos uma consulta que eles sabem que não vai ser para agora, vai ser lá para janeiro, nós estamos em novembro. Mas ele tem que ter um vínculo, como é que ele vai ficar sem atendimento. O que eu faço com essa pessoa? Você faz a sua parte mas não tem como seguir. Ai você fica preocupado, para essa pessoa ficar bem, encaminhar, tratar ... dá uma frustração (Bianca, fisioterapeuta).*

No que tange ao modo como os profissionais lidam com os sentimentos vivenciados no aconselhamento, foram relatados encontros informais da equipe especialmente após o atendimento de “casos difíceis”, “pesados” ou

<sup>29</sup> Os resultados do mapeamento realizado por ABIA e CEDAPS em 2013 (Centro de Promoção da Saúde) referente às dificuldades das PVHA no acesso aos serviços no Rio de Janeiro condizem com diversas falas dos aconselhadores.

“problemáticos”. Isto é, quando a reação de angústia, tristeza ou raiva por parte do usuário ou seus acompanhantes é exacerbada ou se prolonga mais do que o esperado. Ou quando surgem demandas de atendimento médico, como na ocorrência de desmaios, queda de pressão, vômito, etc. Particularmente, devido aos valores relacionados à gestação, somado à corresponsabilidade pela política de redução da transmissão vertical do HIV, a entrega de resultados positivos a mulheres gestantes foi relatada como uma situação mais sensível e desgastante para boa parte dos entrevistados.

O apoio de um segundo aconselhador durante esses atendimentos foi descrito como um acordo tácito para colaborar na estabilização do usuário, mas, observamos que almeja-se o controle da situação como um todo. Quer dizer, nas observações foi possível perceber uma necessidade dos profissionais de preservar a imagem do CTA, através da contenção de expressões de tristeza ou raiva, associadas à entrega de resultados e às reclamações pela demora no processamento dos exames na sala de espera. Decerto, estas ações tem o intuito de evitar que os frequentadores da unidade de saúde, potenciais usuários ou curiosos desistam da testagem, pois no olhar de vários aconselhadores a procura espontânea pelo serviço representa o enfrentamento de múltiplos estigmas.

As trocas informais parecem representar o espaço mais próximo de reflexão grupal sobre as práticas e como os profissionais as experimentam. Além do eventual aproveitamento no plano técnico, aparentemente os encontros informais de equipe representam uma estratégia de proteção diante dos impactos afetivos e morais decorrentes do desempenho como aconselhador. Entretanto, as ações restauradoras referidas com maior frequência são o choro, o repouso e a procura por atenção psicológica individual. Inclusive foram colocadas reivindicações de estratégias institucionais para o cuidado da saúde mental enquanto trabalhadores da saúde:

*Tem uma hora em que o aconselhador cansa de ouvir histórias dos outros; a gente deveria ter duas férias por ano, tipo o pessoal de raio X, para nossa mente descansar. A gente está muito bombardeado, e ninguém vê isso. A colega Joana participou num projeto que quase pirou na maionese, esse projeto que era de usuário de drogas, porque você vem com uma carga muito grande de informação e muitas vezes não pode interferir naquilo e aquilo te angustia (Camila, farmacêutica).*

A despeito da invisibilidade e escassez de oportunidades na área da saúde para aprofundar na dimensão emocional das práticas (PAIVA, 2013), profissionais de um CTA que oferece estágios e treinamentos teórico-práticos, lembraram algumas reflexões acerca das situações de maior envolvimento. Tais situações foram ilustradas pelos casos de diagnóstico de crianças infectadas pelo HIV através da amamentação ou de demandas pela testagem em contextos de coerção ou ameaça de parceiros ou ex-parceiros sexuais. Contudo, eles insistem nos limites do “ensino” da expressão ou controle das emoções:

*Aqui falo isso com os aconselhadores: Tentar ajudar no máximo possível, acolher bem, ser muito humano, tentar tirar essa postura profissional, acolher naquele primeiro momento, mas tentar não levar para a nossa vida. Eu aprendi sozinha isso, até porque é na prática, não tem muito como ensinar, cada um tem seu jeito. (Joana, psicóloga)*

Em suma, a estabilização dos sentimentos de alegria e angústia dos usuários é vista pelos informantes como parte do papel do aconselhador. As estratégias de facilitação da expressão das emoções, suscitadas particularmente na entrega de resultados, informam as competências de ação destes agentes. Observamos que os sentimentos de frustração diante das situações de violação de direitos do usuário, somado a ausência de respostas estruturais e programáticas perante o diagnóstico positivo, integra o *habitus* dos profissionais. Apesar de sua relevância, tais capacidades não têm a mesma visibilidade e reconhecimento; elas revelam uma representação paradoxal do aconselhador como “agente racional”, condutor de um processo permeado significativamente por informações, relações e emoções que se entrelaçam de modo inextricável.

## **Considerações finais**

O objetivo deste texto foi desenvolver uma interpretação acerca das emoções suscitadas pela e na testagem e no aconselhamento, haja vista os simbolismos em torno à infecção pelo HIV e as IST. Tomamos como locus os CTA para elucidar os *saberes* e o *saber-fazer* de uma estratégia preventiva de longa e contínua trajetória na resposta à aids no Brasil. No que tange ao saber-fazer, identificamos que a expressão do usuário e a postura do profissional são aspectos da prática que definem os rumos das reflexões ou mensagens preventivas colocadas no diálogo aconselhador-usuário. Por exemplo, na entrega de resultados, emoções de extrema alegria ou angústia parecem balizar os modos como os aconselhadores induzem reflexões sobre os riscos, vulnerabilidades ou encaminhamentos.

A exploração das situações do cotidiano, bem como de quebra da rotina nos CTA, nos ajudou a compreender como e quais saberes de ação são mobilizados. A análise nos permitiu, portanto, verificar uma maneira de usar o conceito de *habitus profissional* com foco nas práticas de saúde. A competência linguística e outras socialmente relevantes, como o suporte emocional, fazem parte do senso prático na medida em que: “A competência não se reduz à capacidade propriamente linguística de engendrar um certo tipo de discurso, mas faz intervir o conjunto das propriedades constitutivas da personalidade social do locutor (em particular, todas as formas de capital das quais ele está investido)” (Bourdieu, 1983, p. 15).

As ações de suporte emocional do grupo são atravessadas pelo que Scheer (2012) define como “*práticas emocionais*”, isto é, modos de fazer e de dizer que se expressam e são vivenciados nos gestos, nos movimentos e na linguagem verbal. Como sinalizado pela autora, apesar do Bourdieu não ter discutido o lugar das emoções na teoria da ação, seus fundamentos epistemológicos são compatíveis com a compreensão do *habitus* como conhecimento corporificado. Assim, novos estudos podem explorar as maneiras em que as “práticas emocionais”, como geradoras e resultantes da ação, se articulam ou refletem outros elementos ou capacidades dos agentes; as quais, apesar de sua eficácia nas práticas de saúde, não têm a mesma visibilidade ou reconhecimento simbólico, quando comparado com o domínio dos discursos científicos.

Buscamos problematizar o valor singular atribuído à prática do aconselhamento em IST/HIV/aids no Brasil através do exame dos *saberes* consagrados nos documentos de referência, onde parece mais claro o investimento na operacionalização da perspectiva da vulnerabilidade. Observamos uma desconexão entre aspectos tidos apenas como individuais e sociais, onde o emocional diz respeito ao individual e particularmente “problemático”. Ao invés de compreender as emoções como uma dimensão paralela aos aspectos sociais e culturais, consideramos que o olhar da vulnerabilidade poderia abranger a emoção enquanto construto intersubjetivo e cultural. Ou seja, integrada às reflexões em torno aos aspectos individuais, sociais e programáticos que constroem a situação dos usuários.

Em outras palavras, reconhecer a origem da prática do aconselhamento nos saberes psicológicos e a relevância da atenção à dimensão psicossocial dos sujeitos nas ações preventivas (AYRES, 2000; AYRES *et al.*, 2010), não significa necessariamente restringir o emocional à esfera individual. Pelo contrário, impulsionar as reflexões em torno do que se pensa e se sente em relação às expressões da sexualidade, às relações de gênero, aos riscos percebidos nas relações sociais ou construídos através das narrativas das mídias e frisar o papel das emoções como motor do ativismo, quiçá aproxime mais o aconselhamento da racionalidade privilegiada por Pupo (2007), voltada para o sujeito e os limites e possibilidades de suas escolhas preventivas.

O exercício de comparação entre os saberes e práticas também trouxe à tona como as estratégias de condução da gramática emocional da interação dos profissionais, enquanto competência e, portanto capital simbólico, aparecem no discurso oficial de modo difuso em termos de “acolhimento” e “empatia”. É preciso reconhecer que estas experiências são significativas nas trajetórias dos aconselhadores e geradoras de reflexão nas equipes, talvez mais do que experiências que passam pelo domínio exclusivamente informativo ou cognitivo. Encontros que por sinal são concebidos nas diretrizes como estratégias de “reciclagem

periódica”. Ademais, devido às barreiras para a inserção de novas pessoas diagnosticadas nas unidades de assistência, os aconselhadores, enquanto agentes de prevenção e suporte emocional, relataram frustrações e sentimentos de desgaste.

Em convergência com a questão que motivou a organização do presente livro --, a problematização das mudanças nas estratégias de prevenção da aids e as contribuições das ciências humanas e sociais em saúde --, ressaltamos a importância de analisar os processos de construção dos saberes e práticas em prevenção tidas como consolidadas e em fase de implementação. Certamente, a emergência da Prevenção Combinada provoca reflexões em torno à mudança social e a produção de contradições e instiga o exame de tensões estruturantes do campo da saúde como o ‘saber e sentir’.

Estudos socioantropológicos sobre a dinâmica dos CTA têm focado principalmente na visão dos usuários. Mas, outros processos e atores relacionados à testagem do HIV, como gestores, formadores, aconselhadores de ONGs, ainda não têm sido explorados. Estes aspectos ganham relevância diante da iniciativa de descentralização da resposta à aids no país (ex. teste móvel, domiciliar e em ONGs), desenvolvida nos anos 2000, junto à recente diretriz denominada “Testar e Tratar”.<sup>30</sup> Assim, surgem questões relativas aos efeitos sociais e simbólicos da testagem para fins do início precoce da TARV, incluindo o plano da micropolítica das emoções; somado às possíveis mudanças nos discursos e nas estratégias preventivas já consolidadas como o aconselhamento.

Frente à trajetória dos aconselhadores como ‘agentes de prevenção’ e dos CTA como equipamento alternativo do SUS, desde sua implementação em 1990, cabe questionar os rumos da prática do aconselhamento na resposta brasileira a aids especialmente pelos processos de descentralização e diversificação da testagem em andamento. A redefinição do aconselhamento parece iminente frente às novas alternativas de prevenção, especialmente pela implementação da profilaxia pré exposição (PrEP) e pós exposição (PEP) como política pública de prevenção. Este panorama de transformação parece esboçar um modelo que podemos cunhar como de ‘prevenção baseada em evidências’, em detrimento de uma abordagem baseada ‘na emoção e na comunicação’. Tendo em vista a circulação recente das diretrizes para os CTA (Brasil, 2017), que enfatiza o apoio matricial,<sup>31</sup> como peça

<sup>30</sup> Diretriz que recomenda o início precoce da TARV entre adultos com HIV, independentemente do estágio clínico da infecção ou da contagem do CD4, respeitando o consentimento do usuário (ver Brasil, 2015).

<sup>31</sup> Campos e Domitti (2007) definem o matriciamento como uma estratégia de co-gestão entre os distintos níveis de atenção aos usuários que pela complexidade de sua situação de saúde requerem múltiplos cuidados. Apontam-se as vantagens e limites (estruturais, políticos, éticos, epistemológicos) perante a tradicional organização da referência dos usuários, na qual os fluxos de atendimento tendem a ser hierarquizados e fragmentares devido à organização da assistência por especialidades. Em suma, a estratégia de apoio matricial e equipe de referência tem como

chave para a organização e capilarização das ditas “*novas tecnologias*”, os aconselhadores estão sendo chamados a articular velhos *habitus* e novas práticas em torno à articulação entre ‘tecnologias leves’ e ‘tecnologias duras’.

---

vantagem a maximização de recursos e a pactuação de programas terapêuticos a fim de evitar a duplicação de esforços ou a geração de iatrogenias. Então propõe-se potenciar os benefícios do seguimento de casos complexos a partir do diálogo interdisciplinar.

## Referências

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? (Debate). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

\_\_\_\_\_. Debate da apresentação Políticas de prevenção e estratégias adotadas no país. In: PIMENTA, M.C; RAXACH, J.C; TERTO JR, V. *Aprimorando o debate II: respostas frente à aids no Brasil. Anais do Seminário Prevenção das DSTs/aids: novos desafios*. Rio de Janeiro: ABIA, 2010.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G; SALETTI, H. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. ET AL. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 375-417.

AGUIAR, A.C.; RIBEIRO, E.C.O. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. *Revista Bras. Educ. Médica*, Brasília, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

ARAÚJO, C.L.F.M.; CAMARGO JR, K.R. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e práticas*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.

ARAÚJO, C.L.F.M. A prática de aconselhamento em DST/aids e a integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2003. p.145-68.

BIEHL, J.; COUTINHO, D.; OUTEIRO, A.L.. Technology and Affect: HIV/aids Testing in Brazil. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Estados Unidos, v. 25, n. 1, p. 87-129, 2001.

BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BOURDIEU, P. A economia das trocas linguísticas. In: ORTIZ, R. *Bourdieu – Sociologia*. São Paulo: Ática. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39), 1983. p. 156-183.

\_\_\_\_\_. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Trad: MARIZA CORREA. 1ª Ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

FERNANDES, N. *Vulnerabilidade ao HIV/aids entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz*. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica)-Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

FERRETTI, C.J. Resenha do livro: A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação? *Educ. Soc.*, Campinas, v. 23, n. 81, p. 299-306, 2002.

FILGUEIRAS, S.; DESLANDES, S. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 2, pp. S121-S131, 1999.

LYON, M.L.; BARBALET, J. Society's Body: Emotion and the 'Somatization' of Social Theory. In: CSORDAS, T.J. *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p. 48-66.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aconselhamento em DST, HIV e aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Coordenação Nacional de DST e aids. 2ª ed. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. *Manual de treinamento em aconselhamento em DST, HIV e aids*. Coordenação Nacional de DST e aids. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*./Coordenação Nacional de DST e aids. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Diretrizes para o aconselhamento em DST/aids, 2010. Disponível em: [http://www.aids.go.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao\\_oficina\\_acs.pdf](http://www.aids.go.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao_oficina_acs.pdf).

\_\_\_\_\_. *Manual simplificado em aconselhamento em DST/HIV/aids para a Atenção Básica*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/aids para a Atenção Básica. Série Manuais n° 66*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA*. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes para o aconselhamento em DST/aids*. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos*. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA*. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/aids*. Brasília, 2017. <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/organizacao-dos-servicos/diretrizes-nacionais-de-prevencao-combinada-em-hiv-aids>  
Acesso: 27.01.2018

MONTEIRO, S.; BRANDÃO, E.; VARGAS, E., ET AL. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 137-146, 2014.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C. O. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1145-1156, 2015.

MORA, C. *Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/aids*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014.

MORENO, D.M.F.C. Aconselhamento para revelação de resultado de HIV [mimeo]. In: *Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos*. São Paulo: NEPAIDS, 2010.

PAIVA, V. A dimensão psicossocial do cuidado. In: Paiva, V.; Calazans, G.; Segurado, A. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro 2. 1ª Ed. São Paulo: Juruá, 2013, p. 41-72.

PERRENOUD, P. *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação. Perspectivas sociológicas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.

\_\_\_\_\_. *A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PUPPO, L.R. *Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PUPO, L.R.; AYRES, J.R.C.M. Contribuições e Limites do Uso da Abordagem Centrada na Pessoa para a Fundamentação Teórica do Aconselhamento em DST/aids. *Temas em Psicologia*, Riberão Preto, v. 21, n. 3, p. 1089-1106, 2013.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1067-1078, 2004.

REZENDE, C.; COELHO, C. *Antropologia das emoções*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: FGV editora, 2010.

REDDY, W. *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

SCHEER, M. Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion. *History and Theory*, Estados Unidos, v. 51, n. 2, p. 193-220, 2012.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D.; NATIVIDADE, C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1536-1544, 2008.

# **SAÚDE PÚBLICA, PSICOLOGIA E HIV/aids**



**Jenny Milner Moskovic**

## **A psicologia no campo da saúde pública**

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) demarcou uma importante revisão de modelos epistemológicos e metodológicos no campo da saúde, que passou a ser abordada como uma questão integral, interdisciplinar, plural e coletiva. O psicólogo, historicamente alienado da realidade social, voltado para atendimentos no setor privado, cujas práticas, até então, se caracterizavam por uma perspectiva universal-essencialista, viu-se obrigado a revisar sua concepção de subjetividade e suas representações de saúde-doença, indo em busca de novos recursos teórico-técnicos, mais adequados para as ações de assistência pública à saúde (POUBEL, 2014).

No campo da saúde, houve um gradativo rompimento da hegemonia do Modelo Biomédico, que aos poucos vem sendo substituído pelo Modelo Biopsicossocial-Espiritual, que parte de uma visão de ser humano integral e considera a doença como um fenômeno psicossocial e coletivo, resultante de um processo multifatorial. Os indivíduos, que até então eram tratados como seres abstratos, a-históricos e desvinculados do seu contexto social, assumem um papel mais ativo, na medida em que a compreensão do discurso de uma dada sociedade sobre a enfermidade e os enfermos passa a ser valorizado (SPINK, 2003).

Os desafios enfrentados nos diversos segmentos e áreas de atuação exigiram que a Psicologia passasse, então, a considerar as dimensões culturais, históricas e políticas dos comportamentos e a se envolver em questões relacionadas ao campo da Saúde Coletiva, passando a atuar de forma mais integrada aos demais profissionais de saúde e à comunidade (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

A tarefa de construir uma Psicologia alinhada à Saúde Coletiva tem exigido do psicólogo o desafio da criação de novas práticas, que considerem: como a articulação entre corpo e subjetividade se expressa nas doenças; como o usuário do sistema de saúde se constitui como sujeito histórico, apropriando-se das suas determinações; como processos corporais são

criados e significados pelo sujeito ao mesmo tempo em que expressam o processo coletivo, social e cultural; os usuários como parceiros em um processo de construção da realidade e das subjetividades; e a instituição de saúde como uma instituição social que responde a demandas e interesses de grupos da sociedade (CREPOP, 2008).

A escuta dos profissionais da Psicologia no campo da Saúde Coletiva não mais se esgota nas falas dos sujeitos atendidos, mas requer, também, um olhar sobre as questões presentes na sociedade mais ampla, incluindo as relações familiares e as redes sociais. O trabalho é alinhado com a diretriz da Clínica Ampliada, que possibilita que o psicólogo perceba o usuário a partir de sua singularidade e integralidade e que passe a lidar não apenas com sua interioridade psicológica, mas também com a rede de subjetividade que o envolve (CHIAVERINI, 2011).

A diretriz da Clínica Ampliada foi introduzida em 2003, juntamente com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Esta diretriz contribuiu para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que leva em conta a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo a superação da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde. Parte-se do reconhecimento de que os saberes e as tecnologias empregadas pelos profissionais de saúde possuem limitações, o que torna essencial a intersectorialidade (BRASIL, 2009). Além disso, tendo em vista a superação da distinção entre casos orgânicos, emocionais e sociais, foi possível vislumbrar que os doentes orgânicos vivem experiências emocionais de marcado sofrimento e, a partir desta perspectiva, a atuação da Psicologia no campo da Saúde Pública passa a ganhar maior relevância junto a estes pacientes (MENCARELLI; AIELLO-VAISBERG, 2012).

Diferentemente da Psicologia Clínica tradicional, na Psicologia da Saúde, os indivíduos atendidos apresentam um problema relacionado à saúde física e não obrigatoriamente tem um distúrbio psicológico, e os aspectos emocionais/comportamentais presentes podem ser causa ou consequência do problema orgânico. Segundo Gorayeb (2010), é fundamental que, nesta perspectiva, o psicólogo tenha conhecimento sobre: os fatores culturais, psicológicos e emocionais predisponentes às doenças; a epidemiologia e fatores psicossociais de risco para as mesmas; e o contexto onde vai desenvolver suas atividades (hospital, ambulatório, posto de saúde, comunidade, etc) O autor ressalta, também, a importância de seu conhecimento sobre outras áreas da saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, etc.), tendo em vista que seu trabalho se desenvolve essencialmente junto a equipes multiprofissionais.

O progresso da Ciência tem favorecido significativamente o desenvolvimento de regimes terapêuticos para recuperação da saúde, modificando a expectativa de vida para pacientes que antigamente não contavam com nenhum recurso diante de uma doença incurável.

A introdução de novas tecnologias mudou o panorama destas doenças, que passaram a ser crônicas, ou seja, doenças incuráveis, porém controláveis. Tais doenças produzem alterações psicológicas que requerem um longo processo de reabilitação, controle e cuidados. A Psicologia contribui para ajudar estes pacientes a manter o equilíbrio, ajudá-los a diminuir seu sofrimento e encorajá-los a criar possibilidades para seu enfrentamento (MOSKOVICS, 2008).

## **Psicologia e HIV/aids**

A aids não é uma doença crônica como outra qualquer: é uma doença comportamental, fortemente influenciada por complexos fatores psicossociais, dos quais decorrem experiências singulares para quem vive com HIV/aids. Diferentemente da maioria das doenças crônicas, tem sua origem numa infecção que é transmissível por via sexual ou sanguínea e as Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) ainda são vistas como irresponsáveis, como portadoras de vergonha para a família e para a comunidade (MOSKOVICS, 2008).

Os inúmeros avanços no campo da prevenção e assistência às ISTs/HIV/aids, que possibilitaram a ampliação da oferta e do diagnóstico, o acesso ao tratamento, a diminuição nas taxas de transmissão vertical, assim como a redução da morbimortalidade, aumentaram a expectativa de vida das PVHA. O desafio passou a ser a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e, notadamente, a qualidade de sua saúde mental. Infelizmente, apesar de todos estes avanços na área biomédica, ainda não se conseguiu (des) construir preconceitos relacionados a “grupos de risco”, percepções e valorações éticas, morais e religiosas baseadas nas antigas metáforas da doença, que relacionam a aids com transgressão (BRASIL, 2012).

Como já exposto anteriormente, a dimensão subjetiva está presente em todas as situações de saúde, mas, neste campo, é particularmente significativa, o que demanda da Psicologia uma atuação muito relevante, tanto no campo da prevenção quanto no da assistência a quem vive com HIV/aids. Por tal razão, desde o início, as políticas públicas no campo da aids incluíram a atuação de psicólogos nas equipes multidisciplinares, tanto na formulação das políticas e programas quanto na execução de suas ações.

No documento publicado pelo Conselho Federal de Psicologia, que apresenta as referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) em serviços de DST/aids, o CREPOP (2008) ressalta seu importante papel na defesa dos direitos humanos. Propõe que, no cotidiano de seu trabalho, trabalhe em prol da eliminação do estigma, preconceito e discriminação, respeitando o direito das PVHA de ter acesso a informações sobre sua saúde, promovendo a reprodução assistida, assim como estimulando a autonomia e a participação ativa do cuidado de si mesmo.

No campo da aids, é fundamental que a Psicologia colabore não apenas com seu olhar voltado às subjetividades, mas também com a abertura de espaço para questionamentos e análises críticas acerca das estratégias políticas e governamentais. Segundo Perucchi et al. (2011), o psicólogo não precisa se restringir à assistência, já que tem ferramentas importantes para consolidar seu posicionamento crítico e político, problematizando e propondo estratégias governamentais que ultrapassem discursos de culpabilização e preconceito e que de fato garantam direitos integrais. Os autores propõem a prática de uma Psicologia que se preocupa com o coletivo e assume papel propositivo na área da saúde.

Mas, segundo o CREPOP (2008), para que isto aconteça, faz-se necessária uma mudança do perfil profissional da Psicologia, que precisa se tornar socialmente comprometido e engajado na causa das PVHA e, numa perspectiva ampliada do processo saúde/doença, deverá promover a capacidade de intervenção transformadora pessoal e coletiva dos sujeitos sobre a vida cotidiana.

### **Práticas profissionais da Psicologia no campo do HIV/aids**

A abordagem adotada desde o início pela resposta brasileira ao HIV/aids tem sido a conjugação de ações integrais de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde das pessoas em relação ao vírus HIV.

A atuação do psicólogo tem contemplado uma diversidade de ações e práticas, que vão desde o campo da prevenção e promoção da saúde, até o campo da assistência, sem esquecer de sua vasta colaboração no campo da pesquisa científica. Estas ações são desenvolvidas junto a equipes multiprofissionais nas quais está inserido, de forma integrada e interdisciplinar.

Nos anos 80, as ações de prevenção estavam focadas nas pessoas consideradas de maior risco (grupos de risco) e, posteriormente, na necessidade de mudanças de comportamento na população geral (comportamento de risco). Foi nos anos 90 que a questão da prevenção foi deslocada do comportamento individual para as vulnerabilidades sociais, culturais e econômicas, o que permitiu a discussão sobre os direitos humanos e a saúde e a responsabilização do governo e da sociedade como um todo (GAVIGAN et al., 2015).

O paradigma da vulnerabilidade considera os componentes individual, social e institucional ou programático envolvidos de forma articulada na maneira como o indivíduo lida com a sua saúde, acarretando a maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger do adoecimento. Assim, as causas das doenças não são meramente individuais, mas também sociais e políticas (AYRES et al., 2003).

A educação em saúde, tal como proposto pelo paradigma da vulnerabilidade, não pode ser pensada como estratégia de aliciamento,

que define comportamentos corretos para os demais, mas de criação de oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais (MEYER et al., 2006). Os referenciais da Psicologia Social, assim como da Psicologia da Saúde, tem possibilitado que o psicólogo se constitua num grande colaborador. Isto ocorre, em especial, nas ações de educação em saúde, na medida em que incorpora aos projetos educativos em saúde o conjunto de dimensões envolvido no processo saúde-doença, considerando sua complexidade e suas mútuas interferências. Assim, a promoção de saúde visa ao estímulo da autonomia do próprio usuário, através do “empoderamento” da comunidade e da valorização de suas experiências de vida com vistas ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis (CREPOP, 2008).

Altman (1995) entende que a aids requer mobilização da comunidade em função da proximidade e, também, da necessidade de diversificar as formas de intervenção junto às populações atingidas e/ou vulneráveis. Para tanto, segundo o autor, são imprescindíveis os recursos provenientes do desenvolvimento comunitário, a partir das necessidades das próprias comunidades. É notória a importância dos movimentos sociais organizados que, como a própria história da epidemia demonstra, são agentes privilegiados das mudanças estruturais necessárias para que os recursos disponíveis para o controle da infecção e da doença sejam adequadamente empregados. De acordo com Mann (1993), programas com abordagens não-restritas ao HIV são cada vez mais sustentáveis, atentando-nos para os fatores estruturais relacionados à vulnerabilidade e ao impacto do HIV com o “empoderamento” das comunidades.

A partir desta perspectiva, Altman (1995) sugere que, para o enfrentamento dessa síndrome, é necessária uma mobilização comunitária bem construída e tecida no sentido de garantir espaço para a educação e prevenção, abrindo oportunidade para a mudança de hábitos, posturas e atitudes. E, portanto, difundir a informação de forma que ela seja inteligível para aqueles que, de alguma forma, têm maior vulnerabilidade, constitui-se no maior desafio das intervenções com vistas à redução da infecção pelo HIV.

O psicólogo, juntamente com a equipe multiprofissional, pode colaborar para a promoção de habilidades e instrumentos que tornem os indivíduos mais aptos para escolhas de comportamentos, atitudes e relacionamentos interpessoais produtores de saúde. Isto se dá através do reforço das redes de apoio social e da criação de ambientes favoráveis à saúde, a partir do conhecimento da situação de saúde dos indivíduos e de suas famílias e da implementação de abordagens dirigidas para a construção de modos de vida mais saudáveis. Mas cabe salientar que uma estratégia de redução de vulnerabilidade não pode estar restrita apenas ao campo da saúde. Deve ocorrer a intersetorialidade da intervenção, incluindo os âmbitos da saúde, da educação e do bem-estar social. (AYRES et al., 2003).

No que diz respeito à metodologia empregada nestas abordagens, é necessário pensarmos nos processos educativos não como mediadores daquilo que se deseja ensinar ou como “bens de consumo”, e sim, como “construtores de indivíduos”. Dessa forma, segundo Seffner (2002), as ações na área da promoção e prevenção dirigidas às IST/aids devem ter como paradigma uma abordagem da saúde que dê ênfase à melhoria da qualidade de vida das pessoas e aos direitos de cidadania, participação e controle social, o que ultrapassa a noção de educação como simples transmissão de conhecimentos.

A educação de pares através de oficinas tem se constituído numa excelente forma de otimização da promoção da saúde. Neste tipo de ação, o uso de uma metodologia participativa e problematizadora tem se mostrado muito favorável, na medida em que a ênfase centra-se muito mais na sensibilização quanto à temática do que na simples “transmissão de conhecimentos”. Parte-se das próprias experiências e conhecimentos dos participantes e destes para a discussão, conscientização e ressignificação, buscando facilitar os processos de reflexão, de ensino-aprendizagem e de sensibilização e estabelecer vínculos de afetividade e respeito entre os mesmos. Para tanto, costumam ser empregados técnicas, jogos e dinâmicas de grupo, que facilitem aos participantes a vivência de sentimentos e percepções sobre os temas abordados, possibilitando, assim, a reflexão para possíveis mudanças. Através das técnicas grupais, os participantes passam a se implicar na problemática da aids e, a partir disto, pensar nas possíveis soluções. Os temas são desenvolvidos de tal modo que os participantes possam compreender as informações e saber como repassá-las a seus pares. Ou seja, as técnicas contêm, além do conteúdo, o próprio modo de abordá-lo. (SILVA, 2002; MOSKOVICS e CALVETTI, 2008 ).

Além destas ações de ações de prevenção primária junto à comunidade, tais como palestras, oficinas e treinamentos, o psicólogo também desenvolve ações de prevenção secundária, direcionadas a PVHA, em especial, através da escuta psicológica, do aconselhamento e da psicoterapia, e de prevenção terciária. Neste campo, suas ações envolvem intervenções na comunidade para enfrentamento do preconceito e discriminação, a reabilitação psicossocial das PVHA, com vistas à sua reinserção no mercado ou na comunidade, no atendimento a famílias e comunicantes e na construção de rede de apoio social. São ações que visam a evitar a fragilização emocional do sujeito no seu mundo de relações e fora dele (CREPOP, 2008).

Atualmente, o psicólogo é chamado a se inserir no novo paradigma da “Prevenção Combinada do HIV”, que surgiu em resposta aos elevados índices epidemiológicos que permanecem em alguns estratos populacionais específicos e à grande fragmentação e escassa articulação entre ações e programas. Em 2010, a UNAIDS manifestou a importância de se reduzir esses índices, através do aprimoramento de estratégias de prevenção do

HIV que levem em consideração o acúmulo teórico recente e as novas tecnologias de prevenção surgidas nos últimos anos, em especial aquelas estruturadas a partir do uso de antirretrovirais (ARV). Desta forma, esse conjunto de tecnologias, quando conjugado e combinado com intervenções de prevenção já consagradas na resposta ao HIV/aids, serve de fundamento para este modelo mais recente de prevenção (UNAIDS, 2010).

A Prevenção Combinada é destinada prioritariamente às chamadas *populações-chave* (homens que fazem sexo com homens, trabalhadores sexuais, pessoas trans, pessoas que usam drogas e pessoas privadas de liberdade). Estas populações apresentam maiores taxas de prevalência de infecção do HIV quando comparadas à taxa observada na população em geral e, portanto, possuem vulnerabilidade e riscos acrescidos de infecção pelo HIV. Consiste em intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, combinadas de acordo com suas necessidades, especificidades e formas de transmissão do vírus. Quando utilizadas em combinação, estas intervenções podem oferecer mais proteção do que qualquer intervenção isolada (BRASIL, 2017).

As intervenções biomédicas consistem em ações voltadas à redução do risco de exposição mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção. Utilizam-se métodos de barreira física ao vírus (preservativos masculino e feminino) e métodos baseados no uso de antirretrovirais (ARVs) (BRASIL, 2017).

Pinheiro, Calazans e Ayres (2013), realizaram um levantamento da produção acadêmica a respeito do uso da *camisinha* como método de prevenção de HIV/aids no Brasil, com base em artigos publicados em periódicos científicos entre 2007 e 2011 e indexados na Biblioteca Virtual de Saúde. Nos 38 artigos encontrados, em síntese, apareceram dados tais como: percepção de que a utilização da *camisinha* diminui o prazer e a satisfação sexual, em especial entre pessoas do gênero masculino; associação entre intimidade e relaxamento no uso de *camisinha*; dificuldade das mulheres de negociarem esse uso com os parceiros; desconhecimento em relação à *camisinha* feminina e desconforto ou estranhamento em relação ao seu uso; e barreiras no acesso a preservativos por parte das pessoas privadas de liberdade.

Embora o uso de preservativos consista numa intervenção biomédica, há inegáveis fatores comportamentais envolvidos, por isso, chama a atenção que, nesta análise de 38 artigos, os autores encontraram uma grande concentração de publicações na área da Saúde Pública e Enfermagem, porém, na da Psicologia, encontraram apenas 01 artigo abordando este tema. E por isso, os autores questionam a razão pela qual os psicólogos que pesquisam e estudam a prevenção de IST/aids têm buscado ou encontrado mais espaço em periódicos de outras áreas (PINHEIRO, CALAZANS e AYRES, 2013).

De qualquer forma, a *camisinha*, disponibilizada em toda a rede de saúde, continua sendo uma importante estratégia de prevenção às

IST/aids e seu uso precisa ser incentivado, no contexto da Prevenção Combinada do HIV, em associação a outras medidas de prevenção. Para tanto, é fundamental não apenas facilitar seu acesso juntamente com o gel lubrificante, mas também apresentá-la como ferramenta de exercício dos direitos sexuais das pessoas e procurar erotizá-la, para que não acabe se constituindo em “remédio amargo”, que precisa ser tolerado. A Psicologia pode ter uma grande contribuição neste sentido, assim como no combate ao discurso higienista “*Se você não levar uma vida sexual adequada, vai ficar doente*” e à hegemonia médica, que não leva em conta os diferentes estilos de vida dos indivíduos. É evidente que há indivíduos que dificilmente se adaptam ao uso de preservativo e, portanto, a insistência no seu uso acaba se tornando um discurso desprovido de sentido. Para estas pessoas que não fazem uso consistente e regular de preservativos, ou simplesmente nunca usam, é importante se pensar em métodos baseados em ARVs.

Em 2016, 25% das pessoas diagnosticadas como positivas para HIV, tiveram na primeira avaliação de sua imunidade, através da contagem de LT-CD4, um valor inferior a 200 céls/mm<sup>3</sup>, o que caracteriza um diagnóstico tardio. Estes dados levaram o Ministério da Saúde ao desenvolvimento de estratégias para ampliar cada vez mais a oferta de testagem para a população em geral, mas, especialmente para as populações chaves e prioritárias (em especial, os jovens). A testagem tem sido implementada tanto nos equipamentos do SUS como por meio de abordagens extramuros, não apenas para HIV, como também para outras ISTs, como hepatites B e C e sífilis (BRASIL, 2017).

A estratégia “Testar e Tratar”, adotada pelo Ministério da Saúde desde 2013, atende à Meta 90/90/90 da UNAIDS, a qual preconiza que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus, 90% das diagnosticadas receberão terapia antirretroviral ininterruptamente, 90% das quais terão supressão viral (BRASIL, 2017). Esta realidade levou à oferta de testagem rápida sistemática junto aos serviços de atenção primária territorializados, em eventos itinerantes extra-muros e, mais recentemente, à disponibilização de auto-testagem nas farmácias comerciais. Até então, a testagem para o HIV era disponibilizada apenas em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), que visam à disponibilização de testagem voluntária (BRASIL, 2017).

Em relação à passagem do modelo exclusivo de testagem voluntária para o de testagem sistemática, vale levantar algumas preocupações, que são da maior importância. Se por um lado, a ampliação da oferta de testagem seja fundamental, tendo em vista a realidade da epidemia, por outro lado, a normalização da testagem pode acabar acarretando importantes prejuízos em relação aos direitos humanos, considerando a realidade do estigma e discriminação ainda reproduzidos no contexto dos serviços de saúde (MORA CÁRDENAS, MONTEIRO, MOREIRA, 2014).

Não raras vezes, as pessoas optam por se testar em CTAs, longe do seu território, desconfiadas da confidencialidade dos serviços de atenção primária e temendo sua exposição. Além disso, as equipes destes serviços muitas vezes banalizam a testagem, carecem de preparo técnico adequado, em especial quanto ao aconselhamento, e, frequentemente, manifestam uma grande ansiedade em relação aos resultados reagentes para HIV. Infelizmente, as capacitações destas equipes priorizam os aspectos técnicos da testagem rápida (execução da punção e interpretação do resultado), em detrimento da abordagem sociocultural da sexualidade, que inclui as relações de gênero, a diversidade e as trajetórias sexuais. Isto pode repercutir significativamente nos aspectos éticos envolvidos na testagem e nos aspectos morais implícitos no aconselhamento, que, na maior parte das vezes, infelizmente, nem acontece (MORA CÁRDENAS, MONTEIRO, MOREIRA, 2014).

Ainda em relação à Meta 90/90/90, vale referir o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), preconizado pelo Ministério da Saúde, como estratégia biomédica da Prevenção Combinada. Esta estratégia parte da premissa de que pessoas com carga viral baixa ou indetectável apresentam reduzida capacidade de transmissão do vírus e, portanto, quanto maior quantidade de pessoas infectadas pelo HIV em tratamento para reduzir a transmissão do HIV, mais reduzida será a carga viral comunitária. Por esta razão, além do estímulo à universalização do acesso à testagem do HIV, é preconizado o tratamento imediato de todos os indivíduos infectados pelo vírus. Assim, independentemente de seu estado imunológico, todas as pessoas infectadas pelo HIV iniciam a terapia antirretroviral (TARV) logo que diagnosticadas (BRASIL, 2017). O grande desafio, então, passa a ser a retenção dos pacientes aos serviços e sua adesão ao tratamento.

Uma adequada revelação de resultado positivo ao paciente, acompanhada de acolhimento e aconselhamento, que lhe proporcione o esclarecimento de suas dúvidas em relação ao HIV/aids e seu tratamento, mas também o apoio emocional que precisa, é fundamental para o enfrentamento deste tratamento, assim como para sua adesão. É necessário, neste momento, permitir ao paciente o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, em especial os que associam HIV/aids com culpa, punição, rejeição, morte e outros. E isto é possível graças ao vínculo de confiança e à qualidade do acolhimento, que inclui a disponibilidade de atendê-lo toda vez que sentir necessidade, até se efetivar seu encaminhamento ao serviço de saúde que será encarregado do seu tratamento.

O atendimento a quem vive com HIV deve ser realizado de forma interdisciplinar, tendo em vista que a aids é um objeto complexo, que exige a participação de distintos saberes oriundos de diferentes especialidades clínicas, assim como de outros campos, como a psicologia, a pedagogia e a economia (VILELLA, 2003). O psicólogo exerce um papel fundamental,

podendo tomar como base referenciais da Psicologia da Saúde, que oferece variados modelos teóricos sobre adesão ao tratamento. Estes modelos teóricos têm sido utilizados, principalmente, para compreender a variabilidade de comportamentos que caracterizam a adesão e a forma como os serviços de saúde abordam a questão (MOSKOVICS, 2008).

De forma semelhante às doenças crônicas em geral, há fatores que parecem influenciar a adesão ao tratamento da aids. Porém, parece fundamental que se leve em consideração o fator estigma que ainda atravessa a aids e que a diferencia significativamente das demais doenças crônicas, acarretando consequências na auto-imagem dos pacientes, na forma como a sociedade os encara e como o sistema de saúde se organiza para seu atendimento. As pessoas que vivem com HIV tendem ao isolamento social, o que muitas vezes as impede de ter acesso ao tratamento e aos cuidados médicos na comunidade em que vivem, e isto não pode deixar de ser levado em consideração quando se fala em adesão à TARV (MOSKOVICS, 2008).

As equipes de saúde precisam ser treinadas para respeitar a singularidade de cada pessoa em atendimento, para o desenvolvimento de sua empatia, bem como para o combate aos seus próprios preconceitos, que dificultam o estabelecimento de uma aliança terapêutica com os pacientes. A construção desta aliança inclui o afeto, a confiança, a cumplicidade e uma postura de diálogo não-autoritária, a partir da qual os profissionais conseguem mostrar-lhe as vantagens de tomar medicação, prestar-lhe esclarecimentos sobre os efeitos colaterais, porém, sempre aceitando seu próprio ritmo e suas dificuldades no enfrentamento do tratamento (PAIVA et al., 2000; WHO, 2003).

O discurso da adesão não deveria se caracterizar como manifestação da ideologia médica a serviço do controle das pessoas em tratamento, que ignora e trata como desviante qualquer prática que entre em contradição com suas expectativas. Os pacientes não podem ser individualmente responsabilizados pelo não-seguimento da medicação. Eles não são apenas corpos e o vírus HIV não é apenas um agente infeccioso. São elementos permeados por significados simbólicos que precisam ser decifrados e são da esfera da singularidade de cada um destes pacientes. Adentrar naquilo que de mais único e singular seja para cada um deles parece ser o primeiro passo para estabelecer um laço de cuidado genuíno, para muito além da formalidade dos protocolos assistenciais, em prol da promoção da saúde e da vida destas pessoas (MOSKOVICS, 2008).

Para Seffner (2002), de nada adianta o repasse dos consensos de como medicar os pacientes e os modelos de como se comportar, que os colocam na posição de clientes consumidores de serviços e produtos (medicação e preservativos) e objetos da manipulação clínica. É fundamental incorporar a visão de sujeitos de adesão (ao preservativo ou à medicação), de agentes e sujeitos de suas ações, de indivíduos cidadãos que se percebem fazendo

parte de um contexto maior, sobre o qual exercem influência. Da mesma forma, extremamente produtivas as discussões interdisciplinares de casos, a partir das quais se constroem Projetos Terapêuticos Singulares, onde a grande protagonista é a pessoa em tratamento. Não apenas os médicos, mas todos os profissionais da equipe contribuem desde suas áreas de conhecimento e suas intervenções (CHIAVERNI, 2011).

A adesão é fundamental para o sucesso da TARV e seu monitoramento tem sido preconizado pelo Ministério da Saúde, tendo se constituído num grande desafio para os serviços de saúde. Cada serviço tem construído diferentes modelos e estratégias de monitoramento, adequadas à realidade da população que atende e de acordo com sua configuração. Polejack e Seidl (2010) ressaltam que o monitoramento deve ser utilizado como um recurso de ajuda ao paciente e não como uma forma de culpá-lo pelas dificuldades de adesão. Independente do modelo adotado, ele precisa ser utilizado como uma estratégia de apoio ao paciente, de identificação de suas dificuldades e consequente planejamento de intervenções de acordo com suas necessidades e demandas.

A responsabilidade do monitoramento da adesão é da equipe multiprofissional e ela não pode ser centrada apenas nos aspectos biomédicos. Na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) devem ser analisadas questões relativas à territorialidade, acessibilidade às consultas médicas, a regularidade da retirada de medicação e de frequência a consultas e exames, as comorbidades e as vulnerabilidades. Em ações de monitoramento, tem sido evidente a grande influência de fatores psicossociais na adesão ao tratamento, em especial, as condições sócio-econômicas, os transtornos psicológicos e a dependência química.

A partir das questões analisadas no PTS, podem ser planejadas ações específicas para o paciente, tais como: liberação diferenciada de ARVs, flexibilização do agendamento das consultas, encaminhamentos para aconselhamento, psicoterapia ou grupos de mútua-ajuda, ou para outros serviços da rede de saúde ou intersetoriais, tais como CAPS, CRAS, CREAS. Além disso, o monitoramento pode colaborar na avaliação do próprio serviço de saúde, que pode optar por introduzir modificações, por exemplo, na sistemática de agendamento de consultas, ou potencializar espaços grupais para fortalecer a adesão.

As mais recentes e, portanto, menos utilizadas abordagens biomédicas da Prevenção Combinadas são a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) e a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição).

A PEP está disponível no SUS desde 2010 para toda a população, porém grande parte dos brasileiros e profissionais de saúde não conhece esta estratégia. Consiste no uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus. Trata-se de uma urgência médica, devendo ser iniciada o mais rápido possível, no máximo, em até 72 horas após a exposição. A duração da PEP é de 28 dias e a pessoa deve ser acompanhada por Ambulatórios de HIV ou Pronto Atendimento (BRASIL, 2017).

Esta abordagem ainda sofre julgamento moral por parte dos profissionais de saúde, que consideram um absurdo o gasto com antirretrovirais com pessoas que se expõem sexualmente. Questiona-se, inclusive, se a PEP não pode acabar levando à incitação do não uso do preservativo. Porém, não se pode negar que a PEP possui um potencial de atrair para a rede de saúde população que não buscaria atendimento. Muitas pessoas que tiveram exposição ao vírus há menos de 72h procuram os serviços para testagem, mas acabam utilizando a PEP e vice-versa, pois há pessoas que vão em busca de PEP, mas na testagem prévia ao uso da medicação, acabam se descobrindo infectadas. São possibilidades que, de uma forma ou de outra, acabam possibilitando a prevenção primária (pela redução do risco de infecção) ou secundária (graças ao diagnóstico precoce da infecção).

A PrEP encontra-se disponível em 36 serviços especializados em HIV/aids do SUS, em 22 cidades brasileiras, desde dezembro de 2017, para as pessoas mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV: homens que fazem sexo com homens (HSH), gays, travestis e transexuais, trabalhadores e trabalhadoras do sexo e casais sorodiferentes. É uma estratégia de prevenção que envolve a utilização de medicação antirretroviral de forma permanente, por pessoas não infectadas, para reduzir o risco de aquisição do HIV através de relações sexuais. O monitoramento trimestral (mensal nos três primeiros meses) pelo serviço de saúde envolve consultas de enfermagem, psicologia, médica e exames laboratoriais (BRASIL, 2017).

Assim como em relação à PEP, existe uma preocupação em relação à possibilidade da PrEP acabar estimulando o não uso do preservativo e, conseqüentemente, uma maior incidência de ISTs, porém, evidências já comprovaram que a PrEP é uma estratégia eficaz, com mais de 90% de redução da transmissão e sem nenhuma evidência de compensação de risco. Nos estudos já desenvolvidos, pessoas que usaram PrEP não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras ISTs e, além disso, tiveram maiores taxas de uso consistente de preservativo (UNAIDS, 2018).

Embora seja uma experiência ainda muito recente, percebe-se que o acompanhamento sistemático das pessoas em uso de PrEP tem possibilitado não apenas seu acesso contínuo a preservativos, lubrificantes e vacinação, mas também oportunizado a discussão de suas práticas sexuais com os profissionais de saúde. Algumas destas pessoas, inclusive, acabam usando a medicação durante algum tempo, optando, posteriormente, por outros métodos. A maior procura tem sido por HSH e casais sorodiferentes. Travestis e transexuais e trabalhadores e trabalhadoras do sexo tem procurado a PrEP em número muito menor, o que pode levar inevitavelmente à reflexão sobre as dificuldades de acesso destas populações aos serviços de saúde, em relação as quais tanto os gestores quanto os próprios serviços são responsáveis.

Pode-se considerar que estas intervenções tem uma enorme repercussão na vida sexual e afetiva das PVHA. Uma das grandes

preocupações de quem vive com HIV é como enfrentar o risco de sua transmissão aos parceiros sexuais, o que leva muitas destas pessoas a abrir mão desta parte importante da vida, ao isolamento e ao sofrimento psíquico. A negociação e o uso consistente do preservativo é bastante difícil, além do receio de acidentes, como rompimento de preservativos. O fato de contarem com sua carga viral indetectável, a possibilidade da PEP, em casos de não uso ou rompimento de preservativo, ou mesmo do uso contínuo de antirretrovirais por parte dos seus parceiros tem sido muito tranquilizador, tanto para as PVHA quanto para quem se relaciona sexualmente com elas.

As abordagens biomédicas (preservativos, testagem, TTP, PEP e PrEP) não devem ser utilizadas de forma isolada, portanto, é fundamental propiciar um espaço personalizado que contemple as especificidades de situações, riscos, dificuldades e necessidades individuais. A testagem pode acabar desembocando numa PEP, assim como a PEP poderá acabar levando a uma PrEP. Mas, de uma forma ou de outra, neste espaço, é fundamental o caminho da palavra, que nunca poderá ser substituída por remédios. Tendo em vista que o comportamento atravessa toda a Prevenção Combinada, o aconselhamento se constitui numa ferramenta fundamental, que, se associado às abordagens biomédicas, pode promover o empoderamento do usuário.

Embora o aconselhamento, segundo o Ministério da Saúde, seja parte das intervenções comportamentais, na realidade, se constitui na porta de entrada para a Prevenção Combinada e diversas estratégias de resposta à epidemia, atravessando as intervenções biomédicas e abordando a subjetividade/sexualidade como referência estruturante da prática de prevenção.

As intervenções comportamentais são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento da pessoa e da comunidade ou grupo social em que ela está inserida. Fazem parte destas intervenções: orientações para a realização da testagem; as estratégias para reforçar a adesão aos preservativos; o cuidado contínuo às PVHA; as ações de Redução de Danos (RD); o aconselhamento; e a adesão às intervenções biomédicas em geral (BRASIL, 2017).

A RD não consiste meramente em trocar agulhas e seringas usadas por limpas, mas em ações de informação, educação e aconselhamento em relação aos produtos, substâncias ou drogas que causem dependência e às práticas sexuais das pessoas que usam álcool e outras drogas, assim como de suas parcerias, com o objetivo de estimular a adoção de comportamentos mais seguros, tanto no consumo de substâncias psicoativas como nas práticas sexuais (BRASIL, 2005).

Segundo uma importante pesquisa sobre o Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil, desenvolvida entre 2011 e 2013 pela

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas em parceria com a FIOCRUZ, se comparados com a população brasileira, estes usuários apresentam prevalência de HIV cerca de 8 vezes maior do que a população geral. Mais de 70% destes usuários relataram compartilhamento de apetrechos para o uso do crack/similares, sendo que 39,5% informaram o não uso de preservativo em nenhuma das relações vaginais, 50% não usaram preservativo em nenhuma das relações orais e aproximadamente 30% não usaram preservativos em relações sexuais anais, no mês anterior ao da pesquisa (BASTOS e BERTONI, 2014).

Estes dados corroboram a importância da disseminação de informações sobre os efeitos das drogas e das estratégias de RD articuladas com as equipes de Consultórios na Rua, Ambulatórios de Atendimento a Pessoas Trans, CAPS e CAPS-AD e com outros serviços da rede, como CRAS e CREAS, para que as pessoas que forem consumir drogas, possam fazê-lo de maneira mais segura e com estratégias de proteção. Além disso, o Ministério da Saúde destaca a importância de atingir o público trans feminino, grande consumidor de silicone industrial e hormônios, portanto, preconiza a distribuição de *kits* de redução de danos para pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios (BRASIL, 2017).

Gavigan et al. (2015) acrescentam outras ações de RD, como alternativas de prevenção do HIV, tais como: *serosorting* (escolha de parceiros sexuais tendo conhecimento prévio de seu estado sorológico); sexo com parceiros exclusivos; sexo sem troca de fluidos sexuais; e práticas sexuais de menor risco, como exclusivamente sexo oral ou sexo anal insertivo.

Vale lembrar a importância da atuação e colaboração do psicólogo neste âmbito, não apenas nos contextos das equipes que compõem estes serviços, como também em todo o sistema de saúde, considerando que a RD é preconizada como uma estratégia que deve atravessar toda e qualquer ação de promoção de saúde, para além do uso/abuso de drogas lícitas ou ilícitas.

Ainda em relação às intervenções comportamentais, como já referido, o aconselhamento é uma tecnologia de cuidado importante no contexto das ISTs/HIV/aids e perpassa diferentes momentos relacionados ao diagnóstico, à adesão ao tratamento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, entre outros. Constitui-se num processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, portanto, não pode seguir um roteiro pré-definido. Ele propicia que o indivíduo soronegativo possa conversar sobre suas práticas de risco e escolha seus métodos de prevenção, apoiando-o no fortalecimento de práticas mais seguras para se manter negativo. E, nos casos de indivíduos soropositivos, propicia o esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento, a abordagem de questões relacionadas à sua adesão e ao enfrentamento de estigma e discriminação, assim como do compartilhamento do diagnóstico (BRASIL, 2017).

Embora o aconselhamento se constitua numa tecnologia transdisciplinar, por conta de sua origem na Psicologia de Abordagem

Humanista Centrada na Pessoa, é comum que seja predominantemente o psicólogo a se encarregar desta abordagem junto aos usuários e/ou da capacitação dos demais profissionais das equipes para sua aplicação, tanto no CTA, quanto nos demais pontos da rede de atenção à saúde.

Porém, infelizmente, percebe-se a crescente desvalorização do aconselhamento nas abordagens da Prevenção Combinada, especialmente nos contextos de testagem rápida itinerante e nos serviços de atenção primária. O próprio Ministério da Saúde preconiza que o aconselhamento seja opcional, o que pode acabar se constituindo numa perda importante de oportunidades.

A difusão da testagem se constitui numa estratégia de prevenção secundária, na medida em que possibilita o diagnóstico o mais precoce possível de casos positivos. Porém, os indivíduos com resultados negativos, perdem a oportunidade da prevenção primária, já que o aconselhamento é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das IST e HIV/aids, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção (BRASIL, 2017).

Da mesma forma, se pode dizer da PEP e da PrEP, que não raras vezes costumam ser abordadas apenas do ponto de vista biomédico, desperdiçando-se inúmeras oportunidades para que os usuários possam refletir sobre seus riscos e encontrar maneiras singulares e criativas de evitar a infecção pelo HIV e outras ISTs.

Por fim, as intervenções estruturais, completam a chamada *mandala da prevenção combinada*. Estas se constituem em ações voltadas aos fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana (BRASIL, 2017).

Neste âmbito, é significativo, o investimento na criação e validação de portarias, normativas e ações relacionadas, por exemplo, à garantia das políticas de promoção de equidade no SUS, ao racismo, ao sexismo, à *LGBTfobia*, assim como à promoção e defesa dos direitos humanos em geral. Ressaltam-se, neste âmbito, as campanhas educativas e de conscientização, o fomento ao protagonismo e empoderamento.

Porém, o que tem se observado por parte do Ministério da Saúde é um investimento financeiro muito maior em tecnologias biomédicas (medicações, testes rápidos e exames) e muito menor em ações de educação em saúde ou de redução do estigma e discriminação. Segundo Gavigan et al. (2015), é inegável a evolução e o sucesso dos ARVs, porém, ainda não se conseguiu evoluir o suficiente para acabar com a discriminação, a exclusão, o estigma e a violência social. Os autores defendem uma *Pedagogia da Prevenção*, inspirada na Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, que leve em conta as questões políticas, sociais e econômicas de sujeitos singulares e que

promova o empoderamento coletivo. Tal Pedagogia se contrapõe à ontologia individual, que, do seu ponto de vista, tem utilizado a medicalização como estratégia biopolítica, acabando por reduzir as pessoas a consumidores individuais e homogêneos de medicamentos.

O psicólogo tem exercido um papel fundamental no campo da assistência à saúde mental das PVHA. Apesar dos grandes avanços biomédicos, na realidade de quem vive com HIV/aids, infelizmente, ainda estão presentes o enfrentamento de preconceitos na família, grupos sociais e serviços assistenciais e dificuldades no compartilhamento do diagnóstico, o que, com frequência, acarreta: problemas de adesão; dificuldades de iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais; vivência de conflitos e situações de constrangimento; vulnerabilidade e desrespeito aos seus direitos de cidadania. Desta realidade, decorrem baixa auto-estima, percepção de falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica destes pacientes, o que comumente acarreta seu isolamento social e, conseqüentemente, significativo sofrimento psíquico (BRASIL, 2012).

Estes usuários costumam demandar atenção especial à dimensão subjetiva de sua condição de soropositividade, que precisa ser acolhida a partir de uma escuta que vá além do simples registro de sintomas, do diagnóstico e do tratamento, como tradicionalmente acontece. Faz-se necessária uma escuta ativa, que consiga associar suas queixas comuns com as questões subjetivas, sociais e da sua rede de relações, possibilitando conhecê-lo de maneira integral (BRASIL, 2012). Por isso, embora todos os profissionais do serviço de saúde sejam responsáveis pelo acolhimento de seus usuários, é comum que, nas equipes que contam com a presença do psicólogo, este é que principalmente acabe se encarregando desta tarefa, na medida em que a assistência psicológica é núcleo do psicólogo. Acolher implica numa postura ética, na medida em que diz respeito ao reconhecimento do usuário como sujeito de direitos e à disponibilidade do profissional para a escuta de suas necessidades, que, a partir de sua avaliação juntamente com a equipe, priorize o atendimento dos aspectos psicossociais relacionados à singularidade de cada indivíduo e sua história de vida.

Os pacientes costumam se queixar quando no serviço onde recebem seu atendimento há muita rotatividade de profissionais, tendo em vista que, na medida em que vivem com uma condição crônica, seu acompanhamento é a longo prazo. É muito importante para as PVHA que o serviço seja, além de um local onde realizam suas consultas e retiram sua medicações, um porto seguro onde tenham construído vínculos de confiança e afeto, especialmente no início do tratamento. É muito favorável quando os usuários podem contar com a flexibilidade de agenda do serviço, que possibilite seu acolhimento por livre demanda, de portas abertas, sem muitas burocracias e empecilhos.

Neste sentido, é importante salientar que o trabalho do psicólogo na assistência a quem vive com HIV/aids precisa ser alinhado à Saúde Coletiva e à Clínica Ampliada. Sua abordagem não pode se esgotar nas falas e na interioridade psíquica dos sujeitos atendidos, mas requer, também, um olhar sobre as questões intersubjetivas e sociais, possibilitando a percepção do usuário a partir de sua singularidade. Isto significa que do acolhimento poderão decorrer abordagens e encaminhamentos variados, inclusive intersetoriais.

O aconselhamento tem se constituído numa importante ferramenta de cuidado destes usuários. Algumas sessões de aconselhamento muitas vezes são suficientes, geralmente no início do tratamento, em especial quando as demandas do paciente envolvem: dificuldades na aceitação do diagnóstico; crenças distorcidas sobre HIV/aids e seu tratamento; dificuldades no compartilhamento do diagnóstico, em especial, ao(s) parceiro(s) sexual(is); auto-preconceito e/ou dificuldades no enfrentamento do preconceito social; dificuldades na adesão ao tratamento. Nesta abordagem, é importante trabalhar a importância do seu autocuidado, o resgate de sua auto-estima e a manutenção ou elaboração de seus projetos de vida (BRASIL, 2012).

Os grupos de mútua-ajuda também podem ser muito favoráveis para pacientes que não compartilham seu diagnóstico com ninguém, que possuem uma rede de apoio social/familiar frágil, fantasias de morte e crenças distorcidas em relação à possibilidade de viver com HIV de forma crônica e também para os que apresentam dificuldade de adesão ao TARV. A experiência com este tipo de grupo tem mostrado que as abordagens grupais aproximam profissionais e usuários, fortalecendo seus vínculos, possibilitando troca de conhecimentos e ultrapassando o abismo sociocultural, na medida em que os profissionais tem a oportunidade de conhecer melhor a vida cotidiana dos usuários e as estratégias que utilizam para lidar com suas dificuldades (NETO e KIND, 2011).

É comum os participantes dos grupos de mútua-ajuda compararem o grupo com uma família, com a qual podem contar nos momentos difíceis, o que corrobora sua relevância na criação de novas redes de apoio, sociabilidade, convivência e afetividade. Mas, para que o grupo provoque engajamento subjetivo e cumpra sua função de espelho (mútuas identificações entre seus membros), convém que se opte por práticas participativas, que possibilitem envolvimento e circulação de saberes entre seus membros. Neste sentido, é fundamental que o coordenador oportunize receber e dar atenção, refletir, pensar, valorize os conhecimentos e vivências dos participantes e motive a discussão, que leve à identificação de problemas do cotidiano e suas possíveis soluções (NETO e KIND, 2011).

Há alguns fatores terapêuticos muito favoráveis e facilmente perceptíveis nos grupos com PVHA: eles incentivam a esperança, na medida em que membros antigos podem auxiliar dando testemunhos

que inspirem os demais; oferecem o sentido de universalidade, na medida em que provocam sentimento de que não está sozinho e que não é o único com esses problemas; estimulam o altruísmo, caracterizado pelo apoio mútuo, cooperação e trocas de experiências; oportunizam socialização, desenvolvimento da empatia e da capacidade de resolver conflitos no grupo; e estimulam identificações com o coordenador e com os participantes, o que leva a aprender observando como os outros lidam com problemas semelhantes, assim como à sensação de pertencimento e aceitação (YALON e LESZE, 2006).

*O Grupo de Autocuidado* para usuários vivendo com HIV em geral, que existe há 20 anos em Porto Alegre, ocorre na modalidade aberta, num serviço especializado, mas é destinado a pacientes e/ou familiares que estejam em atendimento em qualquer serviço. Ocorre com frequência semanal, em encontros com 2h de duração. Tem como objetivo promover a reflexão dos participantes, com o intuito de trabalhar sobre os temores, ansiedades, fantasias e preconceitos relacionados ao viver com HIV/aids, visando à melhora de sua qualidade de vida e a ajudá-los a encontrar recursos internos para conviver com o HIV e seu tratamento e à sensibilização no que diz respeito à importância da sua adesão. Durante os encontros, são abordados temas emergentes, através de discussões, exercícios grupais, exposições orais, distribuição de materiais informativos, palestras, exibição/discussão de vídeos/filmes e passeios. O fato do grupo ser constantemente aberto à entrada e saída de membros, possibilita que alguns se mantenham engajados semanalmente, outros participem durante algum tempo, enquanto outros procurem o grupo sempre que sentem necessidade.

Costumam ser promovidas atividades que são divulgadas para toda a rede de saúde, incluindo profissionais e usuários, tais como palestras e exibição de filmes, com o objetivo de envolver maior número de participantes e divulgar o grupo. Vale destacar algumas experiências construídas com o protagonismo de seus participantes, tais como: as exposições “HIV/aids?! – é possível seguir em frente” (2010) e “Para além do HIV... projetos de vida” (2012); “Atividades Positivas” (2013); e “Ciclo de filmes sobre HIV” (2014).

Os aspectos psicológicos podem ser causas, desencadeantes, consequências, agravantes ou mantenedores dos sintomas físicos e esta elucidação é muito importante. Por isso, é necessário distinguir as queixas associadas ao sofrimento psíquico das queixas associadas a um transtorno mental, assim como levar em conta que as queixas podem ser decorrentes de quadros orgânicos, de alguma coinfeção ou até mesmo da medicação (BRASIL, 2012).

Várias pesquisas tem mostrado que, na população infectada pelo HIV, a prevalência dos transtornos de humor, particularmente a depressão, os transtornos de adaptação ou ajustamento, insônia,

dependência ou uso abusivo de álcool e outras drogas e, em menor número, os transtornos psicóticos, é maior do que na população em geral (IKARIMOTO e GONÇALVES, 2014; PINHO, 2015).

Segundo Camargo, Capitão e Filipe (2014), isto pode estar relacionado ao maior risco de exposição ao HIV, acarretado justamente por alguns transtornos psiquiátricos, às circunstâncias de vida frequentemente associadas ao diagnóstico do HIV, como perda de emprego, abandono ou desestruturação familiar, ou à reação ao diagnóstico, como culpa ou medo da dor e da morte. Porém, os transtornos psiquiátricos também podem ser resultantes da própria infecção pelo HIV, por infecções oportunistas que afetam o sistema nervoso central (SNC), ou por efeitos colaterais dos ARVs.

Embora todos os profissionais de saúde tenham condições de acolher uma queixa psicológica, é inegável que algumas situações exigem manejo técnico específico, como a psicoterapia. Quando o sofrimento psíquico do paciente está relacionado ao diagnóstico, ao seu compartilhamento, ao auto-preconceito, à vida sexual/amorosa ou à adesão ao tratamento, o atendimento psicoterápico breve e focado nas questões do viver com HIV pode ser uma opção muito favorável. Alguns pacientes podem melhorar sua condição de saúde mental com a ingestão concomitante de medicação psiquiátrica, que pode ser prescrita pelo próprio infectologista ou por profissional da psiquiatria. Camargo, Capitão e Filipe (2014) destacam que os pacientes com HIV/aids podem melhorar seus índices de adesão aos ARVs após prescrição de antidepressivos. Porém, quando o sofrimento psíquico do paciente não está relacionado ao viver com HIV ou diz respeito a transtornos mentais ou neuropsicológicos, é mais favorável encaminhá-lo a serviços especializados em saúde mental. Nem sempre estas escolhas são simples, pois o sofrimento mental decorrente do diagnóstico pode estar mascarando um transtorno mental prévio à infecção que, não raras vezes, foi justamente o que colocou o paciente em situação de vulnerabilidade ao HIV.

Qualquer abordagem teórica psicoterápica pode favorecer a elhora psicológica do usuário. Na verdade, o mais importante, como já referido, é a utilização do plano de fundo da Clínica Ampliada, sob pena de se correr o risco de reduzir o sofrimento psíquico do paciente a uma perspectiva meramente individual. Isto significa que, além da psicoterapia, pode ser ofertado um leque de outras opções, por exemplo, a participação concomitante em grupos de mútua-ajuda, o envolvimento em atividades laborais, esportivas, culturais ou de lazer, assim como o incentivo ao fortalecimento da rede social/familiar do paciente.

Por último, vale lembrar que o apoio matricial ou matriciamento tem se constituído numa importante forma de atuação e numa outra maneira do psicólogo produzir saúde mental, que ultrapassa o modelo de atuação clínico-assistencialista (FREIRE e PICHELLI, 2013).

Com o objetivo de proporcionar ajuda especializada, suporte técnico-pedagógico e apoio institucional, o matriciamento ou apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos, propicia a construção de

um processo horizontal de construção coletiva de projetos terapêuticos e de intervenção no campo das ISTs/HIV/aids. Funciona como um importante dispositivo voltado para propiciar momentos de encontros entre as equipes que trabalham em diferentes níveis de atenção, valorizando o intercâmbio de saberes entre especialistas de diferentes áreas e generalistas, com o intuito de garantir corresponsabilização e integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (CUNHA e CAMPOS, 2011).

O psicólogo, juntamente com a equipe especializada em IST/HIV/aids na qual está inserido, tem exercido um importante papel junto à atenção básica, na medida em que várias ações, como a testagem e o atendimento de pacientes com baixos marcadores virais e boa imunidade, tem sido atendidos pelas unidades básicas de saúde. Ele tem contribuído através de capacitações e treinamentos das equipes, inclusive dos agentes comunitários de saúde, garantindo à população qualidade no acolhimento, nas ações de educação em saúde para as IST/aids, no aconselhamento, na comunicação dos parceiros sexuais e nas formas de utilização dos insumos de prevenção.

A experiência tem mostrado que nas capacitações de profissionais sobre aconselhamento é importante: sensibilizar os participantes em relação ao tema, capacitando-os para a escuta e o acolhimento dos usuários, no que diz respeito à prevenção combinada às ISTs/HIV/aids; promover a reflexão a respeito das dimensões psicossociais do processo de acolhimento/aconselhamento; entender as diferenças entre os conceitos de risco e vulnerabilidade e sua relação com a prevenção; possibilitar o conhecimento de modelos teóricos e aspectos éticos relativos ao tema; e promover o intercâmbio de experiências entre os participantes, assim como o conhecimento teórico-técnico/vivencial sobre a prática do aconselhamento.

Para tanto, é muito favorável a utilização de uma metodologia participativa e problematizadora, partindo de técnicas vivenciais relativas às dimensões psicossociais das ISTs/HIV/aids e do processo de acolhimento/aconselhamento, propondo a discussão de casos-problema, para, posteriormente, serem introduzidos aspectos teórico-técnicos, ilustrados pelas vivências e discussões prévias. Esta metodologia tem sido muito produtiva e tem sido muito bem avaliada pelos participantes.

Além das capacitações e treinamentos, o psicólogo apoiador matricial se envolve em situações de interconsulta, que é o principal instrumento do apoio matricial. Isto acontece através de discussões de casos, consultas conjuntas na unidade básica de saúde ou no serviço especializado, ou até mesmo através de visitas domiciliares conjuntas. Também é comum a realização desta atividade à distância, através de telefone ou recursos de internet (CHIAVERINI, 2011).

Esta atividade contribui para a integralidade da atenção à saúde do usuário, para o papel da atenção primária no seu cuidado longitudinal, assim como para o compartilhamento de responsabilidades nos diferentes níveis do sistema de saúde, corroborando a ideia de que a aids é responsabilidade de todos.

## Considerações finais

A atuação no campo do HIV/aids convida o psicólogo a transitar por diversas áreas, em especial a Psicologia Social e a Psicologia da Saúde, na tentativa de dar conta de sua grande complexidade. É evidente que as práticas de saúde tendem a assumir uma postura de vigilância e controle sanitarista, por isso, precisam, urgentemente, singularizar as abordagens empregadas com cada indivíduo, que valorizem seu protagonismo e seu próprio potencial. É claro, também, que ainda há um caminho a percorrer junto a grupos e instituições, para o combate a preconceitos e ao estigma relacionado à aids. Portanto, é essencial que o psicólogo possa construir seu trabalho a partir de uma perspectiva de Clínica Ampliada, que lhe permita romper com o dualismo do social e do individual e construir Projetos Terapêuticos Singulares interdisciplinares e intersetoriais.

Desde o início da epidemia, as contribuições da Psicologia tem sido relevantes, no campo da prevenção, da assistência e da pesquisa. Porém, é necessário que fiquemos alertas à crescente lógica tecnocrata e sanitarista, que tem levado em conta, predominantemente, a dimensão biológica do HIV/aids e abandonado importantes reflexões sobre aspectos culturais e comportamentais da sexualidade, assim como o debate político junto aos movimentos sociais de grupos afetados pelo HIV.

Ansiedade é o grande sintoma da contemporaneidade. Infelizmente, no campo da saúde mental, temos visto a valorização de recursos cada vez mais imediatistas para a superação do sofrimento psíquico e a palavra cada vez mais sendo substituída pelos remédios. Pode-se considerar que, no campo do HIV/aids, infelizmente, algo semelhante tem acontecido. Embora as tecnologias e as medicações com as quais se conta atualmente sejam eficientes, elas não bastam. Elas só têm sentido e utilidade se inseridas num contexto de cuidado, preocupação e respeito pelo outro. Não basta testar e medicar, é necessário cuidar, assim como é necessário enfrentar fatores estruturais, através do resgate da dimensão política desta epidemia.

A Psicologia ainda precisa lutar muito para efetivamente ocupar espaços junto às políticas públicas em saúde, colaborando na superação de abordagens meramente biomédicas e contribuindo na discussão destas novas tecnologias.

## Referências

ALTMAN, D. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.) *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 224 p., 2014.

BRASIL. Portaria No. 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1º jul., 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html) >. Acesso em 4 ago 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 128 p., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. *Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/aids. *Psico-USF [online]*. v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.

CREPOP - Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Referências Técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e aids*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 94 p., 2008.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013.

GAVIGAN, K.; RAMIREZ, A.; MILNOR, J.; PEREZ-BRUMER, A.; TERTO JR., V.; PARKER, R. Pedagogia da Prevenção: reinventando a prevenção do HIV no Séc. XXI. *Observatório Global/Observatório Nacional de Políticas de aids Perspectiva Política*, Rio de Janeiro: ABIA. n. 1, Nov. 2015.

GORAYEB, R. Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 26, n. especial, p. 115-122, 2010.

IKARIMOTO, B. M.; GONÇALVES, M. Transtornos psiquiátricos em pacientes portadores do HIV e aids. *Psychiatry on line Brasil*. v. 19, n. 5, 2014. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano14/prat0514.php>. >. Acesso em 04 ago 2018.

MANN, Jonathan et al (org). *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Dumará, 1993.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.

MENCARELLI, V. L.; AIELLO-VAISBERG, T. Cuidado emocional na saúde pública: a psicologia clínica ampliada. In: GIOIA-MARTINS, D. F. (Org.) *Psicologia e Saúde, Formação, Pesquisa e Prática Profissional*, São Paulo: Vetor, p. 45-64, 2012.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M; AYRES, J. R. C. M. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C.O. F. Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 10, n. 2, p. 253-264, 2014.

MOSKOVICS, J. M. *Gestantes soropositivas: dimensões psicossociais na adesão ao pré-natal*. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia)- Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MOSKOVICS, J. M.; CALVETTI, P. Ü. Formação de Multiplicadores para Prevenção das DST/aids numa Universidade Espanhola. *Psicologia Ciência e Profissão*. v. 28, n. 1, p. 2010-217, 2008.

NETO, J.; KIND, L. *Promoção da Saúde - Práticas grupais na estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2011.

PAIVA, V.; LEME, B.; NIGRO, R.; CARACIOLO, J. Lidando com a adesão - a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: TEIXEIRA, P. R. *et al. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids, 2000.

PERUCCHI, J.; RODRIGUES, F. D.; JARDIM, L. N.; CALAIS, L. B. Psicologia e políticas públicas em HIV/aids: algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, n. esp., p. 72-80, 2011.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. C. M. Uso de Camisinha no Brasil: Um Olhar sobre a Produção Acadêmica Acerca da Prevenção de HIV/aids (2007-2011). *Temas de Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, 2013.

PINHO, C. S. N. *Transtornos mentais em pacientes portadores de HIV: um estudo de prevalência e fatores associados*. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, sup.1, p. 1201-1208, 2010.

POUBEL, P. F. Psicologia na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 193-200, 2014.

SEFFNER, F. Prevenção à aids: uma ação político-pedagógica. In: PARKER, R. e TERTO Jr., V. *Anais do Seminário "Prevenção à aids: limites e possibilidades na terceira década"*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

SILVA, R. *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor, 2002.

SPINK, M. J. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNAIDS. *Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper*. 2010. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf). >. Acesso em 4 ago 2018.

UNAIDS. *Prevenção Combinada do HIV*. Disponível em: <https://unaids.org.br/prevencao-combinada/>. Acesso em 4 ago 2018.

VILELLA, W. A aids como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. In: RAXACH, J. C (Org.). *Reflexões sobre assistência à aids: relação médico, paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to lon-term therapies-evidence for action*. New York: 2003.

YALON, I. D.; LESZCZ, M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

**MEDICALIZAÇÃO E  
CONSERVADORISMO:**  
ameaças ao debate sobre  
saúde, sexualidade e gênero na  
educação brasileira



**Kalline Russo  
Kelly Russo  
Kenneth Rochel Camargo Jr.**

## Introdução

Este capítulo tem como objetivo discutir diferentes conteúdos ideológicos que estão em disputa no desenvolvimento de políticas/programas voltados para a discussão da sexualidade e educação escolar. Desde a constituição de 1988, as políticas públicas nacionais voltadas para as áreas da saúde e da educação incorporaram progressivamente a perspectiva dos direitos humanos. Desde 1994, o Brasil é signatário dos principais acordos e tratados internacionais sobre direitos humanos, além de ter incluído em sua legislação educativa a pauta da educação em direitos humanos. Foi nesse contexto que o advento da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (aids) foi compreendido, pelo ativismo social e pelo Governo Federal, como uma questão de saúde pública baseada no debate de direitos.

Segundo Galvão (2000), a epidemia se instaurara no país desde o início da década de 1980 e incentivou o estabelecimento de novas formas de articulação política entre ONGs e Governo Federal que construíram políticas públicas com maior enfoque na variedade multidirecional das atividades de prevenção e de controle do HIV/aids. Foi a partir dessa perspectiva de defesa de direitos e do reconhecimento de identidades que a interface entre saúde e educação escolar se estabeleceu para o desenvolvimento de programas de prevenção do HIV/aids de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. O programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) foi lançado em 2003. Surgiu a partir da articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com apoio da UNESCO e visava promover a prevenção das IST/aids e de gravidez na adolescência com base em direitos reprodutivos (BRASIL, 2006). O SPE tinha como base teórica, a noção de direitos pautada na ideia de vulnerabilidade social às doenças e o programa foi produzido a partir de conferências nacionais de jovens, preconizando a educação entre pares, voltado para as subjetividades e comportamentos sexuais de adolescentes e jovens (BRESSAN, 2011; RUSSO e ARREGUY, 2015; BRASIL, 2006).

Assim, o programa se articulava diretamente com os preceitos de prevenção a aids abordados pelo Programa Nacional de aids e a efervescência do ativismo HIV/aids à época.

Contudo, os esforços feitos nessa direção se encontram hoje ameaçados no atual contexto do país. Por um lado, o aprofundamento da tendência à medicalização como base da prevenção ao HIV/aids nas políticas governamentais (Conrad, 1992; Parker, 2009 e Cueto, 2014, UNAIDS, 2014), por outro, a fragilidade das ONG/aids e do ativismo HIV/aids após a crise econômica global de 2008, que deixam espaço aberto para o avanço de movimentos conservadores e reacionários às transformações sociais que sempre existiram no Brasil, mas tomam maior visibilidade nos últimos dois anos (DUARTE, 2017, p. 17).

Este capítulo está organizado em três partes. Na primeira, apresentamos o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e o Programa Saúde na Escola (PSE); na segunda, situamos o que consideramos como ameaças à perspectiva de direitos humanos na saúde e na educação; na terceira e última parte do capítulo, tecemos algumas considerações sobre o avanço do movimento Escola sem partido (ESP), a nova conformação política do Brasil, e seus impactos nas políticas de saúde e educação no tocante a prevenção do HIV/aids e da defesa de direitos sexuais e reprodutivos.

Esperamos que o nosso trabalho contribua para uma melhor compreensão sobre o complexo contexto atual de nosso país, em como a tensão entre projetos ideologicamente antagônicos no que concerne à abordagem do tema da sexualidade na saúde e na educação influenciam a definição de políticas públicas.

## **Programa saúde e prevenção nas escolas: professores, estudantes e familiares opinam sobre a perspectiva de direitos**

O SPE foi um programa criado em 2003, com objetivo de inserir nas escolas estratégias de prevenção às IST/aids, gravidez na adolescência e uso de drogas com base nos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e jovens. O material do SPE busca incluir nas atividades discussões mais amplas acerca dos papéis de gênero, objetivando estimular uma maior reflexão dos atores sociais envolvidos nas intervenções, particularmente alunos, professores e profissionais da saúde, acerca do assunto.

O desenvolvimento do SPE foi o objeto de uma pesquisa que analisou o desenvolvimento do programa a partir de um estudo de caso realizado em uma escola pública de uma região periférica do município de Duque de Caxias, na região metropolitana do Rio de Janeiro, caracterizado como de baixa-renda, com altos índices de incidência de IST/aids e gravidez adolescente (RUSSO, 2011).

Essa pesquisa mostrou que o SPE, pautado em estudos com a juventude, encontros nacionais da juventude, com material didático para

formação de professores e jovens multiplicadores, mostrou-se como uma política próxima aos desejos e comportamentos juvenis e possível de ser aplicada mesmo em uma escola pública localizada em uma região empobrecida e com forte presença de grupos religiosos no interior do Rio de Janeiro. Tanto professores, quanto estudantes e seus familiares, entrevistados nesta instituição, apresentavam uma boa receptividade para receber o programa.

A partir da análise do material produzido pelo programa, pode-se perceber que as estratégias propostas pelo SPE objetivavam contribuir não apenas para aumentar o acesso ao preservativo, mas também na direção de promoção de autonomia dos sujeitos, de forma a facilitar a negociação do preservativo. Um exemplo dessa linha editorial está presente nos vídeos disponibilizados. Os filmes de curta metragem apresentam meninas que vivem sua sexualidade com grande autonomia, usando preservativo e tendo vários parceiros sexuais – as protagonistas são representadas por adolescentes que vivenciam o sexo desde uma perspectiva de prazer e sem culpabilização. Uma abordagem que mostra como a política pública proposta pelo SPE é inovadora – apesar de ainda ser pautado na abordagem binária de gênero (Ayres, 2002, Paiva, 2000).

Em relação aos sujeitos que se relacionam com esses materiais nas escolas quase a totalidade dos entrevistados na pesquisa citada classificou como importante o tema da sexualidade fazer-se presente na escola e também avaliaram como positiva a discussão sobre diversidade sexual no tocante à “defesa da diferença”. Foi identificado como destoante entre os sujeitos entrevistados a forma ou o modelo mais adequado desse debate acontecer no espaço escolar.

Enquanto professores apontavam a responsabilidade de profissionais da saúde, ou “especialistas” para abordar o tema (um ponto de vista mais disciplinar), estudantes expressaram maior desejo de falar e ouvir os pares sobre sexualidade para além de algum “professor legal” (termo destacado na fala deles) que fosse designado para essa função. Essa perspectiva apresentada pelo grupo de estudantes é bastante próxima da proposta do SPE, já que essa é pautada na ideia de educação entre pares e no protagonismo juvenil para inclusão do debate sobre a sexualidade na escola (BRASIL, 2011) e não define o profissional que vai trabalhar o tema na escola podendo ser esse da saúde e/ou educação (de qualquer disciplina) desde que tenha afinidade com o tema, seja alguém que desenvolva um trabalho contínuo e conheça o material do programa. Sobre o tema da diversidade sexual, expressa nos materiais do SPE como a existência da homossexualidade e da transsexualidade na sociedade e na escola, também encontramos mais pontos convergentes entre os grupos entrevistados. Tanto professores, quanto estudantes reconheceram o tema como importante. Os professores ressaltavam a importância de ensinar aos alunos aspectos relativos ao respeito diante do “outro”, do “diferente”,

apesar de se declararem “despreparados” para lidarem com o tema e por vezes, recorrerem aos discursos religiosos de “amor ao próximo” para lidarem com a questão em detrimento da constituição brasileira que reprova discriminação por orientação sexual e até mesmo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Entre os estudantes entrevistados, eles também esboçaram um reconhecimento sobre a importância da orientação sexual ser respeitada e foram além dos professores quando entendiam que seria um direito. Esse fato foi ilustrado quando eles sabiam que os profissionais “não poderiam falar contra a orientação sexual” – podendo sofrer represarias na justiça por isso. Por outro lado, demonstravam desconhecimento, confusão sobre o tema da diversidade. Pareciam estar bastante confusos para explicar o que seria “homossexualidade” ou o que achavam sobre “casais do mesmo sexo”, muitos demoravam a responder achando muito “diferente”, “nunca havia parado para pensar”, diziam ser um tema difícil para formar uma opinião.

Outro resultado importante dessa pesquisa a ser mencionado faz referência à falsa ideia de que a dimensão da religião seria contrária a da educação sexual escolar pautada em discussões sobre direitos e diversidade. O estudo, realizado em uma região mais empobrecida, mostrou uma forte presença da religiosidade para os três grupos (estudantes, responsáveis e professores). Esse fato não impediu que os participantes apoiassem a implantação da educação sexual na escola. Pelo contrário, mesmo os familiares religiosos, relataram que gostariam que os filhos aprendessem sobre sexualidade nas escolas. Muitos dos familiares se auto declararam religiosos, aceitaram e até mesmo celebraram a entrada do tema da sexualidade na escola por dizerem que “teriam vergonha de conversar com seus filhos sobre isso”; “por não se sentirem confortáveis para conversar e que na escola seria bom, já que seriam pessoas preparadas”; falas como: “essa juventude está terrível” e “eu não sei mais o que fazer” foram comuns dentre a maioria dos responsáveis perguntados.

Para os professores, mesmo aqueles que se autodeclararam religiosos, seria excelente que houvesse algum tipo de educação sexual na escola, já que esse não é um assunto novo para a instituição. Todos os professores disseram que lidam com a sexualidade adolescente no cotidiano escolar, pois disseram, se sentir constrangidos muitas vezes com as demonstrações de preconceito sobre a orientação sexual e ainda, com os “avanços” da juventude – nesse ponto principalmente as meninas foram mencionadas demonstrando claramente padrões tradicionais de gênero. Segundo os professores a gravidez adolescente também é muito comum e eles não sabem o que fazer quando os (as) alunos (as) os procuram para conversar. Sendo assim, defendem que haja uma formação pra eles e ainda que adentre a escola um programa de educação sexual. Para os alunos, indiferente das suas famílias serem religiosas foi unânime o interesse por um espaço para “poder conversar” sobre o tema na escola.

Para finalizar essa parte do capítulo, é importante observar que por mais que os manuais do SPE mantivessem uma abordagem da sexualidade mais ampliada e preocupação pedagógica valorizando educação entre pares, o processo de implantação /implementação de suas diretrizes no tradicional campo educacional/escolar poderia ser um grande desafio – para além das limitações de políticas pautadas fortemente em “manuais” e que advinha basicamente do campo da saúde para adentrar o campo escolar. (RUSSO & ARREGUY, 2015; NEVES & ROMERO, 2017). Outro desafio surgiu ainda no final dos anos 2010, já que o último censo escolar que abordou orientação sexual foi realizado em 2008, o que já indica uma diminuição do interesse do Governo em mapear essa questão. Nesse último censo, o SPE estava presente em 51 % das escolas públicas e em 32,3 % das escolas privadas do país e dessas, 9,9% distribuíam preservativos masculinos. Segundo o mesmo documento, o tema da diversidade sexual foi significativamente menos abordado (29,1% das escolas na educação básica) do que as temáticas relacionadas à prevenção (52,6% trabalham o tema DST e aids e 48,9% o tema da gravidez na adolescência). O tema da equidade de gênero não foi abordado no documento (BRASIL, 2008a, p. 1-2) e podemos perceber que essa perspectiva de direitos no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o debate da saúde e sexualidade vem sendo fragilizada nos últimos anos, conforme analisaremos a seguir.

### **Disputa de narrativas: atuais ameaças ao debate sobre sexualidade na escola**

Desde 2007, o SPE sofre alterações e começa a ser fragilizado ainda durante o primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff quando foi inserido no *Programa Saúde Nas Escolas* e retirado dos censos escolares a partir de 2008. Observa-se que o trabalho de orientação sexual mais progressista do SPE, pode ter sido prejudicado com essa transição para o PSE (NEVES & ROMERO, 2017; RUSSO & ARREGUY, 2015). Isso porque as ações sobre a sexualidade passaram a ser mais uma das opções das instituições escolares dentre uma série de assuntos de saúde disponíveis e abarcados pelo programa. Analisando os manuais para aplicação do Programa Saúde nas Escolas, pode-se observar que ao contrário do SPE, esse programa é bastante generalista e tem como objetivos principais promover a “saúde integral de crianças e adolescentes” e desenvolver a articulação das escolas com a atenção básica de saúde pública” (BRASIL, 2014), sem trazer para o debate questões relacionadas aos direitos humanos. Somado a isso, o PSE está fortemente relacionado à concepção positiva de saúde (CAMARGO JR, 2007), pois abarca aspectos como acesso ao esporte, artes, suplementos nutricionais, entre outros, dialogando com uma tendência de performatividade e tecnificação, como

se refere BALL (2014), cada vez mais significativa das áreas da educação e da saúde pública. Assim, a inserção do SPE no contexto do Programa (uma política de cunho mais generalista ligado a uma agenda de gestão e com base forte na preocupação mercantilista) facilita o acesso dos jovens a exames e medicamentos como principal estratégia – o que já representava um novo momento da prevenção e um esvaziamento do debate sobre a sexualidade nas escolas brasileiras, acompanhando o que vinha acontecendo com relação à política de enfrentamento do HIV/aids no Brasil e mesmo a nível mundial. O principal manual do Programa apresenta um “Passo a passo técnico”, para as gestões estaduais e/ou municipais aderirem ao programa e diferente do SPE não há recursos didáticos para fomentar estratégias pedagógicas, apesar de o programa ser voltado para escolas (BRASIL, 2014b).

No ano de 2013 foi lançada a versão preliminar “Material de apoio para ações do PSE” (BRASIL, 2013). Apesar da grande abrangência dos objetivos do programa, esse material é bastante simplificado, com cerca de 20 páginas e contém resumidamente informações técnicas sobre aspectos da saúde nas escolas e algumas sugestões de leitura complementares para implantação do programa – em 2013 o programa já estava praticamente em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2013).

Atualmente, em 2018, foi incluído no site do ministério da saúde alguns materiais de apoio que basicamente são procedimentos operacionais para aplicação do programa e os manuais do SPE e nenhuma política/programa pautada em direitos humanos e diversidade não estão disponíveis nesse material. Certamente será preciso ampliar a produção de novos trabalhos que discutam os impactos dessa mudança de enfoque do Governo Federal, já no final dos anos 2000 alinhada com as políticas internacionais de prevenção ao HIV/aids e modelos de gestão para a Atenção Básica de Saúde (ABS), mas ao analisar os materiais e documentos produzidos pelo Programa, fica evidente o seu distanciamento dos debates dos direitos sexuais e reprodutivos – o que enfraquece o ativismo dos movimentos sociais LGBT, de mulheres frente às políticas nacionais de enfrentamento do HIV/aids, as pautas dos direitos relacionados às identidades juvenis e as políticas de prevenção de cunho mais comportamental, pedagógicas e pautadas nos direitos sexuais.

Quais os fatores que provocaram essa mudança de perspectiva nas políticas públicas? Nossa concepção de “Estado” e de “políticas públicas” tem como base o trabalho de diferentes autores das ciências sociais, desde Gramsci (2002), passando por Elias (1972), Bourdieu (1996) e Reis (2003). Esses autores trabalham a partir da ideia de um Estado historicamente construído, que exige análises desde diferentes pontos de observação que incluam as variadas instâncias de poder e de interesses que o compõem. Portanto, faz-se necessário identificar as diferentes forças que compõem e estão representadas no Estado brasileiro nesse momento.

No contexto atual, podemos identificar pelo menos duas correntes ideológicas que dificultam o desenvolvimento das pautas do SPE e outros projetos e políticas com base nos direitos sexuais nas escolas. A primeira seria o discurso da medicalização (ou re-medicalização, já que esta foi a tônica do primeiro momento da resposta à epidemia emergente) massiva da prevenção ao HIV/aids fortalecida por diretrizes internacionais de acesso aos medicamentos e exames; estrangulamento financeiro das ONG/aids e uma argumentação econômica e empresarial das áreas da educação e da saúde em detrimento de uma discussão pedagógica entre os dois campos - principalmente nos âmbitos municipais (ABS em relação às escolas). A segunda corrente de pensamento pode ser representada pelo crescimento de movimentos religiosos ultraconservadores na última década na política nacional e com eles o movimento Escola Sem Partido (ESP) que tem se mostrado hostil às abordagens mais compreensivas da sexualidade pautadas na diversidade dentro da perspectiva de direitos.

### **Avanço da medicalização na prevenção e espaços reduzidos para o debate sobre a sexualidade: mudança nas políticas públicas**

O conceito de medicalização tem uma longa tradição de pesquisa e crítica, tendo múltiplas definições. Neste texto, contudo, adotaremos a perspectiva proposta por Peter Conrad (CONRAD, 2007). Este autor (1992) vai estabelecer uma conexão entre categorias diagnósticas, (re)construção ou expansão de categorias diagnósticas, explicitando os processos subjacentes e expondo a contribuição de interesses desconectados do ou mesmo contrários ao bem-estar das populações. Ele questiona ainda os processos que incluem e excluem determinados “problemas humanos” do campo médico e passíveis de tratamento.

Parker (2009) analisa o processo de medicalização presente no debate sobre a sexualidade e aponta como o advento da aids provoca um avanço nos estudos sobre a sexualidade humana. Contudo, para o autor, se no início os estudos se voltavam para o intuito de reconhecimento das sexualidades e identidades sexuais, mais atualmente os recursos tem sido direcionados para o desenvolvimento de artefatos tecnológicos que lidem com a epidemia. Como consequência dessa mudança, as linhas de estudos sobre as sexualidades foram modificadas. Nos últimos anos, o autor aponta a existência de uma *dessexualização* da epidemia, representada pelo número de investigações que vem demonstrando uma desconexão da epidemia com a experiência corporal e com as subjetividades dos prazeres dos indivíduos – afastando assim, das suas identidades sexuais e da luta por direitos.

A partir dessa reflexão, identificamos também a existência não só de uma dessexualização da epidemia, como também uma forte medicalização no campo da aids no Brasil nos últimos anos. Um exemplo da importância

atual da medicalização na prevenção são as metas globais propostas pela UNAIDS até o ano de 2020: 90% das pessoas do mundo que tem o HIV vão saber que tem o vírus; 90% das pessoas do mundo que sabem que tem o HIV vão tomar o antirretroviral e 90% das pessoas do mundo em tratamento antirretroviral vão ter a carga viral indetectável (UNAIDS, 2015).

É evidente que a medicalização sempre esteve fortemente presente no âmbito do HIV/aids, sendo muito importante para o controle e avanço terapêutico da epidemia. Contudo, com o avanço da epidemia na última década na população jovem, chegando a triplicar em alguns grupos de jovens o número de infectados (BRASIL, 2017; AMARAL et. al. 2017), faz-se necessário problematizar com mais cautela os processos de medicalização e outros conceitos que acompanham esse aspecto importante do campo da aids. Mais especificamente, cabe refletir a redução do investimento na política de prevenção (como é o caso dos programas voltados para a educação sexual escolar entre jovens), para as atuais estruturas massivas de ofertas e incentivos de consumo de medicamentos e a sua sobreposição sobre a discussão das identidades sexuais adolescentes. Hoje, com base na saúde global, o Brasil adota a “prevenção combinada” que adiciona novas tecnologias ao campo da prevenção, mas devido aos custos é voltada para certos grupos de indivíduos. A mudança da política de prevenção acontece em um contexto de enfraquecimento do ativismo e do enfoque multidirecional que até então o Programa Nacional de aids vinha adotando. Somado a isso, a ideia de controle da epidemia através da compra de medicamentos para o tratamento, criam um clima desfavorável para as causas e ações do ativismo HIV/aids e interlocução com a sociedade civil. Os interesses do complexo médico industrial parecem sobrepor-se às pautas relacionadas aos direitos. Como aponta CUETO (2014), no Brasil podemos identificar a força dos processos de ‘medicalização’ e ‘tecnificação’ com forte cunho neoliberal (CUETO, 2014) e o avanço do neoconservadorismo evangélico. Nesse campo de disputas entre pautas contrárias, a supremacia do discurso econômico se torna mais próximo das pautas ultraconservadoras do que de uma agenda progressista que era a “bandeira” do próprio governo nacional, como poderemos verificar a seguir.

### **Movimento escola sem partido: controle e censura ao debate sobre sexualidade, gênero e direitos na educação**

No ano de 2004, inicia-se a difusão do movimento Escola Sem Partido (ESP), fundado pelo advogado Miguel Francisco Urbano Nagib. Este movimento se apresenta como uma iniciativa conjunta de estudantes e pais preocupados com o grau de contaminação político-ideológico das escolas brasileiras, mas tanto sua origem quanto o seu crescimento tem forte vinculação com a ação de grupos religiosos e partidos políticos conservadores no país.

Segundo Espinoza e Queiroz (2017), o ESP tem inspiração em duas iniciativas coletivas originadas nos EUA: *noindoctrination* e *Campus Watch*, ambas funcionam por meio de publicações que incentivam os estudantes a se manifestarem sobre o posicionamento de professores em sala de aula. Também a *Creation Studies Institute* ligada a grupos religiosos que se apresentam também como uma associação de famílias que procuram enfrentar a indoutrinação nas escolas públicas americanas. Este último grupo defende o criacionismo, procurando proibir o ensino da teoria da evolução, as concepções relacionadas a gênero e o ensino das diversas culturas nas escolas dos EUA. Por meio da propagação de material audiovisual e publicações, incentiva fortemente o *homeschooling* em detrimento da educação escolar no país. Entendemos que esses diferentes grupos compõem uma corrente ideológica ultraconservadora que atua nos EUA, assim como em diferentes países. No Brasil, podemos identificar sua representação através do movimento ESP, no campo da sociedade civil, mas também por meio de uma crescente base política partidária denominada como ‘frente parlamentar evangélica’ com grande influência na cena política federal. Unidos pretensamente em nome da ‘educação brasileira’ e com o apoio de grupos ultraconservadores, o ESP está baseado na ampla divulgação de ideias que visam à instrumentalização de denúncias e da vigilância sobre a prática de professores (RANDI, SANTOS, 2017).

De fato, essa preocupação em controlar a atividade dos professores parece ser uma premissa do movimento, visto que um dos primeiros documentos divulgados pelo grupo é o “Deveres do Professor”, uma espécie de manual sobre como o professor deve se comportar em sala de aula. Nele, uma lista de proibições, para que estudantes e familiares identifiquem as “práticas realmente condenáveis” e aquelas “corriqueiras e até desejáveis em sala de aula”. Segundo a proposta do movimento, esse professor deveria ser passível de processos judiciais no caso das famílias se sentirem lesadas por suas aulas devido a qualquer tentativa de “doutrinação ideológica”.

Como analisam Penna (2016), Algebaile (2017) entre outros, o movimento ESP tenta criminalizar a ação docente a partir de um conceito altamente flexível e perigoso que denominam como “doutrinação ideológica”. O que seria essa “doutrinação”? Como identificar? Para entender melhor, analisamos diversas publicações e documentos disponíveis no site do grupo e encontramos referências ao livro “Professor não é educador” de Armindo Moreira (2012). O autor é filósofo, professor aposentado da Universidade Estadual do Oeste (Unioeste), e até então, desconhecido na área da educação no Brasil. A tese central do livro é a dissociação entre o ato de “educar” e o de “instruir”: educar seria responsabilidade da família e da igreja; os professores dentro da sala de aula estariam limitados a instruir, a transmitir conhecimento. Desse modo, qualquer tema considerado como “juízo de valor”, como por exemplo,

temas sobre sexualidade, direitos reprodutivos, questões de gênero seria visto pelo movimento como uma “doutrinação ideológica” e constituinte de uma “ideologia de gênero” que deve ser banida da educação escolar (SILVA, D e RUSSO, K, 2017).

Cabe salientar também a construção da expressão “ideologia de gênero”, que procura desqualificar qualquer debate sobre identidade de gênero no país. O movimento ESP absorve assim, preceitos biologizantes que desconsideram mais de um século de pesquisas no âmbito das ciências sociais e lutas de movimentos sociais feministas e LGBTT, se fiando em aspectos da anatomia humana para normatizar a sexualidade e o comportamento, e deixando espaço aberto para discriminar qualquer pessoa considerada “desviante”. Procuram eliminar a discussão sobre os diversos arranjos familiares na educação escolar e fortalecem hierarquias de gênero (REIS e EGGERT, 2017).

A partir dessa perspectiva de controle, o movimento disponibiliza modelos de projeto de lei que inclui a judicialização e punição da prática docente considerada inadequada por essa organização e fortemente apoiada por representantes de partidos políticos conservadores. O primeiro projeto de lei do ESP foi apresentado na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) em maio de 2014 pelo Deputado Flávio Bolsonaro do Partido Social Cristão (PSC). Desde então, já foi apresentado em várias casas legislativas de inúmeros estados e municípios e também na Câmara Federal, em 2015, e no Senado, em 2016 e durante a conjuntura política do processo de impeachment do Governo Dilma Rouseff, o ESP ganhou força através dos partidos e políticos relacionados à oposição ao governo (ESPINOSA e QUEIROZ, 2017).

No discurso desses segmentos de nossa sociedade, a família está sob a ameaça dos movimentos civis por direitos sexuais e no enfrentamento da hierarquia de gênero. Para Frigotto (2017), os termos religiosos encobrem a intenção de maiores ajustes nos campos da economia e da regulação social, que visam maior poder de grupos privados dentro da educação pública e na representação política do país. Fortalecem propostas de controlar e influenciar a escola pública através de regras do mercado, desde a gestão, na escolha das disciplinas e conteúdos a serem aplicados e no modo de ensinar e avaliar. Nesse sentido, o professor “instrutor” deve ensinar somente a disciplina que está relacionada à formação para o “mundo do trabalho”.

A função dos docentes passaria por modificações, e nas universidades públicas iniciaria um processo de “adestramento” para seguir apenas os rudimentos das leituras feitas por eles, de uma educação hipoteticamente neutra. Essa visão da relação entre professor e aluno sustentada pelo ESP demanda, na perspectiva do próprio movimento, uma ação direta de controle e censura nas escolas para limitar a ação de professores nas escolas, ou seja, que avançam nos debates sobre os

direitos, a diversidade, o preconceito, as desigualdades sociais e tantos outros temas provenientes de lutas sociais. Essa perspectiva aliada a uma visão mercantilista também na saúde pública dificultam e fragilizam as conquistas obtidas até hoje na relação entre saúde, educação e direitos humanos nas escolas.

## **Considerações finais**

A educação escolar historicamente é influenciada pelas correntes políticas frente ao governo nacional. Mas, nos últimos anos, correntes mais conservadoras no campo dos valores morais e liberais no campo econômico passam agora a interferir de forma mais direta e nociva no âmbito dos programas sobre sexualidade nas escolas. Não houve uma ruptura do SPE ao ESP, mas um processo contínuo de desmantelamento do programa em relação a sua preocupação inicial sobre direitos.

É importante trazer para a reflexão a construção das três políticas aqui discutidas, com características bastante distintas desde a construção. O SPE foi uma política pautada na construção com a sociedade civil a partir de estudos com a juventude em território nacional e em pleno ativismo a partir das ONG/aids que se mantiveram fortes no Brasil desde os anos 90. Ainda nos anos 90 existiam muitas incertezas sobre o tratamento medicamentoso da epidemia de aids e políticas mais sensíveis aos diferentes grupos populacionais foram incentivadas internacionalmente para controle da epidemia no mundo. Com o avanço da terapia medicamentosa, o controle da epidemia passou a ser possível com o tratamento biomédico e o avanço da crise econômica mundial “justificou” a saída de investimento nas ONG/aids e enfraquecimento do ativismo na política.

O PSE é uma política embasada em parâmetros globais da saúde pública fortemente influenciados pela ótica neoliberal, em contradição com os princípios expressos pela constituição de 1988. Não se trata de desqualificar o programa e nem a vertente econômica e nem diretrizes globais, mas é importante salientar que talvez entrarmos em modelos internacionais esquecendo a construção democrática nacional, o que pode representar um distanciamento da realidade brasileira e comprometer, portanto, sua viabilidade. Consideramos que a questão dos direitos humanos e a participação da sociedade civil na construção das políticas no caso de um país como Brasil, marcado por altos índices de desigualdade econômica, política, social e educacional são fundamentais.

Já o ESP é uma proposta gestada por um grupo específico, com argumentos religiosos e que adentra as escolas como um projeto de lei que tende a criminalização de ações pedagógicas. Nesse sentido, nos parece um acirramento da distância política da constituição brasileira e da história de lutas da sociedade civil pelo país. Levantamos aqui que se o

PSE não inserir para além dos modelos de gestão fortemente as estratégias pedagógicas participativas e a pautas dos direitos humanos, pode favorecer a entrada de movimentos ultraconservadores favorecendo os interesses de grupos específicos na educação e saúde públicas nacionais.

Essa criminalização da atividade docente faz com que os poucos professores que trabalhavam com as pautas dos direitos sexuais reduzam ou mesmo encerrem qualquer atividade nesse campo, afastando mais ainda aqueles que por razões familiares ou religiosas já o evitavam. Esse fato fortalece a importância de disponibilizar uma formação continuada para os profissionais para que esses se aproximem mais do tema e estejam mais habilitados para lidar com o assunto e até mesmo com as subjetividades adolescentes em sua prática docente. Além disso, como representantes da instituição onde trabalham – a escola – seria importante para esses professores um posicionamento institucional para que a mesma trate desse tema de maneira mais uniforme nos discursos dos professores e outros profissionais escolares, independentemente de suas convicções pessoais. A relevância da função dos professores no contexto de formação dos jovens torna ainda mais importante que a escola assuma um posicionamento acerca dessa questão. Isso ressalta ainda mais a importância das políticas públicas setoriais tanto da educação quanto da saúde, dada a importância das suas diretrizes para fortalecer esse debate nas escolas.

Do ponto de vista da prevenção do HIV/aids, toda inovação tecnológica eficaz é bem-vinda. Contudo, o que se questiona é o abandono de estratégias que já haviam mostrado amplamente seu valor, e que traziam consigo a vantagem do protagonismo dos indivíduos ameaçados pela epidemia, ao invés de relegá-los a um papel passivo. A ênfase na abordagem biomédica em detrimento de todas as outras deixa de lado dimensões importantes para o enfrentamento da epidemia, como o combate ao estigma e ao preconceito, e em especial a necessidade de respostas políticas para os vetores de vulnerabilização (pobreza, racismo, misoginia), a partir de uma perspectiva centrada na lógica dos direitos humanos.

A dupla ameaça às políticas educacionais no campo da sexualidade e da prevenção do HIV/aids, pela intimidação reacionária que intenta bloquear sua discussão, e pelo enfraquecimento do ativismo, via estrangulamento de recursos, medicalização e despolitização, ao fim e o cabo compromete a própria possibilidade de sucesso de medidas preventivas.

## Referências

AMARAL, R. S, CARVALHO STRE, SILVA FMAM, DIAS RS. Soropositividade para HIV/aids e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. *Rev Pesq Saúde*, 18(2): 108-113, mai-ago, 2017

BALL, SJ. “Performatividade, privatização e o pós-estado do bem-estar”. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 89, p. 1105-1126, Set./Dez. 2004.

BOURDIEU, Pierre. Espíritos de Estado. Gênese e estrutura do campo burocrático. In: \_\_\_\_\_. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996. p. 91-133.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/aids e Hepatites virais. *Boletim epidemiológico HIV/aids*, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Secretaria de Educação continuada, alfabetização, diversidade e inclusão – SECADI*. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=541&id=290&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=541&id=290&option=com_content&view=article). Acessado em 07/08/2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Programa Saúde nas Escolas 2014: Passo a Passo para a Adesão*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde nas Escolas: Material de apoio para as ações do PSE \*versão preliminar*. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. *Adolescentes e jovens para a educação entre pares: adolescências, juventudes e participação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 62 (Saúde e prevenção nas escolas, v. 2) (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/aids. *Diretrizes para implantação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas*. Série A. Normas e Manuais Técnicos p.24. Brasília, Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos/ Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos*. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO, 2007b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/aids. Saúde e Prevenção nas Escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais*. Brasília: MECSEF, 1998.

BRESSAN, A. *A Participação Juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2011.

CAMARGO JR, KR. *Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (5):844-846, mai, 2013.

CAMARGO JR, KR. *As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”* PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 76(1):63-76, 2007.

CARDOSO, R. *Sustentabilidade, o desafio das Políticas Sociais no século 21*. São Paulo em Perspectiva, 18(2): 42-48, 2004.

CÉSAR, M. R. de A. *Sexualidade e gênero: ensaios educacionais contemporâneos*. Instrumento: R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora, v. 12, n. 2, jul./dez. 2010.

CONRAD, P. *Medicalization and social control*. Annu. Rev. Sociol. 18:209–32, 1992.

CONRAD, P. *The medicalization of society*. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

CUETO, M et al. *Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 93-107.

DUARTE, SD. *A militância política de grupos ecumênicos e a construção da democracia brasileira*. Em Religião e Política: medos sociais, extremismo religioso e as eleições 2014. Christina Vital da Cunha, Paulo Victor Leite Lopes, Janayna Lui. – Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll: Instituto de Estudos da Religião, 2017.

ELIAS, Norbert. *Processos de formação do Estado e construção da Nação*. Trad. Kenzo Paganelli. In: 7th INTERNATIONAL SOCIOLOGICAL ASSOCIATION. Anais... v. III. Varna: International Sociological Association, 1972.

FELIPE, J. *Gênero e sexualidade e a produção de pesquisas no campo da educação: possibilidades, limites e a formulação de políticas públicas*. Pro-Posições, v. 18, n. 2, p. 53, maio/ago. 2007.

GALVÃO J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

GELUDA, K. et al. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1671-1680, ago. 2006.

GENTILI, P. SANTA MARIA, V. TROTA, N. *Golpe en Brasil: genealogía de una farsa / Perry Anderson... [et al.] ; 1ª ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO ; Buenos Aires : Fundación Octubre; Buenos Aires : UMET, Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo, 2016.*

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

\_\_\_\_\_. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

KAPLAN, G A, CAMARGO JR, KR. *A call for Global Discussion on Universal Coverage*. Am. J Public Health. 2016; 106 (suppl 4) Editorials.

MATTOS, A. ET AL. *Educação e liberdade: apontamentos para um bom combate ao Projeto de Lei Escola sem Partido*. Em Escola “sem” partido : esfinge que ameaça a educação e a sociedade brasileira / organizador Gaudêncio Frigotto. Rio de Janeiro: UERJ, LPP, 2017.

NEVES M. B. ROMERO L. C. *A política brasileira de prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida na escola (1994–2014) e o papel da Organização das Nações Unidas para a educação, ciência e a cultura*. Educ. Soc., Campinas, v. 38, nº. 141, p. 983-997, 2017.

PARKER, R. *Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/aids no Brasil: o desenvolvimento sobre o HIV/aids, 1982-1996*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 27, p. 8-49, 2003.

PARKER, R. *Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and aids on sexuality research and policy debates*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S251-S258, 2009.

RANDI, Reginaldo and SANTOS, Renan William dos. *Quem tem medo da bancada evangélica? Posições sobre moralidade e política no eleitorado brasileiro, no Congresso Nacional e na Frente Parlamentar Evangélica*. Tempo soc. [online]. 2017, vol. 29, n.2, p. 187-214. ISSN 0103-2070.

REIS, Elisa. *Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 11-14, 2003.

RUSSO, K. *A política pública “Saúde e Prevenção nas Escolas” e a percepção de adolescentes escolares e professores sobre a abordagem do tema da sexualidade em uma escola municipal de Duque de Caxias no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ, 2011.

RUSSO, K e ARREGUY, M. *Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [ 2 ]: 501-523, 2015

REIS, Toni; EGGERT, Edla. *Ideologia de gênero: uma falácia construída sobre os Planos de Educação Brasileiros*. Educ. Soc., Campinas, v. 38, nº. 138, p. 9-26, jan.-mar., 2017.

SANTA BÁRBARA, IS. ET AL. *Escola sem Partido: visibilizando racionalidades, analisando governamentalidades. Em Escola “sem” partido: esfinge que ameaça a educação e a sociedade brasileira / organizador Gaudêncio Frigotto*. Rio de Janeiro: UERJ, LPP, 2017.

SILVA, D e RUSSO, K. *Escola sem Partido, cuidado!* Monografia do curso de Pedagogia da Faculdade de Educação da Baixada Fluminense, UERJ. 2017

UNAIDS, 2015. “90-90-90 An ambitious treatment target to help end the aids epidemic”. Disponível em [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf).

VITAL DA CUNHA, C. ET. AL. *Conclusão: Reavaliando categorias sociais – como pensar os evangélicos na sociedade e na política no Brasil contemporâneo. Em Religião e Política: medos sociais, extremismo religioso e as eleições 2014*. Christina Vital da Cunha, Paulo Victor Leite Lopes, Janayna Lui. – Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll: Instituto de Estudos da Religião, 2017.

# **SOBRE OS AUTORES**



### **André Luiz Machado das Neves (Org.)**

Psicólogo, professor assistente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). É líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Psicossociais sobre Direitos Humanos e Saúde da ESA/UEA. Possui mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas. É doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de atuação e de pesquisa: Psicologia social comunitária, com ênfase nos processos de participação, protagonismo e constituição do sujeito político e Gênero e Diversidade Sexual no âmbito da educação e saúde.

### **Claudia Mora**

Professora adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Departamento de Políticas e Instituições de Saúde. Formada em psicologia pela Universidad Nacional de Colombia (2000), Mestre (2009) e Doutora (2014) em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Assistente de pesquisa do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (IOC/Fiocruz) na área de saúde, gênero, sexualidade e políticas (2007-2015). Pesquisadora visitante na University of British Columbia (2013). Editora executiva de Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. Integrante da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO (2017-2019), e da coordenação do Centro Latinoamericano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ). Atua no campo das pesquisas em IST/aids sob uma perspectiva sócio-antropológica, especialmente na análise das políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento. Temas de interesse: prevenção, vulnerabilidade e direitos humanos; sexualidade, gênero e saúde; migração e saúde.

### **Jenny Milner Moskovics**

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1985). Mestrado em Psicologia Clínica e Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com estágio doutoral na Universidad Autonoma de Madrid. Professora na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1989-2015), tendo atuado como tutora junto ao PREMUS- Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e como coordenadora do SAPP- Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia. Psicóloga na Prefeitura Municipal de Porto Alegre desde 1992, atuando junto ao SAE - Serviço de Atendimento Especializado em DST e aids Santa Marta. Tem experiência na área da Psicologia Social-Comunitária, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, psicologia comunitária, saúde-escola e Psicologia da Saúde.

### **Kalline Russo**

Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), na área de concentração Política, Planejamento e Administração em Saúde. Mestre em Sociologia da Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Experiência na implantação/ implementação e avaliação de programas e políticas de saúde voltadas para o sistema educacional.

### **Kelly Russo**

Doutora em Educação Brasileira, Mestre em Ciências Sociais e Educação e professora adjunta do Departamento de Formação de Professores da Faculdade de Educação da Baixada Fluminense (FEBF/UERJ). Integra o Programa de Pós-Graduação em Educação e Comunicação em Periferias Urbanas, onde orienta pesquisas de Mestrado em Educação.

### **Kenneth Rochel Camargo Jr.**

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pós-doutor na McGill University em 2000/2001. Atualmente é Professor Associado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, associate editor do American Journal of Public Health e editor da Revista Physis. Vice-presidente da ABRASCO no mandato 2008-2010. Vice-presidente honorário para América Latina e Caribe da American Public Health Association, 2014-2015. Diretor do Departamento de Apoio à Produção Científica e Tecnológica (DEPESQ), Sub-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (SR2), UERJ.

### **Luís Felipe Rios**

Professor Associado III da Universidade Federal de Pernambuco onde atua no curso de graduação em Psicologia (desde 2004), no Programa de Pós-graduação em Psicologia (desde 2006) e é líder do Laboratório de Estudos da Sexualidade Humana (LabESHU) (desde 2005). Possui graduação em Psicologia (1989-1994) e mestrado em Antropologia (1995-1997) pela Universidade Federal de Pernambuco; doutorado em Saúde Coletiva (2000-2004) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pós-doutorado em Psicologia Social (2017-2018) pela Universidade de São Paulo. Tem experiência nas áreas de Psicologia Social, Psicologia Clínica, Antropologia e Saúde Coletiva, investigando sexualidade e gênero na interface com diferentes contextos socioculturais e dimensões subjetivas, com destaque para homossexualidade masculina e prevenção do HIV/aids.

### **Munique Therense (Org.)**

Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica Fenomenológico Existencial e Mestre em Psicologia, sendo as formações pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutoranda em Saúde Coletiva pelo

Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e vice-líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Psicossociais sobre Direitos Humanos e Saúde da ESA/UEA. Psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas (TJAM). Áreas de interesse: gênero e saúde coletiva, desenvolvimento humano e direitos em saúde, psicologia jurídica.

### **Simone Monteiro**

Pesquisadora em Saúde Pública do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) da Fiocruz e membro permanente da Pós-graduação em Saúde Pública/ENSP e da PG Ensino em Biociências e Saúde/IOC. Graduiu-se em Psicologia (1991/UERJ). É Mestre em Saúde Coletiva (1995) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1999), com pós-doutorado na Columbia University (2011-2012) Chefiou o Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (LEAS) do IOC por 15 anos (1999-2014), ocupando atualmente a vice-chefia. Publicou diversos artigos em revistas científicas nacionais e internacionais, sendo autora do livro *Qual prevenção? Aids, gênero e sexualidade em uma favela carioca* (Ed. Fiocruz, 2002) e co-organizadora de oito coletâneas dentre os quais: *Estigma e Saúde* (Faperj/Fiocruz, 2013); *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão* (Abrasco/UNFPA, 2005); *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* (Ed. Fiocruz, 2004). É autora de jogos educativos sobre aids (Zig-Zaids) e drogas (Jogo da Onda), editados comercialmente e utilizados em programas de educação e saúde do país. Seus interesses de pesquisa e docência concentram-se nas áreas das ciências sociais e da saúde pública, com ênfase em pesquisa social sobre HIV/aids, sexualidade e gênero.

### **Socorro de Fátima Moraes Nina**

Possui doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Possui graduação em Psicologia e em Serviço Social. Professora Adjunto da Universidade do Estado do Amazonas. Vice líder do Núcleo Interdisciplinar de Saúde e Ambiente/PIRACEMA/NISA - UEA. Docente Multiplicadora do Curso Básico de VISAT – Capacitação Profissional do SUS e do Controle Social relacionado à Vigilância em Saúde do Trabalhador- ENSP/FIOCRUZ/MS. Desenvolve pesquisas nas áreas de populações ribeirinhas, mulheres indígenas e trabalhadoras rurais.

### **Vivian Silva Lima Marangoni**

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Especialista em Gestão em Saúde pela UFAM e Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília - UnB. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia,

Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – FEA/USP. É professora assistente da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Pesquisadora do Núcleo de estudos psicossociais sobre direitos humanos e saúde – NEPDS da UEA. Seus temas de interesse para pesquisa são os seguintes: Gestão e Serviços Públicos de Saúde; Gestão em Saúde com ênfase em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Gênero e Saúde.

Dezembro de dois mil e dezoito, trinta e cinco anos após a  
descoberta da aids



para conhecer mais a *editora*UEA e suas publicações acesse o site e nos  
siga nas redes sociais

[editora.uea.edu.br](http://editora.uea.edu.br)

[ueaeditora](#)



