



FERNANDO WELTRI DA SILVA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Saúde sexual e estratégias de prevenção de IST/HIV/AIDS entre jovens gays e moradores de um bairro da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (RJ)

**Rio de Janeiro
2021**

Fernando Weltri da Silva

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Saúde sexual e estratégias de prevenção de IST/HIV/AIDS entre jovens gays e moradores de um bairro da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (RJ)

*Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado com objetivo de obtenção
de grau de bacharel em Serviço Social
pela Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro.*

Orientador Professor Doutor Guilherme Almeida

Rio de Janeiro
2021

Fernando Weltri da Silva

Saúde sexual e estratégias de prevenção de IST/HIV/AIDS entre jovens gays e moradores de um bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro (RJ)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado com objetivo de obtenção de grau de bacharel em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Aprovada em

Orientador Professor Doutor Guilherme Almeida

Profª Andrea Moraes Alves

Profª Débora Holanda

Rio de Janeiro
2021

RESUMO

Quarenta anos depois da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em inglês) ter sido descoberta no mundo, as populações-chave permanecem infectando-se pelo HIV em níveis desproporcionais em relação ao restante da população no Brasil, mesmo com o surgimento de novas estratégias e tecnologias de prevenção. O objetivo geral desta pesquisa é compreender a percepção de jovens gays sobre sua saúde sexual, bem como avaliar o acesso deles aos serviços de saúde, especialmente, às estratégias de prevenção ao HIV. Entre os objetivos específicos estão: Conhecer as características socioeconômicas e culturais do público investigado usuário da política de saúde; Identificar que informações sobre saúde sexual e prevenção de IST/HIV/AIDS/são acionadas por eles; Conhecer como esses usuários relacionam tais informações ao cotidiano de suas práticas sexuais; Identificar de que forma adquiriram as informações de que dispõem; Verificar o conhecimento que dispõem sobre a rede de assistência à saúde sexual no bairro e no município e como se relacionam com esta rede. Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujos dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas orientadas por um roteiro de questões fechadas e abertas. Tais questões foram dirigidas a uma amostragem de pessoas que se autodeclaram como *gays* e que são residentes num bairro da Zona Norte do município do Rio de Janeiro. Entre os resultados desta pesquisa, destacamos que os entrevistados têm poucas e superficiais informações oriundas de profissionais e instituições de saúde. Eles também demonstram ter pouca relação com os serviços, exceto para obterem os insumos necessários à prevenção, tais como a PREP, a PEP e os preservativos.

Palavras-chave: Saúde Sexual; IST/HIV/AIDS; homossexualidade.

ABSTRACT

Forty years after AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) has been discovered in the world, key populations continue to get infected by HIV in disproportionate levels in relation to the remaining of the population in Brazil, even with the emergence of new strategies and technology for prevention. The main objective of this research is to understand the perception of young gay men about their sexual health, as well as to gauge their access to health services, especially to HIV prevention strategies. The specific objectives are: get to know the socioeconomic and cultural characteristics of the investigated group, user of health policy; identify what sexual health and STI/HIV/AIDS prevention information is accessed by them; get to know how these users relate this information to their daily sexual practices; identify how they have acquired the information they have; check the knowledge they have about the sexual health care network in the neighborhood and city and how they relate to this network. This is a qualitative research in which the data was obtained through semi-structured interviews guided by a script of closed and open questions. These questions were addressed to a sample of people who declare themselves as gay and live in a neighborhood in the north zone of the city of Rio de Janeiro. Among the results of this research, we highlight that its respondents receive little and superficial information from health professionals and institutions. They also show little connection to these services, except when they need to get the necessary resources for prevention, such as PrEP, PEP and condoms.

Sexual Health; STI/HIV/AIDS; Homosexuality

SUMÁRIO

Apresentação	6
Capítulo 1 – Política de saúde no Brasil: um breve histórico	9
Capítulo 2 – ISTs e o enfrentamento histórico da epidemia de HIV no Brasil.....	20
Capítulo 3 – Notas sobre homossexualidade masculina e identidade sexual.....	30
Capítulo 4 – Saúde sexual de alguns jovens de Del Castilho: uma aproximação.....	38
4.1. Características socioeconômicas e culturais.....	40
4.2. Relações e condições de trabalho	42
4.3. Condições familiares	44
4.4. Homofobia no território?	49
4.5. Sexualidade e saúde sexual	52
4.6. Acesso aos serviços de saúde.....	65
Considerações finais.....	69
Referências.....	73
Apêndices.....	79

APRESENTAÇÃO

Como estudante de Serviço Social, sempre tive interesse pela área da saúde e questões de gênero e sexualidade. Cumpri o estágio obrigatório para a graduação no setor de internação do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Percebi que a condição de internação não limitava as vidas sexuais dos pacientes, porém, não havia espaço de discussão desse tema e as estratégias de prevenção disponíveis não eram de fácil acesso. Por exemplo, o paciente internado tinha que solicitar a um técnico do setor a camisinha ou era comum – e relativamente frequente – a aplicação de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) nas pessoas internadas sem conversa ou discussão. Ao trazer essa observação para minha vida pessoal, passei a sentir e perceber falta de informação sobre a questão de prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) tanto entre meus amigos e parceiros sexuais quanto em mim mesmo.

Ainda que com o surgimento de novas estratégias e tecnologias de prevenção, especialmente biomédicas, a prevalência de incidência dos casos de HIV permanece entre jovens, negros e homossexuais, mesmo depois de quase quatro décadas do primeiro caso. Frente a um cenário cada vez mais conservador da sociedade como um todo, num contexto neoliberal de diminuição da intervenção do Estado, que leva à redução de investimentos em políticas públicas, proponho pensar como as IST/HIV/aids se apresenta como uma expressão da questão social, considerando as problemáticas que a população-chave enfrenta para acessar uma estratégia preventiva eficaz.

Sendo assim, esta monografia para conclusão de curso em Serviço Social pretende avaliar, a partir da perspectiva do usuário pertencente à população-chave, as informações sobre prevenção às IST/HIV/AIDS. Esta pesquisa busca tecer reflexões, a partir de pesquisa de campo com entrevistas semiestruturadas, sobre a percepção acerca de como se dá o acesso de jovens gays de 20 a 30 anos, moradores do bairro de Del Castilho, Zona Norte do Rio de Janeiro, à política de saúde e sobre suas possibilidades concretas de prevenção HIV/AIDS.

O recorte geográfico foi feito no bairro de Del Castilho, o bairro em que cresci e moro, sendo assim tenho fácil acesso aos entrevistados que me

ajudaram a chegar no questionamento deste trabalho. O bairro da pesquisa está localizado entre os bairros de Cachambi, Maria da Graça, Higienópolis e Inhaúma. Duas grandes vias atravessam o bairro, a Avenida Martin Luther King e a Avenida Dom Hélder Câmara, que oferecem fácil acesso a toda a região metropolitana do Rio, já que existem estações de metrô e trem, além das várias linhas de ônibus.

Del Castilho é um bairro predominantemente residencial. Entre 100 apartamentos e 150 casas do bairro foram construídas na década de 1950 com objetivo de abrigar os trabalhadores vinculados ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC), nomenclatura que até hoje é vinculada ao conjunto. (Galdo e Daflon, 2011) O bairro abriga ainda duas favelas, a Chácara de Del Castilho, popularmente conhecida como Bandeira 2 e o Parque União de Del Castilho, chamada de Favela do Guarda. A partir do final da década de 1990, o bairro passou a ter um grande centro de compras, o Shopping Nova América, ocupando o espaço da antiga fábrica de tecidos com o mesmo nome, e o Templo da Glória do Novo Israel, conhecida como a Catedral da Fé, grande empreendimento da Igreja Universal do Reino de Deus com mais 40 mil metros quadrados.

Os dados do Censo de 2010, indicavam que a população da cidade do Rio de Janeiro era em torno de 6 milhões de pessoas, sendo que a Área de Planejamento 3.2, que engloba o bairro de Del Castilho, possuía cerca de 576.268 habitantes e, destes 15.610 eram habitantes do bairro. (ROSA; STRAVCH; AJARA, 2015) A estrutura de saúde no bairro de Del Castilho é formada principalmente por duas Clínicas da Família, Sérgio Nicolau Amim e Barbara Starfield, mais a Policlínica Rodolpho Rocco. A UPA (Unidade de Pronto Atendimento) mais próxima é localizada em Manguinhos e há, também próximo, o Hospital Municipal Geral Salgado Filho.

O objetivo geral deste trabalho é compreender a percepção de jovens gays moradores do bairro de Del Castilho, situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (RJ), sobre sua saúde sexual, bem como avaliar o acesso deles aos serviços de saúde, especialmente, às estratégias de prevenção ao HIV.

Entre os objetivos específicos estão: Conhecer as características socioeconômicas e culturais do público investigado usuário da política de saúde; Identificar que informações sobre saúde sexual e prevenção de IST/HIV/Aids são acionadas por eles; Conhecer como esses usuários relacionam tais informações ao cotidiano de suas práticas sexuais; Identificar de que forma adquiriram as informações de que dispõem; Verificar o conhecimento que dispõem sobre a rede de assistência à saúde sexual no bairro e no município e como se relacionam com esta rede.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

A política de saúde no Brasil tem relação direta com a evolução político-social do país. Nos primeiros anos da colonização, com a chegada dos portugueses, não existia política de atenção à saúde por parte do governo colonizador. Os tratamentos eram realizados com os recursos da terra e sob os conhecimentos empíricos de curandeiros por pelo menos três séculos, até 1808, quando a família real fugiu de Portugal em direção ao Brasil. A primeira estrutura sanitária foi implementada ainda de forma mínima e focada essencialmente na saúde dos portos e controle de navios, especializada para o contexto específico agroexportador da Colônia e para prevenir a entrada de doenças. Como nessa época não havia muitos médicos, também foram fundadas as primeiras escolas de medicina no país (POLIGNANO, 2001).

No período da República, a estrutura do Estado tinha sido alterada, a escravatura tinha terminado e se formava uma nova divisão social do trabalho orientada para o mercado internacional. O Brasil se tornava grande exportador de café e o controle político se concentrava no setor agrário. Como não havia um modelo sanitário, epidemias de varíola, malária, febre amarela e peste atingiam as grandes cidades. Para além da saúde, essas epidemias tinham consequências no comércio exterior, visto que muitos navios estrangeiros não atracavam em portos do Rio de Janeiro para evitá-las (POLIGNANO, 2001, p.4).

Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública com o objetivo principal de erradicar a epidemia de febre amarela com a ajuda de um exército de cerca de 1500 pessoas. Graças ao pouco esclarecimento recebido pela população e devido às arbitrariedades realizadas por esses guardas-sanitários e à obrigatoriedade de vacinação ocorreu a Revolta da Vacina (POLIGNANO, 2001, p.5).

Esse modelo, conhecido como modelo campanhista, permaneceu hegemônico na saúde pública brasileira por décadas, já que conseguiu controlar as doenças epidêmicas e até erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, apesar de causar insatisfação na população. Uma vez que essas

doenças poderiam prejudicar a economia agroexportadora do país, Oswaldo Cruz conseguiu controlá-las por meio de saneamento dos espaços onde as mercadorias circulavam e estendeu a ação para o campo, onde até então a atividade econômica estava concentrada (POLIGNANO, 2001, p.6).

Oswaldo Cruz passou a organizar a diretoria geral de saúde pública com serviços de registro demográfico para conhecer composições e fatos vitais da população, de laboratório bacteriológico e de fabricação de remédios, engenharia sanitária, inspetoria, entre outros, formando o Instituto Soroterápico Nacional que viria a se tornar o Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001, p.6).

A acumulação originada do comércio exterior permitiu que o Brasil desse início ao seu processo de industrialização, o que promoveu a urbanização do eixo Rio-São Paulo, ampliou a massa trabalhadora e, como resultado, a colocou em condições precárias de saúde, habitação, trabalho e higiene (BRAVO, 2006, p.3).

Na década de 1920, a reforma Carlos Chagas reestruturou o Departamento Nacional de Saúde e introduziu a propaganda e a educação sanitária na rotina de ação, alterando o modelo policialesco e fiscal anterior. Órgãos especializados foram criados para atenção à tuberculose, lepra e doenças venéreas, para assistência hospitalar, infantil e higiene industrial e se destacaram como problemas individualizados (POLIGNANO, 2001, p.6)

Algum tempo depois, a Lei Eloy Chaves (Decreto n. 4682/23), tida como embrião da Previdência Social brasileira, legislou sobre as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As primeiras CAPs foram iniciativas de auxílio mútuo produzidas pelos próprios trabalhadores e sua contribuição era tríplice: uma parte pelo empregador, outra pelo empregado e a terceira pelos clientes dos serviços. A própria empresa recolhia a contribuição e depositava na conta de sua Caixa (POLIGNANO, 2001, p.7).

Frente a crise de 1929, o setor agroexportador brasileiro se viu imobilizado por um momento (POLIGNANO, 2001, p.9), as transformações sociais na sociedade brasileira ficaram mais explícitas e as contradições do modo de produção capitalista tornaram-se mais evidentes, redefinindo a forma como o

Estado passou a intervir sobre as expressões da Questão Social, por meio de políticas sociais nacionais (BRAVO, 2006, p.3).

A partir de 1930, teve início a Era Vargas que ficou marcada pelo populismo e pelo trabalhismo. Naquele período, o governo instituiu órgãos que seriam responsáveis pelo mercado de trabalho como os Ministérios do Trabalho, da Educação e Saúde Pública e da Indústria e Comércio. Em 1937, sob uma nova Constituição e em regime ditatorial, as práticas do trabalhismo foram reforçadas (POLIGNANO, 2001, p.10).

A política de saúde a partir de então dividiu-se em dois subsetores, a pública e a previdenciária. A saúde pública servia basicamente para atender às condições sanitárias mínimas do meio urbano e combates às endemias, já a previdência social era destinada à classe trabalhadora contribuinte através da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Houve alterações institucionais como a desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou do Ministério da Justiça para o então novo Ministério da Educação e de Saúde Pública e a divisão de outras ações referentes à saúde para outras áreas. A fiscalização ficou sob responsabilidade do Ministério da Agricultura e a higiene e segurança do trabalho sob o Ministério do Trabalho. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que, naquele momento se tratava apenas de uma repartição do Ministério da Educação (POLIGNANO, 2001, p.10-12).

A maior pressão por assistência médica dos Institutos só veio ocorrer na segunda metade da década de 1950, devido ao desenvolvimento industrial e conseqüente urbanização e aumento na parcela da população assalariada (POLIGNANO, 2001, p.10-12).

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) substituíram as CAPs e passaram a ser divididos em categorias profissionais e a cobrir diversos trabalhadores. Os IAPs asseguravam aposentadoria, pensão, assistência médica hospitalar e socorros farmacêuticos. (POLIGNANO, 2001: 10). A atenção médica previdenciária era considerada secundária, visto que o foco principal era a contenção das contribuições, criando uma reserva financeira ao prestar serviços reduzidos (BRAVO, 2006, p.5).

Essa política de saúde, preparada a partir da década de 1930, se consolidou entre 1945 e 1964. Os gastos das IAPs com atenção médica aumentaram levando à unificação dos IAPs, em 1960. Com a Lei Orgânica da Previdência Social, criou-se o Regime Geral da Previdência Social que alcançava todos os trabalhadores sob contrato de trabalho CLT, deixando de fora empregados/as domésticos/as, servidores/as públicos/as (que pertenciam ao seu próprio regime previdenciário) e trabalhadores/as rurais. Estes/as últimos/as só seriam incorporados em 1963 com a criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência do Trabalhador Rural). A contribuição era tríplice - governo, empregador e empregado (POLIGNANO, 2001, p.13).

Em 1964, com o início da ditadura militar, a intervenção estatal seguia o binômio repressão-assistência, tornando a máquina pública mais burocrática e moderna com o objetivo de aumentar o poder, reduzir tensões sociais e legitimar o regime (BRAVO; MATOS, 2006, p.27).

Os IAPs foram unificados em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que ainda incorporou o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Havia muitas contribuições originadas dos/as trabalhadores/as com carteira assinada e que passaram a fazer parte do regime do INPS, somados a poucos/as aposentados/as e pensionistas e uma economia em ascensão, o que possibilitou que a Previdência Social acumulasse muitos recursos.

No processo de unificação, o governo militar resolveu incorporar os serviços oferecidos pelos IAPs, como a assistência médica por exemplo. Entretanto, a assistência previdenciária não alcançava a todos/as os/as beneficiários/as, tornando necessário recorrer aos serviços suplementares de saúde existentes na época. Assim, os recursos acumulados pela Previdência Social foram direcionados para a construção de um sistema médico hospitalar suplementar. Estabeleciam-se contratos pelos serviços de saúde com os médicos e hospitais privados existentes, desta forma, o sistema se tornou tão complexo administrativa e financeiramente que resultou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (POLIGNANO, 2001, p.15).

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, reforçando a dicotomia existente de manter com o Ministério da Previdência Social a responsabilidade pela medicina curativa e serviços suplementares de saúde, financiadas pelas contribuições previdenciárias, enquanto o Ministério da Saúde cuidava da prevenção de endemias e controlava os índices sociais de saúde, com poucos recursos.

Esta dicotomia não favoreceu a saúde brasileira e este modelo entrou em crise por não conseguir solucionar os principais problemas de saúde coletiva (como as epidemias e os indicadores de saúde), além de enfrentar o aumento nos custos da complexa medicina curativa e arrecadar cada vez menos do sistema previdenciário devido aos salários baixos dos/as trabalhadores/as. O sistema era incapaz de atender à população excluída que, sem vínculo empregatício, enfrentava a pobreza e o país via altos níveis de doenças e marginalidade (POLIGNANO, 2001, p.17)

Em 1981, o governo criou o Conselho Consultivo da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O plano inicialmente proposto visava a reversão gradual do modelo médico-assistencial por meio de aumento da produtividade do sistema, melhoria da qualidade da atenção, equalização dos serviços prestados, eliminação da capacidade ociosa do setor público, hierarquização, criação de domicílio sanitário e montagem de sistema de auditoria médico-assistencial (POLIGNANO, 2001, p.20).

Entre os projetos mais importantes do CONASP estavam as Ações Integradas de Saúde (AIS) um projeto que envolvia os ministérios da Saúde, Educação e Previdência em um modelo assistencial que incorporava o setor público a ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Cabia à Previdência Social pagar por serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários, com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização (GUIDINI, 2012, p.15).

Faleiros (2006, p.39) aponta que àquela altura os conceitos da medicina comunitária como hierarquização, regionalização, integralidade e participação começavam a ser adotados por organismos internacionais e possibilitaram a

entrada de técnicos no aparelho estatal, no Ministério da Saúde e em algumas instituições representativas.

Tais técnicos eram oriundos do Movimento Sanitário que, segundo Faleiros (2006, p.41), chegam no início dos anos 1980 com o objetivo de ocupar os espaços institucionais e participar ativamente da formulação e implementação de políticas de saúde perante a crise previdenciária do Estado. O conceito de participação era tido como elemento central, considerando a experiência de seus agentes nas práticas de participação comunitária e popular. Desta forma, a criação de programas governamentais para combater as fraudes e administrar os custos permitiu a ruptura da estrutura previdenciária a partir de dentro.

Para o autor, o movimento sanitário mostrou ser “uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade” (FALEIROS, 2006, p.41). O movimento transformou o conteúdo da participação social ao deixar de ser referência apenas para os setores sociais excluídos pelo Estado, adquirindo dimensão e perspectivas mais abrangentes. O movimento sanitário também incorporou a conotação de cidadania, que expressava a estratégia de universalização dos direitos; compreendendo o Estado como espaço de conflito de interesses contraditórios (o que buscou diminuir a polaridade) e possibilitou interlocução e diálogo entre Estado e sociedade, contrapondo o conceito de controle social ao de controle privado do Estado (FALEIROS, 2006, p.42).

Politicamente, o país passava pela transição democrática e as primeiras eleições diretas para governadores no período possibilitaram que a oposição fosse eleita na maioria dos estados. Em 1985, o movimento “Diretas Já” resultou na eleição de Tancredo Neves e marcou o fim do regime militar. Na mesma época, emergiram movimentos sociais e houve um número significativo de greves em diversos setores. O governo brasileiro respondeu às demandas sociais através da institucionalização dos conflitos, que passaram a ser internalizados e negociados no aparelho estatal, tratava a desigualdade como temporária e passageira e não como estrutural e, por fim estendeu o controle social através elaboração de uma nova Constituição (FALEIROS, 2006, p.45).

O setor médico privado, beneficiado no período da ditadura com recursos públicos chegou à redemocratização fortalecido e enriquecido. Frente à crise do setor público, foi necessário buscar uma saída para sua manutenção/estruturação. Seu modelo de atenção se direcionou para a classe média e criou um subsistema de atenção médico-supletiva em que, dentre suas modalidades, baseava-se em contribuições mensais dos beneficiários, com oferta de determinados serviços, com prazos de carências preestabelecidos. Havia cinco modalidades: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro saúde e plano de administração. Coube ao subsistema público atender a grande maioria da população com poucos recursos (POLIGNANO, 2001, p.21).

A luta pela Reforma Sanitária culminou na mudança da política de saúde nacional e incluiu o seu ideário na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, em um Estado comprometido com o bem-estar social que passou a ver a saúde como um dos direitos da cidadania.

Nesta Constituição, a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado” (CF88, cap. VIII, seção II, artigo 196), as ações e serviços públicos de saúde passaram a fazer parte de uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação comunitária.

A Lei Federal de número 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS) definiu a saúde de forma mais abrangente ao considerar alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, educação, lazer, entre outros como fatores determinantes e condicionantes da saúde; e que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. (BRASIL, 1990).

Entre outras determinações, a referida lei regulamentou a organização e funcionamento dos serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições de todas as esferas, da administração direta e indireta e de fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar.

Além de formular a política de saúde destinada a promovê-la como direito fundamental, o Sistema Único de Saúde (SUS) também tem como objetivo identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde e prestar assistência às pessoas por meio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei Orgânica da Saúde aponta as diretrizes pelas quais estes serviços devem seguir: universalidade de acesso a todos os serviços e em todas esferas; a integralidade de assistência - formada por um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos; a preservação da autonomia das pessoas; a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios; o direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; o uso da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e orientação programática; a participação da comunidade e a descentralização (BRASIL, 1990).

Os recursos financeiros do SUS originam principalmente da seguridade social e são movimentados com fiscalização de Conselhos de Saúde. Perfis demográficos e epidemiológicos, a rede de serviços e o desempenho técnico são alguns dos critérios que a lei estabelece para o repasse dos recursos financeiros no SUS (POLIGNANO, 2001, p.24).

Polignano (2001, p.24) aponta que o SUS sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento, mesmo apresentando progressos significativos no nível de atenção primária. Ainda assim, enfrentou problemas com o setor privado que detinha a maioria dos serviços de complexidade e referência em nível secundário e terciário, sem interesse em integrar o modelo vigente devido à baixa remuneração pelos procedimentos, inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços (POLIGNANO, 2001, p.25).

A década de 1990 ficou marcada por investidas neoliberais na economia, sob a justificativa de diminuir a intervenção do Estado para reduzir os gastos do governo. Teve início a edição de Normas Operacionais Básicas (NOB), com o

objetivo regular o funcionamento e operacionalização do SUS, principalmente a transferência de recursos financeiros do governo federal para os estados e municípios. (POLIGNANO, 2001, p.26)

A primeira NOB 01/91 instituiu um sistema de pagamento por produção de serviços aos estados e municípios, igualando-os aos prestadores privados e, em seguida, a NOB 01/93 criou critérios e categorias de gestão para habilitação dos municípios e critérios de repasse de recursos financeiros a depender do tipo de gestão (POLIGNANO 2001, p.27).

Em 1993, devido à centralização do comando do SUS no Ministério da Saúde, o INAMPS se tornou obsoleto e foi extinto. Em 1994, os recursos recolhidos dos empregadores pelo INSS deixaram de custear a saúde e passaram a ser destinados apenas para a Previdência Social. No decorrer da década, a área da saúde teve sua crise de financiamento agravada, marcada por denúncias de desvios, crises em hospitais universitários e o reposicionamento dos hospitais filantrópicos que passaram a se voltar à prestação de serviços privados de saúde, acarretando na diminuição dos leitos disponíveis, principalmente nos grandes centros urbanos (POLIGNANO, 2001, p.27-28).

A NOB 01/96, que passou a vigorar a partir de 1998, consolida a Municipalização, revoga os modelos propostos nas normas anteriores e propõe aos municípios que se enquadrem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, que propõe a transferência para os municípios de responsabilidades de gestão. O repasse financeiro passou a se basear num valor fixo per capita considerando a população do município. Esta NOB indica ainda que os municípios poderiam receber acréscimo de incentivos financeiros se desenvolvessem determinadas ações de saúde como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Assistência farmacêutica básica, ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. entre outras (POLIGNANO, 2001, p.28-30).

No início dos anos 2000, a política de saúde do governo Lula trouxe aspectos de inovação e de continuidade à política neoliberal vigente, de acordo com Bravo (2006, p.16). Inovou ao retornar ao ideário da Reforma Sanitária que

havia sido abandonado na década anterior, selecionando profissionais comprometidos com a luta para cargos no Ministério da Saúde e alterando sua estrutura organizativa. Ainda assim, deu continuidade à política neoliberal do governo anterior ao dar ênfase na focalização, por exemplo mantendo a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), na terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e pouca vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (BRAVO, 2006, p.18). Machado (2017, p.153) destaca a ênfase no segundo mandato de Lula no projeto desenvolvimentista que fortaleceu a produção nacional de insumos estratégicos para o SUS.

Na esteira de seu antecessor, o governo Dilma deu continuidade em áreas como a atenção básica e vigilâncias sanitárias e adotou programas específicos que marcaram seu governo, como expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e o Programa Mais médicos. No entanto, o governo não foi capaz de enfrentar os problemas estruturais do sistema.

A partir de 2013, no campo macro da política, setores neoconservadores da sociedade brasileira se apropriaram das grandes manifestações que ocorreram por todo país para construir um novo modelo de neoliberalismo. As demandas que questionavam inicialmente o aumento de tarifas em transportes públicos e casos de corrupção que geraram abandono de serviços públicos, passaram a ser controladas por setores que demonizavam a política e o Estado, dando como solução o retorno a um governo que tivesse a meritocracia e o individualismo como base. O resultado, por fim, se deu no impeachment da presidenta Dilma Rousseff. (FONSECA; SILVA 2020, p.62-63)

Desde então a política de saúde entrou em uma fase de indefinição e instabilidade, com propostas que fragilizaram financeiramente o SUS ainda mais (MACHADO, 2017, p.155). Bravo (2020, p.195) aponta que o governo de Michel Temer aprofundou na política neoliberal e seguiu no processo de contrarreforma. Além de apresentar retrocessos na política de saúde mental, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e propor planos de saúde acessíveis, deu-se continuidade ao processo de privatização da saúde, que se tornou mais denso devido ao congelamento de recursos orçamentários em 20 anos através da Emenda Constitucional 95/2016. A autora, referenciando estudo realizado pelo

IPEA, diz que se estima que o SUS perderá até R\$654 bilhões de reais em recursos no período. (BRAVO: PELAEZ, 2020, p. 196)

Em 2018, Jair Bolsonaro assume a presidência da república com uma configuração mais agressiva do neoliberalismo, como dizem Fonseca e Silva (2020, p.61). Rosário (2020) aponta seus efeitos negativos sobre a saúde da população como a retirada de médicos cubanos do Programa Mais Médicos que atendiam cerca de 30 milhões de pessoas, mais retrocessos na política de saúde mental e na Política Nacional de Álcool e Drogas. Assim como medidas tomadas em outras áreas que afetam a saúde da população como flexibilização do porte de armas, liberação de agrotóxicos, política ambiental, entre outros.

Fonseca e Silva (2020, p. 71) afirmam que nem em face à pandemia do Covid-19 o atual presidente do Brasil diminui o tom em que coloca o mercado acima da saúde do povo. Em seu texto, os autores analisam os discursos e ações que Jair Bolsonaro assumiu frente à crise sanitária, transformando-a em uma luta entre quem queria ferir as liberdades individuais ao promover as recomendações internacionais de saúde, como o distanciamento social e o uso de máscaras, e quem os enfrentava. Soma-se a isto, as diversas mudanças em cargos de confiança desde ministros até profissionais técnicos.

CAPÍTULO 2

ISTS E O ENFRENTAMENTO HISTÓRICO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 30 tipos diferentes de vírus, bactérias ou parasitas podem ser transmitidos principalmente através de contato sexual. Outras formas de transmissão são por meio não sexual (através do sangue ou mucosas) e algumas delas também podem ocorrer de forma vertical (da mãe para a criança durante a gestação, parto ou amamentação). Oito dessas infecções tem maior incidência de transmissão sexual sendo metade delas curáveis: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase; e a outra metade atualmente é incurável, são elas hepatite B, vírus do herpes simples, vírus do papiloma humano (HPV) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (OMS, 2019).

De acordo com a OMS, as ISTs apresentam um impacto profundo na saúde sexual e produtiva no mundo inteiro. Mais de 1 milhão de ISTs são adquiridas todos os dias. Além do mais, as IST podem trazer consequências para além do risco imediato da infecção por si só. Herpes e sífilis, por exemplo, podem aumentar o risco de infecção pelo HIV em três vezes ou mais (OMS, 2019). O site sobre ISTs do Ministério da Saúde esclarece que o uso do termo *Infecções Sexualmente Transmissíveis* (IST) em substituição ao termo *Doenças Sexualmente Transmissíveis* (DST) passou a ser adotado já que uma pessoa pode ter e transmitir uma infecção, ainda que esta não apresente sinais ou sintomas, enquanto o termo DST está relacionado à doença, com sinais e sintomas visíveis.

HIV é a sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana, um vírus que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. Como o vírus da gripe, por exemplo, o HIV só faz cópias de si mesmo ao infectar uma célula viva. Geralmente, as células mais infectadas são os linfócitos T, CD4+. Biologicamente falando, este vírus possui um longo período de incubação antes de começar a apresentar sintomas e pode ser transmitido através de fluidos corporais, como nas relações sexuais desprotegidas, o

compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e amamentação.

Ser portador do vírus do HIV não quer dizer ter Aids, pode levar anos para os portadores apresentarem os primeiros sintomas da doença. “Aids”, sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é a condição decorrente da infecção pelo vírus do HIV. Este, ao atacar as células de defesa do corpo, deixa o sistema imunológico vulnerável a diversas doenças e infecções. Estas são chamadas de “infecções oportunistas” por tirarem vantagem da imunidade enfraquecida.

De acordo com Parker (1987, p.156), os primeiros casos no Brasil foram registrados em 1983 e, em três anos, o país saltou para o segundo lugar da lista de casos no mundo. Há época, já existia o movimento pela Reforma Sanitária que buscava a efetivação dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social num sistema público de saúde, e já influenciavam o desenvolvimento de programas de saúde. Esse movimento, somado à forte inquietação, inicialmente da comunidade homossexual frente à epidemia resultou na primeira resposta governamental à Aids. De acordo com Grangeiro, Silva e Teixeira (2009, p.88), o ativismo dos movimentos sociais foi de extrema importância para a construção dessa resposta, pois buscavam garantir os direitos dos grupos atingidos através da demanda por políticas públicas.

Com os primeiros registros da epidemia, a militância gay que havia começado a se articular desde os anos 1970 com criação de ONGs e grupos (Grupo Somos, Grupo Gay da Bahia) e buscava afirmar a identidade homossexual, mesclou-se com a do movimento de luta contra a Aids. Esses grupos mobilizaram a distribuição de informativos sobre a doença e direitos dos homossexuais, além de estabelecer redes de solidariedade e de apoio para aqueles afetados pela Aids (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.88)

O exemplo da organização do programa de enfrentamento da Aids em São Paulo e a participação do movimento social se tornaram referência para outros estados e para a ação do governo federal. Em 1986, foi criado o Programa Nacional de Aids, que impulsionou programas locais e possibilitou criar uma rede de interlocução entre profissionais e instituições. Em 1994, com recursos

provenientes do Banco Mundial, foram financiados projetos de prevenção e assistência, incorporadas novas tecnologias e maior produção de conhecimento sobre a doença, inaugurando nova fase da resposta brasileira à Aids (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.88).

A resposta da sociedade civil organizada, principalmente do movimento LGBT+, sempre foi muito importante para tratar a epidemia no país, especialmente nos primeiros anos frente à reprodução midiática do pânico e de uma visão moralista e discriminatória, que reforçavam a imagem do doente a partir da morte e intensificaram preconceitos direcionados a determinados grupos sociais.

Em seu ensaio sobre preconceito, Bandeira (2002) o entende como “a mola central e o reprodutor mais eficaz da discriminação e de exclusão, portanto da violência”. (Bandeira, 2002, p. 126) Para o autor, a discussão de Erving Goffman sobre o estigma contribui para entender o preconceito. Cazeiro (2020, p.3) esclarece que o estigma não possui uma qualidade fixa, e sim “um elemento de diferenciações sociais e individuais resultantes de uma construção sociocultural cujo processo é histórico, mutável e se estabelece nas relações de depreciação do outro”.

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é em si mesmo, nem honroso nem desonroso (GOFFMAN,1988, p. 13).

Ao fim dos anos 1980, a organização da sociedade civil foi fundamental frente ao estigma e o preconceito resultou no ativismo que passou a construir uma identidade social centrada na cidadania e no direito à vida, buscando se afastar da associação da doença com morte e exclusão social. O movimento foi marcado pela solidariedade e naquela época, entre outras ações, foram criadas casas de apoio aos doentes que ofereciam suporte material a quem não podia arcar com moradia ou assistência médica, como a organização fundada pela travesti Brenda Lee direcionada para acolhimento de travestis com aids e em situação de vulnerabilidade. Formaram-se grupos de apoio para pessoas infectadas pelo vírus, reivindicaram a mudança de uso do termo “aidético” para

o termo soropositivo, fazendo referência ao resultado no exame (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.91).

A partir de 1996, com o surgimento da terapia antirretroviral, o perfil da epidemia mudou e cimentou o movimento contra a exclusão das pessoas com Aids. Mudaram as representações acerca da doença, as perspectivas das pessoas vivendo com HIV, a taxa de mortalidade, a sobrevivência e a reinserção social. O novo tratamento amenizou situações de preconceito que associavam a doença principalmente com a fatalidade. (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.91).

Esses medicamentos tinham um alto custo e o acesso a eles se tornou uma das prioridades de saúde do país, que estabeleceu vínculos de solidariedade com outros países e vinculou o tema da propriedade intelectual ao do acesso ao tratamento. Dessa forma, o Brasil se destacou no cenário internacional ao defender posições que fundamentassem a resposta nacional nas áreas de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos, sendo reconhecido ao implantar o programa de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.91).

A primeira motivação da atuação brasileira no cenário internacional foi buscar obter acordos que tornassem possível e sustentável a distribuição universal dos medicamentos, buscando obter preços justos e produzir genéricos nacionalmente. Para isso, o país atuou junto a organismos internacionais como a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Organização das Nações Unidas (ONU), através do debate sobre direitos de propriedade intelectual no que diz respeito ao comércio, entendimentos que reconhecessem a precedência da saúde em relação ao comércio (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.91).

Entre outras ações, estão os esforços que o Brasil teve ao propor na Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas a adoção de resolução que declarasse os medicamentos antirretrovirais um direito fundamental do cidadão. No mesmo ano, a OMC reconheceu a prioridade da saúde em relação ao comércio ao tratar sobre propriedade intelectual e o direito dos países de promover a produção nacional de medicamentos (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.91).

Além disso, o país buscou adotar uma estratégia internacional para ampliar o acesso de países de baixa e média renda a esses medicamentos. O governo brasileiro, de acordo com Grangeiro, Silva e Teixeira (2009, p.92), influenciou na agenda dos organismos internacionais responsáveis e contribuiu para estabelecer um conjunto de ações que resultou num expressivo aumento de pessoas usando antirretrovirais além de estabelecer normas e guias de tratamento em países com sistemas frágeis de saúde, fortalecendo vínculos de solidariedade.

Ainda no final dos anos 1990, o Programa Nacional de DST/Aids passou perceber que a epidemia indicava transformação em seu perfil, mesmo que se mantivesse estabilizada em altos números entre homossexuais e bissexuais. O programa notou aumento de infecção em jovens, mulheres, pobres e pessoas do interior do país. Nesse momento houve ampliação dos grupos aos quais as campanhas de prevenção se dirigiam (CALAZANS, 2018, p.275).

No início dos anos 2000, a chegada de um governo alinhado à esquerda na presidência possibilitou progresso no campo da política social, como a expansão de direitos LGBT+, concretizado por exemplo no programa Brasil Sem Homofobia (MACHADO, 2017, p.153). No âmbito da saúde, seguindo a dinâmica de financiamento do SUS, as políticas na área passaram por um processo de descentralização do âmbito do governo federal para os estados e municípios (CALAZANS, 2018, p.274).

Os anos 2010 foram marcados pelo fortalecimento no debate sobre as novas tecnologias de prevenção biomédica do HIV, principalmente no uso de antirretrovirais para prevenção. Em 2015, foi publicado protocolo sobre a profilaxia pós-exposição (PEP) que consiste em uso de antirretrovirais por um período de 28 dias consecutivas por pessoas soronegativas para evitar a infecção quando houver possível exposição ao vírus. E, em 2017, após uma série de estudos que demonstraram eficácia em pessoas com risco aumentado e possibilidade de ser aplicada como política pública, foi a vez do protocolo sobre a profilaxia pré-exposição (PrEP) que consiste na tomada diária de antirretrovirais com o objetivo de prevenir a infecção pelo HIV (CALAZANS, 2018, p.278).

Grangeiro, Silva e Teixeira (2009, p.92) salientam o destaque que as campanhas de prevenção do Ministério da Saúde brasileiro tiveram no cenário internacional que, a despeito dos seus equívocos, tinham um alcance muito grande e foram marcadas pela criatividade e tolerância social, diferentemente das campanhas de outros países latino-americanos, de baixa renda ou até mesmo de países desenvolvidos. Em especial a campanha ousada e polêmica “Transe numa boa” de 1985 criada pelo ativista Darcy Penteado dirigido para a comunidade homossexual, com uso de termos coloquiais e frisando a informação como a melhor prevenção. Desde então, “as campanhas passaram a enfatizar o uso da camisinha como estratégia de saúde pública, abordando o tema a partir da erotização e do contexto das diversas práticas sexuais e relações afetivas”. (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.92)

De acordo com o Relatório 2020 da UNAIDS, há cerca de 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. Apesar de o mundo demonstrar estar em uma tendência de queda – houve redução de 23% no número de pessoas que contraíram o vírus desde 2010 – a América Latina registrou um aumento de 21%. O relatório aponta que a marginalização das populações-chave, as prioridades das políticas públicas de saúde e o investimento limitado dos governos em seus sistemas de saúde estagnaram o progresso na região. O estigma e a discriminação afetam seriamente a população afetada pelo HIV. Cerca de 25% das pessoas vivendo com HIV não sabem de seu status e 40% não acessa a terapia antirretroviral. De acordo com último boletim epidemiológico, foram detectados mais de um milhão de casos de Aids no Brasil, entre 1980 e junho de 2020. Em 2019, foram notificados quase 42 mil casos de infecção pelo HIV. (BRASIL, 2020, p. 8).

O Boletim Epidemiológico mais recente indica que, de 2007 até junho de 2020, 69,4% das notificações de infecção pelo HIV se deram em homens e 52,7% dos casos se deram em pessoas entre 20 e 34 anos, de maioria negra (50,7%). Cerca de 44,4% das notificações se concentraram na região Sudeste. Sobre a categoria de exposição entre homens maiores de 13 anos, 51,6% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual (BRASIL, 2020, p.11).

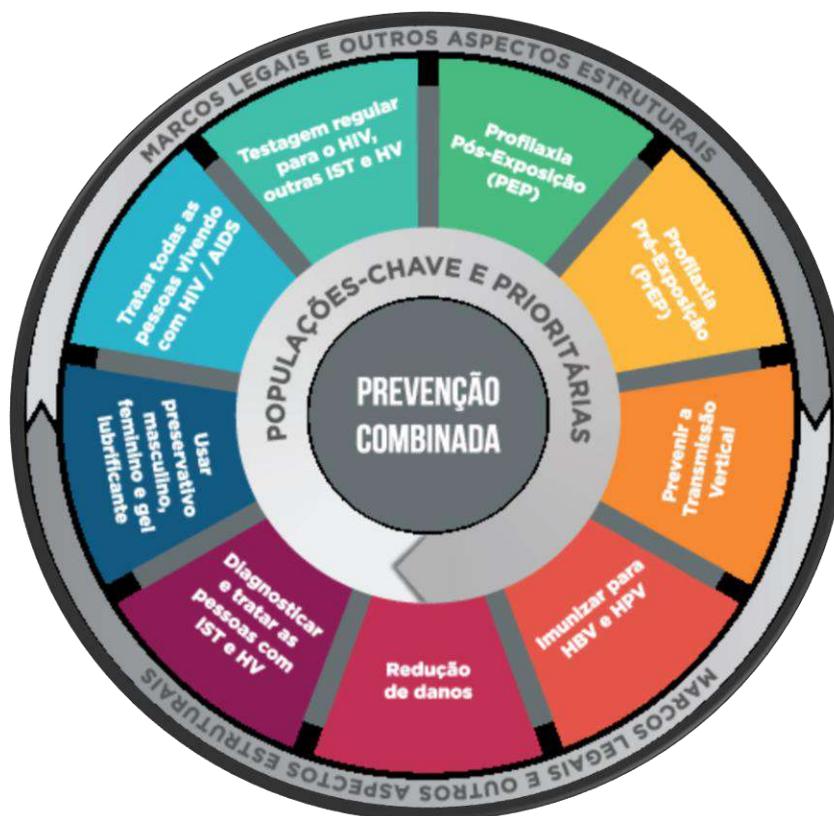
Entre os homens, entre 2008 e 2018, observou-se um incremento na taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento da taxa entre jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, que foram, respectivamente de 62,2% e 94,6% entre 2008 e 2018. Em 2018, a maior taxa de detecção foi de 50,9 casos/100.000 habitantes, que ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos, tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2015 (BRASIL, 2019).

Desde 2014, o Brasil segue a proposta do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) de eliminar mundialmente a Aids até o ano 2030 através do cumprimento da meta “90-90-90”, onde 90% da população com HIV seria testada, 90% dos casos positivos seriam tratados e 90% das pessoas tratadas manteriam sua carga viral indetectável. Para isso, a Organização diz ser fundamental a ampliação do acesso à testagem seguido do tratamento dos casos positivos para redução da carga viral. Essa estratégia é conhecida como tratamento como prevenção (TcP) e tem o objetivo de reduzir a circulação do vírus e interromper a cadeia de transmissão. Além disso, também há oferta de profilaxias pós (PEP) e Pré-exposição (PrEP), que juntamente com as abordagens tradicionais e o TcP formam o modelo da prevenção combinada (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019, p.2).

O termo “prevenção combinada” remete ao uso de diferentes abordagens preventivas (biomédicas, comportamentais ou estruturais) ao HIV, às ISTs e às hepatites virais. Estas abordagens podem ser aplicadas individualmente, nas parcerias ou relacionamentos, a nível comunitário ou social. (BRASIL, 2020b, p. 24)

Não há hierarquização entre as estratégias, os/as profissionais de saúde devem seguir a mandala da prevenção combinada na orientação sobre prevenção aos usuários. Quando uma pessoa ou casal chega ao serviço de saúde com uma demanda, deve ser oferecido várias opções e até métodos com menor eficácia, podem ser utilizados considerando suas indicações (BRASIL, 2020b, p. 25).

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: BRASIL, 2020b, p.27

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs do Ministério da Saúde, publicado em 2020, segue a perspectiva de abordagem mais abrangente orientada pela OMS, centrado na pessoa com vida sexual ativa, entendendo a sexualidade como algo:

(...) essencial do ser humano, que contempla sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. Pode ser vivida e expressada por

meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todas essas dimensões sejam experimentadas ou expressadas (BRASIL, 2020b, p.23).

O protocolo considera a sexualidade como direito humano fundamental., sugere a escuta ativa e um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais como rotina nos serviços de saúde. Conclui que a oferta exclusiva de preservativos não é o suficiente para garantir a diversidade de aspectos da saúde sexual e sugere “ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõe a prevenção combinada” (BRASIL, 2020, p. 24) O Ministério da Saúde entende que a saúde sexual é fundamental para avaliar de forma geral a saúde de qualquer pessoa e, dessa forma deve-se conhecer a história dos usuários. Assim, deve-se estruturar uma investigação que identifique “os fatores de risco relacionados à saúde sexual, reconhecendo práticas e comportamentos sexuais e oportunidades para intervenções breves de mudança de comportamento” (BRASIL, 2020b, p. 37).

Apesar de um período que marcou a expansão do vírus em heterossexuais, mulheres, pessoas pobres e do interior do país, desde 2005, movimentos sociais passaram a demandar ação governamental contra as tendências ao recrudescimento da epidemia entre gays, outros homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (CALAZANS 2018, p.275). O autor, por meio da leitura epidemiológica dos documentos governamentais brasileiros, aponta o impacto da epidemia entre gays e outros HSH e diz que, apesar de controlado na população de modo geral, os índices permanecem elevados em alguns estratos sociais específicos e que para reduzi-los, é necessário colocar em prática o acúmulo teórico e as novas tecnologias de prevenção (CALAZANS, 2018, p.279):

Pertencer a um desses grupos, no entanto, não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos que determinam mais chances de exposição (CALAZANS, 2018, p.279)

Além disso, essas pessoas estão sujeitas à discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito, o que aumenta sua vulnerabilidade ao HIV/Aids (BRASIL, 2018).

O termo “populações-chave” é recomendado pelo Ministério da Saúde para os estratos sociais onde há prevalência de infecção pelo HIV em nível desproporcional quando comparadas à população geral. Como *gays* e outros HSH, trabalhadores do sexo, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade. E o termo “população prioritária” para segmentos que apresentam maior vulnerabilidade por conta de sua situação de vida, contextos históricos, sociais e estruturais, são elas: população negra, indígenas, pessoas em situação de rua e adolescentes e jovens (BRASIL, 2018, p. 11).

Atualmente, o recrudescimento do projeto neoliberal tem levado a constantes ataques às políticas sociais, como o incentivo a privatizações e contingenciamentos de políticas públicas, além de vir reduzindo possibilidades de atenção integral e manutenção da política nacional de ISTs/HIV/Aids. O desenvolvimento e acesso às estratégias biomédicas de prevenção é rodeado de diferentes interesses no campo de negociações, esse fator somado à (re)produção social de antagonismos com base no medo e no ódio, provoca no reforço do estigma da Aids, deixando os entendimentos sobre a doença nebulosos e impondo desafios para enfrentá-la. (CAZEIRO, 2020).

Monteiro e Brigeiro (2019, p.12) identificaram alguns desafios enfrentados pelas políticas de prevenção do HIV/aids ao estudá-las em municípios da Baixada Fluminense. Para a autora, há distanciamento entre as respostas governamentais e as práticas cotidianas. A disponibilidade de tecnologias como testes rápidos, PEP e PrEP não traduz sozinha em implementação e investimento nos serviços públicos, nos profissionais e na luta política por direitos e enfrentamento do estigma.

CAPÍTULO 3

NOTAS SOBRE HOMOSSEXUALIDADE MASCULINA E IDENTIDADE SEXUAL

Apesar de diversas tentativas, até hoje não se conseguiu encontrar uma origem genética do comportamento homossexual. Histórico e culturalmente, a homossexualidade já foi tratada de diversas formas positivamente, como na Grécia e Roma Antiga, e até encarada como pecado ou doença.

No livro *Devassos no Paraíso*, João Silvério Trevisan (2000, p.65) ao revisar uma série de textos de antropólogos estrangeiros que viajaram o Brasil desde o descobrimento, encontrou registros de comportamento homossexual entre os índios, que não apresentavam necessariamente aversão ao ato e alguns o contavam como proeza ou vantagem, enquanto outros, poderiam usar como insulto. Há relatos de pessoas transgêneras aceitas nas tribos e, também, de reuniões exclusivas para homens em que a relação sexual acontecia de forma natural, e até de relação sexual na medicina indígena entre o pajé e o enfermo.

Durante a Inquisição, o controle sobre as pessoas se dava através da religião que via a sodomia como pecado gravíssimo e sem prescrição (assim como a bruxaria e heresia de cátaros e templários) e poderia levar à execução. No Brasil, foram registrados muitos os casos e a forma de punição ia desde períodos de jejuns e penitências públicas, até o envio para trabalhos forçados ou para viver em outros países da Colônia portuguesa (TREVISAN, 2000).

Com a Independência e o fim do Santo Ofício da Inquisição, o Brasil Imperial não tratava a sodomia como crime no Código Criminal de 1830 e desde então, não houve texto legal em que o comportamento homossexual seja explicitamente criminalizado, ou mesmo sendo considerado um ato obsceno. Entretanto, não havia como controlar a não ser que fossem realizados em espaços públicos e julgados como atentado ao pudor. (TREVISAN, 2000, p.167) As autoridades podiam acusar pessoas consideradas desviantes (homens sendo escandalosos e mulheres-homens) de vadiagem.

A partir século XIX, o Estado passou a exercer o controle por meio da ciência ao assumir um papel higienista, e usava de campanhas de moralização e higiene coletiva para manter o pacto social e a família como unidade normatizadora. O médico-higienista foi o profissional que permitiu ao Estado impor sua autoridade sobre o corpo, emoções e sexualidade dos cidadãos e

cidadãs, que deviam seguir padrões higiênicos que visavam melhorar a raça e engrandecer a nação como consequência.

A grande preocupação tanto no Brasil quanto na Europa com a sexualidade seguia a ideia de que a saúde da Nação refletia a saúde da família, onde os papéis sexuais eram bem delimitados, masculinidade como paternidade e feminilidade como maternidade e o que fugisse desse padrão ia contra o bem-estar biológico-social, como os libertinos, celibatários e homossexuais. Entretanto, o assunto não era tratado publicamente e o tratamento se dava por meio de educação programada dos meninos, com foco em exercícios físicos para evitar efeminação e aprender a amar ao trabalho para evitar indolência moral (TREVISAN, 2000, p.172-173).

O que antes era visto como crime, sem-vergonhice e pecado foi transformado em doença, com o entendimento de que crime merece punição e a doença cura e correção. (FRY & MACRAE, 1985, p.61) Passou-se a pesquisar cada vez mais sobre as perversões sexuais e sexualidades desviantes. O termo *homossexual* surgiu nesse contexto como definição em 1869, na Alemanha, criado por Karl Kertbeny e passou a ser amplamente utilizado pela ciência para viabilizar suas abordagens e obteve um enfoque mais rigoroso como categoria (TREVISAN, 2000, p.178).

Peter FRY & MACRAE (1985, p.69) aponta que as teorias que buscavam a razão da homossexualidade na biologia, mesmo que buscassem a naturalidade da condição e defesa dos direitos dos homossexuais, tiveram consequências para essas pessoas. No século seguinte, a psiquiatria e o entendimento da homossexualidade como doença passou a interagir com o poder policial do Estado para tratar o desvio sexual como crime e segregar os “doentes” da sociedade.

O Brasil do início do século XX, inspirado pela rigorosidade de países da Europa onde começava a ferver o nazifascismo, colocou em uso a identificação criminal para combater a homossexualidade. Fotografias íntimas do momento quando eram presos eram meticulosamente estudadas para determinar seus traços biotipológicos, buscando sinais no corpo que indicassem

a então chamada “inversão sexual”. Alguns especialistas pesquisaram o terreno das artes já que a consideravam ser capaz de tornar indivíduos sãos em doentes.

Ao redor do mundo, no início dos anos 1920, por meio de intervenção cirúrgica médicos identificaram que podiam reforçar virilidade através transplantes de testículos que davam resultado positivo em pacientes que sentiam tendência/atração para o outro sexo (TREVISAN, 2000, p.189). FRY & MACRAE (1985, p.71) diz que operações no cérebro, choques ou queimaduras no hipotálamo também foram realizadas como supostos tratamentos. Nos EUA, homossexuais presos por crimes sexuais passavam por castração e, na Espanha, havia internações em centros de cura para homossexuais, considerados como agentes do perigo social. Na Alemanha nazista, entre 1935 e 1939, o número de pessoas condenadas por beijos, abraços e até fantasias homossexuais multiplicou quase trinta vezes, com muitas delas enviados para campos de concentração (FRY & MACRAE, 1985, p.91).

Médicos-legistas brasileiros defendiam, no mesmo período, que toda perversão sexual merecia ser rigorosamente reprimida e que a liberdade dos homossexuais permitiria a prática de novos crimes. Havia a sugestão de se criar algo similar ao Manicômio Judiciário destinado exclusivamente para internação de “pederastas criminosos”: os que aliciavam menores e/ou atentassem contra o direito individual ou social. Alguns destes especialistas defendiam que poderia se segregar tais indivíduos antes mesmo da prática destes crimes e foi o que ocorreu em alguns casos.

De acordo com FRY & MACRAE (1985, p.82), ainda que tenham sido usadas para discriminar negativamente e reproduzir estigmas, todo esse movimento biologizante contribuiu para construir tanto uma identidade homossexual quanto para estimular movimentos sociais em favor da descriminalização em vários países. Naquele contexto, emergiram organizações históricas para o movimento LGBTQ+ no mundo como a Sociedade Mattachine nos EUA, a Arcadie na França, a Forbundet 48 na Dinamarca e a COC na Holanda.

Além de abordagens biológicas, houve também abordagens da psicologia sobre a sexualidade. Freud defendia que a bissexualidade era inata, e que

influências externas podem refletir na direção que toma o indivíduo. Já a Psicologia Comportamental entendia que comportamentos e emoções se aprendem e podem ser alteradas (FRY & MACRAE, 1985, p.72).

Em 1948, Alfred Kinsey apresentou em um estudo importante que, em termos de comportamento, os homens americanos não podem ser divididos em dois grupos separados em homossexuais e heterossexuais. O Relatório Kinsey, como ficou conhecido, justifica que é melhor pensar em termos de um contínuo (FRY & MACRAE, 1985, p.92).

Desde então, teve início o processo de despatologização da homossexualidade no mundo:

Em 1970, a American Psychology Association, desde 1985, o nosso Conselho Federal de Medicina e desde 1993 e a Organização Mundial de Saúde, excluíram o código 302.0 da Classificação Internacional de Doenças, deixando a homossexualidade de ser considerada “desvio e transtorno sexual”. Em 1999 foi a vez do Conselho Federal de Psicologia promulgar uma portaria ratificando a normalidade da homossexualidade, em tempo que condenou as teorias e terapias homofóbicas” (MOTT, 2006, p.2).

A Associação Americana de Psicologia (APA) define a orientação sexual como atração emocional, romântica e/ou sexual por homens, mulheres ou ambos os sexos. A atração varia em um contínuo, entre exclusivamente atraído por alguém do mesmo sexo até atração exclusiva por alguém do sexo oposto se dividindo principalmente em heterossexualidade, bissexualidade e homossexualidade.

No Brasil, a construção de uma identidade homossexual só foi possível a partir do final do século XX, enquanto o mundo passava por experiências de contracultura, como o movimento *hippie* e maior militância negra e feminista, foi criando-se o espaço propício para maior organização do movimento homossexual. Dentre os marcos principais dessa construção, estão a criação da Frente de Libertação Gay nos EUA, que se espalhou pela Europa, e a Rebelião de Stonewall, em 28 de junho de 1969, quando frequentadores do bar homônimo se insurgiram contra continuadas batidas policiais. Hoje a data marca o dia do orgulho LGBTQ+.

Para Trevisan (2000, p.335), a organização de movimentos desse tipo no Brasil só foi possível com o abrandamento do governo militar, a partir de 1975,

e a Anistia, instaurada em 1979, que permitiram o retorno de exilados/as com suas experiências no mundo. Com eles/as, vieram inquietações ecológicas, feministas e antirracistas discutidas tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Em 1978, o jornal *Lampião* foi publicado, tratando tanto desses temas quanto de artes e sexualidade e “empregando uma linguagem desmunhecada e desabusada do gueto homossexual” (TREVISAN, 2000, p.339) Ao mesmo tempo, tiveram início as reuniões do grupo SOMOS, em busca de uma identidade enquanto grupo social. Outros grupos ativistas começaram a surgir no resto do país, no início dos anos 1980.

O surgimento dos primeiros casos de Aids no início dos anos 1980 não influenciou as vidas de muitos/as brasileiros/as que viam a doença como algo distante, que acometia homossexuais nos Estados Unidos e na Europa. Logo, os casos no Brasil foram associados às mesmas práticas sexuais, aparentemente seguiam o modelo de transmissão homossexual e bissexual e assim depositou-se uma confiança nesse modelo, entendendo como extensão do mesmo problema. Em 1986, o Brasil já assumia o segundo lugar na lista de casos de Aids no mundo (PARKER, 1987, p.156-157).

Para Parker (1987, p.157), pressupor que as práticas sexuais americanas e europeias seriam as mesmas que as brasileiras seria um equívoco. O autor defendeu que o comportamento sexual é afetado pelo contexto sociocultural específico no qual se insere. Ele chegou à conclusão de que quando as categorias sexuais heterossexual, bissexual e homossexual chegaram à sociedade brasileira a identidade homossexual era de pouca assimilação, por vezes até estranha à população.

Parker (1987, p.160) justifica que a estrutura da vida sexual brasileira foi tradicionalmente concebida nos termos de um modelo centrado na relação entre práticas sexuais e papéis de gênero, seguindo a polaridade atividade masculina e passividade feminina como elementos fundamentais, estabelecendo a oposição atividade x passividade, sob a qual se distinguem e se organizam macho e fêmea, masculinidade e feminilidade. Estas podem ser percebidas no cotidiano através da linguagem popular, principalmente ao descrever relações sexuais, ao usar metaforicamente os verbos “comer” e “dar”. “Comer” para

descrever a posição ativa no sexo penetrativo, implicando simbolicamente possuir, dominar, tanto no sexo vaginal quanto no anal, enquanto “dar” implica submissão ou subjugação (PARKER, 1987, p.161).

O primeiro grupo geralmente é formado por homens que “comem” e assumem papel ativo na relação, construindo uma categoria rígida e delimitada, que nunca perde seu *status* de homem, não importando com quem ele se relacione (homens, mulheres ou trans), desde que assuma a posição ativa. Já o segundo grupo, menos rígido, inclui mulheres e a figura da “bicha” ou “viado”, estes últimos se associando à mulher enquanto papel social e assumindo papel receptivo na relação sexual (PARKER, 1987, p.161).

O antropólogo inglês Peter FRY & MACRAE (1982) também observou o mesmo comportamento ao investigar a homossexualidade nos cultos afro-brasileiros de Recife. Ele o identificou por meio de suas pesquisas como um padrão que se repete em comunidades do interior, nas classes mais baixas e em presídios de São Paulo.

FRY & MACRAE (1982, p.93) discute ainda a constituição do “entendido” nas classes mais altas dos centros urbanos brasileiros, principalmente do Rio de Janeiro e São Paulo. Entre estes não há distinção de representação de gênero e predeterminação do ato sexual. Para Parker (1987, p.162), os/as entendidos/as se classificam em questão de igualdade uns com os outros, de forma aberta, móvel e flexível.

Essa subcultura permitiu, de acordo com Parker (1987, p.163) uma reelaboração dos tipos sexuais, baseadas na dicotomia ativo/passivo, mas presente em uma variedade de relações e práticas sexuais, a bicha tradicionalmente passiva, o bofe ativo masculinizado, a travesti, o michê. Porém, devido à característica principal de ser fluida e flexível, essa subcultura está constantemente mudando, com novos personagens em cena ou atores desempenhando papéis diferentes, o que torna possível ao “casado” (com mulher) “dar para a travesti”, ou a “bicha comer o bofe”, por exemplo.

Essa fluidez do desejo também atinge as práticas eróticas, de acordo com Parker (1987, p.133). Ao analisar o discurso popular, o autor liga expressões

como “entre quatro paredes, tudo pode acontecer” ou “por baixo do pano, tudo pode acontecer” à ideia de que o “que se faz escondido, não tem consequências no mundo exterior”. Nesse sentido, é construído um espaço de liberdade sexual, podendo se fazer tudo que não pode ser feito no espaço público, deixando de se encaixar na dicotomia atividade/passividade e centralizando-se exclusivamente no tesão e no prazer. Para Parker (1987, p. 163-165), isso diminui os efeitos das proibições sexuais e permite que outras formas de prazer, como o sexo oral ou anal possam ser realizadas até mesmo entre heterossexuais casados. Podemos considerar a relevância desse aspecto até mesmo às relações homossexuais de hoje em dia em que por vezes valoriza-se o sigilo.

A Aids atuou como reveladora do falso problema em definir quem é e quem não é, para mostrar que tais definições, já que não importa para o vírus a orientação sexual determinada e sim o contato havido (TREVISAN, 2000, p.41-42).

CAPÍTULO 4

Saúde sexual de alguns jovens de Del Castilho: uma aproximação

Inicialmente, intencionamos realizar o trabalho de campo por meio de entrevistas semiestruturadas. A realização dessa etapa da investigação foi atravessada, entretanto, pela pandemia de Covid-19 e, a partir daí, as possibilidades de execução de um trabalho de campo em moldes convencionais de abordagem tornou-se inviável.

Este trabalho foi conduzido através de realização de entrevistas semiestruturadas junto a quatro participantes convidados, realizadas metade presencialmente (uma em minha casa e a outra em um *shopping center*) e a outra metade foi realizada de forma *online* por meio do aplicativo Google Meet. Por fim, foi realizada análise dos dados coletados juntamente com mais pesquisa bibliográfica oriunda do campo da saúde coletiva, dos estudos de gênero e sexualidade e dos estudos gays. As entrevistas foram conduzidas através de um roteiro com perguntas fechadas e abertas, construído a partir dos objetivos específicos. Através dele também foi possível construir categorias empíricas e realizar o processo de categorização das respostas obtidas.

Após realizar o levantamento bibliográfico, cogitamos realizar a pesquisa de campo qualitativa através de um grupo focal virtual. No entanto, tivemos dificuldade em encontrar horário para reunir todos os participantes, assim como problemas de conexão com a internet ou até mesmo de acesso à tecnologia para o encontro.

Dessa forma, retornamos à ideia inicial de entrevistas semiestruturadas individuais. Muitos dos jovens gays de Del Castilho fazem parte da minha rede de relacionamentos, assim, neste contexto de pandemia de Covid 19, optamos por abordá-los através de um aplicativo de mensagens e convidá-los para participar de uma entrevista semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro de questões, previamente elaborado (APÊNDICE 1) por meio de outro aplicativo de reuniões, o Google Meet.

A participação dos interlocutores foi exclusivamente voluntária. As entrevistas foram gravadas com a autorização deles, para que o conteúdo pudesse ser ouvido, transcrito e sistematizado posteriormente. Foi esclarecido que o conteúdo jamais será publicizado em redes sociais ou quaisquer outros recursos que permitam sua identificação e que, para resguardar o anonimato de

suas identidades, os conteúdos analisados na monografia foram apresentados com nomes fictícios.

De início, sete rapazes estavam dispostos a participar, mas finalizamos este trabalho com quatro entrevistas, no total. Não foi possível entrevistar três convidados, um deles não retornou o convite e não conseguimos encontrar horário para realizar a entrevista com os outros dois.

Com dois dos entrevistados, tivemos dificuldade em realizar a entrevista pelo aplicativo Google Meet, devido a problemas de conexão com a internet no lugar em que eles moram. Ambos vivem em favela dominada pelo tráfico de drogas e os moradores têm que assinar o serviço de internet oferecido pelos traficantes. Dessa forma, quando há problemas de conexão, não há um serviço de atendimento ao cliente para recorrer. Assim, com um deles a entrevista foi feita em minha casa e com outro em um shopping center localizado próximo ao bairro de Del Castilho.

É importante deixar claro que, por diversas vezes, retomaremos o debate sobre o preconceito e a discriminação. Como aponta Bandeira (2002), a discriminação se manifesta em diversas esferas da vida cotidiana. Com os conteúdos das entrevistas separados por temas (relações familiares, relações de trabalho e de saúde) foi possível constatar diferentes facetas de discriminação.

4.1. Características socioeconômicas e culturais

Dos quatro entrevistados, dois têm 30 anos, um tem 29 e o mais jovem, 22. Todos são naturais do Rio de Janeiro.

O primeiro entrevistado foi Sérgio, com 22 anos de idade. Devido aos problemas com a conexão na favela em que mora, concordamos que ele viria em minha casa para que a entrevista pudesse acontecer. Ela foi realizada em meu quarto, considerando que seria o lugar mais reservado para a conversa, já que moro com minha família e na entrevista havia questões íntimas e relativas à sexualidade. Ambos utilizamos máscaras durante a entrevista e respeitamos o

distanciamento. Conheço Sérgio desde criança, já que ele também é nascido e criado no bairro e nossas famílias são próximas.

Meu primeiro interlocutor é filho de uma mulher lésbica que o criou próximo de seus avós - eles moravam juntos até recentemente. Hoje ele mora em uma casa alugada na favela, com quatro cômodos. Sérgio se autodeclara branco, está cursando o ensino superior e está desempregado desde o início da pandemia de Covid-19, realizando bicos para complementar sua renda, que está abaixo de um salário-mínimo, da qual só ele depende. Disse que faz programas sexuais como bicos¹, “desde que é entendido, há mais ou menos cinco anos”.

João foi o segundo entrevistado. Ele tem 30 anos de idade e se autodeclara pardo. Eu o conheci há mais de 10 anos quando trabalhamos juntos em um hotel. Hoje, ele mora em um apartamento alugado de seis cômodos com sua mãe, irmã e sobrinho pequeno. É pós-graduado e trabalha na mesma área em que se formou, como professor com vínculo empregatício (CLT) desde 2018. Nos encontramos remotamente por meio do aplicativo *Google Meet*.

O terceiro entrevistado foi César, que tem 29 anos, autodeclara-se preto, mora em apartamento alugado de 5 cômodos, dividido com um amigo. Está prestes a retornar à graduação “que estava parada”. Trabalha como assistente administrativo com vínculo empregatício (CLT) há 8 anos. Possui renda entre 2 e 3 salários-mínimos. Conheço César de vista, ele foi indicado por uma amiga em comum para participar desta pesquisa. Conseguimos marcar um horário nas suas férias do trabalho e nos encontramos remotamente também por meio do aplicativo *Google Meet*. Apesar de ele ter nascido e criado no mesmo bairro que eu, ambos termos idades similares e circulado pelos mesmos espaços, nunca fizemos parte do mesmo grupo de amigos.

Gilberto tem 30 anos, autodeclarado preto, mora em casa de 5 cômodos alugada em favela, possui ensino médio completo e trabalha no ramo hoteleiro. Há um ano está na atual ocupação com vínculo (CLT) e com renda de dois salários-mínimos da qual somente ele depende. Assim como João, também nos conhecemos há mais de 10 anos quando trabalhamos juntos. Da mesma forma

¹ Entenda-se com isso que ele atua como trabalhador sexual, embora de forma esporádica.

que Sérgio, ele também estava passando por problemas de conexão² e sugeri que fizéssemos a entrevista em um *shopping*. Nos encontramos à tarde de um dia de meio da semana no Norte Shopping, localizado no Cachambi³, usando máscaras e respeitando o distanciamento, entre nós, e em relação a outros clientes do lugar, tanto para prevenção da Covid-19 quanto para garantir maior conforto para a conversa, considerando o tema a ser discutido.

4.2. Relações e condições de trabalho

Três dos interlocutores trabalham com vínculo celetista, exceto Sérgio, que revelou estar desempregado desde o início da pandemia e que faz alguns bicos para complementar a renda, que está abaixo de um salário-mínimo. A renda de todos os outros gira em torno de dois salários-mínimos.

Considerando a realidade da população economicamente ativa brasileira, os interlocutores fazem parte de um grupo seletivo da população que ainda possui direitos trabalhistas e previdenciários. A maioria da classe trabalhadora brasileira, mesmo antes da crise da Covid-19, já vivia na informalidade. De acordo com os dados do IBGE, 56,8% das pessoas em idade de trabalho estavam inseridas na força de trabalho e 86% deste grupo estavam ocupadas ao final de 2020. (IBGE, 2021) De acordo com a análise de conjuntura realizada pelo DIEESE, técnicos apontam que é a primeira vez na série histórica em que menos da metade da população em idade de trabalhar no Brasil encontra-se ocupada. Entre o grupo dos ocupados, 46,3% das pessoas estão empregadas no setor privado, sendo que 75% destas pessoas possuem carteira assinada. (DIEESE, 2021)

Apesar disso, meus interlocutores não são nada privilegiados. Com exceção de João, os interlocutores desta pesquisa moram sozinhos e não

² Não sabemos se esses problemas de conexão são mais comuns na comunidade em tela, ou até mesmo se são recorrentes em outras comunidades, porém isso pode influenciar na socialização das pessoas que ali vivem, por exemplo, para a aquisição de meios muitas vezes necessários ao mundo do trabalho formal, especialmente agora com a emergência do trabalho de casa para muitas pessoas.

³ O bairro do Cachambi está localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro e faz limite com os bairros do Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Jacarezinho, Inhaúma, Maria da Graça e Del Castilho, também atravessado pela Avenida Dom Helder Câmara, onde está localizado o shopping.

dividem suas rendas com outras pessoas. Eles têm uma renda baixa se comparada com os dados do IBGE sobre o rendimento médio das pessoas ocupadas, que foi de R\$2.507,00 no último trimestre de 2020. O valor do salário-mínimo necessário em março de 2021 é de R\$ 5.315,74 de acordo com o DIEESE, que considera o “preceito constitucional de que o salário-mínimo deve atender as necessidades básicas do trabalhador e de sua família” (DIEESE, 2021).

Para o DIEESE (2021), a família considerada para o cálculo do salário-mínimo necessário é constituída por dois adultos e duas crianças. Porém, o fato de que a renda da maioria dos interlocutores não seja dividida com outras pessoas, não os privilegia e na verdade os vulnerabiliza. Discutiremos esse aspecto mais a frente quando tratarmos de suas relações familiares.

Todos se revelaram abertos quanto a expressarem sua orientação sexual no ambiente de trabalho e afirmaram que todos os/as seus/suas colegas sabem. João foi mais enfático e disse: “espero que todos saibam, porque eu não escondo de ninguém!” (SIC). Para Gilberto, é importante que todos/as saibam de sua orientação porque ele acha “que isso é ser livre, a minha orientação sexual não quer dizer da minha capacidade profissional” (SIC).

Sérgio e João, contudo, não acreditam não terem sofrido discriminação quanto à orientação sexual em seus trabalhos. Eles disseram que se passaram por discriminação, entretanto, não perceberam ou não foi explícito. César, por sua vez, relatou uma experiência que ele percebeu como discriminação, embora não se sentisse seguro em afirmar que foi motivada pela sexualidade:

Não sei nem se foi por sexualidade. A gente estava mudando de local de trabalho, e quando o supervisor fez uma escala de onde cada um ia sentar, teve uma pessoa que, na época, questionou. Falou que não queria sentar do meu lado e, como ele era evangélico, eu achei que fosse um pouco dessa questão da sexualidade, ou até mesmo por não ter tanta intimidade..., mas, a princípio, isso me veio como uma discriminação.

Gilberto que atualmente trabalha na recepção de um hotel, também relatou que já sofreu discriminação por parte de uma hóspede, e que acredita que isso se deu tanto pela orientação quanto por sua cor (preta). Ele diz que ficou bem mal por um bom tempo com o que viveu, mas ele levou em

consideração que era uma particularidade dela e que ele “não precisava levar aquilo pra vida dele” (SIC).

O discurso dos entrevistados mostra uma maior aceitação no ambiente de trabalho do que descreveram Menezes, Nascimento e Oliveira (2020, p.4-5). Para o autor, após superar o preconceito da fase pré-contratual, em que é comum o candidato LGBTQ+ à vaga ter sua vida pessoal investigada, a sua postura e o seu comportamento analisado (para verificar se se enquadra a um padrão heterossexual de ser e agir), é comum na fase seguinte, a contratual, que a homossexualidade se mantenha escondida para a manutenção do trabalho. Quando ela vem a ser descoberta, o trabalhador pode passar por:

situações de exclusão pelos outros trabalhadores; sendo até objeto de piadas, gracejos e ofensas, e, às vezes, sofrendo vitimização de assédio moral discriminatório por seus colegas ou por seus superiores hierárquicos (MENEZES, NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2020, p.5).

O que encontrei entre meus interlocutores foi um pouco diferente do que descreveu o autor. Diferente porque nos espaços em que trabalham há uma aparente ciência da sua orientação homossexual, embora o silêncio sobre o assunto vigore. Não é possível fazer equivaler no caso desta pesquisa que o silêncio sobre homossexualidade no ambiente de trabalho equivale a escondê-la, como na pesquisa de Menezes. Entretanto, apesar desse silêncio, os interlocutores não precisaram esconder sua homossexualidade, como apontou o referido estudo. No caso da presente pesquisa, é como se ela pudesse existir, mas de maneira tácita, não discutida. Também não foi relatada a ocorrência de gracejos, piadas ou algo que pudesse ser interpretado como assédio pelos interlocutores, embora tenha havido relato de situações ofensivas, que foram atenuadas pelos próprios sujeitos ao narrarem (como forma de não sofrerem com elas através da narrativa?).

4.3. Condições familiares

Todos os entrevistados moram sozinhos, exceto João que vive com a mãe e a irmã. Em sua maioria o relacionamento com a família de origem é tranquilo

e de “aceitação” (SIC), apesar de conviverem com o preconceito no discurso de alguns familiares.

Para Sérgio, o relacionamento com a família é “normal”, e a aceitação estaria “aumentando”, atribuindo isso ao fato de ele ter se tornado economicamente mais independente:

Ultimamente eles têm aceitado mais por me sustentar, viver sozinho e ter mais privacidade para poder viver. No início, era mais difícil. Até mesmo minha mãe, que é lésbica, era complicado de me aceitar.

Por um lado, a aceitação maior que Sérgio passou a experimentar ao conquistar condições de autossustento econômico, não se distingue de situações enfrentadas por muitos/as jovens, especialmente das frações mais pobres da classe trabalhadora, onde a capacidade de autossustento muitas vezes é um marco de reconhecimento de si como um/a adulto/a, demarcando a possibilidade de ter suas “escolhas” legitimadas. É comum entre a população LGBT+ que o respeito familiar à orientação sexual só possa ser obtido quando o sujeito se torna um provedor de si mesmo/a (liberando renda familiar) ou até mesmo quando assume parte das necessidades econômicas da família.

Em direção semelhante ao que acabei de afirmar, João e Cesar têm um relacionamento que eles classificam como “bom” com a família. César diz que tem um relacionamento tranquilo com eles, possui a aceitação dos pais e que vivem “num clima bom”. Disse que demorou um pouco a se assumir porque ficou com medo da reação da família, apesar de achar que eles já sabiam:

Não tem como esconder, mas a gente fica com medo de como vai ser quando contar e quando eu contei foi natural (...) Eu demorei também. Quando me assumi já estava trabalhando, já era maior de idade... então tem toda essa questão para que não tivesse nenhum tipo de represália, de não aceitação (César).

Mesmo com a aceitação e o bom relacionamento com os familiares, os entrevistados relataram que a percepção de alguns parentes sobre homossexualidade ainda é marcada por preconceito e discriminação. Nessa direção, Sérgio diz que a família:

Acha que homossexualidade é coisa do demônio (...) Minha avó e meu avô, esse lado da família mais idoso, é mais crítico por conta do passado (...) A forma que meu avô fala e age se torna às vezes uma discriminação. Ele não tem 100% de certeza [sobre mim], mas ele demonstra saber e não gostar.

Em outras palavras, a partir das falas dos interlocutores podemos perceber que a “aceitação”, por vezes, se parece mais com “tolerância”. Além disso, o fato de não serem deliberadamente expulsos do convívio familiar não significa que os/as familiares se furtem de verbalizar ideias ofensivas sobre sua condição, muitas vezes produzindo deliberadamente desconforto emocional, como forma de demarcarem sua rejeição ao comportamento sexual.

João diz que alguns familiares como tios e primos, e até mesmo o pai, ainda expressam seu preconceito, especialmente na atualidade, a partir do acesso a redes sociais. Embora ele admita que as piadas e comentários inaceitáveis o incomodem, entende que na maioria das vezes não são dirigidas a ele e prefere assim, como uma estratégia para não viver todo o tempo em guarda:

Tem aquele momento de homofobia, não por agressão, mas que você sabe que é uma piada, um comentário que é completamente fora do aceitável. Mas ele faz isso em sua estrutura de criação onde foi visto desde pequeno, em que a heteronormatividade é a coisa certa e, qualquer coisa fora desse padrão não é aceitável. Comigo, eles nunca infligiram nada, mas eu percebo em comentários, em piadas, em publicações na internet e isso não me agrada muito. Em alguns momentos, já comentei sobre a minha indignação. Em outros, às vezes, eu penso: “ai... vou ignorar, vou fingir demência⁴”, porque também não dá pra gente ficar brigando por tudo. A gente tem que escolher as nossas batalhas.

Para João, alguns de seus familiares não entendem muito bem a homossexualidade.

tentam normalizar tudo o que a mídia propaga sobre a homossexualidade, mas eu ainda sinto uma estranheza por parte deles, dizendo que não precisa demonstrar tanto, não precisa ser assim ou assado... Eu não entendo (...) Você diz me aceitar, mas não quer que eu seja completamente eu. Eu tenho que manter uma certa

⁴ “Fingir demência” na gíria significa que o sujeito finge não compreender o que de fato compreende. Em outras palavras, ele percebe o insulto, mas finge não perceber, como forma de evitar uma revitimização decorrente do desgaste emocional que responde à altura o insulto, também comporta.

aparência, uma certa heteronormatividade para ser um gay aceito. Eu sinto isso por parte de, basicamente, quase todos da minha família.

Na contramão dos outros entrevistados, Gilberto não tem relação com a família de origem e disse que eles têm as piores percepções possíveis sobre sexualidade. Durante a conversa, ele sinalizou que se trata de um assunto que ele não gosta muito de falar, por ter resultado em sua expulsão de casa muito cedo, levando-o a viver em situação de rua por um tempo até encontrar outras pessoas que ofereceram ajuda.

Vimos, portanto, uma relativa aceitação da homossexualidade em espaços familiares. Entretanto é importante levar em conta que o preconceito se manifesta também de formas sutis, indiretas “por ser moralmente condenado e a discriminação ser juridicamente sujeita à punição” (BANDEIRA, 2002, p. 128). Santos (2020, p. 5) afirma que a heteronormatividade pode ser imposta através de formas sutis, como um olhar, ou evidente, como ocorre nas agressões físicas e homicídios ou, com base na experiência de Gilberto, nas expulsões familiares de indivíduos muito jovens em razão da homossexualidade.

Santos (2020, p. 4) cogitou que a falta de aceitação familiar pode estar ligada ao medo da rejeição e de que ocorram atos homofóbicos, até mesmo dirigidos aos familiares. Para a autora, o preconceito está ligado à representação da homossexualidade como doença ou perversão nos dogmas religiosos desde muito tempo, de forma já enraizada. Desta forma, reproduz-se a violência e o binarismo de gênero.

Nessa linha, Ogland e Verona (2014) buscaram analisar a influência do pensamento religioso na aceitação da homossexualidade e da união civil de pessoas do mesmo sexo no Brasil, a partir de dados da Pesquisa Social Brasileira realizada em 2002 por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense. O estudo focou em pessoas sem religião e em pessoas (devotas ou não) das três principais linhas religiosas no Brasil: catolicismo, protestantismo (neopentecostais e tradicionais) e tradições espíritas (incluindo religiões de matriz africana e kardecismo).

No geral, foi notado alta taxa de desaprovação da homossexualidade tanto masculina (81%) quanto feminina (78%). Ademais, foi percebido que 63% dos participantes se opõem à união civil entre pessoas do mesmo sexo. A pesquisa mostrou que houve divergência entre os católicos nominais e os devotos sugerindo que o discurso religioso proibitivo esteja perdendo espaço. Protestantes devotos desaprovam fortemente a homossexualidade, sendo os devotos neopentecostais mais propensos a desaprovar (OGLAND; VERONA, 2014, p.1341).

O estudo conclui que o discurso religioso no Brasil influencia na forma em que a população vê a homossexualidade e os direitos desta população. Para os pesquisadores, grupos religiosos apresentam forte oposição e a crescente presença de protestantes no país poderá fomentar uma “guerra cultural” que poderá resultar em batalhas políticas e legais (OGLAND; VERONA, 2014, p.1346).

As condições hostis criadas pelo conservadorismo na esfera política já podem ser vistas atualmente. Temos por exemplo, a autorização da 14ª Vara Federal do DF que deu a psicólogos autorização para oferecer terapias de reversão sexual, conhecida como “cura gay”, barrar o desenvolvimento de práticas de educação sexual nas escolas justificadas por “promoção” do tema da homossexualidade ou sexualidades diferentes.

Santos (2020, p. 4), mostra em seu artigo que a violência, carregada de perspectiva patriarcal, sexista e heteronormativa, demonstra as fragilidades nas relações familiares. A autora remete a um estudo estadunidense que trata da internalização da homofobia em ambientes familiares que mostrou maior “susceptibilidade às doenças psicossomáticas e mentais” em homossexuais se comparados com heterossexuais, já que a exposição dessas pessoas a eventos estressores como a homofobia, o estigma, a “saída do armário”, “implica aumento do grau de vulnerabilidade ao adoecimento e diminuição da qualidade de vida, que possuem origem na falta de apoio social” (2020, p.4).

Para pesquisadores (UOL, 2018), a “LGBTfobia produz o sentimento de solidão”, fazendo com que as pessoas se culpabilizem pela orientação e acabem afastando-se das suas relações sociais por medo de ódio.

Além disso, percebemos em nosso trabalho de campo que o fato de a maioria dos interlocutores morarem sozinhos e não precisarem dividir suas rendas com outras pessoas, também pode reforçar uma tendência à solidão deste grupo. Essa realidade não os privilegia e, de fato, pode vulnerabilizar, sobretudo num contexto de intensa crise econômica como a que atualmente vivemos, já que podem se encontrar em uma posição em que podem perder a única fonte de renda, não tendo outras com as quais contar, podendo ficar também sem proteção social de fato.

A proteção social só passou a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Isso ocorreu, ao mesmo tempo em que as políticas neoliberais ganharam força, aumentando a abstenção do Estado, o que acarretou maior responsabilização da sociedade e da família como unidade de proteção social. Esse processo pode ser conferido em uma série de legislações da década de 1990: leis referentes à responsabilidade da família sobre a criança, o adolescente e ao idoso; e na área da saúde com a introdução do Programa Saúde da Família (BORGES, 2008, p.28).

4.4. Homofobia no território?

Três entrevistados se autodenominaram “homossexuais”. Gilberto, entretanto, diz não ter uma nomenclatura para sua orientação sexual e alega ser “de acordo ao que estiver a fim de ser, o momento for propício, a pessoa for propícia” (SIC). Todos estão solteiros. João diz estar “desesperado” enquanto César fala em ter “um lance aí que não é um namoro, mas é um parceiro fixo, essas coisas modernas” (SIC).

Quando se trata de religião, os entrevistados apresentaram uma maior divergência de afinidades, apesar de ter ficado a impressão de que nenhum deles seja de fato praticante. João declarou não ter religião, disse não conseguir ficar preso a uma. Gilberto é de religião de matriz africana, mas não praticante. César “segue mais pro lado espírita, mas não tem iniciação” (SIC). Enquanto Sérgio frequenta igrejas neopentecostais e hoje se considera *cristão* e não *crente* porque:

(...) crente qualquer pessoa pode ser... Eu sou *cristão* porque eu creio em Cristo, não católico, não mais, nem macumbeiro (que eu já fui). Já tive várias religiões. Hoje em dia, eu estou indo para a igreja evangélica (SIC).

Aparentemente, Sérgio construiu um recurso subjetivo que usa para a prática religiosa. Ficou implícito que ele não frequenta necessariamente uma igreja inclusiva. No Rio de Janeiro existem várias e elas encampam diversas lutas sociais, inclusive no combate à homofobia. Ainda assim ele se autodescreve como homossexual, as duas realidades, aparentemente contraditórias, coexistem.

Ogland e Verona (2014, p. 1345) apontam que os grupos de fé espiritual como Candomblé, Umbanda e Kardecismo são mais propensos a promover proteções sociais aos homossexuais e ter um discurso religioso mais inclusivo à homossexualidade. E que, por fim, brasileiros sem afiliação religiosa também apresentam visões menos restritas e a pesquisa sugere que isso ocorre porque tem menos chances de encontrar e se vincular a ensinamentos, discursos e mensagens que promovam essa ótica quanto a homossexualidade, construindo suas posições morais a partir de situações sociais e fontes não religiosas.

Para César, nascido e criado no bairro, ser homossexual em Del Castilho é tranquilo devido ao fato de ser conhecido. Ele relata nunca ter sentido nada como um “olhar diferente”, nunca teve “problemas com ninguém” e nunca viu “nenhum tipo de agressão com motivação homofóbica no bairro” (SIC).

Entretanto, a palavra “complicada” é associada à condição de morador de Del Castilho por todos os outros entrevistados. A respeito, Sérgio diz:

Não é questão de ser homofóbico (...). Nós somos o que eles gostariam de ser (...). Vou ser bem sincero: eu já peguei a maioria das pessoas daqui, até muitos que me criticam, que falam que eu sou *gay* e que já quiseram até me bater. Hoje em dia, já até me pegaram”. Ele complementa: “Para mim, tá sendo mais fácil. Eu não tô morando mais aqui. Depois de um tempo, eu comecei a fazer luta [marcial], então automaticamente eles me respeitaram na minha opção, porque se não me respeitar, eu poderia até acabar batendo neles.

Para Sérgio, ser homossexual na favela é um pouco diferente da vivência no restante do bairro:

Lá as pessoas são mais abertas, porque estão acostumados... Tá acostumado com drogas, putaria, piranhagem, viado... é mais tranquilo. É um lugar mais aberto em que eu posso ser quem eu sou... Lá tem pessoas que possam te defender, os caras da boca⁵ não gostam de viado, mas automaticamente eles podem te defender, porque ninguém vai poder mexer contigo porque eles não podem deixar ter briga lá... Aqui [no asfalto] eu posso sofrer uma homofobia, tomar uma porrada... Morar na pista é difícil, não que na favela seja fácil.

É muito rica essa fala de Sérgio porque permite compreender que os códigos culturais são diferentes conforme o contexto econômico e o território ocupado e que, portanto, a homofobia pode assumir características distintas. A fala de Sérgio sugere que a homofobia não deixa de existir no território de favela, mas sua manifestação pode encontrar entraves diante de outros códigos que precisam vigorar naquele território, como a ausência de conflitos internos a fim de não atrair a atenção da polícia, o que prejudicaria a venda de drogas e a realização de outros trabalhos ilícitos.

Além disso, há também o fato de as favelas historicamente serem o único território de moradia disponível para os segmentos mais pobres e privados de direitos da classe trabalhadora, principalmente os/as que sofrem os efeitos do racismo, do sexismo e de outros indutores de desigualdades sociais, como a própria homofobia.

João e Gilberto, por outro lado, apontaram que ser homossexual é complicado não somente no bairro de Del Castilho, como também em todos os outros lugares sociais, sobretudo quando há uma performance corporal que pode denunciar supostamente a condição homossexual, como roupas e calçados que questionem os atributos da masculinidade hegemônica:

Principalmente quando eu estou sozinho, eu sinto um pouco de insegurança e até um pouco de medo. Não escondo quem eu sou, então se eu tiver que vestir alguma coisa que me agrada ou usar algum acessório que me agrada, eu vou usar. Mas sempre também tentando manter um respeito com relação ao espaço das outras pessoas, não tentando impor nada, mas não deixando de ser quem eu sou. Porém, a gente nunca sabe quem a gente vai encontrar e, às vezes, a gente sofre uma agressão gratuita por parte das pessoas: de um transeunte no meio da rua... pode ser uma pessoa que mora em Del Castilho, mas pode ser de uma pessoa que tá passando. Eu não sei como essa pessoa vai reagir. Quando eu estou sozinho, eu me sinto mais inseguro, diferente de quando estou com amigos ou familiares. Eu sei que eu posso contar ali com o apoio maior por parte dessas pessoas

⁵ Traficantes de entorpecentes.

que me acompanham... É isso: uma insegurança... Tento não transformar em medo, porque eu acho que eu não tenho que ter medo de ser eu, mas sim, me sinto inseguro (João).

Gilberto complementa a perspectiva anterior afirmando a amplitude e a dispersão da discriminação homofóbica, apontando para restrições espaciais à afirmação de si e para uma necessidade constante de administração do estigma, que pode atingi-los de forma mais ou menos direta:

Por mais que a gente tente ter o nosso espaço, estar no meio da sociedade, sentir que fazemos parte dela, é muito complicado. A discriminação é muito grande. Acredito que vai demorar ainda muito. Não é em todos os lugares que conseguimos ser nós mesmos e nos sentirmos à vontade, sem aquela discriminação. Às vezes, a discriminação nem é muito com palavras: a pior é com os olhares. Você está no ponto de ônibus e a pessoa já está te olhando de cara feia... ou então só ter aquele lugar num barzinho e a pessoa vai deixar de se sentar do seu lado por saber que você é de uma orientação sexual diferenciada da dele.

4.5. Sexualidade e saúde sexual

Sérgio conta que teve dois inícios da vida sexual com o gênero feminino e depois uma iniciação com o masculino, marcando um período da vida de dúvidas acerca de sua orientação sexual:

Com mulher, comecei com 11 anos, perdi a virgindade com 11. Insisti até os 14 [com mulheres]. Com 14 anos, eu dei pra homem... gostei, tentei insistir até os 16 na bissexualidade, mas não deu não (...) tentei, porque eu não estava acreditando que eu era gay. Falei: “não, tem que ver se eu sou *realmente*. Testei várias vezes e *realmente* foi comprovado”.

A concepção de Sérgio sobre a própria homossexualidade reflete uma visão bastante tradicional ou que Fry (1985) chama de “Brasil Popular”. Trata-se de uma visão essencializadora da identidade gay. Ter relações com alguém do mesmo sexo não é apenas uma experiência ou uma orientação do desejo, mas um definidor da identidade dos sujeitos de forma definitiva e comprovável através da persistência dos atos (homo)sexuais.

César teve sua iniciação sexual por volta dos 18 anos, idade que ele considera tardia e em seu discurso, ele atribui isso à “confusão” quanto a sua

orientação sexual, a uma fase em que ele “pensava que não era gay”, até começar a se relacionar com homens:

Comecei a me relacionar com homens, mas eu não conseguia, quando estava quase chegando a transar com um cara, eu não conseguia e pensava que talvez não fosse o meu caso (...) Só que aí foi: fiquei com um menino que sabia que eu era virgem. A gente marcou e aconteceu.

É possível considerar que a dificuldade de vivenciar relações homossexuais relaciona-se tanto ao fato de ser uma identidade socialmente desvalorizada, quanto ao suposto caráter definitivo dela, sua irreversibilidade.

João também atribui o início tardio de sua vida sexual a conflitos quanto a sua orientação sexual. Ele também resistiu a ser percebido numa masculinidade subalterna, desvalorizada. Além disso, a heteronormatividade favorece uma percepção de que a heterossexualidade é o caminho natural de todas as pessoas:

Começou aos 20 anos, mas se pensar que tive os anos 1990 como base de infância e os anos 2000 como adolescência, eu acabei tendo alguns momentos em que eu tinha sérias dúvidas da minha orientação. Mas por ter essa criação, eu ainda batia o pé como hétero (...) Só com 18 ou 19 anos foi que eu comecei a me aceitar, aceitar não, descobrir: saber quem eu sou. E aí, com 20 anos, tive a primeira relação sexual, que já foi com alguém com o sexo igual ao meu. Nunca tive uma experiência com o sexo oposto. Nunca tive uma relação heterossexual, somente homo. Mas porque eu já estava desenvolvendo isso na minha cabeça e realmente era isso que eu pretendia... e então, ali com aquela relação, eu tive a confirmação de que era isso mesmo. Foi com uma pessoa muito mais velha que eu, talvez mais de 20 anos mais velha do que eu. E foi bom, não foi traumático, por assim dizer. Tem aquela certa incerteza, né? Do que que eu tô fazendo... Será que é isso mesmo? Porque foi a primeira vez... aquele momento do: “que que eu tô fazendo aqui? Será que eu desisto?” Mas não, foi bom. Foi prazeroso (...) Não tenho contato mais com essa pessoa. Desconheço a sua vida, mas foi bom... digamos.

A história de Gilberto guarda uma singularidade. Ele iniciou a vida sexual de forma involuntária aos 9 anos contra sua vontade, vítima de uma relação abusiva praticada por um adolescente:

O filho da minha madrasta, na época, ele tinha uns 16 ou 17 anos. Todas as noites ele brincava comigo. A gente brincava, né? Então eu achava (por eu ser criança) que seria como se fosse nas novelas: aquela coisa bonita e não acontecia nada e, na verdade, não foi assim. Hoje em dia eu entendo que o que eu passei foi um estupro. E quando terminou aquele ato da primeira vez, eu chamei minha madrasta pra

falar de madrugada, chorando, sentindo muita dor e ela só falou pra mim assim: “esse assunto tem que ficar entre a gente, você não pode falar isso pro seu pai”. E meu pai nunca soube. Ninguém nunca soube assim e foi bem difícil. Hoje eu tenho meio que uma relutância até mesmo com pessoas da minha própria cor negra, que eu acredito mesmo que seja por conta disso, desse abuso que eu sofri [praticado por um negro].

Na história de Gilberto pesa, além de uma iniciação marcada pela dor da violência sexual e pelo cancelamento de fantasias infantis, a imposição do silêncio perpetrada pela madrasta, única pessoa adulta a quem ele confiou o incompreensível segredo. Ele não relatou se recebeu algum tipo de suporte emocional para lidar posteriormente com os efeitos ao longo de sua vida dessa experiência inicial, mas deixa explícito que não é uma experiência totalmente elaborada e/ou esquecida em sua história, já que no mínimo, ela tornou-se impeditiva de que ele pudesse se relacionar afetivo-sexualmente com outras pessoas negras.

Sérgio também relatou uma experiência abusiva que vivenciou também quando ainda era uma criança, por volta da mesma idade de Gilberto. Sérgio disse que a situação de abuso sexual ocorreu com o animador de uma festa da qual estava participando. Este resolveu brincar com as crianças no fim da festa e se escondeu com ele e mais outra criança no banheiro do evento e fez com que eles tocassem em seu pênis. Sérgio narrou que essa situação não “influenciou” em sua vida posterior, mas que o “marcou”.

É possível que os abusadores tanto de Gilberto quando de Sérgio tenham escolhido ao acaso suas vítimas, mas é igualmente possível que eles tenham sido selecionados em razão de características de gênero que os abusadores consideraram significativas para justificar o estupro.

Contudo, não é simples demarcar o quanto uma situação abusiva pode marcar e ainda assim não influenciar a vida do sujeito que a vivência, posteriormente. Não se trata aqui de modo algum de atribuir a identidade homossexual dos adultos que foram crianças abusadas ao abuso sexual sofrido, mas de aventar que experiências de violência sexual tendem a ter efeitos negativos nas condições posteriores de vida, incluindo as relações afetivo-sexuais, de quaisquer pessoas, de qualquer orientação sexual ou de qualquer identidade de gênero.

A narrativa de Sérgio também reforça algo que frequentemente acompanha narrativas de abusos sexuais vivenciados na infância: o fato do/a agressor/a ser frequentemente um/a cuidador/a, um/a parente próximo/a, um/a vizinho/a, um treinador/a, entre outras pessoas supostamente “acima de qualquer suspeita” por terem vínculos afetivos com a família da criança e/ou por terem profissões as quais se atribui com frequência o pré-requisito da idoneidade moral.

Gilberto contou ainda de outra relação abusiva que viveu e de como ela deixou marcas em sua vida, sobretudo, para ele, uma certa predisposição a outras relações abusivas:

Tive uma relação durante sete anos. Na verdade, a gente só consegue entender depois que passa. Muitas das vezes, acho que existem pessoas que também passam por essa situação e não conseguem distinguir. Eu passei por uma relação super abusiva financeiramente (...) e psicologicamente durante sete anos. Foi muito difícil. Eu fui muito dependente dessa pessoa em todos os sentidos (...) Hoje em dia eu acredito que eu já tô um pouco liberto, porém, eu ainda não estou propício talvez para uma nova relação, por conta desse medo de sofrer novamente esse abuso.

César também relata já ter passado por uma relação que considerou abusiva e que o levou a buscar acompanhamento psicológico, algo que ele continua a fazer até hoje por vontade própria.

Cabe registrar que da nossa pequena amostra formada por quatro homens escolhidos apenas pelo critério etário e territorial, houve três relatos de situações abusivas, seja na infância, seja na idade adulta.

No que se refere à forma de obter informações sobre sexualidade e saúde sexual, exploraremos a diversidade de formas de obtenção de informações relatadas pelos entrevistados a seguir.

Antes da primeira experiência sexual, César costumava obter informações sobre o tema com amigos que tinham mais experiência, tanto sobre relações homo quanto heterossexuais e não conversava muito com a família sobre o tema. Já Sérgio as recebia por meio da família, principalmente da mãe: “só preservar, pôr camisinha por causa das doenças”.

Gilberto diz que recebia unicamente “informações de novela, aqueles contos de fadas em que eu achava que a mulher e o homem iam se beijar e serem felizes para sempre, então a minha combinação de sexo era isso: beijo e que eu ia ser feliz para sempre”. Em outras palavras, Gilberto recebeu pouquíssimas informações sobre sexo e o que recebeu foi através do invólucro do amor cortês, em grande medida associado a relações abusivas e pouco satisfatórias.

Na contramão dos demais, João considerou-se um “privilegiado” por ter tido educação sexual na escola e ter obtido outras informações que chegaram a ele na formação como técnico de enfermagem, embora essas informações não focassem em aspectos mais amplos da sexualidade, limitando-se a tratar de fisiologia e prevenção de IST:

Além da informação que eu tive no colégio, eu também tive a oportunidade de desenvolver mais esse conhecimento, porque eu tive noções de enfermagem (cheguei a começar a fazer um técnico, porém não cheguei a terminar). Então, num momento ali como adolescente, acabei tendo um pouco mais dessas informações sobre ISTs e preservação na hora da relação sexual (...) Não sei tudo, porque sempre tem algo a aprender, mas eu acho que tive mais informações do que muita gente por aí... muita gente que eu conheço principalmente, sobre a parte de preservação.

Após o início da vida sexual, Sérgio disse que permanecia detendo as mesmas informações sobre sexo, mas hoje em dia age de forma diferente:

Sou mais consciente e minha vida sexual é bem ativa. Eu tenho que estar bem-preparado e protegido. (...) As pessoas com quem me relaciono nunca chegaram a comentar sobre essas coisas não (...) Quando tá no sexo, aí na hora de transar, põem a camisinha (...) Se eu já fico com a pessoa há muito tempo eu não ligo de transar com camisinha, não. Mas eu sempre me previno, sempre faço meus testes, até mesmo na luta [trabalho sexual], eu não posso ter nenhum tipo de doença por causa de contato de sangue. Então tenho sempre que me prevenir (...) Eu que busco me informar pela internet, que eu acho que é o meio mais fácil e rápido. E eu acho ok, muito confiável. E faz diferença: me ajuda bastante a pesar, refletir, porque doença é doença, não é brincadeira.

Já César relatou que não buscava muito ativamente por informações acerca de sexualidade. O tópico geralmente surgia de forma natural entre ele seus amigos ou com seus parceiros, com quem sempre teve troca aberta quanto aos gostos e vontades.

João, depois de iniciar na vida sexual não buscou mais informações a respeito:

Talvez possa ter sido um erro porque muitas coisas novas acabam surgindo, muitas informações também, mas não. Eu acho que com aquela informação que eu já havia obtido anteriormente, em época de estudante, época de adolescente, eu fui tentando sempre manter, levar essas informações para as minhas relações (...) Não sei se eu conseguiria ter alguma relação sem o uso do preservativo, talvez se eu tivesse uma relação afetiva de longa duração... de anos, que onde eu sei que eu não me relaciono com outras pessoas e nem o meu parceiro se relaciona com outras pessoas, talvez eu acredite que eu tivesse uma segurança e uma confiança em me relacionar com ele sexualmente sem o preservativo. Mas, atualmente, com as pessoas que eu me relaciono que não é nada 'oficial', 'só estou ficando com você', eu não me sinto seguro. Então, eu sempre uso o preservativo e sempre o tenho comigo ou espero que a pessoa tenha com ela e pergunto se tem ou se precisa, porque acho que é importante eu me preservar.

Gilberto, depois da iniciação sexual aprendeu que “tinha que ser muito bom” (SIC). Ele continua a respeito: “não tinha informações de como fazer ou como me proteger... A única informação era: “você começou a fazer, então você tem que ser muito bom pra pessoa te procurar novamente. Então foi bem complicado até eu conseguir discernir”. Ele diz que já buscou informações por conta própria, e o faz praticamente todos os dias, na internet, em grupos de amigos ou bate-papo, que isso fez bastante diferença na vida dele: “acho que o sexo tá ligado na nossa vida vinte e quatro horas, então não tem pra onde fugir e como fugir”.

Nessa narrativa de Gilberto destaca-se algo significativo quanto às identidades que são socialmente inferiorizadas: as práticas sexuais muitas vezes são vivenciadas como práticas de prazer para o outro e não mútuo. O sentimento de inferioridade social e a necessidade (por vezes românticas) de reter o parceiro pode aí favorecer não só a ocorrência de práticas pouco prazerosas, mas igualmente práticas de risco para IST/Aids. Em outras palavras, é preciso ter acesso a meios que permitam o trabalho dessa subalternidade socialmente construída, a fim de que se produza os meios para a autopreservação.

No que concerne às percepções acerca das IST/HIV/Aids e as estratégias de prevenção, pudemos apurar que considerando o contexto de pandemia da Covid-19, em nenhum momento, os participantes falaram sobre proteção

especificamente em relação ao Covid-19 em suas relações sexuais. Quando perguntados sobre prevenção, também não lhes foi perguntado sobre prevenção específica deste vírus que vem se constituindo, senão uma estrita IST, uma IST num sentido mais *lato*. Porém, pode se considerar também que alguns deles não estavam tendo relações sexuais, já que alguns diziam estar “solteiros” ou “desesperados”, como diz João, enquanto César apontou que tinha um parceiro fixo, o que pode indicar uma maior possibilidade de prevenção, inclusive em relação à Covid-19, mas não há garantias.

Sobre IST/HIV/Aids o medo, o estigma e o preconceito estiveram presentes nas entrevistas de forma escancarada. Sérgio, o mais jovem, disse já ter ouvido da “pior maneira possível (...) que isso é uma tragédia”. Ele disse saber que a Aids em si não mata, mas causa uma baixa na imunidade:

E qualquer coisa que você pega, um resfriado se torna uma pneumonia e você acaba morrendo (...) Eu sei que é uma doença muito perigosa, você consegue sobreviver, se cuidando, mas é meio sinistro, sempre da pior forma possível.

Entretanto, ele acredita que outras ISTs são:

Normais para pessoas que não têm muito conhecimento (...) Acredito que chato⁶, é mais normal, comum ultimamente as pessoas terem. Mas eu também tenho pavor, procuro entender muito, para isso não acontecer e, se vir a acontecer, eu estar preparado pra o que pode ocorrer.

Sérgio atribui o fato de as ISTs serem normais para pessoas sem conhecimento. Maior escolaridade não parece corresponder com maior proteção a IST/Aids (PINTO; BASSO; BARROS, 2018) Em pesquisa sobre a associação de conhecimento sobre DST entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro, Miranda (2007), aponta para a relação de menor escolaridade e início precoce da vida sexual, menor preocupação perante diagnóstico de DST ou HIV/aids. Porém, quanto ao conhecimento acerca de sinais e sintomas de algumas DST, menos da metade de todos os participantes souberam responder sobre, independentemente do tempo de estudo (MIRANDA, 2013, p. 492).

Apesar de o boletim epidemiológico sobre sífilis alertar para o déficit no preenchimento da ficha de notificação do SUS, com cerca de 36% das fichas

⁶ Chato é o termo popular para pediculose pubiana, infecção contagiosa causada por inseto semelhante ao do couro cabeludo.

com informação sobre escolaridade ignorada, em 2018, foi percebida pequena diminuição no percentual de casos em indivíduos analfabetos e com ensino fundamental incompleto e aumento percentual em indivíduos com ensino fundamental ou médio completo. Em 2018, menos de 21% formam os grupos de analfabetos e com ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2019, p. 20).

Em 2019, o maior índice de notificações de infecções por HIV se deu em pessoas com ensino médio completo (23,9%) seguido por indivíduos com fundamental incompleto (10,8%) e, em terceiro lugar, superior completo (10,3%). (BRASIL, 2020a, p. 34).

As ISTs mais comuns no Brasil são a sífilis, as hepatites virais, gonorreia e HPV, todas tratáveis. (BBC Brasil, 2019) A sífilis é a única, além do HIV, que tem notificação compulsória pelo SINAN e tem despertado a preocupação dos/as profissionais de saúde, como indica Guida Silva, gerente do Programa de IST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em entrevista ao jornal Brasil de Fato, em março de 2019. Na reportagem, a profissional aponta para a epidemia entre jovens (ESCURI, 2019).

De fato, no Boletim Epidemiológico, podemos identificar um crescimento constante nas notificações de sífilis adquirida nos últimos cinco anos. Só em 2018, foram notificados mais de 158 mil casos, mostrando um crescimento de 28,3% quanto ao ano anterior. Destas notificações, cerca de 45,5% ocorreram na região sudeste, seguindo a tendência de crescimento em todo o país. O estado do Rio de Janeiro apresentou no ano de 2018 taxa de detecção maior que a média nacional (BRASIL, 2019, p. 16-17).

César disse que se preocupava com IST/aids antes mesmo de ter sua primeira experiência sexual, devido às “muitas coisas que se falava” e que, por isso, buscava ler bastante e se informar por que sempre foi “uma pessoa muito medrosa” (SIC).

João e Gilberto também já pararam para pensar em IST/Aids, mas têm percepções menos temerosas a respeito e aparentam ter uma clareza técnica quanto a termos, indicando por exemplo, a preferência no uso do termo IST ao invés de DST como recomendam os organismos de saúde. Gilberto afirma:

Na verdade, ouvi falar no início, da DST, até o ponto de a gente entender que é sim uma IST, porque não é uma doença e, sim, pode ser uma infecção. Já tive conhecimento, tenho amizade com pessoas que são portadoras [do HIV] e eu consigo, hoje, entender que você pode viver tranquilamente com o vírus, se cuidando e que você pode ter uma vida normal.

Todos eles se veem como pessoas que podem potencialmente se infectar. João e Cesar entendem que todas as pessoas sexualmente ativas são pessoas que correm risco de se infectarem, independente da orientação sexual, enquanto Gilberto se vê especificamente como integrante de um “grupo de risco”.

Hoje usa-se o termo **comportamento de risco** para caracterizar as pessoas que têm maior probabilidade de adquirir HIV: penetração sexual sem camisinha (vaginal ou anal), sexo com múltiplos parceiros, histórico de episódios de infecções sexualmente transmissíveis ou compartilhar seringas e agulhas. (BRASIL, 2018, p. 18).

Como dito no capítulo 2, há uma recomendação do termo “populações-chave” pelo Ministério da Saúde para designar estratos sociais onde há prevalência de infecção pelo HIV em nível desproporcional quando comparadas à população geral: como gays e outros HSH, trabalhadores/as do sexo, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade. E o termo “população prioritária” é usado ao tratar de segmentos que apresentam maior vulnerabilidade por conta de sua situação de vida, contextos históricos, sociais e estruturais, tais como: população negra, indígenas, pessoas em situação de rua e adolescentes e jovens.

A camisinha é a estratégia de prevenção mais usada por eles. Na maioria dos casos, os participantes preferem comprar na farmácia ou adquirem em postos de saúde. João diz que também costuma ganhá-las em festas “principalmente época de carnaval, há distribuição gratuita (...) ou nas paradas LGBT+, festas direcionadas ao público LGBT+ eles fornecem, se preocupam conosco e aí eu sempre aproveito e pego mesmo para renovar meu estoque”. Interessante notar que a sociedade civil organizada e os grupos de luta por direitos da população LGBT+ se mantêm presentes até hoje em espaços de sociabilidade.

João reconheceu que a camisinha não é 100% segura, mas tem uma porcentagem muito alta de possibilidade de prevenção que, para ele, faz toda diferença. Gilberto disse que busca transar sempre de camisinha e fazer sexo oral apenas de camisinha. Acha a camisinha “super precisa porque as ISTs estão aí, então não tem como a gente fechar os olhos e falar que não vai usar (...) Temos que usar, sim, o tempo todo”. No “sexo” [penetração anal], entretanto, acha ruim, porque o incomoda e que “corta um pouco o clima, mas é necessária” (SIC). Sérgio também acha “o certo a se fazer”, apesar de não gostar e achar desconfortável.

Supreendentemente, a **testagem** também é uma estratégia muito presente no grupo de entrevistados. Sérgio diz fazer com uma frequência quase trimestral, já que participa de luta [trabalho sexual] e tem contato de sangue... César e Gilberto declararam fazer a testagem a cada seis meses... João apesar de não realizar com tanta frequência, vê esse recurso como importante para a prevenção e, mais uma vez, recorre a isso quando há eventos que disponibilizam a testagem rápida:

Eu deveria fazer isso com mais frequência, mas acaba não acontecendo, eu acabo fazendo esse tipo de teste em ocasiões voltadas para o público LGBT mesmo (...) Já fiz em paradas, manifestações (...) Aproveitei que tinha ali algo voltado para esse papo sobre saúde, principalmente a saúde LGBT, aí eu sempre aproveito.

Sobre PEP e PrEP, há certa confusão sobre as nomenclaturas, acredito que pelo fato de as siglas serem bem parecidas e o nome por extenso ser muito técnico, o entendimento ficou de certa forma comprometido, mas eles compreenderam a intenção das estratégias.

Sérgio confundiu as siglas, mas reconheceu o PrEP do Grindr, um aplicativo de relacionamento popular entre homens gays: “uma proteção mais firme que os testes (...) Acredito que seja um acompanhamento médico mais a fundo que esses testes. Não sei se é.” No aplicativo, em um dos campos, o usuário pode informar dados de sua saúde sexual, como seu status HIV: negativo; negativo, usando PrEP; positivo ou; positivo, não detectável. Também é possível informar a data da última testagem. Além disso há ainda um *link* que diz responder perguntas de saúde sexual, ao clicar o usuário é direcionado para

um *site* em inglês e com informações direcionadas para os Estados Unidos da América.

Diferentemente dos outros entrevistados, César já fez o uso da PEP e apresenta maior conhecimento tanto sobre este método de prevenção, por experiência própria, quanto da PrEP, que ele chama de “PEP de coquetel” e disse que recorreu ao seu uso por duas vezes. Na primeira vez em que ficou exposto, ele se assustou e não sabia o que fazer: “não sabia se perguntava ao parceiro se ele tinha alguma coisa, se pedia exame, se íamos fazer o exame juntos...” Isso permaneceu até que foi orientado por um amigo da área de saúde a buscar o PEP.

Em sua segunda exposição, ele já foi por conta própria buscar o tratamento. Relatou que foi orientado a conhecer e começar a usar o PrEP. Entretanto, o PEP, como ele informou, “mexeu muito com a questão dos hormônios”. Assim, com os efeitos colaterais que sentiu quando experimentou, bem pelo seu comprometimento com o uso da camisinha (que considera um método preventivo melhor), acrescido do fato de “não gostar muito de tomar remédios”, fortaleceu seu argumento pelo não uso pessoal da PrEP.

João tem pouca informação sobre PEP e PrEP, mas já “ouviu falar”. Sobre PEP ele acha importante ter disponível e afirma:

Por mais que a gente tenha um conhecimento sobre as profilaxias, proteção, eu sei que eu também não estou livre de sofrer uma infecção, ou pelo mal uso do preservativo ou pela não utilização ou, que Deus nunca permita, por um abuso. Acho que é importante ter esse método para a gente tentar se garantir de alguma maneira a não adquirir HIV. Não recomendo a gente usar como se ‘ah! vou na padaria comprar um pão’ o tempo inteiro, mas acho interessante esse uso para nós (...) Também penso muito na questão do uso para pessoas que se relacionam com pessoas que são HIV positivas, então, de tempo em tempos, elas fazem o uso desse método pra garantir também essa maior proteção e não também se tornar positivos, sendo o meu parceiro positivo e eu negativo, então, vamos tentar manter assim.

Sobre PrEP, ele acredita ter um pensamento parecido ao que tem sobre PEP, só que o PrEP talvez seja mais indicado para pessoas que são HIV negativo e tem parceiro HIV positivo e que sabe que a exposição é maior mesmo. Ele segue:

Acho que é importante a gente pensar em outros tipos de prevenções e aí, caso realmente precise, use o pós (...), mas também não julgo, não critico aquelas pessoas que pensam em usar o PrEP pra também se proteger mais (...) Só não acho interessante usar o PrEP pra forma de não precisar ter que usar camisinha. Acho isso muito arriscado. Acho isso uma mentalidade um pouco perigosa, mas aí é uma opinião minha, uma atitude que talvez eu não tomaria...

Gilberto também já ouviu falar dos dois métodos. Sobre PEP, ele acha que “as pessoas não vão querer mais se precaver, não vão querer mais usar camisinha porque aí... é só ir ao posto de saúde, ir ao centro médico que eles vão me dar uma medicação e tá tudo certo”. Ele acha esse tratamento contraditório.

Sobre PrEP: “acho muito relativo porque ele pode nos deixar imune a um certo tipo de infecção, porém, nós temos outros trilhões de infecções que ele não vai me dar imunidade. Muitas das vezes, as pessoas podem adquirir essa infecção e não saber por que acham que tá protegido por essa medicação”.

Desde o descobrimento do vírus até hoje, a prevenção ao HIV sempre girou em torno da camisinha como principal estratégia de prevenção e a imagem da Aids permanece assimilada no senso comum com a população homossexual, bissexual e trans. O surgimento de novos métodos de prevenção, principalmente os biomédicos como o PEP e PrEP, podem ter funcionado como uma lembrança de que pessoas que transam sem preservativo sempre existiram e sempre vão existir. É possível que esses novos métodos de prevenção tenham mudado essa perspectiva do sexo seguro, que ainda é sobrecarregado de estigmas e preconceitos acerca da sexualidade e centrado no uso da camisinha. (VASCONCELOS, 2021).

A recomendação do Ministério da Saúde de prevenção combinada é que se encontrem métodos de prevenção que sejam melhores para cada uma das pessoas de acordo com sua realidade, seja a camisinha, o PrEP, o PEP, testagem regulares, tratamento de pessoas vivendo com HIV ou mais deles combinados ao mesmo tempo. Outras formas de sexo seguro são possíveis para além da camisinha, a boa prevenção é aquela que causa boa adesão. (VASCONCELOS, 2021).

Quanto ao argumento citado pelo participante Gilberto, existem de fato outras IST que não necessariamente vão ser prevenidas por essas estratégias. Tanto o PrEP quanto o PEP têm como objetivo a prevenção contra a infecção pelo HIV. Porém, essas estratégias podem ajudar no diagnóstico e tratamento de outras IST.

O Ministério da Saúde indica por meio do Protocolo Clínico do PrEP, entre outros exames, testagem trimestrais para HIV e sífilis e semestrais para outras IST. Além de reforçar a comunicação simples e aberta do usuário com o profissional de saúde, em todas as consultas, tanto para gerenciamento de riscos quanto para a adesão ao PrEP, já que a eficácia da profilaxia foi fortemente associada à adesão. A comunicação inclusive pode se dar como uma estratégia de desconstruir o pensamento conservador moralizante sobre o uso destes métodos. Discutir prevenção envolve falar sobre sexo, assunto que surpreendentemente ainda é coberto por muitos tabus no país, especialmente nos últimos anos com o conservadorismo ganhando força. A onda conservadora, presente nos espaços de decisão da sociedade, dificulta o acesso das pessoas à educação sexual, principalmente entre os jovens.

Buscando responder, entre outras perguntas, o quanto infecções por IST cresceram nos últimos anos e se esse crescimento teria conexão direta com o uso do PrEP, o Aidsmap⁷ realizou um resumo de pesquisas focadas na população europeia e norte-americana, em fevereiro de 2020. Concluiu-se que, de fato, há um crescimento considerável de IST, com exceção do HIV e das IST que podem ser prevenidas por meio de vacinação, hepatite B e HPV, sendo a gonorreia e a sífilis as infecções mais comuns em homens gays. Entretanto, não foi possível concluir epidemiologicamente que o uso da PrEP especificamente leva a maior infecção por outras IST. Para Cairns (2020), autor do texto, qualquer correlação só poderia ser feita se o uso da PrEP se tornasse mais difundido.

⁷ O Aidsmap, anteriormente conhecido como NAMAidsmap, teve início como uma publicação de um “manual nacional de Aids” reunindo informações sobre HIV na Inglaterra em 1987. Em 1998, foi lançado como uma fonte online dos materiais antes divulgados com informações sobre HIV e AIDS. É financiado por ONGs, instituições de caridade, fundações e companhias farmacêuticas. Age em parceria com diversas Associações de AIDS europeias e garante que suas publicações passam por um variado painel médico de revisão.

Cairns (2020) acredita que a combinação de vários fatores pode estar levando ao aumento das IST como por exemplo, menor uso da camisinha como método principal de prevenção, práticas de *serosorting* (escolher parceiros com o mesmo status HIV) ou *seropositioning* (redução de danos entre HSH no sexo anal sem camisinha, onde o HIV-negativo assume o papel de ativo e o HIV-positivo assume o papel de passivo na relação). Outro fator complicador no processo de tirar conclusões sobre a relação do PrEP com o aumento de ISTs é que o início do tratamento com a medicação leva a maior testagem, ficando difícil concluir qual a causa do aumento de diagnósticos: a medicação ou o fato de haver maior testagem pelo indivíduo.

No Brasil, há esforços de incluir mais testagens entre os usuários de PrEP, para além das que já existem, por exemplo, o da Coordenadoria de IST/HIV/AIDS da cidade de São Paulo que, a partir de 2020, iniciou um projeto de implementação da rotina de testagem para gonorreia e clamídia entre os usuários de PrEP. Em dados preliminares, divulgados recentemente, quase 10% dos indivíduos testados eram portadores assintomáticos de gonorreia ou clamídia retal (VASCONCELOS, 2020).

4.6. Acesso aos serviços de saúde

Sérgio possui um plano de saúde pago pela própria mãe, mas diz que frequenta também a Clínica da Família do SUS no bairro, na qual tem cadastro, no máximo por 2 vezes ao ano. Gilberto também tem plano de saúde pago pela empresa em que trabalha, mas também usa a Clínica da Família do bairro, apesar de não se ver como usuário do SUS.

César também usa o plano de saúde pago pela empresa em que trabalha, mas se percebe como usuário do SUS: “utilizei a Fiocruz, e costumo usar quando tem campanha de vacinação” (SIC).

João também tem maior consciência de ser usuário do SUS, talvez por não possuir um plano de saúde, como os demais:

Sim, eu uso o SUS. Todos nós somos usuários. Eu uso principalmente para questões de emergência, já que eu não tenho plano de saúde (...)

Uso a UPA quando sinto alguma necessidade emergencial, mas para consultas [ambulatoriais], eu acabo fazendo utilização de um outro tipo. Como sou professor, faço parte de uma associação de professores que me dá direito a consultas, marcadas daqui a um mês, que eu possa esperar... Ela não dá direito a emergência.

É curioso que alguns dos entrevistados possuem planos de saúde, fazem uso de serviços públicos de saúde e, ainda assim, não se veem como usuários do SUS. O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo e tem deixado cada vez mais latente sua importância para todos os cidadãos, especialmente nos últimos meses frente à pandemia de Covid-19. Ficam como exemplos fundamentais que atingem todos os brasileiros as ações que vão desde a vigilância sanitária de medicamentos e vacinas até atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos.

Metade dos entrevistados busca atendimento de saúde a cada seis meses, para “um *check up* ou prevenção de doenças”. João já não tem esse hábito, prefere ir ao médico apenas se for necessário: “para alguma parte do corpo, ou se as dores são persistentes”.

Sérgio disse que também raramente frequenta médico, pois raramente fica doente e quando fica não procura o médico, já que não gosta de tomar remédio:

Sou o mais natural possível, não tomo remédio porque remédio faz mal (...) Fico em casa, sofro de dor, passo mal, mas não tomo remédio (...) No hospital eu tenho mais risco de pegar outras coisas (...) Só fui quando quebrei, fratura, uma coisa que não tenho que fazer... Quebrei o braço, tenho que botar gesso então...

Em geral, consideraram o atendimento de saúde como “bom”. Considerando que a maioria usa serviços privados de saúde, houve uma comparação entre estes e o serviço público. Sérgio acha que o atendimento em serviço de saúde público é mais atencioso e eles buscam mais entender o que você tá passando, enquanto no privado “tudo é uma virose”.

João disse que sempre que precisou, foi muito bem atendido, de acordo com a gravidade da emergência que estava enquadrado e não tinha do que reclamar. Acredita que

há muito que se melhorar no nosso país, mas que nós temos um sistema que funciona para todos que não tem essa possibilidade de arcar com os custos (...) Não é um dos melhores, não é uma utopia,

mas funciona sim e deve ser muito ser defendido por todos, inclusive por nós usuários de particulares também.

Gilberto não acredita que os problemas sejam do SUS e sim das pessoas:

Por exemplo, tem um dia com plantão X e tem profissionais que realmente querem trabalhar, querem salvar pessoas, no outro plantão são outros que não querem nada, só querem ir lá bater o ponto deles, receber o dinheiro deles e que se danem o povo que precisa deles (...) Eu não vou culpar o sistema de saúde e sim o ser humano, é a falta do profissional. Para César, o atendimento é bom, o único contra é a demora para aguardar uma consulta num serviço privado de saúde.

Em geral, todos consideraram seus estados de saúde como “bom” ou “na média”. Quando questionados se mencionam a orientação sexual nos serviços de saúde, afirmaram que não costumam ‘avisar’, mas a maioria dos discursos indica que eles não se sentem desconfortáveis em dizer, se forem perguntados ou se alguém notar.

Sérgio disse que não costuma mencionar porque “a pessoa já vê de cara” e que não acredita ter sofrido nenhum tipo de discriminação em um atendimento de saúde, já que:

Normalmente eu sou tão simpático que, mesmo eu sendo gay e mesmo que as pessoas sejam homofóbicas, elas acabam gostando do meu jeito. Eu chego já dando bom dia, converso, brinco (...) Normalmente são mulheres e mulheres gostam de viado. Elas são tranquilas.

É muito comum que a população LGBT+ lance mão de diferentes estratégias para lidar e buscar impedir a incidência da discriminação. Uma dessas estratégias é a simpatia, outra é o estilo humorístico conhecido como *camp*, além de outros recursos.

César também demonstra se sentir confortável em atendimentos médicos:

eu falo muito, trato o médico quase como um psicólogo, conto minha vida toda daquele ano (...) E eu acabo pedindo os exames (...) Meu atendimento é muito aberto com o médico, eu consigo ter essa troca.

Gilberto acrescenta que o momento da consulta é também um momento de observação pelo/a profissional de saúde:

tem coisas que não precisa falar, acho que no decorrer do atendimento, o médico já vai perceber que ele tá lidando com uma orientação sexual diferente da dele.

A maioria não se sente desconfortável em falar sobre sua vida sexual em um atendimento. Nesse sentido, Sérgio diz que a vida dele é um “livro aberto”. O único que disse se sentir mais desconfortável foi Gilberto:

Existem profissionais e profissionais. Tem aqueles que podem ter estudado durante anos e não têm o *feeling*, não tem a empatia, simplesmente estão ali para dar o diagnóstico e acabou.

Sérgio também foi o único que disse já ter sofrido discriminação em instituição de saúde:

Me senti péssimo, faz um bom tempo (...) eu cheguei com umas feridas nas costas e a médica ter me visto entrando, do jeito que eu falo, com meus trejeitos, de cara sem encostar em mim, sem falar nada, ela me disse que eu estava numa fase terminal da Aids (...) Aquilo ali eu já associei por eu ser homossexual, no caso.

Em geral, os participantes desta pesquisa se mostraram abertos para que a relação com os serviços e profissionais de saúde poderiam ser mais reforçadas e suas dificuldades superadas. Seguir as diretrizes que consideram a participação do usuário quanto às decisões sobre as estratégias de prevenção poderia ser uma estratégia que fortaleça esse vínculo.

Finalizamos todas as entrevistas com uma abertura para que os participantes pudessem tirar maiores dúvidas ou fazer algum tipo de apontamento ou comentário. Como a condução das entrevistas se deu de forma aberta e algumas questões foram discutidas no decorrer da conversa, foram poucos apontamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciei este trabalho de pesquisa constatei, tanto no campo de estágio quanto por meio de conversas em meu círculo pessoal de amizades, que havia dificuldade de acesso à informação sobre prevenção e, que os dados epidemiológicos mostravam a prevalência da infecção por IST entre os jovens, gays e negros. Sendo assim, esta pesquisa teve o objetivo geral de compreender a percepção de jovens gays moradores do bairro de Del Castilho, situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (RJ), sobre sua saúde sexual, bem como avaliar o acesso deles aos serviços de saúde, especialmente, às estratégias de prevenção ao HIV.

Considerou-se o tema necessário pelo HIV ter passado a ser discutido por áreas para além das Ciências da Saúde há pouco tempo. O Serviço Social, enquanto profissão que atua diretamente na execução de políticas públicas e na garantia de direitos dos usuários, precisa contribuir no processo de avaliar e pensar estratégias para que as políticas de prevenção se realizem de forma efetiva. Para isso, é necessário entender a epidemia de HIV/Aids como uma expressão da questão social e pensar nas contradições e dificuldades em enfrentar o aumento dos casos da doença que é atravessado por condições de moradia, acesso a informações, oferta de serviços públicos de saúde, entre outros, como apontam Clementino e Souza (2017, p.2).

Conseguimos extrair discursos ricos dos participantes sobre suas percepções quanto à saúde sexual e às estratégias de prevenção. Identificamos que, de fato, as informações sobre saúde sexual e estratégias de prevenção acessadas pelos entrevistados são poucas e superficiais, geralmente carregadas de preconceito e estigma. Para grande parte dos entrevistados, a informação antes e depois da iniciação sexual veio pela mídia, parceiros, família e/ou amigos. Não existe debate dos jovens entrevistados com os/as profissionais de saúde, seja para a educação acerca das possibilidades da prevenção, seja para traçar estratégias efetivamente de prevenção, mesmo que eles se sintam confortáveis em conversar sobre sexo com equipe técnica de saúde.

Ao estudar e discutir as características socioeconômicas e culturais de jovens, gays e moradores do bairro de Del Castilho, pude confirmar parte daquilo que já imaginava: o comportamento sexual não hétero, discordante do hegemônico, sempre esteve presente no país e o que mudou ao longo da história foi a forma com que a sociedade o tratou com o passar dos anos. A pesquisa de campo, no entanto, me aproximou de outras problemáticas que merecem cada vez mais atenção, em especial da forma velada que o **preconceito e a discriminação assumem, o que pode ser prejudicial para populações que não performam a sexualidade hegemônica**, potencialmente resultando em gravíssimas consequências. Tais formas veladas de preconceito e discriminação também podem afetar sua vida em sociedade e sua saúde mental e física. A desigualdade social, muitas vezes potencializada pelos efeitos do pensamento conservador pode resultar na produção de sentimentos de solidão, que vem se confirmando a cada ano como um problema de saúde pública.

Todos os meus entrevistados se veem como pessoas que podem potencialmente se infectar por IST/HIV/Aids e a maioria dos entrevistados revelou que busca informação sobre prevenção por conta própria. Isso pode indicar que as informações sobre saúde sexual e prevenção de IST não são amplamente divulgadas por serviços de saúde, e que não acessam os grupos que mais precisam, o que torna o processo de educação em saúde sexual um caminho apenas individual. Alguns manifestaram discursos carregados de medo, estigma e preconceito sobre IST/Aids enquanto, para outros, a compreensão de existir tratamento no caso de um resultado de sorologia positiva apresentaram o discurso menos temeroso.

A camisinha é a estratégia de prevenção mais conhecida e acessada pelos participantes da pesquisa. No entanto, os entrevistados manifestaram considerável confusão quanto aos novos métodos biomédicos de prevenção para o HIV citados na entrevista (PEP e PrEP) e reproduziram certos preconceitos ao emitir opiniões sobre eles. Faltou clareza do que são essas novas estratégias e sobre como funcionam em combinação com outras estratégias ou métodos de prevenção.

A maioria se sente confortável em falar sobre sexo nos atendimentos de saúde, mas poucos participantes manifestaram vínculos com esses serviços e dessa forma buscam sua rede pessoal de amigos e família para adquirir informações e discutir. A maioria busca atendimento pontual, no caso de algum sintoma de doença. Parte substantiva deles se considera usuário do SUS, mas também houve alguns que mesmo utilizando o SUS, não se consideram como usuários dele. Apesar de terem planos de saúde, entretanto, estes entrevistados usam o serviço público durante as campanhas de vacinação, frequente estratégias de prevenção de IST/HIV/Aids e, algumas vezes, acessa PrEP, PEP e camisinha nesses serviços.

Para que seja confirmado se as políticas de prevenção à IST/Aids alcancem toda a população-chave é preciso que sejam feitos novos investimentos de pesquisa, de preferência nos diferentes níveis (municipal, estadual e federal), que avaliem a percepção daqueles que de fato pertencem à parcela da população que precisa que essas políticas sejam amplamente divulgadas, de forma clara, direta e objetiva, educando-os sobre os métodos e estratégias de prevenção disponíveis, como e qual a melhor forma de usá-los.

Esta pesquisa poderia ter tido resultados ainda mais ricos se, no trabalho de campo, tivessem sido realizados alguns grupos focais, especialmente considerando que a motivação inicial surgiu a partir de conversas de amigos. Poder transferir esse cenário para a pesquisa teria sido interessante. Devido a pandemia da Covid-19, parte das entrevistas acabou sendo feita de forma *online*, o que pode ter deixado a interação com os participantes um pouco mais distante. Ademais, as recomendações de distanciamento social tornaram mais complicado o acesso a mais participantes para entrevistas.

Além disso, o levantamento bibliográfico e a análise de dados da pesquisa de campo poderiam ter sido mais variados se não houvesse dificuldade para acessar algumas referências. Hoje em dia, há muita informação e textos disponíveis na internet, entretanto não foi possível acessar alguns, que muito provavelmente estão disponíveis apenas em bibliotecas públicas físicas.

Por fim, esta pesquisa deve ser aprofundada e expandida, acrescentando e aumentando tanto o número quanto a diversidade de pessoas entrevistadas.

É necessário entender por que essas informações não chegam ou chegam incompletas para as populações-chave e prioritárias e, a partir daí, buscar construir outras estratégias que promovam educação sexual sem um discurso moralizador, sem preconceitos e sem estigmas.

Referências

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Anália Soria. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Revista Estudos Feministas**. 2002, vol.10, n.1, pp.119-141.

BORGES, Delma Pereira. **A centralidade da família para o serviço social**. 2008. 60 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em <<https://bdm.unb.br/handle/10483/678>> Acesso em 16 de Abril de 2021.

BRASIL. **Lei 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 14 de junho 2020.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, aids e hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/aids**. Brasília dezembro 2020a. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>>. Acesso em 13 de janeiro 2021.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília 2018.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Doenças e de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília dezembro 2020b

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, aids e hepatites Virais. **Boletim epidemiológico Sífilis**. Brasília outubro 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>>. Acesso em 25 de abril 2021.

_____. 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. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis** Brasília, 2018. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>> Acesso em 25 de abril 2021

BRAVO, Maria Inês Souza. “Política de saúde no Brasil”. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. “Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate”. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine J. “A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências”. janeiro a junho de 2020. **Estado, Democracia e Saúde**. Brasília, v. 22, n. 46, 2020.

CAIRNS, Gus. PrEP and sexually transmitted infections. **Aidsmap** Fevereiro 2020. Disponível em <<https://www.aidsmap.com/about-hiv/prep-and-sexually-transmitted-infections>> Acesso em 20 de abril de 2021.

CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens** (Tese de Doutorado), Universidade de São Paulo, SP, Brasil, 2018.

CAZEIRO, F, SILVA, G.S.N, SOUZA, E.M.F. Necropolítica no campo do HIV: Algumas reflexões a partir do estigma da AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet] Abril 2020. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/necropolitica-no-campo-do-hiv-algumas-reflexoes-a-partir-do-estigma-da-aids/17560?id=17560>> Acesso em 29 de Março de 2021.

CLEMENTINO, Milca Oliveira; SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes. "O HIV/AIDS COMO EXPRESSÃO DA 'QUESTÃO SOCIAL'": demandas de intervenção para os/as assistentes sociais. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2., 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID2168_15052017191854.pdf> Acesso em 24 de abril 2019.

DIEESE. Banco de dados da cesta básica nacional. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acesso em: 15 de abril de 2021.

ESCURI, Giulia. Repórter SUS: "Sífilis dispara entre jovens no Rio; Bolsonaro sugere menos informação". **Brasil de Fato**. 18 de março de 2019. Disponível em <<https://www.brasildefatoj.com.br/2019/03/18/reporter-sus-or-sifilis-dispara-entre-jovens-no-rio-bolsonaro-sugere-menos-informacao>> Acesso em 18 de abril 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FONSECA, André Dionei; SILVA, Silvio Lucas Alves da. "O Neoliberalismo em Tempos de Pandemia: o Governo Bolsonaro no contexto de crise da Covid-19". **Ágora**, v.22, n.2, jul./dez., 2020, p. 58-75. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/15461>> Acesso: 8 abr. 2020.

FRY, Peter. **Para Inglês Ver**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

_____, Peter; MACRAE, Edward. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Abril Cultural Brasiliense, 1985.

GALDO, Rafael; DAFLON, Rogério. "Conjuntos na Era Vargas se multiplicaram para dar teto a trabalhadores". **Jornal Extra**. Rio de Janeiro 08, maio de 2011. Disponível em <<https://extra.globo.com/noticias/rio/conjuntos-na-era-vargas-se-multiplicaram-para-dar-teto-trabalhadores-1767958.html>> Acesso em 24 de julho de 2019

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA Paulo Roberto. “Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária”. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, 2009, n. 26, vol. 1, p. 87-94.

GREGÓRIO, Neto. “Sede mundial da Igreja Universal completa 12 anos”. **O Verbo** 16 de agosto de 2011 Disponível em: <<https://www.gospelprime.com.br/sede-mundial-da-igreja-universal-completa-12-anos/>> Acesso em 28 de julho de 2019.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem Histórica da Evolução do Sistema de Saúde Brasileiro: conquistas e desafios** 2012. 31f. Monografia de Pós-graduação - Universidade Federal de Santa Maria, Tio Hugo, RS, Brasil, 2012.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua Quarto Trimestre de 2020. (PNAD) 10 de março de 2021. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 de abril 2021.

INGRID, Gabriela, Preconceito, isolamento e depressão: solidão LGBT precisa ser discutida **UOL** 18 de julho de 2018. Disponível em <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2018/07/18/preconceito-isolamento-e-depressao-solidao-lgbt-precisa-ser-discutida.htm>> 23 de abril 2021.

MACHADO, C.V., LIMA L.D., BAPTISTA T.W.F. “Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal”. **Cadernos de Saúde Pública** 33 (Supl 2). 2017.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. “Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense”. Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/ctXZBtsp7XvbjXjsCnYWRhP/?lang=pt>> Acesso em 24 de abril 2019.

MOTT, Luis. “Homoafetividade e direitos humanos”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.14, n.2. p.509-521 mai/ago. 2006.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão.** 2001.

ROSA, E. C.; STRAUCH, J.C.M.; AJARA, C. “Desigualdades socioespaciais na Região Administrativa do Méier com base nos censos 1991, 2000 e 2010”. In: IBGE. **População, espaço e sustentabilidade: contribuições para o desenvolvimento do Brasil.** Rio de Janeiro p. 307-324, 2015. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94508_cap12.pdf > Acesso em 8 de abril 2019.

SANTOS, Nadyne Pastoriza dos *et al.* “Relações familiares da rede social de jovens homossexuais masculinos”. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000600174&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de março de 2021.

MENEZES, Moisés Santos de; NASCIMENTO, Ana Paula Leite; OLIVEIRA, Antônio Carlos de. **LGBT e mercado de trabalho: uma trajetória de preconceitos e discriminações.** Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conquerer/trabalhos/TRABALHO_EV_106_MD1_SA7_ID186_04032018135735.pdf>. Acesso em: 24 abril 2021.

MIRANDA, Angelica Espinosa et al. “Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro”. Brasil, 2007. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.2, pp.489-497.

OGLAND, C.; VERONA, A.P. “Religion and the Rainbow Struggle: Examining the Role of Religion in Attitudes toward Homosexuality and Same-Sex Civil Unions in Brazil”. **Journal of Homosexuality**, New York, v.61, p. 99-115, 2014.

OMS. **Sexually Transmitted Infections (STIs).** 14 de junho de 2019 <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))> Acesso em 18 de abril de 2021.

PARKER, Richard, “Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil”, **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, 1987, vol. I, nº 2, pp. 155-175. Disponível em <<https://sci-hub.do/10.1525/maq.1987.1.2.02a00020>> Acesso em 28 de maio de 2021.

PINTO, Valdir Monteiro; BASSO, Caritas Relva; BARROS, Claudia Renata dos Santos and GUTIERREZ, Eliana Battaglia. “Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo”, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.7, pp.2423-2432.

ROSÁRIO, Luana Paixão Dantas do. A necropolítica genocida de Bolsonaro em tempos de pandemia e o projeto ultra-neoliberal. **Rev. Interd. em Cult. e Soc. (RICS)**, São Luís, v. 6, n. 2, p. 28-49, jul./dez. 2020. Disponível em <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/ricultsociedade/article/view/15815>> Acesso em 20 de Abril de 2021.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da Colônia a atualidade**. Editora Record. Rio de Janeiro, 2000.

TURBIANI, Renata. “Infecções Sexualmente Transmissíveis estão em alta no Brasil”. **BBC Brasil**. 16 de Novembro 2019. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50337527>> Acesso em 19 de abril de 2021.

VASCONCELOS, Rico. “ISTs assintomáticas são questão central e negligenciada de saúde”. **UOL**. 18 de Dezembro 2020. Disponível em <<https://www.uol.com.br/vivabem/colunas/rico-vasconcelos/2020/12/18/ists-assintomaticas-sao-questao-central-e-negligenciada-de-saude-publica.htm> > Acesso em 19 de abril de 2021.

VASCONCELOS, Rico. “Afiml o uso da PrEP causa ou não o aumento das outras ISTs?” **UOL**. 25 de outubro 2019. Disponível em <<https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2019/10/25/afinal-o-uso-da-prep-causa-ou-nao-o-aumento-das-outras-ists/>> Acesso em 19 de abril de 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

BLOCO I - Características socioeconômicas e culturais

Pseudônimo:

Idade:

Naturalidade:

Ocupação:

Profissão:

Cor: (A) Branco
(B) Preto
(C) Pardo
(D) Amarelo
(E) Indígena

Condições de habitação

(A) Própria do participante (B) Própria de familiares
(C) Alugada (D) Cedida (E) Ocupada
(F) Outras: _____

Tipo

(A) Casa (B) Apartamento
(C) Em favela (D) No asfalto

Número de cômodos: _____

BLOCO II - Relações de trabalho

Escolaridade:

Renda:

Vínculo: (A) Autônomo (B) CLT (C) Funcionário Público
(D) Formal (E) Informal (F) Desempregado (G) Faz bicos

Há quanto tempo está na atual ocupação: _____

Na sua ocupação, alguém sabe da sua orientação sexual? Se sim, quem? Se não, por quê?

Já viveu/vive alguma discriminação no ambiente de trabalho?

BLOCO III - Condições familiares

Como é seu relacionamento com a família de origem?

Com quem mora atualmente? Quais seus vínculos? Há contribuição financeira?

Quais são as percepções da família sobre homossexualidade?

BLOCO IV - Sexualidade e Saúde

- Orientação Sexual: (A) Bissexual
 (B) Heterossexual
 (C) Homossexual
 (D) Outros
- Religião: (A) Católico (B) Protestante ou Neopentecostal (C) Espírita
 (D) Religião de matriz africana (E) Sem Religião (F) Outras
- Estado Civil: (A) Solteiro
 (B) Casado
 (C) Separado / divorciado
 (D) Viúvo
- Conjugalidade: (A) mora sozinho
 (B) mora com companheiro/a
 (C) mora sozinho, mas está casado
 (D) é casado com mais de uma pessoa

Como é ser homo/bissexual em Del Castilho?

Idade com que começou a ter vida sexual (foi consentida? Se sim, como foi isso?
 Quais informações recebeu acerca da sexualidade antes de fazer sexo? Como foi isso?

Quais informações recebeu acerca da sexualidade depois que começou a fazer sexo?

Você buscou informações sobre sexualidade alguma vez? Se sim, como foi?

Essas informações fizeram alguma diferença na sua vida?

Já ouviu falar de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) /aids? Se sim, de que maneira?

Você se vê como uma pessoa que corre o risco de se infectar ou não?

Se sim, você costuma tomar medidas preventivas de IST? Quais? Como você faz para acessar esses recursos?

Você costuma realizar testagem para HIV e outras IST? Se sim, com que frequência?

Você tem encontrado atualmente dificuldades para se prevenir delas? Se sim, quais?

Já ouviu falar de camisinha? Se sim, o que pensa sobre?

Já ouviu falar de PEP (Profilaxia Pós-Exposição) ao HIV? Se sim, o que pensa sobre?

Já ouviu falar de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) ao HIV? Se sim, o que pensa sobre?

BLOCO V

Você é usuário do SUS? () sim () não

Se sim, quais unidades de saúde costuma frequentar?

Você é usuário de serviços privados de saúde:

(A) sim, pago pela empresa

- (B)sim, eu mesmo pago
- (C)sim, outra pessoa paga. quem? _____
- (D)não

Com que frequência você procura atendimento de saúde?

O que te leva a procurar um serviço de saúde?

- (A)doenças ou sintomas de doenças
- (B)prevenção
- (C)acompanhamento
- (D)buscar medicamentos
- (E)outros

Como você avalia a qualidade da assistência que você recebe quando busca?

Você considera a sua saúde boa atualmente?

Você menciona sua orientação sexual nas instituições de saúde? Isso faz alguma diferença?

Você acredita que já sofreu alguma discriminação nas instituições de saúde que frequentou ou frequenta?

Você se sente/sentiu confortável em falar sobre sexo nas instituições de saúde que frequenta/frequentou?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa de maneira que ele possa tomar sua decisão de forma livre e sem constrangimentos sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. É uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, visto ambos estarem assumindo responsabilidades.

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado “O acesso de jovens gays de Del Castilho à saúde sexual” conduzido por Fernando Weltri da Silva, sob orientação do Prof. Dr. Guilherme Almeida.

Este estudo tem por objetivo discutir e investigar como jovens gays residentes no bairro de Del Castilho, na cidade do Rio de Janeiro, compreendem e enfrentam os desafios relativos à saúde sexual.

Este trabalho terá como base uma pesquisa de caráter qualitativo e descritivo, utilizando metodologia de história oral e análise descritiva. Como técnica de coleta de dados, será utilizada a aplicação de um roteiro de entrevista, composto por perguntas abertas e fechadas, que se propõe levantar questões sobre essa população usuária e sobre a política de saúde a que tem acesso.

Você foi selecionado(a), pois, no que se refere ao roteiro, objetiva-se aplicá-lo a pessoas com seu perfil.

Afirma-se também que, em toda pesquisa, há possibilidade de riscos, como por exemplo, desconforto ao responder determinadas questões ou de falar sobre a temática. No entanto, assegura-se o mesmo tratamento ao aceitar ou não participar desta pesquisa. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento ao participante, seu familiar ou representante legal pela participação na pesquisa e os benefícios desta não serão individuais, mas para a coletividade. Além disso, não haverá nenhum gasto para o participante, já que o questionário será aplicado pelo pesquisador.

Assegura-se a confidencialidade no uso das informações contidas nas respostas ao questionário, tendo em vista que apenas o pesquisador terá acesso aos dados individuais.

Sua participação é voluntária e a recusa em autorizá-la não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios. Outrossim, você poderá retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de decidir interromper a participação no estudo, o pesquisador deve ser comunicado e a coleta de dados será imediatamente interrompida.

Está assegurado seu direito de ser atualizado sobre os resultados parciais e finais do estudo e os resultados da pesquisa estarão disponíveis junto ao pesquisador, bastando entrar em contato com ele, para ter acesso.

Assim sendo, está garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas.

Este estudo passa pela análise de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar destes.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Fernando Weltri da Silva, endereço eletrônico: weltri@gmail.com e telefone: (21) 982829758.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UFRJ: [Comitê UFRJ].

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, _____
declaro que li as informações do TCLE, compreendi o objetivo da pesquisa, assim como os benefícios e os riscos potenciais da participação na mesma. Entendi que não receberei compensação monetária pela participação no estudo e que esta participação será isenta de despesas. Além disso, compreendi e aceito que meu nome não será publicado e que está assegurado meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar do estudo, sabendo da possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização dele.

Afirmo ter conhecimento da possibilidade de publicação deste estudo futuramente.

Declaro que recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento e permito, livremente, por intermédio deste Termo, meu consentimento para participar da pesquisa.

Data ___/___/___

Nome e Assinatura do participante

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste projeto de pesquisa ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir em lugar do mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.”

Data ___/___/___

Nome e Assinatura do Pesquisador