

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC- SP**

ROBERTO GARCIA

**A EXPERIÊNCIA DE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO EM
HOMEM QUE FAZ SEXO COM HOMENS (HSH)
VIVENDO COM HIV**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

ROBERTO GARCIA

**A EXPERIÊNCIA DE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO EM
HOMEM QUE FAZ SEXO COM HOMENS (HSH)
VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica: Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Gimenez Ramos.

SÃO PAULO

2012

ERRATA

GARCIA, ROBERTO. **A experiência de estigma e discriminação em Homem que faz Sexo com Homens (HSH) vivendo com HIV.** Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo: Departamento de Psicologia, 2012. 152p.

FI.	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
13	5	[...] e a transgressão.	[...] e a transgressão (BARBARÁ <i>et al.</i> , 2005).
14	14	[...] do senso comum.	[...] do senso comum (CAMARGO e TORRES, 2012).
16	15	[...] experiência social.	[...] experiência social (CARRARA <i>et al.</i> , 2010).
17	18	[...] dentre outros.	[...] dentre outros (BANDEIRA e BATISTA, 2002).
18	9	[...] que representa a diferença.	[...] que representa a diferença (BANDEIRA e BATISTA, 2002).
24	29	[...] culturais e morais.	[...] dimensões culturais e morais (ALMEIDA, 2004).
29	13	[...] "conceito de vulnerabilidade".	[...] conceito de "vulnerabilidade" (SUDBRACK, 2011).
37	35	[...] comportamento e transmissibilidade.	[...] comportamento e transmissibilidade (COELHO, 2006).
38	4	(1978)	(1978, <i>apud</i> CARDOSO e ARRUDA, 2005).
38	14	(2010)	(2010, p.20).
38	20-24	ONDE SE LIA	

Moscovici explica que a representação social é um tipo de conhecimento próprio de cada indivíduo e que tem como função elaborar comportamentos e a comunicação entre as pessoas. Os fenômenos de representação social estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e, portanto, são difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social. (SÁ, 1998)

LEIA-SE

Os fenômenos de representação social estão "espalhados por aí", na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social (SÁ, 1998, p.21).

39	8	[...] infectadas ou não pelo vírus.	[...] infectadas ou não pelo vírus (COELHO, 2006).
40	37	[...] em suas singularidades.	[...] em suas singularidades (OLTAMARI, <i>apud</i> COELHO, 2006).
42	12	[...] cheio de vigor.	[...] cheio de vigor (FERREIRA, 2010).
43	26	[...] e não estão acabadas.	[...] e não estão acabadas (CARRADORE e RIBEIRO, 2006).
44	28	[...] entre provedor e dependentes.	[...] entre provedor e dependentes (PAIVA, 2000, p.32).
45	16	[...] dominante e consagrada.	[...] dominante e consagrada (NASCIMENTO, 2007).

- 46 4 [...] desta subcultura. [...] desta subcultura (NUNAN, 2003).
- 46 7 [...] e XVIII. Isto pode ser observado (...) observado (...)
47 11 (...) para a violência. (...) para a violência (COUTINHO, 2007).

137 14 INCLUA-SE

ALMEIDA, M.R.C.B. **A trajetória silenciosa das pessoas portadoras do HIV contada pela História Oral.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba – PR. Departamento de Enfermagem, 2004.

137 46 INCLUA-SE

BANDEIRA, L.; BATISTA, A.S. **Preconceito e discriminação como expressões de violência.** In: *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11632.pdf>>.

138 26 INCLUA-SE

CAMARGO, B.V.; TORRES, T.L. **Diferentes representações sociais da Aids e da terapia anti-retroviral para homens e mulheres vivendo com HIV.** Grupo de Discussão Temático. V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais – UFSC. Disponível em <www.vjirs.com.br/completos/VJIRS_0210_0376.PDF>. Acesso em: 2 set. 2012.

138 32 INCLUA-SE

CARDOSO, G.P.; ARRUDA, A. **As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica.** *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, n.1. Rio de Janeiro, jan-mar. 2005. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 jun. 2010.

138 37 INCLUA-SE

CARRADORE, V.M.; RIBEIRO, P.R.M. **Relações de gênero, sexualidade e AIDS:** apontamentos para reflexão. Disponível em <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/File/1325/113>>. Acesso em nov. 2011.

139 1 INCLUA-SE

COELHO, A.B. **Representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da AIDS.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG. Departamento de Enfermagem, 2006.

139 5 INCLUA-SE

COUTINHO, E.K., M.SC. Universidade Federal de Viçosa, julho 2007. **A separação judicial litigiosa como drama social:** narrativas, versões e motivos à crise conjugal, em Montes Claros – MG. Orientadora: Maria de Fatima Lopes. Coorientadores: Fabio F. Mendes e Patricia F. G. da Silva.

139 39 INCLUA-SE

FERREIRA, M.F.A. **Gênero, sexualidade e saberes pedagógicos:** uma abordagem teórica falando de diferença, preconceitos e discriminação social. In: *Estudos IAT*, Salvador, v.1, n.1, jun. 2010, p.61-84.

144 18 INCLUA-SE

SUDBRACK, M.S. **Problematizando a vulnerabilidade social.** Disponível em <<http://www.slideshare.net/pastoralaidssul3/problematizando-a-vulnerabilidade-social>>. Acesso em: nov. 2011.

Banca Examinadora

Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (FMUSP)

Dr^a. Edna Maria Severino Peters Kahhale (PUC/SP)

Ficha Catalográfica

GARCIA, Roberto. *A Experiência de Estigma e Discriminação em Homem que faz Sexo com Homens (HSH) vivendo com HIV*

São Paulo: 2012, pp.150.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

Área de concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Denise Gimenez Ramos

Palavras-chave: HIV/*aids*, Homem que faz sexo com Homens (HSH), estigma e discriminação.

AGRADECIMENTOS

À Dr^a. Denise Gimenez Ramos, orientadora deste trabalho, por acreditar que esta caminhada seria possível. Por sua incrível presença, disponibilidade irrestrita, habilidade, incentivo e respeito. Pela cordialidade com que sempre me recebeu e pela liberdade de ação que me permitiu, que foi decisiva para este trabalho e para o meu desenvolvimento pessoal. Por sua supervisão nas inúmeras formulações e reformulações do texto; e finalmente por ter me ensinado a arte de pensar um trabalho acadêmico com rigor e disciplina.

À Dr^a. Edna Maria S. Peters Kahhale, pelas valiosas contribuições, conhecimentos transmitidos, disponibilidade e carinho, que foram imprescindíveis nos momentos de incertezas e dúvidas.

Ao Dr. José Ricardo C. M. Ayres, pelos subsídios preciosos e fundamentais desde a qualificação, pela presença e gentileza em etapas tão importantes.

À Dr^a. Mariliza Henrique da Silva, pela generosidade, acolhimento e afetuosa receptividade em permitir a realização desta pesquisa na unidade da qual é diretora. Um especial agradecimento a todos os membros da sua equipe que, desde a apresentação do projeto, me acolheram e se fizeram disponíveis.

Aos Drs. Fernando Lefevre e Ana M. Cavalcanti Lefevre, e Dressiane, por terem aberto as portas do Instituto do Discurso do Sujeito Coletivo, gentilmente contribuindo para a realização deste trabalho.

À Dr^a. Aurea Abbade, Vanda e equipe do GAP/SP, pelo carinho e disponibilidade de ajuda na concretização deste trabalho.

Aos Professores do Mestrado, cujo conhecimento tive a honra de compartilhar, seja durante as disciplinas que cursei, os seminários, palestras e jornadas que assisti ou mesmo em conversas pelos corredores. Um agradecimento especial à Prof^a. Emérita Dr^a. Mathilde Neder, que magistralmente transmite seus valiosos e incríveis conhecimentos e experiências.

Aos queridos amigos do Mestrado, que compartilharam comigo desses momentos de aprendizado, quando juntos rimos, choramos e nos ajudamos mutuamente.

À Prof^a. Estela de Jesus Martins, por suas infinitas revisões e carinho com este trabalho.

Um profundo agradecimento a todos aqueles que se dispuseram a ser entrevistados para a elaboração deste estudo, e por compartilharem comigo detalhes íntimos e delicados de suas vidas, com coragem e destemor.

Em meio a tantos nomes e situações, é possível – e até mesmo provável – que eu tenha inadvertidamente negligenciado agradecimentos merecidos a uma ou outra pessoa. A estes, minhas humildes e sinceras desculpas.

RESUMO

A epidemia da *aids*, desde seu início, vem estabelecendo uma série de representações sociais que dificultam o cotidiano de homens que fazem sexo com homens (HSH) vivendo com HIV, que se veem duplamente estigmatizados devido à sua orientação sexual. O objetivo geral deste estudo é observar a experiência de estigma e discriminação em homem que faz sexo com homens vivendo com HIV. Partindo desse objetivo amplo, os objetivos específicos são: primeiro, observar as possíveis implicações que o HIV pode ocasionar nos indivíduos soropositivos, no que tange à percepção da doença, percepção de si enquanto infectado (autopercepção), à rede social, à orientação sexual e aos contextos de vulnerabilidade envolvidos; e segundo, observar as diferenças nas experiências dos HSH HIV+ por meio da revelação do diagnóstico à rede social, pelos indivíduos que se infectaram antes e os que se infectaram depois da cronificação. Fundamentada na Teoria das Representações Sociais, esta dissertação adota a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2010), que é um método de natureza quali-quantitativa. O corpus de estudo compõe-se de uma amostra de trinta e três HSH vivendo com HIV, entre 20 a 60 anos, de uma clínica municipal da Grande São Paulo. Os resultados mostraram alto índice de estigma e discriminação, manifestadas pelas sensações de medo, rejeição, constante estado de alerta e culpa, em uma rede social frágil e não confiável. Estes índices elevados refletiram-se no aumento da vulnerabilidade desses sujeitos, demonstrado pelo não uso da camisinha, pelo medo de ser agredido, pela discriminação e pelo isolamento, dentre outros.

Palavras-chave: HIV/*aids*, Homem que faz sexo com Homens (HSH), estigma e discriminação.

ABSTRACT

Since its beginning, the Aids epidemic has established a series of social representations which hampers the daily life of men who have sex with men (MSM) living with HIV, who see themselves as doubly stigmatized due to their sexual orientation. The main objective of this study is observing the experience of stigma and discrimination in man who has sex with men living with HIV. With this ample target in mind, the specific objectives are: firstly, to observe the possible implications that HIV may cause on seropositive individuals as regards to perception of disease, self-perception as infected, social network, sexual orientation and involved contexts of vulnerability; and secondly, to observe the differences in the experiences of HIV-positive MSM through diagnosis disclosing to the social network by individuals infected before chronification and those infected after chronification. Based on the Theory of Social Representations, this work adopts the technique of the Discourse of the Collective Subject (LEFEVRE & LEFEVRE, 2010), a method of quali-quantitative nature. The corpus of the study is formed by a sample of thirty three MSM living with HIV, between 20 and 60 years of age, from a municipal clinic at the Greater São Paulo. The results reveal a high index of stigma and discrimination, manifested by sensations of fear, rejection, constant state of alert and guilt, in a social network that is fragile and unreliable. These high indexes were reflected in the increase of vulnerability of these individuals, demonstrated by the non-use of condom, by the fear of aggression, by the discrimination and the isolation, among others.

Keywords: HIV/*aids*, Man who has sex with Men (MSM), stigma and discrimination.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA	16
1.1 Preconceito e discriminação	16
1.2 Estigma	20
1.2.1 Estigma e <i>aids</i>	22
CAPÍTULO 2: VULNERABILIDADE	26
CAPÍTULO 3: A EPIDEMIA DA <i>AIDS</i>	31
3.1 A epidemia da <i>aids</i> no Brasil	32
CAPÍTULO 4: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	36
CAPÍTULO 5: IDEOLOGIA E SEXUALIDADE	41
5.1 Marcas ideológicas	42
5.2 Homossexualidade	45
5.3 Homossexualidade e capitalismo	45
5.4 A “des-patologização” da homossexualidade	48
5.5 Homossexualidade e intolerância	50
5.6 Homossexualidade e <i>aids</i>	53
CAPÍTULO 6: REVISÃO DA LITERATURA	58
CAPÍTULO 7: MÉTODO	69
CAPÍTULO 8: RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
8.1 Caracterização da amostra	73
8.2 Resultados e discussão	77
8.3 Representação gráfica	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
ANEXO 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	144
ANEXO 2: CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	145
ANEXO 3: ROTEIRO DA ENTREVISTA	147
ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO	148
ANEXO 5: TERMO DE AUTORIZAÇÃO	149
ANEXO 6: AUTORIZAÇÃO COMITE DE ÉTICA PUC/SP	150

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>O que significa para você viver com HIV?</i>	77
Quadro 2: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>Como foi essa experiência?</i>	81
Quadro 3: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>Você vive ou já vivenciou algum tipo de preconceito/discriminação? Poderia me contar a respeito?.....</i>	87
Quadro 4: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>Como você acha que o homossexual HIV+ é visto?</i>	91
Quadro 5: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?</i>	95
Quadro 6: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>Quais os maiores riscos que um homossexual vivendo com HIV corre?</i>	105
Quadro 7: Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: <i>O que você faria nessa situação?</i>	118
Quadro 8: Estigma, discriminação e isolamento – indivíduos que se infectaram antes da cronificação	130
Quadro 9: Estigma, discriminação e isolamento – indivíduos que se infectaram depois da cronificação	130

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Classificação da amostra por faixa etária	73
Gráfico 2: Classificação da amostra por cor	74
Gráfico 3: Classificação da amostra por estado civil	74
Gráfico 4: Classificação social da amostra	75
Gráfico 5: Classificação da amostra por grau de escolaridade	75
Gráfico 6: Classificação da amostra por orientação sexual	76
Gráfico 7: Classificação da amostra por tempo de infecção do HIV	76
Gráfico 8: <i>O que significa para você viver com HIV?</i>	78
Gráfico 9: <i>A quem você já revelou que é soropositivo?</i>	81
Gráfico 10: <i>Como foi essa experiência?</i>	82
Gráfico 11: Revelação do diagnóstico à rede social antes e depois da cronificação	85
Gráfico 12: <i>Você vive ou já vivenciou algum tipo de preconceito/discriminação? Pode me contar a respeito?</i>	87
Gráfico 13: <i>Como você acha que o homossexual HIV+ é visto?</i>	92
Gráfico 14: <i>O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?</i>	95
Gráfico 15: <i>Quais são os maiores riscos que um homossexual vivendo com HIV corre?</i>	105
Gráfico 16: <i>O que você faria nesta situação?</i>	118

GLOSSÁRIO

AIDS:	ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
DST:	doenças sexualmente transmissíveis
HSH:	homem que faz sexo com homens
HSHM:	homem que faz sexo com homens e mulheres
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
LGBT ou LGBTTs:	acrônimo de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (o 's' se refere aos simpatizantes)
ONGs:	Organizações não governamentais
ONU:	Organização das Nações Unidas
UNAIDS:	Programa do Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS

INTRODUÇÃO

A motivação de dar andamento a este estudo deu-se pela percepção de que alguns estigmas relacionados a pessoas que vivem com HIV/*aids*¹ ainda permanecem. Estes estigmas são representações que a sociedade desenvolve como uma tentativa de lidar com conteúdos que não lhe são familiares, e funcionam como estratégias de convivência com o desconhecido, por meio de atitudes discriminatórias. Dentre os alvos mais visados nos últimos anos estão os HSH vivendo com HIV/*aids*. Após 30 anos de detecção do vírus e das grandes conquistas médicas que transformaram uma sentença de morte inicial em doença crônica, o estigma e a discriminação ainda são reproduzidos sob a mesma percepção do modelo inicial, repleto de pensamentos preconceituosos.

De acordo com publicação da Organização Mundial da Saúde – OMS (2005), ao longo dos últimos cinquenta anos não surgiu epidemia tão grave quanto a *aids*. A disseminação da doença levou à eclosão, em diferentes países e regiões do mundo, de várias epidemias de *aids*, o que lhe conferiu o *status de pandemia*. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) ao divulgar seu relatório anual sobre o avanço da doença, o mundo conta com 34 milhões de pessoas que vivem atualmente com o vírus².

Desde o início da década de 80, quando a *aids* foi identificada, verificou-se que os primeiros doentes eram jovens homossexuais. Contudo, em curto prazo foram também identificados hemofílicos, homens heterossexuais, mulheres e crianças como vítimas da doença. Apesar disso, devido à exploração sensacionalista da mídia, a doença passou a ser associada a dois grupos de riscos: homossexuais e tóxico-dependentes. Atualmente sabe-se que a *aids* não está diretamente ligada a nenhum grupo específico, embora existam pessoas mais vulneráveis à infecção, envolvendo questões de comportamento e situações de risco.

¹ Neste trabalho adotamos a indicação de Castilho no uso da terminologia *aids*. Observe-se que podem ser encontradas neste texto diferentes formas de nomeação: *aids*, **AIDS**, **Aids** ou **SIDA**. No Brasil foi adotada desde o início a terminologia **AIDS** – da língua inglesa – diferentemente dos países latinos, que adotaram **SIDA**. Atualmente, em publicações do Programa Nacional de DST e **Aids** – Ministério da Saúde, tem sido usada **Aids** em nomes próprios de entidades, *aids* – como substantivo comum – para falar da doença, e **AIDS** em siglas que incorporem a palavra. Ver CASTILHO, Euclides. É necessário entender a *aids*. *Jornal do Ponto*, edição de 11 a 17 de agosto, 1997.

² Relatório traz balanço da evolução da epidemia de *Aids* no mundo em 2010. UNAIDS <<http://www.portugues.rfi.fr/ciencias/20111121-acesso-tratamento-diminuiu-mortos-vitimas-da-aids-no-mundo>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

À medida que a epidemia da HIV/*aids* entra na terceira década, o sentimento de urgência que acompanhava as discussões a respeito da *aids* há cerca de 10-15 anos parece estar desaparecendo. O espectro de morte que antes nos parecia tão imediato agora parece ter sido superado, ou pelo menos tem fugido de nossas vistas devido ao desenvolvimento de novas terapias e tratamentos capazes de transformar a infecção de HIV em um problema crônico de saúde, porém administrável (PARKER, 2000).

Ao refletirmos sobre as intrincadas questões envolvidas, pode-se perceber que, apesar de todos os progressos conquistados no combate à *aids*, ainda perdura uma carência de compreensão a respeito da complexidade e diversidade da expressão sexual, às hierarquias de gênero, à opressão e à violência sexual; isso sem dizer dos espaços sociais onde se concentram a pobreza, o racismo e outras formas de desigualdade vigentes na sociedade. A compreensão da sexualidade é um tema bastante complicado, e quando associada ao HIV/*aids* sua complexidade acentua-se ainda mais.

Não podemos nos abster de considerá-la uma questão de extrema importância, pois na abordagem ao indivíduo soropositivo, a compreensão da sexualidade e de todas as questões envolvidas são permeadas por múltiplas demandas a serem trabalhadas.

A sexualidade humana, como todos os aspectos da vida humana, é acima de tudo uma construção social e cultural organizada dentro de complexos sistemas de significados e articulada dentro do contexto de diferenciações e desigualdades de ordens sociais específicas. Ela é construída socialmente e a intervenção é necessariamente política, somente integrando as nossas reações ao HIV/*aids* a uma luta muito mais abrangente em busca de justiça social e econômica, da igualdade entre homens e mulheres, dos direitos sexuais... Enfim, uma luta em busca de um mundo no qual a vida valha a pena ser vivida, por estar baseada acima de tudo nos princípios da solidariedade; somente assim poderemos realmente dominar a epidemia, revirando o caminho da *aids*. (PARKER, 2000, p.11)

No que diz respeito à informação, programas de intervenção realizados em outros países com jovens pertencentes a minorias sociais indicaram que a divulgação do conhecimento é importante, mas não suficiente para causar impacto no comportamento de risco sexual (WALTER e VAUGHN, 1993). Contudo, embora se tenha ciência de que no caso da *aids* o grau de informação que um indivíduo detém sobre formas de transmissão e situações de risco não é suficiente para que se passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade (PERUGA e CELENTANO, 1993).

Apesar de toda informação, ainda pode-se perceber a vulnerabilidade em que se encontram os HSH vivendo com HIV, possivelmente devido à forma que estão sendo trabalhadas e apreendidas a transmissão, a absorção e o processamento dessa informação. É o que Freire (1970) chamou de *educação bancária*, caracterizada pelo depósito de informações e conhecimentos a estimularem a cultura do silêncio, muito significativo no caso da sexualidade, na qual os educadores não se comunicam e sim fazem comunicados; e o fluxo da informação não se estabelece no comportamento, conforme o esperado.

Na visão de Ayres (2002), até mesmo pela natureza das questões postas em jogo quando a consideração dos comportamentos é incluída na esfera mais ampla das vulnerabilidades, não se pode esperar que a simples transmissão de uma informação modele o educando à vontade do educador. Assim sendo,

Educar é perceber e trabalhar com a efetiva presença de "um sujeito diante de outro sujeito". Justificando a presença de um diante do outro, realizando mesmo a possibilidade dessa mútua presença, encontra-se, sim, um objeto, o objeto de aprendizado. Esse objeto, contudo, só vai ganhar plenamente sentido, para ambos, na efetividade do encontro educativo. O objeto é mesmo a razão da interação, mas é o diálogo entre os sujeitos que caracteriza a ação educativa propriamente dita. (*Ibid*)

Consequentemente, a “falha” na interação faz com que estes indivíduos soropositivos vivam “numa bolha”, isolando-se e sentindo-se vitimizados pelo sofrimento social.

A Dra. Denise Ramos, orientadora desta dissertação, destaca que, pelo fato dos homossexuais terem sido os primeiros a serem identificados no início da epidemia, a associação entre *aids* e homossexualidade foi a primeira tentativa de explicação de um fenômeno para o qual sequer a comunidade científica apresentava respostas. Naquele momento, tal associação era pautada somente pela constatação de sintomas e pelo discurso médico, que ainda não fornecia as causas da doença. Era um discurso impregnado, portanto, de incerteza e mesmo de espanto. Em vista disso, nos dias de hoje ainda é possível presenciar nas relações sociais, de forma bastante acentuada, a intolerância, o medo e o preconceito para com aqueles que vivem com o HIV.

A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: sua origem poderia estar na homossexualidade, o que tornava os HSH uma população considerada, na terminologia epidemiológica, “de risco”. O uso da expressão “grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da *aids*. Mais

tarde, constatou-se a propagação da doença para novos segmentos populacionais, constituídos por indivíduos igualmente marginalizados como usuários de drogas, prostitutas e travestis, o que veio acrescentar ao ainda utilizado conceito de grupo de risco, elementos da pretensa realidade vivida por esses grupos, realidade que comportaria a promiscuidade, a imoralidade, o vício e a transgressão.

Toda a complexidade envolvida nesta epidemia nos remete à questão do medo da transmissão que serviu de âncora para as representações da *aids* como doença do *outro*: desconhecido, estrangeiro, fora do grupo, longínquo, marginalizado (DOUGLAS, 1994).

Apesar da necessidade contínua de estudos no campo da prevenção, esta dissertação tem o indivíduo como proposta de observação. Pretendemos observar as experiências de estigma e discriminação em HSH vivendo com HIV, e as possíveis implicações que a doença pode ocasionar no cotidiano destes indivíduos que são homossexuais e soropositivos, no que se refere à sua percepção da doença, à sua rede social, à percepção de si enquanto infectado pelo HIV (autopercepção), à sua orientação sexual e aos contextos de vulnerabilidade envolvidos. Também, no tópico da revelação do diagnóstico à rede social, compararemos indivíduos que se infectaram antes e depois da cronificação da doença.

O Brasil vem se destacando no cenário mundial pelo compromisso universal de acesso ao tratamento, o que fez com que, até 2010, praticamente todos os soropositivos que requereram tratamento, o receberam³. Esta possibilidade de tratamento para pessoas vivendo com HIV tem modificado a perspectiva da doença no Brasil, que passa a ser denominada doença crônica e a obedecer ao critério de incidência por longos períodos assintomáticos, que revelam na sua etiologia aspectos que agravam o curso da doença.

Por outro lado, as incertezas da ciência sobre a doença e sobre os mecanismos de transmissão, agora conhecidos, geraram a eclosão das mais variadas representações que se difundiram na proporção da disseminação da doença e se mostram ainda profundamente arraigadas no imaginário da população (PAULILO, 1999). A ligação entre *aids* e homossexualidade, difundida pela mídia, acabou se disseminando e se enraizando como uma representação social no imaginário da população.

Para melhor compreensão do conceito de representação social, utilizaremos à teoria elaborada por Serge Moscovici (1976). As representações sociais são uma forma de

³ AVERT – Averting HIV and Aids. <<http://www.avert.org/aids-brazil.htm>>. Acesso em: 11 jun . 2011.

conhecimento do mundo construída a partir de conjuntos de significados, que permitem dar sentido aos fatos novos ou desconhecidos, formando um saber compartilhado, geral e funcional para as pessoas, denominado senso comum (MOSCOVICI, 1976; JODELET, 1986).

Para Moscovici (1976), o conhecimento científico é adaptado como uma nova forma de senso comum, no qual os grupos não produzem um saber da ciência, mas o reelaboram de acordo com seus meios e suas predisposições de conhecimento. Para o autor, as representações sociais têm papel fundamental na medida em que servem para socializar o conhecimento científico, introduzindo-o nas comunicações do cotidiano e tornando-o parte integrante da realidade e da vida das pessoas.

A perspectiva da representação social pode nos alertar para a importância do processo de comunicação na transmissão de informações sobre HIV e *aids*, ajudando-nos a compreender como o conhecimento científico podem tornar-se familiar e fazer parte do conhecimento do senso comum.

Nos últimos anos, com o “amadurecimento” da epidemia de HIV/*aids*, fica igualmente claro que a pobreza se tornou uma das maiores fontes de vulnerabilidade e de estigma (PARKER e AGGLETON, 2001). Segundo esses autores, a maneira pela qual as pessoas reagem ao HIV/*aids* varia de acordo com as ideias e os recursos disponibilizados pelas culturas locais. As reações negativas a esta doença reforçam as ideologias dominantes de bem e mal, não somente no que diz respeito à sexualidade, mas também à doença e – talvez mais do que tudo – em relação àquilo que se entende como comportamentos próprios e impróprios.

A epidemia de HIV/*aids* alcança diferentes grupos populacionais e setores da sociedade em geral; mantém-se viva e afeta hoje em dia, quase que exclusivamente, os setores mais marginalizados da sociedade, que vivem em situações caracterizadas pelas diversas formas de violência estrutural – devido à pobreza, ao racismo, à desigualdade de gênero, à exclusão social de um modo geral (ABIA, 2000).

De acordo com os autores mencionados, elementos como morte, sexo, infecção, punição, medo, pânico, entre outros, tornaram-se, portanto, termos recorrentes na configuração simbólica da *aids*, causando o que Mann *et al.* (1992) designou como *a terceira epidemia* – a epidemia das relações sociais, ou seja, a negação, a culpabilização, o estigma, o preconceito e a discriminação.

Em vista disso, identificamos a necessidade de um estudo específico com a população de HSH vivendo com HIV, devido à grande suscetibilidade dessa população a estigmas e discriminação, conforme veremos ao longo desta dissertação.

Acreditamos que os resultados decorrentes desta pesquisa possam contribuir para o desenvolvimento de ações e influenciar pessoas que estejam direta ou indiretamente envolvidas na criação de mecanismos orientados para a melhoria da integração, para a promoção da saúde mental e para a qualidade de vida dos indivíduos HSH vivendo com HIV.

CAPÍTULO 1

PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA

1.1 Preconceito e discriminação

Neste capítulo, abordaremos os conceitos de *preconceito* e *discriminação* entendidos como uma das maiores barreiras no combate à epidemia HIV/*aids* no que se refere a qualidade de vida, baixa estima, isolamento, autopercepção negativa e, conseqüentemente, baixa adesão ao tratamento dessa população. Apesar dos avanços em termos de tratamento, o preconceito ainda é o principal problema a ser enfrentado em relação à doença⁴.

O preconceito e a discriminação são abordados pelas ciências humanas e sociais como fenômenos singulares, com manifestações diversas que podem dizer respeito a raça, etnia, sexualidade, gênero, idade, geração, religião e orientação sexual, entre outras dimensões da experiência social. Estes são produzidos e operam em processos sociais que ocorrem tanto nas relações entre diferentes grupos quanto dentro de um mesmo grupo. Portanto, pensar o preconceito nos parece indispensável na contextualização deste estudo, uma vez que pode se constituir em uma fonte de exclusão social e de violência, não somente física, mas também psicológica e emocional.

De acordo com o dicionário Aurélio (2001)⁵, *preconceitos* são conceitos ou opiniões formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; são, portanto, ideias preconcebidas, julgamentos ou opiniões formadas sem se levar em conta fatos que as contestem; ou qualquer tipo de prejuízo, superstição, credice, suspeita, intolerância, ódio irracional ou aversão a outras raças, credos ou religiões.

⁴ Uma pesquisa realizada pela ATLAS (sigla em inglês para Pesquisa Internacional sobre Tratamento da *aids* para a Vida), realizada em 12 países incluindo o Brasil, revela que 41% dos soropositivos no Brasil dizem se sentir sozinhos ou isolados em razão de serem soropositivos. Ainda, 22% se consideram um “peso” para amigos e familiares. Outro dado que chama a atenção é que 97% das pessoas infectadas consideram que é preciso educar melhor a população sobre HIV e a *aids*, como forma de reduzir os estigmas. <<http://tudoglobal.com/blog/capa/91721/brasileiros-com-hiv-se-consideram-um-%E2%80%9Cpeso%E2%80%9D-para-familia.html>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

⁵ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 721.

A palavra *preconceito* (*pré + conceito*) é um "juízo" preconcebido, manifestado geralmente na forma de uma atitude "discriminatória" perante pessoas, lugares ou tradições considerados diferentes ou "estranhos". Costuma indicar desconhecimento pejorativo de alguém, ou de um grupo social, ao que lhe é diferente. As formas mais comuns de preconceito são: *social, racial e sexual*⁶.

O preconceito é uma “opinião ou conjunto de opiniões que são acolhidas de modo acrítico passivo pela tradição, costume ou por uma autoridade cujos ditames são aceitos sem discussão”. Portanto, “a convicção de possuir a verdade pode ser falsa e assumir a forma de um preconceito”. O que difere da discriminação, que é um modo de usar a violência e sob ponto de vista sociológico, “a justificação ou não justificação da violência”. (BOBBIO, 1992, p. 204)

Taguieff (1987) parte da convicção de que o preconceito pode ser uma *máquina de guerra*⁷ presente nas relações sociais cotidianas. O preconceito, usualmente incorporado e reconhecido, é a mola central e o reprodutor mais eficaz da discriminação e da exclusão – portanto, da violência. Desse modo, o preconceito constitui-se em um mecanismo eficiente e atuante, cuja lógica pode atuar em todas as esferas da vida, tenham a ver com gênero, cor ou classe, dentre outros.

O mesmo autor afirma que a expressão do preconceito não escolhe lugar, podendo ser observada nos espaços individuais e coletivos, nas esferas públicas e privadas. Faz-se presente em imagens, linguagens, nas marcas corporais e psicológicas de homens e de mulheres, nos gestos, nos espaços, singularizando-os e atribuindo-lhes qualificativos identitários, hierarquias e poderes diferenciais, diversamente valorizados, com lógicas de inclusões-exclusões consequentes, e geralmente associado a situações de depreciação.

Segundo Sennett (1999) e Goffman (2008), o preconceito se contrapõe às qualidades de caráter como a lealdade, o compromisso, a honestidade, propósitos que afirmam valores atemporais e regras éticas. Pela sua sutileza, caráter difuso e capilaridade de intromissão nas relações sociais, a eficácia e a ubiquidade do preconceito são máximas, tanto em relação às práticas de controle quanto às de dominação e subordinação em todas as categorias sociais. Manifesta-se como produtor e reprodutor de situações de controle, menosprezo, humilhação, desqualificação, intimidação, discriminação, fracasso e exclusão nas relações entre os gêneros, na esfera do trabalho, nas posições de poder e nos espaços morais e éticos. E vem

⁶ <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Preconceito>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

⁷ Expressão utilizada por Pierre-André Taguieff (1987) ao referir-se ao racismo, expressão em que cabe, extensivamente, a noção de preconceito.

frequentemente minado pela chantagem afetiva ou disfarçado por aparências afetuosas que atingem, mais drasticamente, a autoestima e a condição sociomoral daqueles que são seus alvos.

Na visão de Taussig (1993), o preconceito caracteriza-se como uma forma arbitrária de pensar e agir, no sentido de que é exercido como uma forma racionalizada de controle social que serve para manter as distâncias e as diferenças sociais entre um sujeito e outro ou em um grupo. O preconceito é uma forma de pensar e de conhecer. Todas as formas de conhecer o outro – a alteridade – passam necessariamente pelo preconceito, em razão de que o eu não pode jamais se apropriar do outro, daquele que representa a diferença.

Essa definição de Taussig destaca que o preconceito já traz implícito um *a priori* relacionado a uma ideia de outro, seja moral, estética, corporal, sexual ou cultural. Ideia essa assentada na bipolaridade entre o bem e o mal, que normatiza as condutas ao ancorá-las à ordem moral vigente. Para o autor, o preconceito caracteriza-se então pelo conteúdo de uma

... atitude interior de um sujeito que viola os atributos e os qualificativos em relação ao outro sujeito, estabelecendo o funcionamento cognitivo e os contatos perceptivos de forma equivocada, cindida e traumática; portanto, pondo sempre à prova (ou derrotando) as capacidades e os recursos simbólicos do outro. (*Ibid*, 1999, p. 159)

Para Crochík (1995), no momento em que nos instigam a refletir sobre os sentimentos, pensamentos e atitudes em nosso cotidiano, passamos a reconhecer em nós mesmos a violência que criticamos nos demais, o que nos possibilita começar a entendê-la. Para este autor (*Ibid*, p.63), o preconceito implica em uma forma de violência ou frieza,

... é componente necessário para suportarmos os resultados dos conflitos sociais – expressos no contingente expressivo de miseráveis, na negação do alívio da dor para muitos que não têm acesso à saúde, na contínua eliminação da dignidade humana que deve ser ofertada ao preço do mercado, na resignação a uma vida cujo sentido é continuamente expropriado pelos meios de comunicação de massa, na humilhação cotidiana de se ser continuamente enganado -, evita a angústia de termos que nos identificar com aqueles que são excluídos, angústia esta devida tanto à má-consciência de sermos em parte responsáveis por tudo isso, quanto à possibilidade destes excluídos nos refletirem: de sermos nós a cada momento passíveis de passarmos a ser também excluídos, mesmo porque não somos suficientemente diferentes nem daqueles que excluem, nem daqueles que são as suas vítimas.

Ainda na visão de Crochik, conteúdos dos comportamentos preconceituosos não surgem do nada; têm função social e individual. Embora o preconceito seja um fenômeno psicológico, o que leva o indivíduo a ser preconceituoso ou não, pode ser entendido pelo seu processo de socialização.

Já o termo *discriminação* designa a materialização, no plano das relações sociais, de atitudes arbitrárias, comissivas ou omissivas, relacionadas ao preconceito, que produzem violação de direitos dos indivíduos e dos grupos. (CARRARA *et al.*, 2010). A palavra *discriminação* corresponde a "fazer uma distinção". Na opinião de Ivair dos Santos⁸, o significado mais comum, no entanto, tem a ver com a discriminação sociológica, seja social, racial, religiosa, sexual, por idade ou nacionalidade, que podem levar à exclusão social.

Ainda na opinião de Santos, o preconceito não pode ser tomado como sinônimo de discriminação, pois esta é fruto daquele; ou seja, a discriminação pode ser provocada e motivada por preconceito.

Discriminação é um conceito mais amplo e dinâmico do que o preconceito. Ambos têm agentes diversos: a discriminação pode ser provocada por indivíduos e por instituições e o preconceito, só pelo indivíduo. A discriminação possibilita que o enfoque seja do agente discriminador para o objeto da discriminação. Enquanto o preconceito é avaliado sob o ponto de vista do portador, a discriminação pode ser analisada sob a óptica do receptor⁹.

A *discriminação*, segundo definida por ONUSIDA (2000)¹⁰ no Protocolo para Identificação de Discriminação Contra Pessoas Vivendo com o HIV, refere-se a qualquer forma de distinção arbitrária, exclusão ou restrições afetando uma pessoa, devido normalmente (mas não somente) a uma característica pessoal inerente ou perceptível relacionada com um dado grupo – no caso do HIV e da *aids*, quando confirmada ou suspeitada acerca de uma pessoa – sejam tais medidas justificadas ou não.

Portanto, a discriminação relacionada com o HIV é única, pois o contrário de outros tipos de discriminação – como por exemplo, por deficiência física ou mental – esta é frequentemente associada a outras formas de discriminação tais como o racismo e a homofobia.

Segundo a UNAIDS (2005), as discriminações incluem ostracismo; esquiva e evitação de contatos diários; molestamento verbal; violência física; descrédito e culpabilização verbais; maledicência; e recusa de ritos funerários tradicionais (UNAIDS, 2005). Estas ações discriminatórias, além de serem em si mesmas violações dos direitos humanos, quando

⁸ Ivair Augusto Alves dos Santos é assessor especial e secretário executivo do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD). O CNCD é ligado à Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério da Justiça. <http://www.palmares.gov.br/005/00502001.jsp?ttCD_CHAVE=445>. Acesso em: 12 dez. 2010.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Aconselhamento e Testes Voluntários (ATV). Atualização Técnica da ONUSIDA. Original Inglês, maio 2000. <http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc379-vct_pt.pdf>. Acesso em: 1 agos. 2011.

dirigidas contra pessoas vivendo com o HIV – ou que se acredita estarem infectadas pelo HIV – levam à violação de outros direitos humanos, tais como o direito à saúde, à dignidade, ao segredo, à igualdade perante a lei e à ausência de tratamento ou punição desumana e degradante (*Ibid*).

Por conseguinte, a discriminação representa um sério obstáculo à promoção do acesso universal aos direitos humanos. Cabe também lembrar que muitas vezes a discriminação em razão do HIV/*aids* é somada a outras discriminações, acentuando o impacto da doença. Questões de gênero, raça/etnia ou orientação sexual e suas combinações direcionam práticas preconceituosas e discriminatórias da sociedade contemporânea. Se o *preconceito* está no campo das ideias, a *discriminação* está no campo da ação, ou seja, é uma atitude; a atitude de discriminar, de negar oportunidades, de negar acesso, de negar humanidade (CARRARA *et al.*, 2010).

1.2 Estigma

Com base nas definições no dicionário Aurélio, *estigma* (do latim *stigma*, derivado do grego *stíigma*) é definido como cicatriz, marca, sinal visível. O conceito do *estigma* desenvolvido por Goffman (2008) chama atenção para os diversos registros do termo ao longo da história, ressaltando que em nossos dias o termo *estigma* volta a ser associado à degradação, remetendo ao seu sentido condenatório, que identifica o indivíduo estigmatizado como um banido social por sua própria culpa, penalizado e colocado à margem da sociedade.

Na opinião de Goffman, as pessoas ditas “normais” acreditam que alguém com um estigma não é completamente humano. Partindo dessa premissa, muitas vezes – mesmo sem pensar – agimos de forma discriminatória em relação às pessoas “não normais”, reduzindo-lhes as chances de uma vida normal. Construimos, assim, uma ideologia que possa explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que elas representam, quando na verdade nossa animosidade pode advir de outras diferenças.

Na visão do autor, um *estigma* diz respeito a uma qualidade ou marca socialmente desaprovada ou desvalorizada, cuja posse faz com que um indivíduo seja socialmente colocado à parte, compreendido como inferior e/ou indesejável. Ou seja, o conceito de estigma refere-se a um processo psicossocial por meio do qual determinadas pessoas são rejeitadas pelo grupo social a que pertencem, deixando de ser consideradas como indivíduos

comuns. Destes geralmente passa-se a esperar e apreciar apenas o que está relacionado à marca socialmente negativa que carregam. Desse modo, do ponto de vista do senso comum acabam reduzidos a seres maus, perigosos ou fracos.

O estigma pode ser percebido pelas deformidades físicas; pelas culpas de caráter individual percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade; sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. (GOFFMAN, 2008, p.13)

Tal marca caracteriza um estigma, especialmente quando os efeitos dessa desvalorização são extensos e constituem uma discrepância significativa entre o que é socialmente esperado de uma pessoa e como ela é, se sente ou se apresenta. Para Goffman, o estigma é uma forma de preconceito que desacredita ou rejeita um indivíduo ou grupo por serem estes vistos como diferentes dos indivíduos considerados “normais”, ou do convencional.

O indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão. (*Ibid*, 2008, p.23)

Assim surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão realmente pensando dele. (p.23)

Segundo os estudos de Soares (2009), devido à abrangência da palavra *estigma*, outras expressões podem ser a ela associadas, tais como: preconceito, discriminação, exclusão e dominação, problematizando assim as definições pressupostas em cada uma delas. O esforço por diferenciar tais conceitos, muitas vezes tomados erroneamente como sinônimos, torna o tema ainda mais complexo, ao mesmo tempo funcionando como um dos parâmetros para a identificação dos estigmas sociais presentes nos discursos. Para a autora (*Ibid*, p.2), portanto:

... os *preconceitos*, diferentemente dos *estigmas*, operam como julgamentos a priori realizados sobre um grupo ou um indivíduo. Podemos dizer que os *estigmas*, mais abrangentes, se encontram na base dos *preconceitos*; estes, por sua vez, depois de instituídos socialmente e internalizados individualmente, passam a existir independentemente dos *estigmas* que possam tê-los originado. Definidos como “conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; julgamento ou opinião formada sem se levar em conta o fato que os conteste; superstição, credence; suspeita, intolerância”, os *preconceitos* podem gerar ódio irracional ou aversão a outras raças, credos, religiões, como percebemos frequentemente em diversas relações sociais.

Em práticas discursivas e sociais, muitas vezes observamos certas indiferenciações entre os termos estigma, preconceito, discriminação ou dominação. Em vista disso, Soares faz as seguintes distinções:

... pelos *estigmas e preconceitos*, chegamos aos atos cotidianos de *discriminação*, que isolam e segregam aqueles que carregam as marcas (os *estigmas*) de sua condição, excluindo-os, afastando-os, desviando-os, tornando-os incompatíveis, abandonando-os, privando-os, despojando-os e, no limite, eliminando-os de fato do convívio social. Das relações de *discriminação*, exclusão e dominação constituem-se as minorias, ou seja, aqueles que, menos numerosos, sustentam ideias contrárias às majoritárias. A *dominação* de um grupo sobre outro indica, portanto, poder, influência, domínio, repressão, preponderância, ocupação, alcance, prevalência. O jogo entre essas palavras se faz de forma dinâmica e não-hierárquica, ainda que possamos estabelecer uma ordem lógica – dos estigmas à dominação, passando pelos preconceitos, discriminação e exclusão das minorias. Ainda que não representem o menor número de pessoas, as relações de dominação que os submetem são mantidas por uma suposta maioria detentora de mais poder. (SOARES, 2009, p.3)

1.2.1 Estigma e *aids*

Inicialmente, quando surgiu a doença, o quadro clínico do doente de *aids* era quase sempre gravíssimo. Como não havia nenhuma medicação que impedisse a multiplicação do retro-vírus HIV¹¹, este atacava as células do sistema imunológico do indivíduo, o que o deixava vulnerável a todo tipo de doenças devido ao sistema de defesa debilitado. Dessa forma, o indivíduo infectado ia rapidamente enfraquecendo até a morte. Antes da chegada das medicações antirretrovirais¹², a mortalidade era, portanto, crescente e elevada (LIMA, 1996).

Constata-se uma clara aproximação do estigma com a *aids*, na medida que inicialmente esta deixou suas marcas e sinais inscritos no corpo dos indivíduos infectados, seja de forma direta (nas fases mais críticas da doença ou certas características associadas aos chamados *grupos de risco*), seja de maneira indireta (o próprio vírus HIV colocando-se como uma inscrição física, registrada no sangue do soropositivo). Os *estigmas*, na condição de marcas, podem se caracterizar como um sinal natural do corpo, tanto infamante quanto vergonhoso, marcando uma distinção, uma diferença, isolando e ao mesmo tempo reunindo e identificando os detentores do mesmo estigma (SOARES, 2009).

¹¹ O HIV é um *retrovírus* com genoma RNA, da família Lentiviridae. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então se integrar ao genoma do hospedeiro. <http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/olho_vivo/aids/hiv.htm> Acesso em: 7 out. 2011.

¹² Com a introdução do conceito da HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) – Terapia Antiretroviral Altamente Eficaz, que é a combinação dos inibidores de protease e transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis. A não adesão aos novos medicamentos para a *aids* (antirretrovirais – ARV, em geral e inibidores de protease – IP, em particular) é considerado como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, no plano individual, e para a disseminação de vírus-resistência, no plano coletivo. <<http://www.ee.usp.br/reensp/upload/pdf/292.pdf>> Acesso em: 7 out. 2011.

As pesquisas de Galvão (2000) mostram como a *aids* foi sendo disseminada entre a população, tanto no Brasil como em outros países, em que a sociedade passou a associar *aids* e homossexualidade, e a síndrome foi cunhada como “doença homossexual”, “peste gay”, “câncer gay” (NUNAN, 2003, p.52). Nos exemplos a seguir, extraídos de Galvão (2000), pode-se verificar como os homossexuais foram alvos de exposição na mídia do Brasil, sendo vistos como os responsáveis pela *aids*, e – por que não afirmar – o quanto a mídia também contribuiu para a construção e associação desse estigma:

Tragédia venérea: o mal dos homossexuais americanos.

(Isto É, 6/4/1983)

Peste Gay, os novos leprosos.

(Última Hora, 9/7/1983)

Paciente em Maceió é paulista e homossexual.

(Jornal do Brasil, 14/8/1985)

O aidético é o mosquito-vetor dessa terrível doença que ameaça a sobrevivência da humanidade, tal como o mosquito é o vetor da febre amarela. A ereção e a ejaculação no aidético são o revólver engatilhado e pronto para matar. Sem essa arma, o ciclo evolutivo da AIDS será interrompido, tal como a eliminação do mosquito acaba com a febre amarela.¹³

Na visão de Barcelos (1998, p.71-2) a associação da *aids* à homossexualidade potencializou o estigma:

O fato da *aids* ser uma doença transmitida principalmente pela via sexual expõe e coloca em perigo aqueles que são sexualmente ativos e, portanto, é facilmente encarada como um castigo à sexualidade exercida sem limites. Neste caso, contrair a doença por esta via parece que determina uma culpa maior ao sujeito. Por não ter se controlado, sua contaminação é entendida como um corportamento suicida. Para o homossexual, esta interpretação é agravada, uma vez que a sua prática sexual é considerada antinatural.

No que diz respeito à aceitação social do indivíduo vivendo com HIV, atualmente ainda podemos observar que o estigma e a discriminação permanecem quase que inalterados. A ocorrência da soropositividade na vida de uma pessoa, desde o momento da suspeita, passando pela comprovação da infecção até a ameaça do desenvolvimento da *aids* — quando este deixa de ser assintomático e necessita de medicação para controlar a evolução da doença — significa uma mudança de vida avassaladora, sinônimo das mais diversas perdas.

Na verdade, desde a o momento da suspeita, a realização do teste, a confirmação do diagnóstico e finalmente a revelação a amigos e familiares, inicia-se um comportamento de

¹³ Declaração do Dr. Aloísio Resende Neves, de Belo Horizonte, em entrevista ao jornalista Francisco Brant em 1987. In: GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil, a agenda de construção de uma epidemia**. ABIA: Editora 34. 2000. p.183.

autopercepção negativa e um comportamento estigmatizante por parte do meio em que ele está inserido. Ao longo desse processo, o indivíduo passa a perceber que colegas, amigos e por vezes até familiares se afastam gradativamente, enquanto a possibilidade do surgimento de novos vínculos sociais diminui cada vez mais. Caso ocorra o agravamento da doença devido resistência à medicação, ou devido à lipodistrofia (acúmulo ou escassez de gordura em diversas regiões do corpo em função do efeito colateral das medicações), dentre outras, estes indivíduos começam a perceber a rejeição social, tornando-se alvos de *preconceito* e *discriminação*.

Por outro lado, é importante salientar que, na visão de Goffman (2008), a forma como o indivíduo percebe a receptividade à sua condição de soropositivo influenciará seu comportamento tanto em relação a si mesmo quanto em relação aos outros:

Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo, revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada passo, para quem, como, quando e onde (*Ibid*, p.51)

Corroborando esta questão, Barcelos (1998, p.71) destaca que:

mais do que carregar o vírus, o sujeito infectado passa a portar uma marca simbólica que o coloca imediatamente na posição paradoxal de vítima e culpado.

Em reunião de orientação, a Dra. Denise Ramos lembra que, no início da epidemia, como era possível identificar os elementos físicos da *aids*, claramente visíveis, estes permaneceram como um registro na memória coletiva, uma marca simbólica, que contribuíram para o estigma e o comportamento discriminatório presente na sociedade até os dias atuais.

Essas imagens da *aids*, partindo-se do ponto de vista da construção do fenômeno social da doença, estavam edificadas, e a infecção já era um dos elementos da vida cotidiana das pessoas, cujas construções estavam cristalizadas e balizavam as relações sociais que se instauram a seu respeito (HERZLICH e PIERRET, 1992). Além das redes de significação da *aids*, os discursos em relação à doença também se construíram em outros planos, alcançando dimensões culturais e morais. A representação social de que a homossexualidade “pega” tornou-se quase “real”: pegar *aids* significaria ter tido contato com um desvio (TREVISAN, 1986).

Na visão de Ayres *et al.* (2006), o estigma e a discriminação são processos de desvalorização dos sujeitos, que produzem iniquidades sociais e reforçam aquelas já

existentes. Viver livre do estigma e de qualquer tipo de discriminação é um direito humano básico, que deve ser respeitado. Consequentemente, ser infectado pelo HIV não pode e não deve ser motivo para desrespeito a esse direito.

O estigma pode ser dividido, em termos gerais, em duas categorias interrelacionadas: o *estigma sentido* e o *estigma sofrido*. *Estigma sentido* é a percepção de depreciação e/ou exclusão pelo indivíduo portador de alguma característica ou condição socialmente desvalorizada, o que acarreta sentimentos prejudiciais como vergonha, medo, ansiedade, depressão. Por *estigma sofrido* nos referimos às ações, atitudes ou omissões concretas que provocam danos ou limitam benefícios às pessoas estigmatizadas. Em poucas palavras, o estigma sofrido é a discriminação negativa, caracterizada como crime no plano jurídico nacional e internacional. (AYRES *et al.*, 2006, p.1)

A epidemia da *aids*, desde o seu início, colocou no cenário público a discussão acerca da sexualidade e da vida privada das pessoas; em consequência, diversos estigmas e preconceitos foram criados e outros reforçados, e muitas pessoas ainda são discriminadas em função da suspeita ou mesmo do diagnóstico de HIV/*aids* (CREPOP, 2008).

CAPÍTULO 2

VULNERABILIDADE

Neste capítulo desenvolveremos o conceito de *vulnerabilidade*, devido à sua relevância na observação de situações de riscos relacionados aos contextos de estigma e discriminação dos HSH vivendo com HIV.

Dados do Ministério da Saúde¹⁴ indicam que os números de casos de HIV na população de HSH, quando se considera a transmissão sexual, permanecem elevados, e que isso provavelmente se dá como consequência de sua vulnerabilidade. No contexto do HIV/*aids*, a mudança de comportamento tem demonstrado ser a forma mais efetiva de se reduzir o avanço do vírus, mas tal mudança por parte dos HSH permanece como um grande desafio (PINKERTON e ABRAMSON, 1995). Para tanto, esta mudança do enfoque de risco individual e biológico para um enfoque estrutural, a partir da operacionalização do conceito de vulnerabilidade, tornou-se referência analítica e programática no campo da prevenção, sobretudo das ações junto aos HSH¹⁵.

Durante um longo espaço de tempo a construção social da epidemia associada ao debate sobre as práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo esteve centrada em uma abordagem preconceituosa e excludente. As ações eram orientadas para a culpa e a responsabilidade individual, norteadas portanto por conceitos equivocados e desfavoráveis à promoção da saúde¹⁶.

Com o passar dos anos, a assistência por parte dos profissionais de saúde, especificamente ao indivíduo que vive com HIV/*aids*, tem demandado outras noções. O contexto da vida cotidiana dos indivíduos vivendo com HIV, permeado por fatores como a adaptação à doença, a sexualidade e o relacionamento interpessoal, assim como a vivência de

¹⁴ Ministério da Saúde. **AIDS**: dados do Brasil. Boletim Epidemiológico da AIDS. <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/Boletim_dezembro_2003/Brasil.asp> . Acesso em: 20 out. 2010.

¹⁵ Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e travestis. Seminário “Homossexuais e Aids no Brasil: Esquecer ou Enfrentar” realizado no município de São Paulo nos dias 18 e 19 de maio de 2007, organizado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e Grupo Pela Vidda-SP. Acesso em: 6 set. 2011.

¹⁶ Conforme nota de rodapé 4 (cap. 1, p.16), vide <<http://tudoglobal.com/blog/capa/91721/brasileiros-com-hiv-se-consideram-um-%E2%80%9Cpeso%E2%80%9D-para-familia.html>>.

estigmas, preconceito e discriminação, podem afetar a qualidade de vida dessas pessoas, necessitando assim ser avaliado em sua totalidade (GALVÃO *et al.*, 2004).

Devido à importância nas ações e diretrizes do Plano Nacional da Epidemia de Aids e das DST entre os HSH¹⁷, pelo combate a prática de estigma e discriminação, o respeito à diversidade sexual e de gênero; em conjunto com o intenso ativismo de combate à *aids* e do movimento homossexual, foi possível associar o enfrentamento da epidemia do HIV à defesa dos direitos humanos, criando um ambiente favorável para que a política pública nacional nessa área se configurasse a partir da redução dos contextos de *vulnerabilidade*.

O conceito de vulnerabilidade, que surge de um intenso debate social, resultante da marcante experiência que foi a eclosão da epidemia de *aids* (AYRES *et al.*, 1999) nos mostrou muito claramente, pela urgência e pelo caráter de seus determinantes, as limitações dos saberes tradicionais da saúde pública isolados e a necessidade desses *saberes mediadores*.

O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. (AYRES, 2003, p.125)

O termo *vulnerabilidade* tem sido frequentemente usado na literatura científica, especialmente após a década de 80, em vários estudos epidemiológicos, principalmente centrado na perspectiva de *risco*. Segundo Ayres *et al.* (1999), em uma primeira tentativa de explicar a *aids*, doença até então desconhecida, várias classificações permeadas por preconceitos foram criadas e atribuídas às pessoas vivendo com HIV e doentes de *aids*. A ideia de “*grupos de risco*” parte de um conceito epidemiológico que percebe a doença como restrita a grupos que apresentam atributos visíveis de identificação, como por exemplo características corporais ou de comportamento. Esta forma de identificar os “responsáveis” pela epidemia trouxe como consequência um estímulo à estigmatização, além de ser uma categoria completamente insuficiente para analisar a epidemia (MANN e TARANTOLA, 1996).

¹⁷ Seminário **Homossexuais e Aids no Brasil**: Esquecer ou Enfrentar, realizado no município de São Paulo nos dias 18-19 de maio de 2007, organizado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e Grupo Pela Vida-SP. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf>. Acesso em: 12 agos. 2011.

Assim, passamos por épocas nas quais outros conceitos foram criados e institucionalizados, dentre eles, o *comportamento de risco*. Posteriormente, passou-se a discutir um outro conceito, o de *situação de risco*, que levava em consideração "o momento da ação, do ato em que a exposição se dava. Porém, em ambos os casos a responsabilidade manteve-se centrada no indivíduo, uma vez que caberia a ele gerenciar esse risco, identificando e evitando situações nas quais o risco de infecção se evidenciava. A lógica da culpabilização permanecia vigente" (BRASIL, 2002, p.49).

Ao mesmo tempo em que se espalha geograficamente, a epidemia reitera sua tendência à pauperização, difunde-se rapidamente nas periferias e bairros pobres das grandes cidades. É a partir desse incômodo diagnóstico que uma nova estratégia preventiva surge e passa a ser explorada – a noção de vulnerabilidade desenvolvida por Mann *et al.* (1993).

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo noções à infecção pelo HIV e às suas consequências indesejáveis (doença e morte). (AYRES, 1996, p.5)

Por conseguinte, na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina as diferentes possibilidades de infecção, doença e morte (AYRES, 1997).

Há diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais (*Ibid*, p.3).

O aspecto *social* inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sociopolítica e cultural do indivíduo. O aspecto *programático ou institucional* associa-se a programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência aos indivíduos que vivem com HIV/*aids*. O aspecto *individual* refere-se ao acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros contra a infecção pelo HIV. Ressaltamos que os comportamentos associados à maior chance de exposição à infecção, adoecimento ou morte, não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos

indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e, especialmente, ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.

Este último aspecto está intrinsecamente relacionado com os aspectos social e programático. Desse modo, foi possível ultrapassar a visão de que o comportamento seguro em relação à *aids* dependia apenas de ações individuais.

Na visão de Parker (2002), dizer-se que a epidemia é de todos, que todos somos igualmente expostos à infecção é uma “ficção necessária”: “necessária” porque rompe com a complacência generalizada de quem se considerava imune ao risco; “ficção” na medida em que uma epidemia atinge todas as classes sociais da mesma forma. Portanto, procurando romper com a concepção enraizada em comportamentos individuais como é a concepção de “grupos e comportamentos de risco”, passou-se a uma análise da epidemia dentro de uma configuração social e coletiva, utilizando o conceito de “vulnerabilidade”.

Ayres *et al.* (2003) acrescentam, ainda, que o que se verifica é a necessidade de estabelecer intervenções que sejam resultantes da conjunção dos mais diversos fatores envolvidos, que ocorrem de forma sinérgica, sincrônica, e que acabam interferindo na suscetibilidade das pessoas à epidemia. Deste modo, nas estratégias voltadas para a questão da vulnerabilidade, e que têm como problema-alvo as suscetibilidades populacionais, espera-se como resultado que a compreensão deste conceito contribua para as abordagens sociais.

Atualmente, esse conceito marca uma nova etapa nessa trajetória. Estamos nos distanciando de uma compreensão limitada dos mecanismos da infecção, passando a compreendê-la de forma global, conforme afirma Paiva (2000, p.41): *... o conceito nos ajuda a entender melhor a relação crítica entre discriminação social e risco para o HIV, discriminação que é a resultante de condições socioeconômicas e culturais, pelo menos da raça, da idade e do sexo.*

Nesse sentido, a noção de *vulnerabilidade* compreende a interrelação entre as práticas sociais, político-institucionais e comportamentais, as quais estariam associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais, bem como às consequências do HIV/*aids*. Assim, a negligência na proteção dos direitos humanos contribui para o impacto da *aids* em três aspectos: 1) a ausência de direitos políticos e civis restringe a liberdade de expressão e associação, o que inviabiliza, por parte da sociedade, respostas à epidemia; 2) a

vulnerabilidade à infecção aumenta quando os direitos econômicos, culturais e sociais das pessoas não são considerados; 3) a discriminação potencializa o impacto da *aids* nas pessoas vivendo com HIV e naquelas que se presume estejam infectadas, como parentes e amigos mais próximos (UNAIDS, 2000).

Dentro do contexto de vulnerabilidades, não podemos deixar de mencionar a *sinergia de pragas*¹⁸, típica de regiões urbanas brasileiras, em que populações mais pobres apresentam altas taxas de doenças infecciosas e não infecciosas, violência doméstica e estrutural, abuso de álcool e drogas, abuso de crianças, depressão, estigma, discriminação, violação dos direitos humanos e, nas últimas décadas, a infecção pelo HIV/*aids* – o que as torna, portanto, mais vulneráveis.

Relatório da UNAIDS (2005), ao intensificar a prevenção ao HIV, foi enfático em relação aos contextos de vulnerabilidade dos HSH, apontando que estratégias de prevenção tendem a fracassar quando prevalecem restrições legais e programáticas combinadas com preconceito e estigma. Tais circunstâncias relegam esses grupos populacionais à clandestinidade e à invisibilidade, dificultando o acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção¹⁹. Por conseguinte, faz parte da meta estratégica da UNAIDS até 2015, que toda forma de violência e discriminação baseada em gênero – contra mulheres, HSH, transgêneros e trabalhadores do sexo – deva ser reconhecida como violação dos direitos humanos e como elemento que pode aumentar a vulnerabilidade ao HIV²⁰.

¹⁸ *Sinergia de Pragas*: Interação entre diferentes fontes de estigma (homossexualidade, uso de drogas, dentre outras), que redundam em um círculo vicioso de estigma e discriminação relacionados ao HIV/*aids* (PARKER *et al.*, 2001).

¹⁹ Relatório Mundial UNAIDS/OMS, situação da Epidemia de *aids* no mundo. O Boletim Epidemiológico Mundial de Aids relata os mais recentes desdobramentos da epidemia global de *aids*. <http://data.unaids.org/Media/Press-Releases03/pr_epiupdate_nov05_pt.pdf> Acesso em: 1 set. 2011.

²⁰ UNAIDS calls for programmes to eliminate gender-based violence and discrimination. Strategy goal by 2015: Zero tolerance for gender-based violence. <<http://www.unaidUNAIDS>> Acesso em: 9 set. 2011.

CAPÍTULO 3

A EPIDEMIA DA AIDS

A epidemia em escala global do HIV/*aids* é hoje uma questão central na luta pelos direitos humanos, tornando-se mais do que a propagação de uma doença infecciosa, de alta letalidade e de alto custo social. Esta pandemia atinge de maneira avassaladora as pessoas em idade produtiva nas regiões e países mais pobres do planeta, impedindo contingentes populacionais de trabalhar, gerar renda, consumir e sobreviver.

De acordo com dados da ONU, ao longo dos anos assistimos a uma transformação da epidemia, que passou de uma emergência de saúde para uma questão de longo prazo na agenda de desenvolvimento global – demandando de todos nós um compromisso ainda maior para atingir as metas de acesso universal assumidas pelos países membros das Nações Unidas –, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e os expressos nas Declarações de Compromisso (UNAIDS, 2001) e Política (UNAIDS, 2006) sobre HIV/*aids*²¹.

Desde que a *aids* evidenciou-se como o “mal do século XX”, em 1982, a letalidade inicial do vírus acabou acarretando uma espécie de uma histeria coletiva; sua forma de transmissão, especialmente pelo compartilhamento de seringas contaminadas e mediante o coito anal entre homens, ajudou a fomentar o preconceito que iria estigmatizar os indivíduos vivendo com HIV.

Pouco tempo após o surgimento da *aids*, esta já se configurava como uma das maiores ameaças à saúde pública no século XX. As formas de contágio, o quadro clínico dos doentes e as elevadas taxas de mortalidade justificavam esse fato. As vias de transmissão do vírus eram, por um lado, bastante difíceis de serem represadas devido às suas características como atividades rotineiras envolvendo o universo da sexualidade.

Enquanto a humanidade assistia perplexa ao crescimento da epidemia da *aids* e à morte de milhares de pessoas por todo o globo, a descoberta da doença soava como uma sentença de morte. Duas razões justificavam tal condenação: a incurabilidade da *aids* e o

²¹ Fontes: **A ONU e a Resposta à Aids no Brasil** - UNAIDS <<http://www.onu-brasil.org.br/doc/LivretoUNAIDSCompleto.pdf>> Acesso em: 9 dez. 2010; ROCHA, M.F.G. **Política de Controle ao HIV/Aids no Brasil**: O lugar da prevenção nessa trajetória. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999. 117p.

preconceito e discriminação, que impunham às pessoas vivendo com HIV uma verdadeira segregação, provocada pela negação dos direitos fundamentais, denominada *morte civil*. E sua causa não era atribuída a fatores biológicos, mas sim sociais, culturais, econômicos e jurídicos. As reiteradas violações aos direitos das pessoas com *aids* e a negação dos direitos de cidadania é que levavam a esse tipo de morte²².

Durante muitos anos a *aids* esteve associada à ideia de morte, em consequência de atos “vergonhosos” e como expressão do “fracasso do doente”. Tais sujeitos, além de acompanhados do signo da morte, estavam fadados à exclusão social e ao isolamento, sendo continuamente expostos a ações discriminatórias e ao estigma, por vezes piores que a própria doença em si.

Para Paulilo (1999), nenhuma outra epidemia manifestou a figura de desordem insidiosa, onipresente e devastadora. O vírus é tão maligno que, antes de atacar por dentro, já devasta as relações sociais do sujeito que o hospeda, que por sua vez são difíceis de ser combatidas. À consciência da desordem que a doença causa, alia-se a condenação moral e a procura por responsáveis. A doença tende a designar um mal generalizado que é imputado à sociedade, à cultura e aos costumes.

Dessa maneira, é possível observarmos as características avassaladoras que acompanharam o desenrolar da epidemia da *aids*, fazendo com que o estigma e a discriminação aumentassem enormemente o impacto negativo associado à doença, criando barreiras aos indivíduos que vivem com o HIV.

3.1 A epidemia da *aids* no Brasil

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, o Brasil tem 608.230 casos registrados de *aids* (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico de 2011. Em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de *aids* no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes²³.

²² Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília : Min. da Saúde, 2008. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf>. Acesso em: 11 agos. 2011.

²³ <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

De 1980 até junho de 2011 foram registrados 212.271 casos de *aids* em todo o Estado de São Paulo. Em 2010, a *aids* matou 8,6 pessoas por dia, em média, nas cidades paulistas. É o que aponta o mais novo balanço da Secretaria de Estado da Saúde com base no boletim epidemiológico do Programa Estadual de DST/*aids*. Foram 3.141 óbitos no Estado no ano passado, o que representou taxa de mortalidade de 7,6 mortes por 100 mil habitantes. Em 2009, o índice de mortalidade foi de 7,9. Em relação a 1995, a taxa de mortalidade caiu 67%. O boletim aponta também que, apesar da redução no número absoluto de casos desde a segunda metade da década de 1990, a proporção de infecções em homens que fazem sexo com homens cresceu 52,4% entre 2000 e 2010. Entre os heterossexuais esse crescimento foi de 30,5%, enquanto entre os usuários de drogas injetáveis houve queda de 73,2%. Embora a epidemia tenha mudado de perfil desde o início, ainda há forte concentração de casos notificados entre homens que fazem sexo com homens, além de aumento proporcional de infecção entre os heterossexuais.²⁴

Na opinião de Parker e Daniel (1991), pode-se entender a epidemia da *aids* no Brasil somente se tivermos em mente que o desenvolvimento da epidemia se deu dentro de um contexto histórico mais amplo. O alastramento da doença ocorreu ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira tentava dar seus primeiros passos em direção ao reestabelecimento de uma democracia participativa, após duas décadas de regime autoritário.

Se a síndrome de culpabilização e acusação que caracterizou a resposta precoce à *aids* no Brasil tendeu a colocar entre parênteses, a própria cidadania das pessoas com *aids* ou em risco por causa dela, não é de se surpreender que isto tenha chamado pouca atenção – por mais de vinte anos, os brasileiros viveram sob um regime político no qual a cidadania de, virtualmente, toda a população foi colocada entre parênteses. Realmente, o que talvez seja surpreendente, seja o fato de que, gradualmente, no decorrer dos últimos anos, essa síndrome de preconceitos – e a violação dos direitos humanos fundamentais e da dignidade humana que tão frequentemente produziu – tenha sido questionada por pessoas e grupos que se formaram para lutar contra ela. (*Ibid*, p. 27.)

Curiosamente, a “usurpação da cidadania” de indivíduos vivendo com HIV/*aids* ocorreu ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira vibrava com a conquista de uma nova ordem jurídica e com o retorno da democracia. A *aids* nos obrigou a olhar para tudo aquilo que a sociedade brasileira insistentemente recusava-se a ver: a desigualdade, o preconceito, a

²⁴ Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Redação da Agência de Notícias da Aids com informações da Secretaria de Estado da Saúde. <<http://www.agenciaaids.com.br/noticias/interna.php?id=18166>> Acesso em: 28 nov. 2011.

hipocrisia, a falência do sistema de saúde, a incoerência da justiça e a fragilidade das relações pessoais²⁵.

Assim, a convivência com a epidemia da *aids* que, no Brasil, surgiu no final do século passado, favoreceu um campo fértil dado às imensas contradições sociais, culturais e econômicas aqui presentes. As imagens distorcidas, as representações sociais construídas tanto da *aids* quanto das pessoas que vivem com ela dominaram a discussão pública da epidemia e frequentemente produziram uma espécie de pânico moral que, quase inevitavelmente, ignora ou viola os direitos e a humanidade de uma minoria estigmatizada (WEEKS, 1985).

Desse modo, observamos que a resposta inicial da sociedade brasileira diante da epidemia, as concepções desvirtuadas ou a total incompreensão acerca da natureza e do impacto do HIV/*aids* levaram a um clima de medo e culpabilização, em diversas ocasiões levando a população a atos concretos de crueldade e discriminação.

Desde os primórdios, a história da *aids* no Brasil, como em muitos outros países, tem sido marcada pelo medo, pelo preconceito e pela injustiça – uma síndrome de culpabilidade e acusação que, em última instância, é tão perigosa quanto a mais conhecida síndrome de imunodeficiência adquirida. (PARKER e DANIEL, 1991, p.25)

Passados trinta anos da chegada da epidemia, constatamos que ela continua impulsionando uma série de movimentos sociais. Atualmente, a luta é pela melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, pois no Brasil, com a distribuição dos medicamentos pela rede pública, houve uma expressiva redução no índice de mortalidade em decorrência da *aids*. Contudo, diversas questões devem ainda ser enfrentadas, dentre elas o estigma e a exclusão social que a doença produziu desde o seu início.

O preconceito contra minorias sexuais é ainda mais grave, apesar dos avanços nos direitos humanos nos últimos vinte anos. [...] Tal marca – a transmissão pelo sexo – fez do HIV ainda mais que a possibilidade de contrair uma doença mortal para o físico. Tornou-se o vírus de uma doença moralista, em que os infectados eram excluídos e ridicularizados. Uma doença de conotação moralista só podia ter criado um padrão de preconceito bastante alto, principalmente com os profissionais do sexo, homossexuais e travestis. Além da doença do corpo, as pessoas vivendo com HIV sentiram-se excluídas do convívio público. (KAHHALE *et al.*, 2010, p.28-9)

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. — Brasília: Min. da Saúde, 2008. < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf > Acesso em: 11 set. 2011.

Segundo Kahhale *et al.* (2010), após duas décadas de constante pesquisa de intervenção no âmbito da *aids*, percebeu-se como consequência que o impacto do HIV na vida das pessoas afetadas sofreu mudanças, e que o mesmo ocorreu em relação às suas necessidades psicológicas. Portanto, se no primeiro momento da *aids* as pesquisas sobre qualidade de vida não levavam em conta os aspectos psicológicos, a partir de 1990 tais aspectos passaram a ser considerados.

Após a revisão do processo da epidemia da *aids* no contexto da realidade brasileira, desde seu aparecimento até os dias de hoje, é possível observar que mesmo com os esforços de enfrentamento da epidemia, várias lacunas ainda necessitam de atenção. Para corroborar tal afirmação, Parker e Aggleton (2001) asseguram que, embora o Brasil e o mundo lutem para dar resposta à epidemia do HIV/*aids*, a negação coletiva do estigma e da discriminação teima em prejudicar o enfrentamento da doença.

CAPÍTULO 4

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As primeiras informações a respeito do HIV/*aids* no mundo tornaram-se as mais constrangedoras representações sociais e colaboraram para o desenvolvimento do estigma e da discriminação observados até os dias de hoje. A falta de perceptibilidade na reprodução das informações a respeito do HIV/*aids* cooperou para a propagação do preconceito e de atitudes discriminatórias e estigmatizantes aos indivíduos soropositivos.

Mesmo antes que a *aids* tenha de fato se tornado estatisticamente uma epidemia significativa, atraiu ampla atenção, particularmente nos meios de comunicação e, por extensão, tornou-se um importante tópico de conversação inclusive na vida cotidiana. Muito antes que muitos brasileiros tenham tido qualquer contato direto com a doença, já circulavam concepções dela que tomaram formas complexas e completamente contraditórias. Essas concepções basearam-se amplamente nas imagens e representações da *aids*, dos doentes, ou daqueles que estariam em maior risco de contraí-la, produzidas e reproduzidas pelos meios de comunicação e daí estendidas e desenvolvidas nos discursos da vida do dia-a-dia. (PARKER, 1991, p. 16)

Para Barbara *et al.* (2005) a *aids*, como um fenômeno social, provoca ameaças e enigmas que podem desencadear um processo de elaboração, em planos individual e coletivo, de teorias que combinam valores, crenças, atitudes e informação, construindo representações em forma de afirmações, metáforas e atitudes na sociedade.

Para melhor compreensão das representações sociais produzidas e reproduzidas pelos indivíduos ao longo da epidemia, nesta dissertação elegemos como alicerce teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Desenvolvida por Moscovici²⁶ (1961) no âmbito da Psicologia Social, a TRS representa uma importante contribuição teórica aos pesquisadores. De acordo com Jodelet (2001, p.17), essa teoria também aponta para as representações sociais como uma forma de os indivíduos concretizarem tal compreensão:

²⁶ O nome naturalizado francês Serge Moscovici é dono de obra considerável, relevante não só para a psicologia (campo de formação e atuação) como para a história e as ciências sociais. Ao longo das últimas quatro décadas, suas pesquisas e a TRS têm influenciado estudiosos tanto na Europa como nas Américas, incluindo o Brasil. Resgatando o conceito de representações coletivas, inicialmente proposto por Émile Durkheim e, de alguma forma, esquecido por seus contemporâneos, o autor estudou, então, as diversas maneiras pelas quais a psicanálise era percebida (representada), difundida e propagandeada ao público parisiense. (REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - v. 19, n. 55)

Frente a esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou ideias, não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis porque as representações são sociais são tão importantes na vida cotidiana... Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.

Os pressupostos da TRS foram delimitados por Moscovici desde as suas primeiras apresentações, e o impacto da teoria na Psicologia Social foi aos poucos sendo percebido. A preocupação com a questão da existência de dois níveis de fenômenos – o individual e o coletivo – era uma constante entre os teóricos do início do século XX, motivados pela crença comum de que para explicar o nível coletivo era necessário o emprego de arcabouços teóricos diferentes daqueles utilizados na explicação do nível individual. Nesse sentido, Jovchelovitch (2008, p.63) nos alerta sobre as principais contradições na relação indivíduo-sociedade, e como esta é construída:

Se de um lado sofremos os equívocos de uma compreensão demasiado individualizante, psicologicista nos seus parâmetros de compreensão da subjetividade, por outro, muitas vezes as tentativas de introduzir conceitos sociológicos à Psicologia Social, sucumbiram à tentação maquiésta do inverso. Assim, ou ficávamos no indivíduo fechado no âmbito de um Eu abstraído do mundo que o constitui, ou tratávamos a sociedade e a história como abstração. Uma sociedade sem sujeitos ou sujeitos sem uma história social são partes de problemas que todos nós conhecemos muito bem – e recuperar essa conexão é uma das tarefas cruciais que temos pela frente.

A construção social da *aids* é complexa e deve abordar os aspectos que determinam o modo como a doença vem sendo representada ao longo do tempo e no contexto de vida das pessoas, pois essa construção envolve, de forma direta ou indireta, aspectos diversos como o biológico, o afetivo, o psicológico e, em especial, o social. Junto a esse processo de disseminação do vírus, prolifera uma *epidemia de significados*, levando o indivíduo a um constante enfrentamento, seja de forma silenciosa ou explícita, de estigmas e discriminações. Essa epidemia de significados interfere nas formas de prevenção e de controle da doença, definindo novas posturas, fortalecendo antigas ou criando novas representações sobre sexualidade, comportamento e transmissibilidade.

Em suas definições sobre a Teoria das Representações Sociais, em diversos momentos e sob variadas formas Moscovici nos revela a amplitude a que se propõe o estudo das representações sociais:

A Representação Social (RS) é definida como uma forma de conhecimento do "senso comum". Ela está diretamente relacionada à maneira como as pessoas interpretam ou traduzem os conhecimentos veiculados socialmente. O processo de

assimilação do conhecimento é sempre ativo, já que as pessoas entendem e introjetam as informações de acordo com os referenciais que possuem: os indivíduos vão reelaborar o saber científico segundo sua própria "conveniência", ou seja, de acordo com os meios e recursos que têm (1978)

As representações sociais são (...) um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso-comum (1981, p. 43).

O propósito de todas as representações é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar. (2010)

As representações são sempre um produto da interação e da comunicação; são, segundo o autor (1978), uma modalidade de conhecimento particular, cuja função é elaborar o comportamento e a comunicação entre indivíduos. Partindo do pressuposto que o indivíduo se constrói na relação com o outro e com a sociedade, o processo de construção das suas representações sociais se dá durante essas relações.

Moscovici explica que a representação social é um tipo de conhecimento próprio de cada indivíduo e que tem como função elaborar comportamentos e a comunicação entre as pessoas. Os fenômenos de representação social estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e, portanto, são difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social. (SÁ, 1998)

Os fenômenos sociais que nos permitem identificar de maneira concreta as representações e de trabalhar sobre elas são, nós o sabemos, as conversações, dentro das quais se elaboram os saberes populares e o senso comum. (MOSCOVICI, 2008, p. 9)

Moscovici (2001) amplia o conceito de representações sociais propondo que em seu estudo seria necessário percebê-las como algo dinâmico, vivo, que está imbricado com a interação entre o sujeito e a sociedade, em uma relação intensa, de ir e vir, na qual tanto sujeito quanto sociedade produzem e reproduzem conceitos, símbolos e imagens. Esse processo é uma forma do indivíduo se apropriar da realidade, construindo um saber de caráter cotidiano, o chamado *conhecimento do senso-comum*, indispensável à organização da vida em grupo.

Nesse sentido, o autor (2003, p.49) acrescenta que:

... se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo”.

Sob a mesma perspectiva, Oltramari (2003) coloca-se em relação à forma como os indivíduos vivendo com HIV se fundamentam nas representações sociais para dar sentido e orientar suas condutas, frente à doença e à prevenção. O autor afirma ainda que a presença de sentimentos como o medo e a morte desenvolvem nas pessoas um comportamento ambíguo, de tensão entre prevenção e risco, visto que o risco é cercado de dualidade – como o bem e o mal, o feio e o bonito, e de ideias de inevitabilidade ao se considerar que o risco, por ser de todos, não é de ninguém. Tais representações estão presentes desde o início da epidemia e parecem continuar presentes no imaginário das pessoas infectadas ou não pelo vírus.

Por conseguinte, as representações sociais são formadas em torno de um objeto. Existe, assim, um vínculo estreito entre sujeito e objeto sem o qual a representação não existiria. Por meio das representações sociais os indivíduos conhecem o mundo e o compreendem segundo seus objetos constitutivos; não obstante, a compreensão dos objetos que o cercam faz com que esse indivíduo adote vínculos sociais que o identificam com o grupo ao qual pertence (MOSCOVICI, 2004).

Ela (a representação social) consegue inculcar um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes. (MOSCOVICI, 1978, p.49).

É nesse sentido que a teoria pode ser entendida como *representações sociais*, que correspondem a explicações socialmente elaboradas e partilhadas, “com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, como afirma Jodelet (2001). As representações sociais são interpretações da realidade que atuam no sentido de definir as relações das pessoas com seu meio físico e social, orientando ainda as práticas sociais e as relações entre pessoas (ABRIC, 1998).

Como podemos observar, uma das principais preocupações de Moscovici ao desenvolver a teoria das representações sociais foi equacionar o modo como as sociedades recebem e transformam o saber científico, cuja presença crescente causava então grande impacto social. O autor se interessava pelo modo como esse conhecimento afetava a cultura e de que forma era absorvido pelo discurso leigo (2003). Em sua obra, Moscovici (1978) elaborou ainda algumas distinções importantes que merecem ser destacadas, conforme nos relata Gomes (2000):

1. Distingue representação social de opinião, atitude e imagem, que são formas mais simples de expressão, e que estão fora das intenções dos indivíduos. Isto é, alguém pode expressar uma opinião pela imposição social, o que não significa que incorpore o discurso à prática social;
2. As representações sociais não são simples reflexos mecânicos, cópias das impressões dos indivíduos sobre a realidade, mas resultados da interação homem-sociedade e vice-versa, num constante reinventar de situações, onde estão presentes os signos e os símbolos, a acomodação, a reprodução e os conflitos. A representação não pode ser reduzida a uma realidade externa ao sujeito;
3. As representações sociais se distinguem do mito. Este é uma forma de pensamento e de condução de vida arcaico, uma filosofia única, enquanto que o conceito de Moscovici é formado pela pluralidade de sistemas explicativos do mundo (filosofia, ciência e política, entre outros), sendo uma das formas nas quais o homem tem de apreender o mundo em que vive;
4. As representações sociais são expressões dos sujeitos sobre um dado objeto interagindo socialmente, e desempenham o papel de orientar nosso comportamento, num movimento simultâneo de construir algo novo através da modelização do que está posto no real e ao mesmo tempo de expressá-lo simbolicamente;
5. A representação social, enquanto conceito trabalha com o âmbito do social e do individual, considerando a mediação dos sujeitos (indivíduo e/ou grupo) com o mundo através do meio ambiente, utilizando como canal, nessa intermediação, a linguagem e a comunicação.

Elementos essenciais à constituição do senso comum, as representações sociais integram um processo de produção dos sentidos, entendidos por Spink e Medrado (2004, p.41) como [...] *uma construção social, em empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – nas dinâmicas das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta.*

Fundamentar-se nas representações sociais para a compreensão do fenômeno do HIV/*aids* traz para os estudos sobre a *aids*, que enfocam a experiência social da enfermidade, uma maior relevância, pois permite o desvelamento dos objetos simbólicos do fenômeno e do modo de ver e pensar a doença. Essa abordagem permite, ainda, a identificação de pontos comuns presentes na forma de construir a realidade, dos pontos de resistência e inflexões que dificultam a incorporação de novos conceitos e a reconstrução das representações, fornecendo elementos claros para a implementação de ações educativas que valorizem as pessoas em suas singularidades (OLTRAMARI, 2003).

CAPÍTULO 5

IDEOLOGIA E SEXUALIDADE

Este capítulo traz uma reflexão em relação à sexualidade como um processo histórico e social, observado através da construção dos gêneros, das influências do capitalismo na homossexualidade, dos processos de patologização e despatologização da homossexualidade, do estigma e da intolerância, e por meio de posicionamentos sociais e da ciência. A epidemia da *aids*, desde o seu início, colocou no cenário público a discussão acerca da sexualidade e da vida privada das pessoas; em consequência, diversos estigmas e preconceitos foram criados e outros reforçados (CREPOP, 2008).

Nestes registros, podemos observar como a sexualidade vem sendo construída:

Progressivamente, essa crescente conscientização das diferenças transculturais na organização da vida sexual levou muitos pesquisadores da *aids* a lançar mão de desenvolvimentos recentes em várias disciplinas das ciências sociais e passar a entender a sexualidade humana como sendo social e culturalmente construída: como produto menos de nossa natureza biológica do que sistemas sociais e culturais que modelam não só a experiência sexual, mas as formas pelas quais interpretamos e entendemos essa experiência. (PARKER, 2000, p.31)

Em ritmo cada vez mais acelerado, a atenção volta-se para um conjunto amplo de estruturas e significados sociais e culturais que se havia percebido serem responsáveis por moldar ou construir a experiência sexual em diferentes meios. Em outras palavras, essa visão de sexualidade socialmente construída desloca o foco da experiência subjetiva da psicologia social, portanto do comportamento por si só e em si mesmo, para um novo olhar na natureza intersubjetiva dos significados e ambientes culturais nos quais o comportamento acontece, seguindo as regras culturais sexuais que o organizam. Assim, as comunidades estruturam as possibilidades de interação sexual entre indivíduos conforme as suas especificidades, definindo uma sucessão de parceiros e práticas sexuais em potencial, ou seja, com quem se pode fazer sexo, de que modo, com quais particularidades e com qual resultado. A determinação de tais possibilidades não se dá de forma individual nem aleatória, mas sim por determinação de regras e códigos – implícitos ou explícitos – impostos pela cultura sexual de uma comunidade específica (PARKER, 2000).

5.1 Marcas ideológicas

Na maioria das sociedades, desde a antiguidade clássica aos dias atuais, foi sempre determinado o lugar das mulheres em oposição ao lugar social dos homens, que exerciam lugar de ocupação da força, autoridade, poder de “comandos e desmandos” e representações de virilidade. Ainda hoje perduram definições de atividades que representam domínio em oposição a fraqueza, sensibilidade, fragilidade, maternagem e domesticidade, qualidades estas atribuídas à mulher, vista como o “sexo frágil”, “carregado de afetividade, ternura, sensibilidade”; enquanto o homem representa a “incorporação da dominação”, a “natureza forte”. Ser viril é inerente à qualidade de ser homem, sendo a virilidade um dos aspectos que melhor representam o homem forte, maduro, bem conservado, cheio de vigor.

Homem é uma representação, em que a virilidade em seu aspecto ético, isto é, enquanto qualidade do vir, virtus, questão de honra, princípio da conservação e do aumento da honra mantém-se indissociável pelo menos tacitamente, da virilidade física, através, sobretudo, das provas de potência sexual – defloração da noiva, progenitura, masculina abundante, dentre outras, que são esperadas de um homem que seja “realmente homem”. Compreende-se que o falo, sempre presente metaforicamente, mas muito raramente nomeado e nomeável, concentre todas as fantasias coletivas de potência fecundante. (BOURDIEU, 1999, p. 20)

O processo de naturalização ou biologização das diferenças étnico-raciais, de gênero ou de orientação sexual, marcou os séculos XIX e XX e vinculou-se à restrição da cidadania a negros, mulheres e homossexuais. Uma das justificativas, até o início do século XX, para a não extensão às mulheres do direito de voto, baseava-se na ideia de que elas possuíam um cérebro menor e menos desenvolvido do que o dos homens. A homossexualidade, por sua vez, era tida como uma espécie de anomalia da natureza, ou seja, uma doença. Nas democracias modernas, desigualdades naturais podem justificar o não acesso pleno à cidadania (CARRARA *et al.*, 2010).

Segundo Butler (2010), tendemos a considerar natural o que é masculino e feminino. Para nós, estas são evidências incontestáveis de ordem biológica. Daí porque a homossexualidade foi sempre concebida como antinatural no Cristianismo. No entanto, as figuras de homem e mulher não se restringem às condições de ser do macho e da fêmea, posto que ultrapassam tais limites de forma significativa. Trata-se, com efeito, de construções sociais e culturais de grande complexidade, modeladas por regras e meticolosos códigos simbólicos.

Nessa perspectiva, partimos da definição de gênero dada por Scott (1990, p. 14) ao afirmar que *o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder*. Vê-se, então, que o gênero é histórico e é “construção social”, ou seja, cada sociedade, em determinado momento histórico, atribui sentido e significado às diferenças biológicas entre homens e mulheres, definindo o que é ser homem e o que é ser mulher.

Esse ponto de vista vai de encontro a todo e qualquer essencialismo que supõe que a diferença biológica entre machos e fêmeas determina o feminino e o masculino, naturalizando o “ser homem” e o “ser mulher”. Embora nasçamos “macho” ou “fêmea”, o processo de transformação em homem ou mulher depende do modo como cada sociedade valoriza e dá significado a essas diferenças – *ninguém nasce mulher: torna-se mulher* (BEAUVOIR, 1980, p. 9)²⁷. Do mesmo modo que não se nasce homem, mas torna-se homem, ou seja, masculinidades e feminilidades são forjadas em uma complexa teia de sentidos e significados em espaços e tempos diversos; portanto, são também diversas (SCOTT, 1990).

Na opinião de Louro (1997), a característica fundamentalmente social e relacional do conceito de gênero aponta “o gênero como constituinte da identidade dos sujeitos” (p. 24). Os sujeitos são homens, são mulheres. O gênero faz parte do sujeito, constituindo-o. Nesse sentido, pode-se falar em identidade de gênero, na medida em que os sujeitos se reconhecem como homens ou como mulheres. Mas os indivíduos não são apenas homens ou apenas mulheres, suas identidades são múltiplas e plurais; assim, “o sentido de pertencimento a diferentes grupos – étnicos, sexuais, de classe, de gênero, dentre outros, – constitui o sujeito” (p. 25). Aqui, o pressuposto básico é de que as identidades são sempre construídas; não são fixas e imutáveis, ao contrário, transformam-se e não estão acabadas.

Acrescenta ainda o autor que cada cultura, em determinado momento histórico, estabelece um modelo de relações de gênero, um padrão dominante. Assim, na construção dos gêneros masculino e feminino, a despeito das diferenças de classe, raça ou geração, pode-se

²⁷ “*Ninguém nasce mulher: torna-se mulher*”. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira [1949] 1980, p.9.

afirmar que há um patamar compartilhado culturalmente e que dá contornos ao masculino e feminino. Embora histórico e socialmente determinado, dando significado a uma ampla gama de interações humanas, o gênero estrutura não somente as relações entre homens e mulheres, mas também as identidades subjetivas.

Tal ideologia de gênero passa, então, a estruturar tanto as relações entre homens e mulheres quanto as identidades subjetivas e os papéis sexuais. Desse modo, por meio da socialização a que somos todos submetidos desde o nascimento, o gênero – como uma inscrição social – segue conformando o ser homem e o ser mulher, já que atributos de masculinidade e de feminilidade normatizam os papéis sociais relativos a cada gênero.

Parker (1991), em estudo sobre a cultura sexual brasileira, constata a existência de uma “ideologia do gênero”, que constrói uma hierarquia baseada no binômio atividade/passividade: *... focalizada menos no eu sexual e na lógica da reprodução do que nas noções de atividade e passividade, essa ideologia é, provavelmente, a mais fundamente enraizada na vida brasileira (Ibid, p. 246).*

O binômio masculino-dominância-atividade sexual versus feminino-submissão-passividade sexual, [é] estruturador do modelo hierárquico do gênero e da identidade sexual na sociedade brasileira. (HEILBORN, 1996, p. 142)

Assim sendo, não é possível prescrever somente a responsabilidade individual para mudar uma conduta sexual (GAGNON e SIMON, 1973), já que as práticas sexuais e seus significados envolvem múltiplas questões, sem contar que são necessariamente experimentadas em uma relação com outra pessoa. A relação entre pessoas e sua conduta sexual não é diferente, envolvendo quase sempre uma hierarquia ou desigualdade de poder: entre homem e mulher, entre passivo e ativo, entre mais velho e mais jovem, entre mais e menos experiente, entre provedor e dependentes.

A compreensão da sexualidade contribui para legitimar a diversidade sexual, que deixa de ser uma aberração ou perversão “d’Natureza” ou de uma moral universal, ou de uma normalidade experimental, e nos mostra a imensa variabilidade de hábitos e significados sexuais atribuídos a práticas, orifícios, órgãos e interação de corpos, objetos vistos como possibilidades da experiência humana. Ao contrário de essas possibilidades serem iniciadas inteiramente pelos indivíduos, a construção cultural é o que lhes permite imaginá-las (PARKER, 1994).

5.2 Homossexualidade

O termo homossexual apontado por Mello (2005) é a união do prefixo grego (*homo* = igual) com a raiz latina (*sexual*) que estruturou o conceito *homossexual*. De acordo com Katz (1996), após o surgimento do termo *heterossexual* na sociedade norte-americana, em 1892, cunhado por Krafft-Ebing, o referido termo passou a significar, no século XX, uma sexualidade relativa ao sexo oposto, desvinculada da reprodução, afastando-se do ideal reprodutivo vitoriano e conduzida na direção da norma erótica moderna do sexo diferente. A partir de então, ofereceu-se ao mundo moderno dois sexos diferenciados, “um bom e normal (heterossexual)” e outro “ruim, anormal e pervertido (homossexual)”. Essa dicotomia viria a dominar a visão do universo sexual, uma vez que a heterossexualidade passou progressivamente a ser vista como uma sensualidade normal relativa ao sexo oposto, tornando-se uma premissa cultural dominante e consagrada.

Este dimorfismo fisiológico dos sexos (anátomo-biológico) teve grande impacto nos processos de subjetivação, no que diz respeito às mudanças no trabalho, nos papéis sociais, no poder exercido sobre as mulheres e nos ideais de feminilidade e masculinidade (MELLO, 2005).

5.3 Homossexualidade e capitalismo

Nesta sessão, refletiremos sobre a influência do *capitalismo* nas condições socioeconômicas e psicológicas necessárias para a emergência da identidade homossexual moderna. A mudança da homossexualidade nas últimas décadas no Brasil deve ser compreendida a partir da conjunção de diversos fatores políticos, econômicos e sociais.

Como enfatiza Parker (2002, p.294), [...] *o capitalismo e a vida gay têm estado intimamente ligados*. Comunidades gays e subculturas homoeróticas foram se estabelecendo nas mais diversas regiões do Brasil, como resultado da interação entre sistemas sociais e culturais e forças econômicas e políticas generalizadas. Os homossexuais são vistos, principalmente, pelo poder de compra que detêm, e atraem cada vez mais empresas interessadas em explorar novos nichos de mercado.

Em outras palavras, o capitalismo permitiu que os homossexuais, dentre outros indivíduos oprimidos, se sentissem livres para expressar sua identidade por meio do uso criativo de produtos e serviços, o que fez com que o “mercado homossexual” se transformasse em um dos pilares desta subcultura.

Entretanto, lembramos que a origem da *patologização da homossexualidade* teve seu início justamente com o surgimento do capitalismo, entre os séculos XVII e XVIII. Isto pode ser observado através de olhares analíticos sobre a *família*, trazendo à tona questões de relações entre as definições de parentesco e ordem social. As obras²⁸ de Engels (1844) e Morgan (1877) já apontavam sistemas diferenciados de parentescos, relações independentes de laços consanguíneos que se formavam com base nos laços sociais. Ambos demonstravam a importância do parentesco como um idioma totalizador das sociedades tradicionais, chegando a conclusões semelhantes às do materialismo histórico quanto à influência da propriedade privada e do Estado nas organizações familiares, assim como a contribuição destas organizações para a gênese e desenvolvimento do capitalismo industrial.

Enquanto na visão de Morgan a família monogâmica era fundamentada na união de casais individuais, com a obrigação de coabitação exclusiva, como resultado de uma evolução através de sucessivos estágios de organização social; para Engels a descrição de família monogâmica não como fruto de amor sexual individual, mas como a primeira forma familiar fundada sobre condições sociais, era baseada no poder do homem com a finalidade de procriar filhos de paternidade incontestável que um dia se apossariam da herança paterna (MORGAN e ENGELS, *apud* CANEVACCI, 1981, p.56-70; p.74-87).

Assim sendo, do ponto de vista histórico a grande questão para os estudiosos daquele período, influenciados pelo pensamento progressista e positivista, era saber que tipo de família havia, nos tempos primitivos e remotos, precedido a família patriarcal do mundo ocidental cristão, marcado pela dominação do *paters familias* e pela propriedade (ALMEIDA, 1999).

Em meados do século XX era patente a total dominação da figura masculina – a figura do pai, que se apresentava como chefe do grupo, em que sua autoridade paterna era ilimitada, sendo ele responsável pela honra e defesa familiares. Pensar o modelo de família (esposo e

²⁸ Friederich Engels em **A origem da Família** - da propriedade privada e o Estado, editado em 1844; Lewis Henry Morgan, **A sociedade antiga**, editado em 1877.

esposa) apresentado pelo Estado Republicano, por meio de leis cívicas, nos remete a um discurso simbólico de poder; discurso esse que instituiu um único modelo: a família legitimada pelo casamento civil, que deveria ser monogâmico, heterossexual e indissolúvel, na qual os homens atuavam como a chefia do lar, sendo responsáveis por manter a vida material e a ordem dentro desse núcleo. Neste modelo, que teve o propósito de organizar a sociedade brasileira aos moldes da família nuclear burguesa, de forma que esta contribuísse para o processo de industrialização do país, “tudo” passou a ser subjugado à figura masculina. A imagem do patriarca era um retrato quase ilimitado de poder dentro dessa estrutura, o qual – para mantê-la – usava da força, ou seja, tinha o direito de apelar para a violência.

A visão de masculinidade que aqui emerge é bem delineada e unificada. É uma visão de poder, ação e virilidade, ajustada à absoluta dominação do patriarca sobre todos os que o rodeiam, os quais por sua vez, sem dúvida, sentem-se inferiores e submissos em face da autoridade patriarcal (PARKER, 1991).

Sendo assim, enquanto o movimento do capitalismo se estabelecia, com o domínio da figura masculina, paralelamente ocorria o movimento do conhecimento, com o desenvolvimento da medicina. Com esses dois movimentos acontecendo simultânea e historicamente, deu-se a configuração da origem da *patologização da homossexualidade*. Em decorrência desse processo, tal configuração solidificou-se desde então, contribuindo e reforçando essa “patologização”.

Apesar de, a partir do século XIX, através da evolução do pensamento humano, o homem foi gradativamente valorizando a racionalidade, e deixando de lado a religiosidade exacerbada, a busca para explicações científicas para fenômenos aparentemente sem explicação e passaram a pautar a conduta do homem desse tempo, assim, “isso levou a que, a partir do século XIX, ganhasse força a posição de que a homossexualidade não deveria ser vista como um pecado contra Deus, mas como uma doença a ser tratada” (VECHIATTI, 2008, p. 59).

Gomes (1985) afirmava que o “homossexualismo” traduzia-se em forma de perversão sexual, passível de fazer com que os indivíduos sentissem atração por outros do mesmo sexo, com repulsa absoluta ou relativa para com as pessoas do sexo oposto. Em razão da *patologização da homossexualidade*, diferenciados tratamentos extremamente desumanos foram impingidos a homossexuais, à vista do Estado e sem qualquer punição por parte deste, visando à cura da *pseudopatologia*, dentre eles terapias de choques convulsivos, lobotomia e terapias por aversão (VECHIATTI, 2008).

5.4 A “des-patologização” da homossexualidade

Nas últimas décadas do século XX, mais especificamente em 1968, iniciou-se um movimento histórico, marcado por um registro no combate ao estigma e discriminação à homossexualidade, fundamentado em direitos humanos, na luta por direitos igualitários e por cidadania, o que contribuiu para o início da *despatologização da homossexualidade*.

Na edição daquele ano (1968), o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), obra de referência para psiquiatras, inclui a atração por pessoas do mesmo sexo no capítulo sobre desvios, atração essa classificada como um tipo de aberração. Os próprios homossexuais, cansados de serem taxados como aberrações, começaram a defender a ideia de que sua orientação não era patológica.

No dia 28 de junho de 1969, iniciou-se um movimento histórico na transformação dessa forma de pensar após uma violenta ação policial no *Stonewall Inn*, bar gay no Greenwich Village, em Nova York. Nos cinco dias subsequentes, uma multidão continuou a se reunir no local, protestando contra a discriminação e exigindo direitos iguais para homossexuais. Conhecido como *rebelião de Stonewall*, o evento passou a ser considerado como a marca inicial para a maior aceitação cultural da homossexualidade em todo o mundo.

Quatro anos mais tarde, a Associação Americana de Psiquiatria (AAP) começou a reavaliar a questão. Uma comissão liderada pelo médico Robert L. Spitzer, da Universidade de Columbia, recomendou que o termo *homossexualidade* fosse retirado da edição seguinte do DSM, mas essa sugestão não surtiu efeitos práticos. Na década de 90, grande parte dos psicólogos ainda argumentava que a homossexualidade era um distúrbio psíquico. Para defender esse ponto de vista muitos se apoiavam na penúltima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) de 1985, que considerava essa orientação sexual formalmente patológica²⁹.

Em meio às transformações e demandas sociais nacionais e internacionais, o Conselho Federal de Psicologia – CFP decidiu posicionar-se quanto à orientação da prática psicológica e da atuação profissional frente à mesma questão. Atendendo a tais demandas, o CFP tomou ciência da responsabilidade ético-profissional da Psicologia diante da promoção da saúde

²⁹ Scientific American - Mente e Cérebro. **Da patologia à legalidade**, ano XVIII, n. 222, jul. 2011, p.44.

integral do ser humano. Desse modo, atualmente o CFP, por meio da Resolução n.º. 001/99, busca orientar os profissionais da área para que não tratem a homossexualidade como um distúrbio, deixando claro que a manifestação de preconceito pode vir a deflagrar processos e punições. Decisões como esta vêm reforçar o combate ao preconceito e a discriminação, como também reafirmar o respeito aos direitos humanos de todos os indivíduos, sem distinção.

No artigo de Kahhale (2011) pode-se observar que o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia n.º 001/99, de 22.3.1999, contribuiu para o esclarecimento das questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações. Como consequência, a resolução do CFP foi traduzida para os idiomas francês, espanhol e inglês. A tradução para o espanhol foi da iniciativa do Conselho Federal, para divulgar a resolução nos eventos da ULAPSI, tendo sido disponibilizada para várias entidades da América Latina. A tradução para o inglês foi divulgada no Congresso de Direitos Humanos da American Psychological Association (APA)³⁰, realizado na Califórnia, EUA. Nesse evento, ao apresentar a resolução, o CFP constatou que o Brasil era o único país no mundo que tinha um documento de orientação aos psicólogos na direção dos direitos humanos e da não patologização da homossexualidade. Esse fato teve grande repercussão, porque a partir dele a APA formou um grupo específico para elaborar documentos de referências para americanos e canadenses.

Apesar de todo esse processo de *despatologização*, persistem em nossa sociedade representações acerca da homossexualidade, enraizadas em nossa cultura, em muitos aspectos semelhantes a outras representações de índole sexista ou racista. Vivemos em uma cultura homofóbica que é interiorizada e reproduzida de igual modo pelos profissionais das mais variadas áreas do conhecimento, incluindo psicólogos, psiquiatras e todos aqueles que lidam de uma forma constante com as questões relacionadas com o funcionamento mental (CRAWFORD *et al.*, 1999). A estigmatização social da homossexualidade, na visão de Santos (2011), está enraizada de forma profunda e persistente no contexto social, o que a torna uma questão de difícil abordagem. Ela se articula com um conjunto de outros problemas sociais e estruturais, o que significa um desafio para psicólogos(as), pouco familiarizados(as) com as questões de gênero, classe, raça/etnia, e nos leva a considerar os fatores intervenientes que se cruzam com o problema psicossociológico.

³⁰ Dentre as várias políticas defendidas pela APA está a que trata dos direitos humanos.

Em vista disso, é possível apontar como todos esses acontecimentos contribuíram para o processo de *desconstrução* do estigma à homossexualidade. A expressão da sexualidade, desse modo, passa a ser influenciada pela cultura, pela economia, pelos princípios éticos, isto é, por tudo o que compõe a estrutura político-social de uma sociedade³¹. Assim sendo, como afirma Kahhale (2011), a forma como cada um vive sua sexualidade faz parte da identidade do sujeito, a qual deve ser compreendida em sua totalidade.

5.5 Homossexualidade e Intolerância

Na literatura especializada, podemos identificar que o preconceito e a discriminação contra homossexuais, além dos termos acima, são também frequentemente traduzidos por outras expressões como *homofobia*, *heterossexismo*, *preconceito sexual*, dentre outros.

De modo geral, ainda que as sanções ou práticas sociais violentas contra pessoas identificadas como homossexuais sejam antigas, o termo *homofobia* foi empregado pela primeira vez em 1971, sendo incluído nos dicionários de língua francesa em meados de 1990, onde é definido como a rejeição da homossexualidade, a hostilização sistemática à consideração aos homossexuais. Junto à xenofobia, ao racismo ou ao antissemitismo, a *homofobia* é uma manifestação arbitrária que consiste em designar o outro como inferior ou anormal, ou seja, posicionando o outro como bizarro e estranho e não merecedor de sua participação cidadã em âmbitos públicos (MOTT e CERQUEIRA, 2001).

O termo *homofobia*, empregado pelo psicólogo George Weinberg, pode ser sucintamente definido como uma aversão ou medo irracional a homossexuais. Apesar de a palavra sugerir que o preconceito possa ser entendido como uma forma de psicopatologia (fobia) individual, ela ignora os aspectos sociais. (NUNAN, 2003, p.78)

Mott e Cerqueira (*Ibid*) ainda acrescentam que a *homofobia* pode ser compreendida como um ódio explícito, persistente e generalizado, que se expressa por práticas sociais violentas. Pode se apresentar tanto com agressões verbais enquadradas nas tipificações penais contra a honra quanto com atos extremos de violência física sendo, geralmente, evidenciados nos crimes com requintes de crueldade, que culminam em homicídios hediondos. Além disso, indicam que essas práticas são caracterizadas por elevado número de golpes desferidos por

³¹ PROJETO DE PARCERIA CIVIL: A União Entre Pessoas do Mesmo Sexo. 2011 .
<<http://www.pedagogiaaopedaletra.com/posts/projeto-de-parceria-civil-a-uniao-entre-pessoas-do-mesmo-sexo>>
Acesso em: 18 set. 2011.

armas brancas ou disparos deflagrados, geralmente conjugados com o uso de múltiplos instrumentos de tortura prévia à execução.

Na visão de Borrilo (2003), a *homofobia* pode ser caracterizada como o medo da homossexualidade e o desprezo por gays e lésbicas, ou por aqueles que se presume o são. No entanto, a homofobia não pode ser resumida apenas a uma forma específica de violência, seja ela uma recusa irracional ou de ódio declarado, pois, como considera Nascimento (2007), normalmente pode estar condicionada a outras estigmatizações advindas das categorias de raça/etnia, cor da pele, classe social e econômica, geração, identidade de gênero, status social e cultural, regionalismo, estética corporal, entre outros fatores.

Partindo do acima exposto, Borrilo (*Ibid*) problematiza que a homofobia, como processo “exterminatório”, não se limita a constatar uma diferença mas também a interpreta e tira suas conclusões materiais. O mesmo autor considera que a homofobia pode ser referida como uma relação transversal e relacional do domínio masculino, contando em seu suporte com pilares constituídos do *machismo*, *(heteros)sexismo*, *heterocentrismo*, *heteronormatividade e do viriarcado* (que remonta à ideia do homem dominante e viril que também está submetido às hierarquias masculinas). Sobre o *heterossexismo*, pode-se então defini-lo como:

... a discriminação e opressão baseadas em uma distinção feita a propósito da orientação sexual. O *heterossexismo* é a promoção incessante, pelas instituições e/ou indivíduos, da superioridade da heterossexualidade e da subordinação simulada da homossexualidade. O heterossexismo toma como dado que todo mundo é heterossexual. (WELZER-LANG, 2001, p. 467-8)

Em consequência, o *heterocentrismo*, com sua ideia de marginalização das sexualidades que fogem à matriz heterossexual, adota categorias para estabelecer hierarquização e relações de poder que distinguem os dominantes, que são os homens ativos, penetrantes; e os outros, aquelas e aqueles que são penetrados/as, logo dominados/as. De tal modo, a *homofobia* – que tem como um de seus pilares o *heterocentrismo* – desvaloriza e menospreza todas aquelas pessoas que são identificadas ou assumem configurações sexuais e de gênero ditas como não naturais, ou seja, fora do paradigma *heterossexista* (WELZER-LANG, 2001).

O termo *heterossexismo*, que por sua vez apresenta-se como similar ao racismo, descreve um sistema ideológico, social e institucional, colocando a homossexualidade como inferior à heterossexualidade; seu foco situa-se em nível histórico e cultural, ignorando atitudes individuais. (NUNAN, 2003, p.78)

Complementando essa rigidez normativa relacionada às sexualidades, aos desejos, às práticas e aos gêneros, evidencia-se que a *homofobia*, da mesma forma que o *sexismo* e o *machismo*, hierarquiza e confere a supremacia de dominação masculina e dos pressupostos que sugerem um mundo heterossexista. A cultura heterossexual dominante passa, então, a considerar tais pessoas como *seres abjetos*, ou seja, seres bizarros, desprezíveis, desviantes, anormais, marginais, sub-humanos, subcidadãos que devem ocupar e existir apenas em lugares inabitáveis e de subcultura, ou – de preferência – não existirem. Assim, esses seres ameaçam a *ordem heterossexual*, e deveriam habitar tão somente um espaço imaginário e/ou mitológico ou, ainda, ocuparem apenas territórios marginais como, por exemplo, lugares autorizados de *guetificação*, conforme afirmado por Nascimento (2007).

Esta visão também pode ser observada nos relatos de Simon (1998) e Wolfe (1998): o preconceito e a discriminação contra os homossexuais, em sua máxima potência, os levam frequentemente a serem taxados como anormais, imorais, pecadores, marginais, pedófilos, promíscuos, doentes efeminados, complicados e pouco confiáveis.

No Brasil, ainda não existe lei que condene crimes de homofobia, o que faz com que a questão se estenda para muito além do tratamento desigual e injusto. A cada dia e meio, um homossexual brasileiro é assassinado, vítima de *homofobia*. A conclusão é do relatório anual elaborado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB). Segundo esse levantamento, 260 HSH foram mortos em 2010, representando 62 casos a mais do que em 2009. O número representa um recorde histórico. A tendência é de que esse índice mantenha-se elevado em 2011, visto que somente nos primeiros três meses do ano foram registrados 65 homicídios motivados por homofobia, mantendo a média mensal de 21,6 casos³².

Corroborando os dados acima, nos relatos dos pesquisadores a seguir, é possível perceber a extrema violência e preconceito que confirmam esta questão:

O preconceito prepara a ação da exclusão do mais frágil, por aqueles que não podem viver a sua fragilidade, numa cultura que privilegia a força. (CROCHIK, 1995, p.32)

Os crimes de ódio homofóbico caracterizam-se pela extrema violência, seja pela crueldade do ferimento, seja pelo concurso de diversos modos de tortura. (MOTT, 2000, p.94-5)

³² A cada um dia e meio, 1 homossexual é morto, mostra relatório.
<http://www.istoe.com.br/reportagens/131629_A+CADA+UM+DIA+E+MEIO+1+HOMOSSEXUAL+E+MORTO+MOSTRA+RELATORIO>. Acesso em: 18 set. 2011.

Na visão de Nunan (2003), pode-se entender que o preconceito e a discriminação a homossexuais, manifestados por meio dos chamados *crimes de ódio*, provocam efeitos psicológicos gravíssimos tanto no indivíduo como na sociedade. D’Augelli (1998), por sua vez, acrescenta que os ataques – em nível físico e psicológico – fazem com que o indivíduo discriminado associe sua vulnerabilidade a características pessoais, culturais e sexuais, comprometendo ainda mais a sua autoestima.

Em vista disso, Mann e Tarantola (1998) acreditam que as atitudes de preconceito e discriminação configuram uma epidemia tão fatal quanto a infecção pelo HIV/*aids*, e que as condições de vulnerabilidade social e individual daí recorrentes têm consequências no curso da epidemia.

5.6 Homossexualidade e *aids*

Na compreensão de Parker (2000) é extraordinário constatar que, no caso de uma epidemia da proporção do HIV/*aids*, transmitida acima de tudo pelo contato sexual, ainda não tenhamos conseguido desenvolver ferramentas teóricas e metodológicas que pudessem propiciar uma compreensão mais profunda da sexualidade. Na verdade, temos sido incapazes de formular e articular uma visão coerente das necessidades da pesquisa sobre comportamento sexual que devem ser enfrentadas em âmbito global. A importância de entender os conceitos específicos “próximos de experiência” que organizam a vida sexual tornou-se mais evidente do que simplesmente examinar a complexa relação entre comportamento sexual e identidade sexual.

A história dessa epidemia mostra que para sustentarmos essas mudanças em todos os momentos da vida sexual dependemos de uma verdadeira revolução cultural, coletiva, semelhante àquela que arrancou de algumas sociedades de tradição judaico-cristã as mudanças (instáveis ainda) no rumo de uma relação mais igualitária entre homens e mulheres e novas definições para os gêneros. Ou seja, será fruto de um trabalho de longa duração com as diversas comunidades e subculturas sexuais e, depois disso, certamente será mais fácil para as próximas gerações. (PAIVA, 2000, p.40)

Trevisan (1986, p. 257) lembra que uma das grandes dificuldades em lidar com essa mudança pode estar relacionada ao seguinte aspecto:

Acredito que também muito do pânico heterossexual frente à Aids pode estar relacionado com antigas culpas não resolvidas que, através da condenação do outro (o sujo), buscam purificar o acusador, num efeito de catarse. Mas a condenação, sejam quais forem seus motivos, tem efeito de longo alcance. O terrorismo usado como efficientíssimo instrumento de controle, irá atingir as gerações futuras muito

mais do que as atuais, forjando-lhes uma imagem basicamente negativa da homossexualidade e, por extensão, instaurando novas fobias sexuais.

O estigma da homossexualidade quando associada ao HIV/*aids*, diferentemente de outros labéus – como por exemplo, o da deficiência, seja física ou mental –, está frequentemente associado a outras formas de discriminação tais como o racismo e a homofobia, como atestam os relatos de Trevisan (*Ibid*):

A *aids* é em nossos dias, esse raro momento de peste que faz cair às máscaras. Os fenômenos sociais aparentemente novos que a tem acompanhado constituem, na verdade, apenas a revelação de algo que sempre esteve lá, virtualmente ou não, mas rigorosamente camuflado. A *Aids* nada criou. Ela está exacerbando elementos que as convenções sócio-morais não deixavam aflorar à luz do dia. *In peste veritas*: na peste, o momento da verdade. (TREVISAN, 1986, p.255)

Graças à característica de estigma que a *Aids* historicamente adquiriu já não se pode mais esconder o desejo: ele está lá, sendo identificado, flagrado e denunciado por intermédio da doença. (p.269)

De acordo com Nunan (2003), apesar de não caracterizada como uma “doença do homossexual”, a *aids* continua a afetar emocionalmente a identidade desse grupo, principalmente por constituir-se em uma ameaça à exposição da própria homossexualidade, sujeitando-o ao medo da infecção – e potencial doença/morte – a cada nova relação; além de ter que lidar com a crença, comum entre heterossexuais, de que todo homossexual é HIV positivo.

Como argumenta Trevisan (1986, p.255-6),

... a rejeição a doença enquanto sujeira, expressa o horror puritano à possibilidade de contágio, mesmo porque, a ideia de punição ligada ao sexo é bastante acentuada por tratar-se de um mal associado à “doença moral” da homossexualidade. Cria-se, por conseguinte, uma concepção de *Aids* como obscena, como doença manipulada das mais diversas maneiras – tornando-se, por exemplo, o “bode expiatório” de determinadas fobias, como o pânico à morte em associação à homofobia em si.

Ayres *et al.* (2006) legitimam a ideia de Trevisan e acrescentam que, mesmo com todos os avanços no diagnóstico e tratamento, ainda persiste a ideia de *aids* como sinônimo de morte. Para esses autores, o estigma – sentido ou sofrido – produz sofrimento físico e mental.

A força dos sentimentos estigmatizantes e seus impactos no modo de vida das pessoas talvez repouse no reconhecimento, por si mesmo e pelos outros, de que a condição de soropositivo poderá ser alvo de preconceito e eventual discriminação, de agressão aberta à integridade física e mental do jovem.³³

³³ AYRES, J.R.; FRANÇA JR., I.; PAIVA, V. **Crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS: estigma e discriminação**. <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=13&id=106>>. Acesso em: 23 abr. 2011.

Na mesma direção, Kahhale *et al.* (2010, p.87) afirmam que o preconceito e a discriminação da homossexualidade associados ao HIV/*aids* podem assim ser percebidos:

Ainda hoje o HIV/*aids* se associa à homossexualidade, ao desvio sexual, à prostituição e à promiscuidade. Todas as sociedades parecem concordar com esses estigmas e discriminações, que despotencializam as pessoas. Devemos entender o estigma e a discriminação como processos sociais, pois estão no cerne da produção e reprodução das relações de poder e controle dos sistemas sociais.

Tendo em mente que as discriminações ocorrem nas interações sociais, ao violarem os direitos humanos dos indivíduos que vivem com HIV – muitas vezes com graves consequências para a vida amorosa, social, familiar, profissional e mesmo no cuidado com a própria saúde – atualmente é possível observar nos programas DST/*aids*:

É necessário considerar que o trabalho de todos os profissionais de saúde deve ser pautado pelos direitos humanos e pela busca da superação de toda e qualquer forma de discriminação, o que significa dizer que os psicólogos precisam incluir no seu dia a dia trabalhos que visem a eliminação ou a diminuição do estigma, preconceito e discriminação, como, por exemplo, a defesa dos direitos à reprodução, à igualdade de gênero e ao trabalho, assim como o direito de as pessoas serem tratadas de forma igualitária. (CREPOP, 2008, p. 23)

A estigmatização do HIV/*aids* também é motivo de preocupação da UNAIDS (2003), que acompanhou as três fases da progressão da pandemia, a saber: (1) a disseminação silenciosa e imperceptível do vírus; (2) o aparecimento dos sintomas de doença infecciosa; (3) a epidemia das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à *aids*, caracterizada por reações carregadas de estigma, discriminação e, por vezes, repulsa da coletividade.³⁴

Em outro momento, observamos a mesma preocupação com o processo de estigmatização, pelo relato de Bruyn (2002)³⁵ no Programa de HIV/*aids* do Conjunto das Nações Unidas e UNAIDS: por meio de cinco fatores, foram identificados os aspectos que contribuem para a manutenção do estigma: (1) o HIV/*aids* é uma enfermidade que ameaça a vida; (2) as pessoas têm medo de se infectar com o HIV; (3) a associação da *aids* a comportamentos como relações sexuais entre homens e o consumo de drogas injetáveis, que ainda são objeto de estigma na maior parte da sociedade; (4) muitas vezes se pensa que pessoas que vivem com HIV/*aids* são responsáveis pelo próprio contágio; (5) as crenças religiosas ou morais que levam algumas pessoas a pensar que ter o HIV ou a *aids* resulta de

³⁴ UNAIDS: Marco conceptual y base para La acción: estigma y discriminación relacionados com El VIH/sida. Ginebra, 2003.

³⁵ Palestrante do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA: Análisis comparativo: estudios de investigación de La India y Uganda: discriminación, estigma y negacion relacionados com VIH y El SIDA. Ginebra, 2002.

uma falta moral (como promiscuidade ou relações sexuais “desviantes”) e que portanto merecem castigo.

Kahhale *et al.* (2010) reforçam, ainda, que a atitude de se autoestigmatizar revela o quão enraizado está o preconceito no imaginário social:

Como resultado da estigmatização as pessoas fazem uma trajetória silenciosa e solitária, muitas vezes escondendo as informações a respeito de suas condições de saúde, para evitar a discriminação social, porém rumando para o isolamento social. (p.110)

Em vista disso, a discriminação e o isolamento social levam o indivíduo estigmatizado a recusar ou a evitar brechas de intimidade, esquivando-se assim do constrangimento em divulgar sua condição de infectado. Desse modo, ao manter relações distantes ele tem maior domínio dos conteúdos que não está disposto a dividir.

Para melhor compreensão do *fenômeno do encobrimento*, Goffman (2008) lembra que sempre foram levantadas questões referentes ao estado psíquico da pessoa que se encobre:

Primeiramente, supõe-se que ela deva pagar um alto preço psicológico, em nível de ansiedade bastante elevado, por uma vida sujeita a entrar em colapso a qualquer momento; em segundo lugar, pela suposição de que a pessoa que se encobre sentir-se-á dividida entre duas lealdades; e em terceiro lugar, a pessoa que se encobre deverá estar atenta a aspectos da situação social que outras pessoas tratam como não computados ou inesperados. (p.98-9)

Nesse processo de estigmatização da homossexualidade associado ao HIV/*aids*, a questão maior não é a potencialização do estigma envolvido, pois por si só a atribuição – em ambos os casos – já é significativa; o ponto crucial prende-se à dimensão de despontualização desse indivíduo; em outras palavras, ao quanto ele se torna desacreditado e excluído.

Para terminarmos esta reflexão, evidenciamos uma questão que está acima de qualquer discussão, que é o respeito às diferenças, à diversidade e ao direito de todos à cidadania. Para tanto, resgatamos o conceito de *multiculturalismo*³⁶, que é um termo típico do contexto do mundo globalizado e que constitui um dos mecanismos de luta contra qualquer forma de intolerância, sendo capaz de garantir os direitos civis e básicos a todos os indivíduos (MORTARI, 2002).

³⁶ O *multiculturalismo* implica em reivindicações e conquistas das chamadas minorias (negros, índios, mulheres, homossexuais, entre outras). A doutrina multiculturalista dá ênfase à ideia de que as culturas minoritárias são discriminadas, sendo vistas como movimentos particulares, mas que devem merecer reconhecimento público. <<http://profared.wordpress.com/2008/06/07/o-que-e-multiculturalismo>> Acesso em: 1 out. 2011.

No conceito de multiculturalismo, bastante pertinente à questão da sexualidade, está implícito que reconhecer a diferença é tomar ciência de que existem indivíduos e grupos que são diferentes entre si, mas que detêm direitos correlatos, e que a convivência em uma sociedade depende da aceitação da ideia de compormos uma totalidade social heterogênea em que não possa haver a exclusão de nenhum elemento dessa totalidade; os conflitos de interesse e de valores deverão ser negociados pacificamente, e quaisquer diferenças deverão ser respeitadas. Enfim, é imprescindível admitir-se a diferença na relação com o outro, em prol da tolerância, do respeito e da convivência harmoniosa com a diversidade.

CAPÍTULO 6

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo faz uma revisão da literatura sobre o tema estigma e discriminação relacionado com HIV/*aids* entre HSH. Os critérios de seleção incluíram o acesso a artigos publicados entre 2005 a 2010 constantes das bases de dados consultadas³⁷, com os descritores “estigma, discriminação e HIV/*aids*”, no período de agosto a outubro de 2010. A única exceção quanto ao período analisado trata do artigo de Derlega *et al.* (2002), devido à sua contribuição para a percepção da influência do estigma e da discriminação do HIV/*aids* na divulgação da infecção, considerando que atitudes negativas em relação a HIV e *aids* têm sido diretamente associadas a preconceitos contra HSH.

Dando sequência ao processo de seleção, o critério de inclusão privilegiou a seleção dos artigos que mais se integravam aos descritores “estigma, discriminação e HIV/*aids*”, dentro do foco da perspectiva psicossocial. Quanto ao critério de exclusão, foram descartados os artigos de pesquisas da área médica, laboratorial e com populações diferentes das objetivadas, tais como: crianças, mulheres vítimas de abuso sexual, adolescentes, hemofílicos, profissionais de saúde infectados no exercício de seu trabalho e indivíduos submetidos a transfusões de sangue. Em seguida, foram selecionadas as pesquisas melhor estruturadas em relação ao objetivo, método e resultados obtidos, bem como as pesquisas diversificadas quanto a diferentes lugares e países, permitindo-nos observar o que seria ou não consenso frente ao estigma e à discriminação relacionados HSH vivendo com HIV/*aids*.

Desse modo, foram selecionados quatro artigos de pesquisa realizados no Brasil, três na África, dois no México e um nos Estados Unidos da América. Todas as pesquisas foram quantiqualitativas, seguindo as normas dos termos de consentimento.

Os artigos selecionados têm o intuito de contribuir com o conteúdo deste estudo. Entretanto, achamos por bem deixá-los em separado dos demais capítulos, pela realidade de como foi construída e como se encontra a epidemia em cada país, guardadas as suas particularidades sociais, históricas, culturais, políticas e econômicas. Contudo, será possível observarmos, nesta pandemia, que as realidades típicas do estigma e da discriminação aos

³⁷ As bases de dados consultadas foram: Web of Science, Scielo, Biblioteca Digital Brasileira de Tese/Dissertações, BVS-Psicologia ULAPSI BRASIL.

indivíduos soropositivos mostram-se contrastantes devido ao processo histórico de cada país, e se assemelham enquanto representações sociais que cada sociedade estabeleceu para lidar com o HIV/*aids*.

Nos últimos anos, intensificou-se o foco na questão do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/*aids*, sobretudo em importantes órgãos e eventos como o UNAIDS, o Dia Mundial da Aids e a Conferência Internacional de HIV/Aids - Durban, Sul da África, sempre na tentativa de construir um modelo conceitual que identifique e organize os conceitos e variáveis que afetam diretamente o indivíduo vivendo com HIV/*aids*. Portanto, nas observações abaixo dos artigos, será possível analisar a força duradoura do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/*aids*.

Todos os artigos submetidos a esta análise tiveram como consenso a existência de estigmas e discriminação contra indivíduos vivendo com HIV/*aids*, e que exercem grande peso em suas vidas devido aos seus efeitos negativos e contraproducentes. No processo em que o soropositivo está inserido, houve também concordância geral quanto ao fato de que o desencadeamento do estigma se dá a partir da decisão do indivíduo em submeter-se ao teste de HIV.

Ainda no início desse processo, o soropositivo começa a se dar conta dos resultados efetivos do estigma, constatados na maioria das vezes pela precária saúde física e emocional que tenta a todo custo dissimular, pela diminuição da qualidade de vida, pelo abandono, pelo isolamento e pela violência, dentre outros sentimentos. Ele constata que, além das alterações físicas e psicológicas que o HIV ocasiona, terá que lidar com o estigma social, familiar e das pessoas mais próximas a ele. A situação torna-se ainda mais difícil quando se dá conta da necessidade de apoio, de acolhimento e de um repertório emocional para enfrentar todas as questões que começam a surgir.

Goffman, o autor mais citado em todos os artigos nos estudos de estigma, deu suporte à busca por uma maior clareza para o conceito e visibilidade do estigma que, como o próprio termo já diz, refere-se à possibilidade de esconder ou não as características que o originam. Para o autor, existe uma tensão nesse processo decisório; entretanto, esta poderia ser reduzida pela possibilidade de controle da situação social e da construção de uma postura mais ativa diante da reação das pessoas (SUIT e PEREIRA, 2008).

A relação da percepção de estigma e discriminação ligados aos indivíduos que vivem com HIV/*aids* foi caracterizada de forma recorrente em todos os artigos analisados. Os autores verificaram que as informações científicas em conjunto com as representações sociais vinculados ao HIV/*aids* são muitas vezes manifestadas em práticas estigmatizantes e discriminatórias dirigidas àquelas pessoas infectadas pelo vírus e aos suspeitos de serem soropositivos.

Essa percepção negativa dos soropositivos também pôde ser identificada em relação aos prestadores de serviços públicos de assistência a saúde aos soropositivos, refletindo um obstáculo na utilização desses serviços e comprometendo a adesão ao tratamento dos indivíduos (GARRIDO *et al.*, 2007). Tal questão também foi constatada por Infante *et al.* (2006) no relato do prejuízo desse efeito negativo, que começa na própria utilização dos serviços públicos tanto para o acesso a medicamentos e consultas quanto para o tratamento das enfermidades e doenças oportunistas, bem como o acesso às informações de prevenção e o comportamento dos profissionais desses estabelecimentos. Os autores analisaram os argumentos de ambas as partes: (a) o de profissionais de saúde que trabalham nesses estabelecimentos e que se veem como vítimas, primeiramente porque têm medo de infecção por trabalharem diretamente com soropositivos, e também porque se sentem estigmatizados pela sociedade por lidarem com esses usuários, que por sua vez são considerados socialmente culpados pela doença; (b) o dos indivíduos que vivem com HIV/*aids* que dependem desses serviços – e praticamente todos são dependentes porque nesses locais são feitas as consultas, exames e retiradas de medicação e tratamento de doenças oriundas do HIV/*aids* – relatam os casos de mau atendimento e a indiferença no tratamento oferecido pelos profissionais, e suas atitudes discriminatórias e estigmatizantes.

No mesmo sentido, Garcia e Koyama (2008) relatam que o estigma e a discriminação associados ao HIV/*aids* podem desestimular a procura pela realização do teste, devido ao receio do resultado, e do tratamento oferecido nos serviços de saúde após revelação da condição sorológica positiva. Muitas das consequências perversas da estigmatização de pessoas e/ou grupos específicos envolvem a discriminação nos espaços públicos e nas instituições privadas, gerando hostilidade, segregação e exclusão.

Tal percepção adveio da indiferença e do mau atendimento recebidos; os usuários acrescentaram, ainda, que o ingresso na emergência do hospital foi torturante e demorado. Da mesma forma, os resultados ligados à percepção dos profissionais entrevistados não

destoaram da percepção dos usuários. Verificou-se que esses profissionais não distinguiram a diferença conceitual e clínica entre o cliente ser soropositivo ao vírus ou padecer da síndrome; acreditavam que as pessoas que ali davam entrada certamente iriam morrer; e 80% dos profissionais consideravam os indivíduos culpados por sua condição e os associavam a grupos de risco, tais como HSH, profissionais do sexo, promíscuos e usuários de drogas (INFANTE *et al.*, 2006).

Apesar dos dados levantados nas pesquisas, dentre os passíveis de estruturação por meio de ações pontuais situavam-se o comprometimento de profissionais da área de saúde com a difícil realidade dos soropositivos (SUIT e PEREIRA, 2008); as intervenções estruturais na sociedade e nas medidas de saúde mental que protejam os indivíduos soropositivos do estigma e discriminação (CLOETE *et al.*, 2008); as ações educativas de populações identificadas como mais vulneráveis aos estigmas (GARCIA e KOYAMA, 2008); as ações que combatem a homofobia na sociedade e nos ambientes de trabalho (HERNÁNDEZ e TORRES, 2005); e as ações informativas, esclarecedoras e conscientizadoras junto aos peritos que avaliam os pedidos de aposentadoria por invalidez e possíveis licenças requisitados pelos indivíduos infectados pelo HIV (GARRIDO *et al.*, 2007). A conscientização desses dados, por meio das ações acima propostas, talvez possa nos levar a uma etapa mais humana da epidemia.

Um outro aspecto negativo decorrente do estigma e da discriminação às pessoas soropositivas, e que foi recorrente em todas as pesquisas aqui mencionadas, refere-se às muitas perdas que esse processo implica, dentre elas a perda de apoio social, da família e dos amigos; e a perda do emprego.

Embora tanto a epidemia quanto o estigma a ela relacionado tenham abrangência mundial, a realidade brasileira envolve algumas questões específicas no que tange a manifestações discriminatórias e de natureza individual ou coletiva. Garcia e Koyama (2008) verificaram que as informações sobre modos de transmissão e não transmissão do HIV/*aids* ainda necessitam de melhor elaboração e divulgação, principalmente entre as populações de menor escolaridade, residentes nos estados do Norte/Nordeste, do sexo feminino e pertencentes à faixa etária acima de 45 anos.

Acrescentaram, ainda, as dificuldades que um soropositivo encontra ao ser contratado para um emprego caso revele sua condição, bem como a dificuldade em manter-se

trabalhando mesmo omitindo a própria condição, devido às constantes faltas, atrasos e atestados médicos decorrentes da realização do tratamento, da retirada de medicação, dos exames médicos e laboratoriais, das consultas periódicas; sem contar as faltas ocasionadas pelos efeitos colaterais da medicação ou mesmo da doença, que lhe tiram a possibilidade de manter-se no mercado de trabalho e que muitas vezes resultam em sua demissão.

Um outro aspecto de exclusão encontrados por esses pesquisadores, e também associado à realidade brasileira, prende-se à forma com que o indivíduo soropositivo lida com a sua situação profissional. Muitas vezes resta-lhe recorrer à aposentadoria por invalidez, mesmo questionando se não haveria outros meios de lidar com as limitações que o tratamento lhe impõe. Dessa forma, ao encontrar-se sem alternativas de sobrevivência e necessitando de recursos financeiros, esse indivíduo é levado a entrar com o pedido de aposentadoria por invalidez. Como constatado na pesquisa, isso implicará em diversas cenas de humilhação ou discriminação quando da perícia médica, ficando mais uma vez evidenciado o despreparo da sociedade em lidar com questões relacionadas ao HIV/*aids* nos diversos segmentos.

Vale lembrar que as realidades sociais no México, nos EUA e em alguns países da África em relação ao estigma e à discriminação não é diferente; ao contrário, nesses países o aspecto negativo é ainda mais reforçado. Conforme as pesquisas de Duffy (2005), Holzemer *et al.* (2006) e Cloete *et al.* (2008), especificamente no caso da África a realidade social é muito precária, fazendo com que as questões referentes aos aspectos negativos de assistência sejam mais acentuadas e colaborem ainda mais para que o processo de estigmatização e discriminação alcance níveis sub-humanos, sem medicação antirretroviral do HIV, sem cuidados básicos de exames periódicos, sem alimentação adequada; em suma, a falta de assistência situa-se no plano de sobrevivência.

Hernández e Torrez (2005) e Infante *et al.* (2006) também chamaram a atenção para a situação do México. Embora de forma não tão precária quanto nos países da África, que não contam com condições básicas, os mexicanos insistem em critérios de julgamentos negativos em relação aos indivíduos infectados pelo HIV, carregados de estigma e discriminação; categorizam os indivíduos em grupos de risco, como homossexuais, drogaditos, profissionais do sexo, pessoas promíscuas e merecedoras do castigo de Deus.

Nos EUA, Derlega *et al.* (2002) obtiveram resultados bem próximos da realidade brasileira, todavia com dados da população HSHM, em que a percepção também é negativa quanto ao estigma e à discriminação associados ao HIV/*aids*.

Ainda em relação à percepção do estigma por HSHM, Hernández e Torrez (2005) concluíram que este grupo específico receia que, na hipótese do soropositivo revelar seu diagnóstico aos familiares, a reação poderia ser agressiva pela conscientização de que o indivíduo infectado havia feito sexo com homens e sem preservativo. Essa pesquisa também corrobora os dados encontrados por Derlega *et al.* (2002) quanto à homofobia internalizada nutrida pelos HSHM, com atitude e percepção negativa de sua orientação sexual por contrariarem o heterossexismo, por transgredirem os estereótipos de gênero devido à aquisição de significados negativos associados à homossexualidade durante a infância. Desse modo, por incorporarem tais significados à sua autoimagem, tornando a própria conduta autodestrutiva e negativa, os soropositivos – por um mecanismo de defesa – tendem a se envolver em maiores práticas de sexo de risco, seja consumindo drogas antes e durante as relações sexuais, seja engolindo o sêmen dos parceiros. Tais práticas provavelmente se devem à tentativa de se desinibirem, buscando reduzir a culpa derivada da introjeção do prejuízo e permitir-lhes assim realizar o contato com outros homens. Nesse contexto, o uso de preservativos é constantemente dispensado.

Na mesma direção, a pesquisa de Greco *et al.* (2007) identificou uma invulnerabilidade inconsciente quanto às precauções, que pode estar relacionada com o estereótipo da masculinidade que denota valentia e virilidade. A recusa quanto ao uso de preservativos na relação com parceiras estáveis, por parte dos HSHM, mediada por difusos silêncios culturais do mundo heterossexual, leva-nos a pensar na necessidade de novos estudos que possam contribuir para a adequação de medidas preventivas em favor dessa população de difícil alcance. Tais informações são de extrema importância na orientação de futuras políticas posto que, conforme apontado nesta revisão, os HSHM são mais vulneráveis ao sexo de risco e conseqüentemente ao vírus do HIV/*aids*, devido à homofobia internalizada e às características de indicadores masculinos distorcidos de negação da própria homossexualidade.

Além das questões abordadas, restam ainda as individuais que – apesar de intimamente ligadas a processos sociais – devem ser analisadas quanto à forma como o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/*aids* são “percebidos” pelos indivíduos. Essa

percepção deverá direcionar como cada um irá administrar sua condição de infectado pelo HIV e conviver com sua situação.

No âmbito das estratégias de enfrentamento individual face ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV/*aids*, bem como da relação entre os múltiplos fatores psicológicos envolvidos, Suit e Pereira (2008) enfatizaram o quanto esses fatores são indicadores no sistema imunológico do indivíduo soropositivo, originando maior ou menor suscetibilidade diante de agentes patogênicos que serão determinantes nas características e evoluções de infecções aos indivíduos vivendo com HIV/*aids*. Os resultados obtidos por esses pesquisadores sugerem que os piores estados de ânimo, um maior nível de estresse e estratégias de enfrentamento desvinculadas de uma ação mais ativa diante dos problemas estariam diretamente relacionados a um diagnóstico mais grave, favorecendo a progressão mais rápida do vírus no organismo. A manutenção de altos níveis de estresse por longo espaço de tempo, ou com alta frequência, pode desequilibrar todos os órgãos e sistemas humanos, devido ao excessivo desgaste; em consequência, o sistema imunológico terá sua capacidade de defesa reduzida, resultando em maior vulnerabilidade e adoecimento.

A questão da adaptação do indivíduo à própria soropositividade foi também monitorada por Suit e Pereira (*Ibid*). Em um primeiro momento, o soropositivo deve perceber a situação como fonte de estresse para depois acessar as próprias possibilidades de enfrentamento, em um contexto no qual a situação é avaliada como significativa e penosa. Por outro lado, a escolha sobre a estratégia de enfrentamento a utilizar decorre da avaliação que o indivíduo faz da situação estressante (avaliação subjetiva) e da sua percepção frente ao contexto, que direcionará as possíveis estratégias de enfrentamento, tendo-se em mente que a forma como cada pessoa se percebe na situação difere entre casos.

A relação entre cada indivíduo e a própria doença também está intimamente ligada ao nível de percepção de sua condição. Como demonstrado por Delerga *et al.* (2002) e Suit e Pereira (2008), os caminhos escolhidos face ao estigma são diversos, e as características de saúde física do soropositivo também guiarão o seu modo de lidar com o estigma percebido. Tais características possibilitarão um maior controle da doença, cabendo-lhe a opção de decidir quando e como revelar sua condição de infectado a partir da avaliação sobre o momento mais oportuno e seguro de fazê-lo, após um período de observação das pessoas à sua volta, buscando identificar quem estaria mais preparado para ouvir sua condição sem julgá-lo ou ameaçá-lo.

Cabe ressaltar que a percepção do estigma associado à revelação da condição de soropositivo a amigos, parceiros e principalmente aos pais é um processo bastante penoso para o indivíduo vivendo com HIV/*aids*, por mobilizar sentimentos de angústia, isolamento, humilhação, tensão, autculpa, vergonha, medo de rejeição, medo de agressões físicas e verbais, dentre outros.

Em contrapartida, como uma característica de autopreservação, Garrido *et al.* (2007) identificaram a intenção do indivíduo de não revelar sua condição de soropositivo para evitar a estigmatização decorrente do processo de visibilidade da sua condição de soropositivo, caso viesse a adoecer ou demonstrasse características de adoecimento ocasionado pelo HIV/*aids*. Em outras palavras, a mobilização dos múltiplos sentimentos acima descritos faz com que a pessoa viva em constante estado de alerta e de desconfiança quanto à descoberta de sua condição.

Suit e Pereira (2008) chegaram a consenso similar, acrescentando que, na eventualidade de manifestações do quadro clínico da doença que levassem as pessoas próximas à desconfiança de sua sorologia, os soropositivos poderiam ser responsabilizados pela própria situação, passando a ser vistos como pertencentes a grupos de risco – como ocorrem com profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas consideradas promíscuas, homossexuais e outros grupos já estigmatizados antes do surgimento da infecção.

Nesse mesmo contexto, Infante *et al.* (2006) trazem sua contribuição ao direcionarem suas pesquisas aos grupos de pessoas consideradas vítimas por terem contraído o vírus como consequência da irresponsabilidade de outrem – estes sim vistos como culpados, promíscuos, HSH, drogaditos, dentre outros. Tais resultados contrastam com a pesquisa de Duffy (2005), em que o julgamento das vítimas aparece de forma controversa, radical e oposta. No caso das mulheres soropositivas, por exemplo, mesmo que tenham sido infectadas pelos seus parceiros, foi bastante severo – e até mesmo desumano; elas foram expulsas de casa, abandonadas pelo marido, família, filhos e amigos; acusadas de promiscuidade e condenadas ao isolamento. Nos resultados da pesquisa de Duffy, as mulheres infectadas pelos seus maridos, na condição de esposas, dedicaram todos os cuidados aos cônjuges para depois, quando estes falecessem, foram abandonadas à própria condição terminal da doença. Entretanto, é importante ressaltar que os dados desta pesquisa diferem de forma tão extrema por estarem contextualizados na África, onde a cultura em relação aos valores femininos é bem mais rígida.

No que diz respeito à realidade masculina, a sociedade é bem mais tolerante com os homens do que com as mulheres, possivelmente devido ao fato de estar ligada à força e ao papel do homem como provedor da família (GARRIDO *et al.*, 2007). Mesmo no caso de homens promíscuos ou usuários de drogas e/ou álcool, quando infectados pelo HIV, nota-se uma tolerância maior e mais fácil aceitação de sua condição (DUFFY, 2005).

Cabe registrar que foram identificados alguns aspectos positivos na experiência de homens infectados. Derlega *et al.* (2002) reportam questão bastante controversa em relação aos demais artigos no que se refere à população de HSH. Enquanto em outros estudos a população de HSH tenha sido vista somente como a que mais sofre pelo estigma e discriminação no HIV/*aids*, foi identificada nas pesquisas desses autores uma vantagem dessa população em relação às demais no que tange ao enfrentamento do estigma do HIV. Ao tomar ciência da sua soropositividade, a população de HSH percebe ter acesso ao apoio de outros HSH da comunidade em condição similar, diferentemente dos HSHM, que sentem uma percepção de apoio mais precária. Os HSH soropositivos mantêm estreita relação com outros indivíduos HSH, soropositivos ou não; presume-se, portanto, que os parâmetros de relacionamentos são menos propensos a diminuí-los ou desvalorizá-los devido ao diagnóstico de HIV.

Os resultados obtidos nas pesquisas de Derlega *et al.* (2002) e Hernández e Torrez (2005) sugerem o quanto se poderia esperar da rede de apoio familiar quando se pensa em melhor estruturar essas redes de apoio. Entretanto, se na percepção dos soropositivos os pais não são “confiáveis” em relação ao estigma associado ao HIV, seria conveniente pensarmos o que se pode esperar do chamado apoio familiar, levando-se em consideração o relato das percepções negativas exibidas. Ainda com base na percepção dos soropositivos, ao compararem a reação da família e a dos amigos, observa-se uma maior relação de intimidade com os últimos, devido a serem estes escolhidos voluntariamente, por questão de confiança. Assim, os soropositivos acreditam que estariam se resguardando de possíveis julgamentos e acusações e reduzindo os riscos de rejeição pelo fato dos amigos serem mais tolerantes e agirem potencialmente com menor estigma devido à relação de confiabilidade. O mesmo ocorre em relação aos parceiros, que são livremente escolhidos com base em atração mútua.

Apesar disso, o impacto do estigma ligado a comportamentos de discriminação aos infectados pelo HIV tem aumentado não somente no Brasil, mas em todas as áreas das pesquisas abordadas nesta revisão. Sendo assim, é consenso entre os pesquisadores que o

impacto do estigma – seja no Brasil, no México, nos EUA ou nos países africanos – tem sido objeto de muita preocupação por órgãos como UNAIDS, OMS e várias ONGs, sendo identificado como a origem de prejuízos financeiros, sociais, culturais, familiares, físicos e psicológicos de todos os envolvidos.

Por conseguinte, com base na revisão dessas pesquisas é possível identificar a influência do impacto negativo do estigma na vida de indivíduos soropositivos. O estigma e a discriminação associados ao HIV/*aids*, identificados nos resultados de todos os autores, podem afetar – em muitos aspectos – a vida daqueles que vivem com o HIV/*aids*, provocando sentimentos e situações tais como sofrimento; vergonha; abandono; exclusão social; perda de apoio familiar, do cônjuge, dos filhos e dos amigos; perseguição; isolamento; humilhação; angústia; medo de julgamentos e agressões físicas e verbais; perda do trabalho; problemas para acessar os serviços de saúde, dentre outros.

Foi relatado pelos participantes soropositivos que, ao perceberem o estigma, sofreram influência negativa em sua saúde; além de depressão, ocorreu um aumento da severidade dos sintomas relacionados com o HIV que se refletiram em baixos níveis de resposta ao tratamento antirretroviral (HOLZEMER *et al.*, 2006; SUIT e PEREIRA, 2008). Nesse aspecto, Holzemer *et al.* identificaram a urgente necessidade de desenvolver um modelo conceitual do estigma do HIV/*aids* que possa intervir no processo de discriminação e estigma de modo preventivo, buscando evitar baixas na adesão e resposta ao tratamento ocasionando, assim, pioras no quadro clínico dos usuários soropositivos.

Em suma, todos os dados apresentados apontam para a constante necessidade de repensarmos novos modelos para atingirmos os indivíduos soropositivos nesta nova etapa da síndrome do HIV/*aids*. De acordo com os resultados analisados, o estigma e a discriminação associados ao HIV/*aids* não têm a ver com localização geográfica ou nacionalidade, e sim com uma questão que deve ser encarada com preocupação mundial devido à sua tamanha complexidade. Fica assim evidenciado que serão necessárias novas estratégias de enfrentamento cuja variável que exige maior investigação tem a ver com o estigma e a discriminação associados ao HIV/*aids*.

Entretanto, ao observarmos a realidade da epidemia do HIV/*aids* em outros países, cada qual com seus processos históricos, sociais, políticos e econômicos, ressaltamos a grande importância da contribuição do Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre

a População de Gays, HSH e Travestis³⁸ e de suas diretrizes, que regule práticas de atuação e de prevenção, a exemplo do que ocorre no Brasil; um plano que normatize, impeça e regule ações que comprometam e combatam questões de direitos humanos e de cidadania aos indivíduos que vivem com HIV/*aids*.

Concluindo, acreditamos que os resultados auferidos ao longo deste trabalho possam contribuir para novos conhecimentos que serão úteis no trabalho de intervenção e prevenção junto aos HSH vivendo com HIV/*aids*.

³⁸ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Ministério da saúde. Data de Publicação: 25.3.2008. Descrição: Implementação de políticas públicas de prevenção e controle das DST/Aids em contextos de vulnerabilidade acrescida. O Plano Nacional foi formulado com base em Consulta Pública realizada em julho de 2007.

CAPÍTULO 7

MÉTODO

OBJETIVO GERAL

- Observar a experiência de estigma e discriminação em Homem que faz Sexo com Homens (HSH) vivendo com HIV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar as implicações que o HIV pode ocasionar no cotidiano dos indivíduos que são soropositivos, no que se refere à percepção da doença, à percepção de si mesmo enquanto infectado (autopercepção), à sua rede social, à sua orientação sexual e aos contextos de vulnerabilidade envolvidos.

- Comparar os indivíduos antes e depois da cronificação da doença em relação à revelação do diagnóstico.

A CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente pesquisa utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. Trata-se de um compartilhamento de ideias dentro de um grupo social. Nesse sentido, entende-se por discurso todo posicionamento argumentado, é um espelho coletivo. (LEFEVRE e LEFEVRE, 2005).

É um método essencialmente *qualiquantitativo*, já que, em todos os momentos da pesquisa, do começo ao fim, fica preservada a natureza essencialmente discursiva e qualitativa da opinião ou representação, e inseparável dela, a dimensão quantitativa, associada à representatividade e generalização dos resultados. (LEFEVRE e LEFEVRE, 2010, p. 16)

O DSC é uma técnica metodológica que permite o resgate de discursos coletivos de forma qualitativa. Com esse propósito, são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente. Os resultados auferidos podem ser divulgados, desde que preservada a sua característica qualitativa (LEFEVRE *et al.*, 2005).

Perguntas abertas sobre um tema e seus desdobramentos, dirigidas a indivíduos entrevistados isoladamente, é o modo mais adequado de se obter depoimentos que possam posteriormente ser agregados e conformar o pensamento de uma coletividade. (LEFEVRE *et al.*, 2010, p. 52).

Por outro lado, o DSC também pode utilizar um aspecto quantitativo, já que cada depoimento origina-se de um determinado sujeito. Para exploração desta faceta, foram desenvolvidas técnicas específicas e até mesmo ferramentas computacionais de tabulação, que quantificam os dados e segmentam resultados (LEFEVRE *et al.*, 2005).

O DSC engloba depoimentos sintetizados e analisados, redigidos na primeira pessoa do singular e expressando o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos. Dessa forma, ao se colher vários depoimentos percebe-se elementos comuns que delineiam o discurso coletivo, que são as *representações sociais* que caracterizam um determinado grupo. Os discursos contêm o conjunto das *Expressões Chave* dos depoimentos, que possuem *Ideias Centrais* e/ou *Ancoragens* com características semelhantes (LEFEVRE *et al.*, 2005).

Assim sendo, a metodologia escolhida do Discurso do Sujeito Coletivo viabilizou o surgimento de novas possibilidades de interação no que se refere às *representações sociais* como objeto de pesquisa empírica entre particular e coletivo, teórico e empírico, síntese e análise, qualitativo e quantitativo.

PARTICIPANTES

A amostra deste estudo foi composta por trinta (33) homens adultos soropositivos, de uma Clínica Municipal de Especialidades Médicas da Grande São Paulo.

Os participantes foram selecionados pela equipe multidisciplinar da unidade e obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser do sexo masculino, alfabetizados, de 20 a 60 anos, com orientação sexual HSH e HSHM, e que estejam vivendo com HIV.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O pesquisador utilizou os seguintes instrumentos:

- Formulário para caracterização da amostra que visou buscar informações de dados sociodemográficos e socioeconômicos (por meio dos critérios da ABIPEME – modelo incluso nos anexos), para fins de conhecimento do perfil dos participantes do estudo, tais como: sexo,

idade, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda e duração da doença. Estes dados foram obtidos nas entrevistas com os participantes.

- Entrevista com perguntas abertas, abordando aspectos referentes às suas vivências com o HIV.

PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do comitê de ética, ao qual essa pesquisa foi submetida, foi feito novo contato com a diretoria da instituição onde se realizou a pesquisa, com a finalidade de obter autorização para o início da coleta de dados.

No dia 6 de julho de 2011 foi realizada uma reunião com a coordenação e toda a equipe da Unidade Clínica Municipal, quando foram expostos todos os detalhes do projeto desta pesquisa. Dessa reunião, participaram os integrantes da equipe multidisciplinar – 18 profissionais de diversas áreas que integram o quadro de tratamento –, os quais, após tomarem ciência do projeto, predispuseram-se a colaborar na seleção e encaminhamento dos sujeitos que participariam da pesquisa.

A seguir, ficou acordado com a coordenação e com todos os membros integrantes da equipe multidisciplinar que, seguindo os critérios de inclusão desta pesquisa, eles seriam os responsáveis por selecionar e agendar as entrevistas com os participantes (dias e horários), de acordo com a disponibilidade de todos, sem interferência na dinâmica do tratamento a eles dispensado. Foi também combinado entre o pesquisador e a coordenação da instituição que as datas das entrevistas seriam previamente definidas.

Cada entrevista foi realizada individualmente, gravada e posteriormente transcrita, com a prévia autorização dos participantes. Foram antecipadamente especificados os objetivos do estudo, apresentados e explicados os itens relativos ao Termo de Consentimento, bem como devidamente esclarecida a garantia de sigilo.

A instituição manifestou interesse em ter acesso aos resultados auferidos ao longo do processo. Assim, foi acertado que – após a defesa do presente trabalho –, será agendado um horário com a equipe para esse propósito. Vale lembrar que os resultados serão comentados por grau de significância genérica, sem que, em qualquer momento, seja identificado qualquer participante.

Período de execução das entrevistas: setembro/outubro de 2011.

ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados deste estudo foi realizada após análise, aprovação e consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP, considerando-se os aspectos éticos pertinentes às pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº. 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996); bem como o aceite de participação no estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por seus participantes.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento de análise dos dados no Discurso do Sujeito Coletivo foi marcado pela apreciação criteriosa das entrevistas individuais, auxiliado pelo software Qualiquantisoft (www.spi-net.com.br) que teve como base, sobretudo, os pressupostos da Teoria das Representações Sociais, que elencou e articulou uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos coletados nas entrevistas por meio de questões abertas.

Essas operações resultaram, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais. Cada um desses depoimentos coletivos veiculou uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, visando produzir uma opinião coletiva.

Para a classificação socioeconômica, o pesquisador utilizou o critério da ABIPEME (modelo incluso nos anexos).

Assim sendo, mediante os resultados encontrados e à luz do referencial teórico, o material foi interpretado, com o aprofundamento das discussões fundamentado nos achados bibliográficos voltados para o tema.

CAPÍTULO 8

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa serão apresentados os resultados da pesquisa de campo, sob a forma de gráficos e quadros, com a finalidade de facilitar a visualização e compreensão dos mesmos.

8.1 Caracterização da amostra

Seguindo o critério de inclusão, utilizamos nas entrevistas o formulário para caracterização da amostra, buscando informações de dados sociodemográficos e socioeconômicos (por meio dos critérios da ABIPEME), para fins de conhecimento do perfil dos 33 participantes do estudo. Após a coleta de dados foram elaborados os gráficos e classificada a amostra da seguinte forma:

Idade	Nº de Entrevistados
De 20 a 30 anos	4
De 31 a 40 anos	9
De 41 a 50 anos	8
De 51 a 60 anos	12

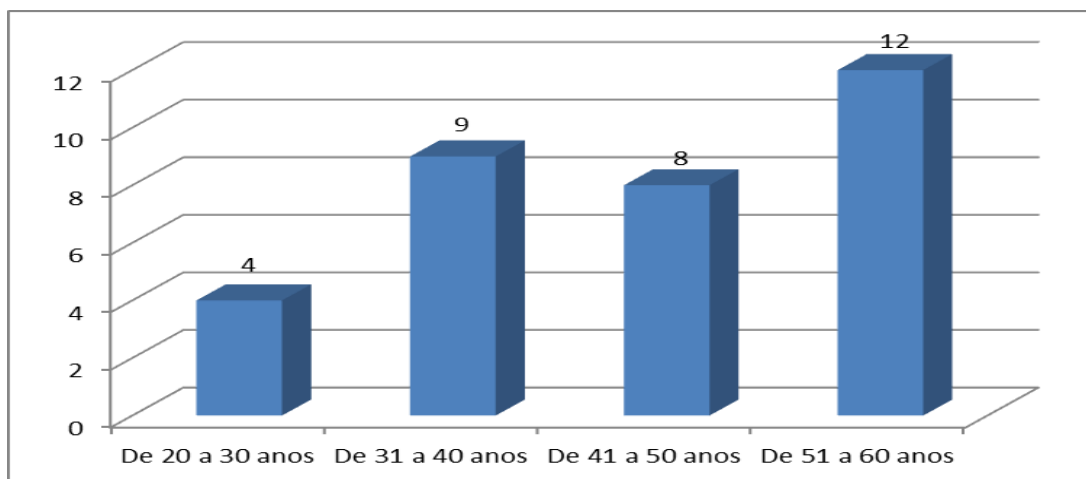


Gráfico 1: Classificação da amostra por faixa etária.

Cor	Nº de Entrevistados
Branca	17
Parda	14
Preta	2

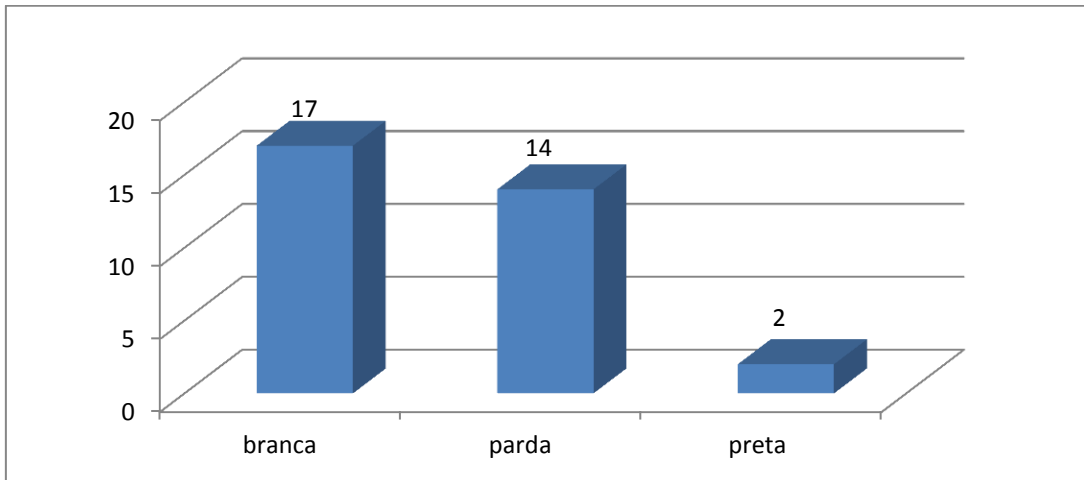


Gráfico 2: Classificação da amostra por cor.

Estado Civil Nº de Entrevistados

Solteiro	14
Divorciado	3
Casado	8
União estável	8

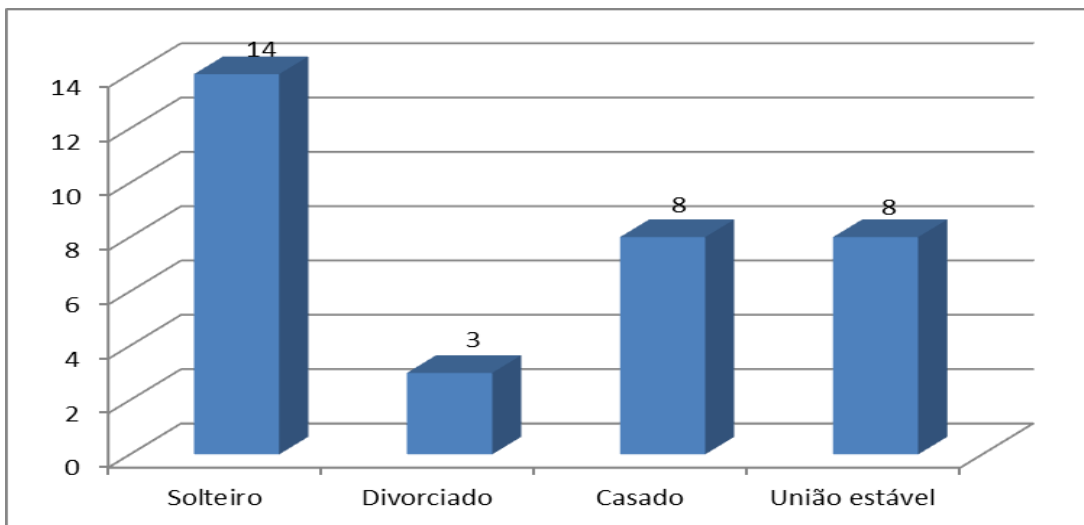


Gráfico 3: Classificação da amostra por estado civil.

Classificação Social Nº de Entrevistados

A	3
B	3
C	15
D	5
E	7

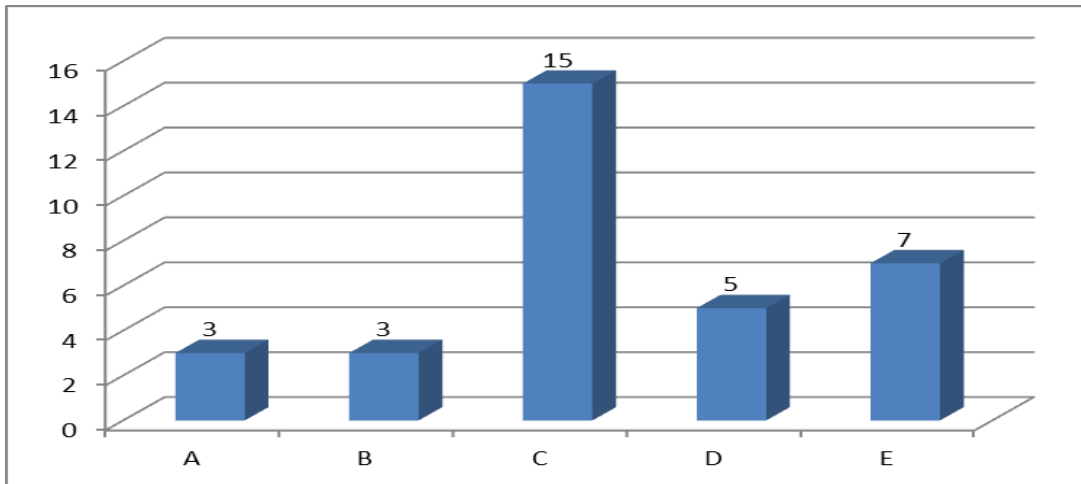


Gráfico 4: Classificação social da amostra.

Grau de Instrução	Nº de Entrevistados
Primário incompleto	4
Primário completo	1
Ginásio incompleto	5
Ginásio completo	2
Colegial incompleto	1
Colegial completo	12
Superior incompleto	1
Superior completo	7

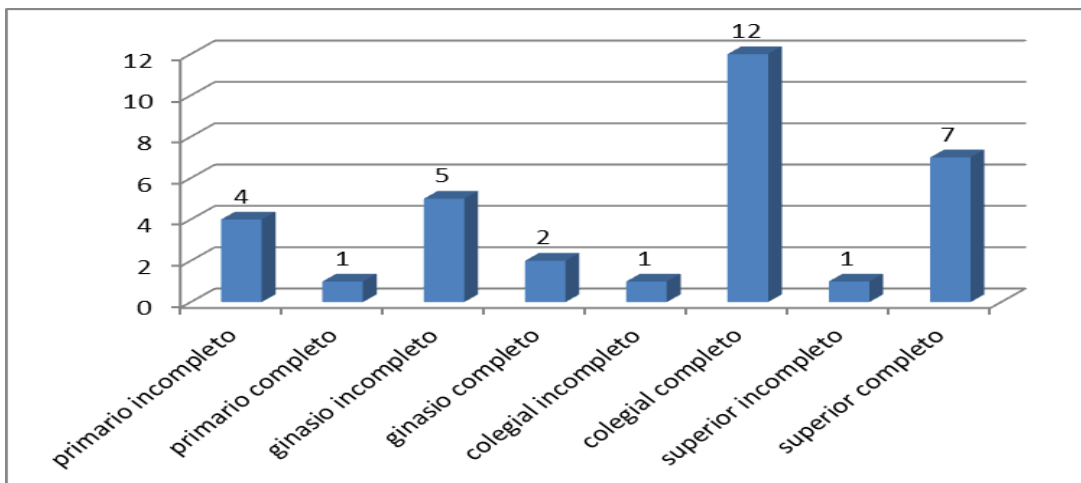


Gráfico 5: Classificação da amostra por grau de escolaridade.

Classificação da Orientação Sexual	Nº de Entrevistados
HSH	21
HSHM	12

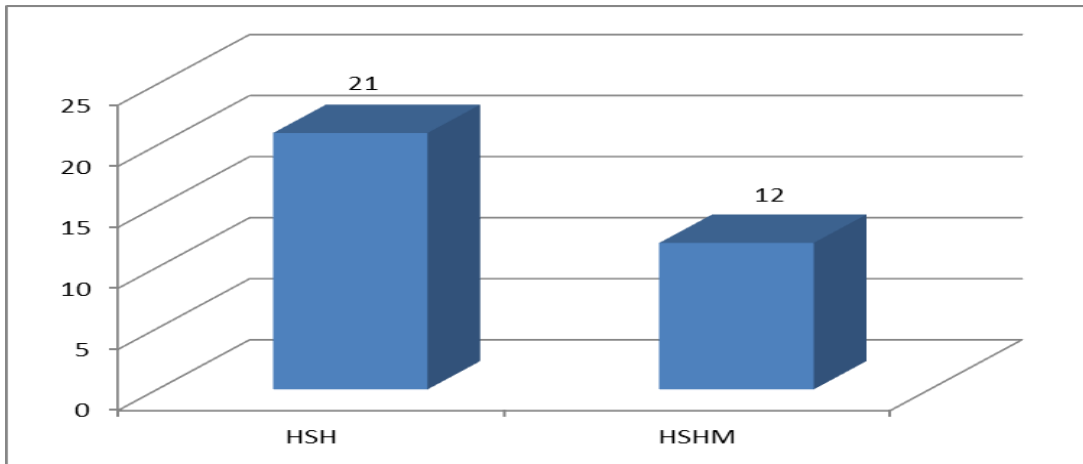


Gráfico 6: Classificação da amostra por orientação sexual.

Classificação por Tempo de Infecção do HIV	Nº de Entrevistados
Depois da cronificação	24
Antes da cronificação	9

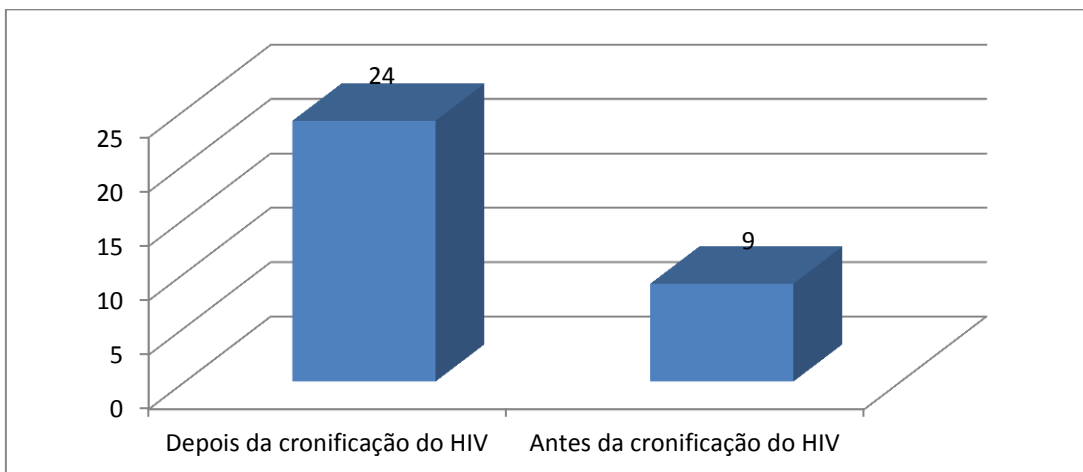


Gráfico 7: Classificação da amostra por tempo de infecção do HIV.

Entende-se por cronificação os indivíduos que foram infectados antes e depois de 1996, ano em que se caracterizou a cronificação da doença³⁹.

³⁹ Desde 1996, com a implantação da Lei Ministerial nº 9.313 como parte de uma das diretrizes do SUS, que considera a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, houve a possibilidade de que todas as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) tivessem acesso à Terapia Antirretroviral (TARV), quando necessária, com o objetivo de reduzir a replicação viral, restabelecendo, desta forma, o sistema imunológico. <http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/s/novo_site/images/fotos /txt_base_3_conferencia_dsthivaid.pdf> Acesso em: 10 jan. 2012.

8.2 Resultados e discussão

Nesta sessão será apresentada a articulação dos resultados obtidos na pesquisa de campo, com a pesquisa teórica e de revisão de literatura. Nesta etapa faremos a análise tendo em mente os objetivos geral e específicos.

Agora eu não faria sem camisinha. Quer dizer, eu não me excito mais, eu não me masturbo mais. Nem masturbo mais. Os 'cara' não deixa você mostrar que tem pau... tem que masturbar escondido, eles tem que pensar que você é 'mona', eles 'sabe' que você não é mona, mais não pode ver teu pau senão te chuta na cara... aí você se acostuma que é mona e se masturba sozinho, depois que amanhece... se dá tempo, mas é tão babado que se num dá tempo, tem que fingir que tá bom... é tá bom, é porra pra todo lado, pra que mais a tua também... deixa pra depois. No banheiro às vezes tem uma mona drogada que nem sabe que também sou mona ai me chupa, e se gozo nela, ela nem percebe... a bicha tá chapelada, doida que nem vê que o caralho é de mona. Bichado... A bicha tá com bicho e, quem sair com ela fica bichado... Viado é gente suja... escrota, que merece apanhar. Se eles sabem que a gente tem a maldita, aí te chutam na cara, bate até morrer... tem medo de ficar bichado também, ficar raça poder. (sujeito H17)

Iniciamos este capítulo com um trecho de entrevista de um dos participantes, bastante representativo do universo dos HSH vivendo com HIV. Depoimento marcado pela violência e pelo sofrimento, que revela os inapagáveis *estigmas* que habitam o imaginário social e delata a total ausência de direitos e a mais alta miséria humana, conforme atesta Goffman (2008).

Nesta primeira questão, temos como finalidade observar um dos itens dos objetivos específicos deste estudo: **a “percepção” atribuída quanto ao significado de viver com a doença.**

1 – O que significa para você viver com HIV?

● Dados Quantitativos

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

<i>Ideias Centrais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A- Normal, como se não tivesse a doença.	12	36,36
B- É ter uma vida limitada, com incerteza do futuro e sem esperança.	12	36,36
C- Uma situação não normal, traumática.	7	21,21
D- Muito preconceito.	2	6,06

Quadro 1 - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: **O que significa para você viver com HIV?**

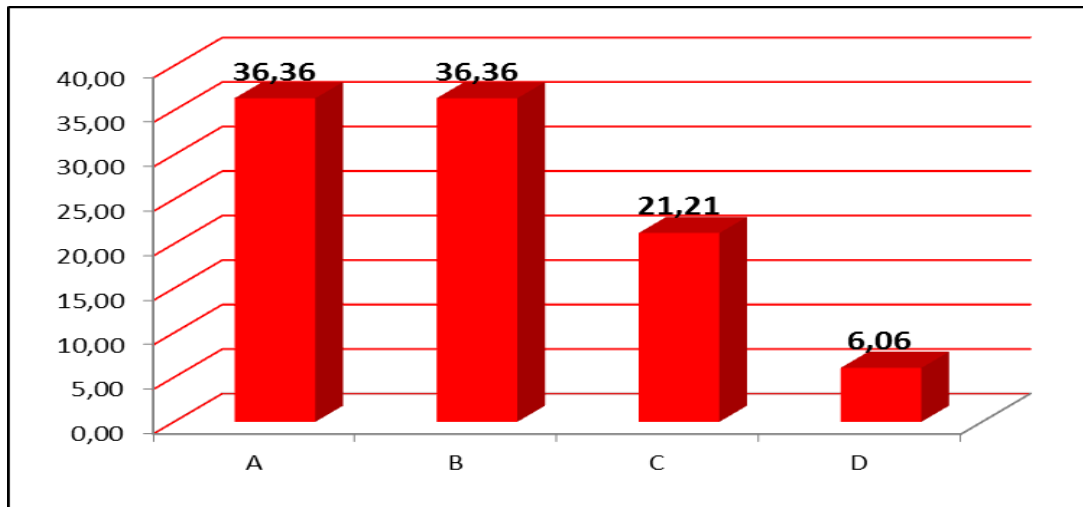


Gráfico 8: O que significa para você viver com HIV?

• Dados qualitativos

A - NORMAL, COMO SE NÃO TIVESSE A DOENÇA

É como se eu não tivesse; nem acho que eu tô doente. Eu tento pensar pra frente, não olho mais pra trás. É uma coisa que pra mim tá mais na alma do que no corpo. A gente bebe, a gente sai, toma o remédio como se não tivesse nada. Porque eu 'sou' muito bem, o meu soropositivo tá muito bom. Então pra mim não mudou nada, só essa questão da parte sexual que eu tive que alinhar. Me sinto muito bem, saudável, produtivo.

Então não é algo que eu tenha assim, algum medo, alguma preocupação. Já tive no começo, quando eu descobri que eu tinha, mas hoje, como o meu médico diz, eu não vou morrer disso. Então me sinto tranquilo. Não me mato por causa disso, não me culpo, não tenho nenhum sentimento de culpa. Até hoje, graças a Deus, nunca tive nenhuma complicação em relação ao vírus. O HIV me fez ver que a gente não é nada na vida, toma um tombo pra levantar e saber que aquilo machuca.

Hoje eu posso dizer que o HIV me fez uma pessoa melhor. Não é fácil, lógico que não é uma coisa que eu se eu pudesse optar por não ter, eu optaria por nunca ter tido. Não levo uma vida completamente com regras, mas não tão desregrada, como eu levaria talvez se eu não tivesse o HIV.

Na percepção de 36,36% dos participantes, o significado de viver com HIV é encarado como “normal, como se não tivesse a doença”. É possível detectar que a infecção causou uma ruptura no estilo de vida e maior introspecção dos indivíduos, tornando-os mais reflexivos: *Hoje eu posso dizer que o HIV me fez uma pessoa melhor.*

Estes indivíduos demonstram consciência frente às limitações ocasionadas pelo HIV: *Não levo uma vida completamente com regras, mas não tão desregrada, como eu levaria talvez se eu não tivesse o HIV.* Este fator positivo também pode ser observado na

adaptabilidade emocional: *Então me sinto tranquilo. Não me mato por causa disso, não me culpo, não tenho nenhum sentimento de culpa... Me sinto muito bem, saudável, produtivo.*

Outra demonstração de maturidade emocional: *Eu tento pensar pra frente, não olho mais pra trás*, contribuindo para que reagissem de forma positiva e não se fragilizassem com o HIV a ponto de não seguir com suas vidas.

B - UMA VIDA LIMITADA, SEM ESPERANÇA E INCERTO QUANTO AO FUTURO

O soropositivo ele tem uma vida diferenciada, você tem que se adaptar aos medicamentos, aos seus esquemas, aos seus médicos. É uma luta, né? Porque a princípio achava que era o fim, mas foi o início de uma batalha. Eu acho que tive até a crise que mais ou menos todo mundo tem. "Acabou a minha vida, eu vou quer... eu vou me matar." Não é fácil se conviver com o vírus HIV. É possível, mas com muita luta, dedicação ao tratamento e principalmente disciplina. O essencial pra se sobreviver com o HIV é disciplina. Então, mudou bastante, tem que tomar cuidado sim com as outras pessoas, pra não estar transmitindo pras outras pessoas, né? A gente fica mais limitado do que sem HIV, a gente tem que fazer regime, a gente tem que manejar - manejar na bebida, não fumar. É uma coisa do psicológico que tira tua esperança de continuar vivendo, de seguir tua vida, uma certa incerteza do futuro, que eu tenho medo das consequências.

Na percepção de 36,36% dos entrevistados, o significado foi atribuído a “ter uma vida limitada, sem esperança e incerta quanto ao futuro”. Neste grupo, ao mesmo tempo em que demonstram consciência de viver com HIV, força, determinação e elementos como luta, dedicação e disciplina, paralelamente revelam a incerteza quanto ao futuro, o sofrimento e as dificuldades no manejo da medicação e o medo das consequências de seu uso contínuo. Nota-se, portanto, que o significado atribuído é mobilizador, legitimando a afirmação de Paulilo (1999) de que a *aids* evoca imagens de combate, em que os doentes estariam na linha de frente.

A instabilidade emocional frente ao diagnóstico de HIV que este grupo apresenta é compreensível, frente à complexidade da doença. Todavia, esses indivíduos demonstraram habilidade emocional para lidar com sua nova condição e resistir à pressão desta situação: *É uma luta, né? Porque a princípio achava que era o fim, mas foi o início de uma batalha.* Este aspecto positivo também é demonstrado quando citam a “disciplina” como garantia de sobrevivência: *O essencial para se sobreviver com o HIV é disciplina – tem que tomar cuidado sim...* No contexto do HIV, a disciplina é um fator importantíssimo, que pode significar o sucesso ou o fracasso do tratamento; sem dizer que é um elemento que demonstra força, vitalidade e determinação para superar as circunstâncias que se impõem e lidar com a instabilidade emocional.

C - UMA SITUAÇÃO NÃO NORMAL, TRAUMÁTICA

Não dá pra dizer que não seja terrível. Porque é uma situação que não é agradável pra ninguém. Não dá pra dizer: "Ah, normal. Eu não sinto nada, acho a mesma coisa." Não é normal. É claro que é uma situação traumática. E, assim, não tem normalidade pra ninguém. Não consigo aceitar, é muito complicado, não me acostumei até hoje. Às vezes eu falo que levo uma vida normal, mas não levo.

Para 21,21% dos entrevistados, o significado atribuído a viver com HIV é enfrentado como “uma situação não normal, traumática”, percebendo-se distante da “normalidade”. Neste grupo, a presença compreensível de sentimentos como o medo e a dificuldade em aceitar a situação gera um comportamento de tensão cercada de dualidade e de ideias de inevitabilidade, conforme atestado por Oltramari (2003).

A força do estigma e as representações sociais que permanecem no imaginário coletivo atuam como processos de desvalorização, causando muito sofrimento a estes indivíduos (AYRES *et al.*, 2006; GOFFMAN, 2008; MOSCOVICI, 2008).

D - MUITO PRECONCEITO

Olha, a grande verdade é o seguinte: o povo ainda, eu acho que nunca vai se acostumar com uma pessoa que tem HIV. Se os meus amigos soubessem que eu tenho HIV, eles me virariam as costas.

Dentre os entrevistados, 6,06% atribuem o significado de “viver com HIV” ao preconceito e à discriminação. Esta percepção negativa revela a força do preconceito – um mecanismo eficiente e atuante, a mola central e o reprodutor mais eficaz da discriminação e da exclusão. Nota-se aqui o quanto o preconceito e a discriminação comprometem a autoestima do sujeito, conforme certificado por Taguieff (1987), Sennett (1999) e Goffman (2008).

Concluindo, neste bloco, a atribuição do significado de “viver com o HIV”, na percepção dos entrevistados, foi contraditória. O aspecto positivo manifestado por meio da adaptação, disciplina e consciência de viver com HIV, contrastaram com as sensações de medo, sofrimento e as incertezas do futuro.

A próxima questão tem como finalidade observar **como o indivíduo percebe sua “rede social”**.

2 – A quem você já revelou que é soropositivo?

Revelação do Diagnóstico	Nº de Entrevistados
Amigos	7
Família	16
Todo mundo	3
Ninguém	4
Companheiro (a)	7

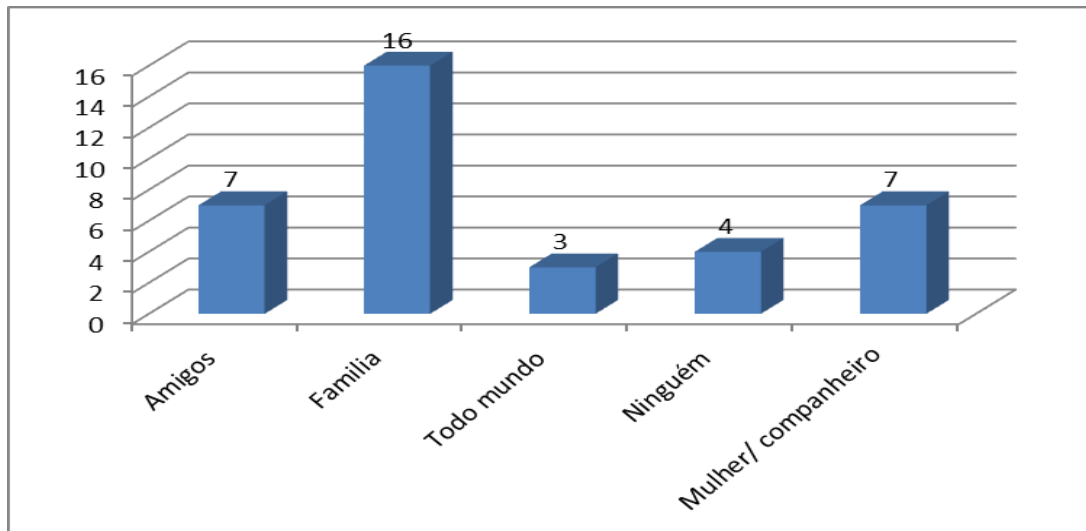


Gráfico 9: A quem você já revelou que é soropositivo?

• Dados Quantitativos

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

Idéias Centrais	N	%
A- Foi positiva, teve apoio.	16	48,48
B- Difícil, teve muitas decepções e afastamentos.	6	18,18
C- Ninguém sabe.	8	24,24
D- Foi revelado por outra pessoa.	6	18,18

Quadro 2- Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: *Como foi essa experiência?*

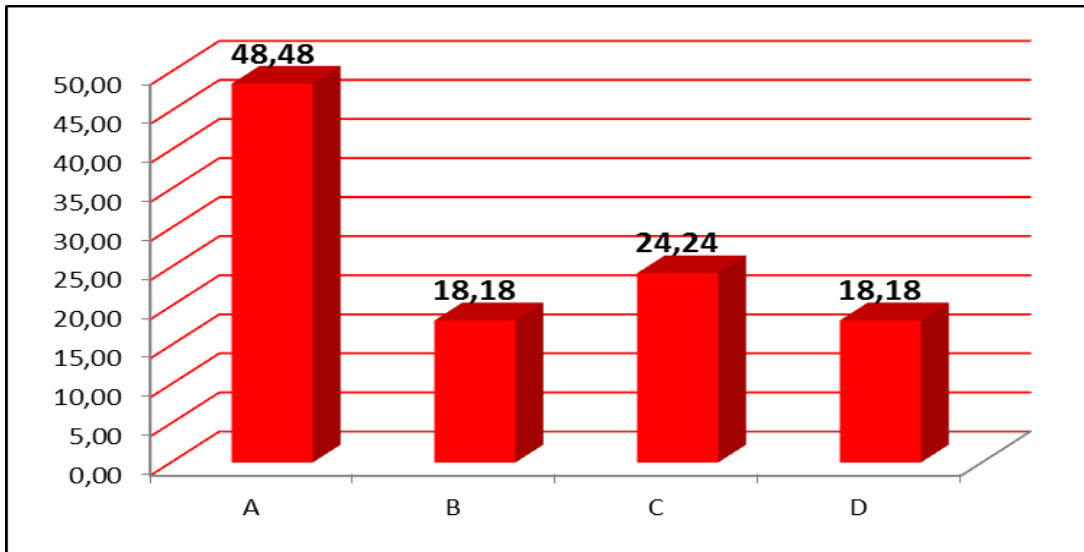


Gráfico 10: Como foi essa experiência?

• Dados qualitativos

A - FOI POSITIVA, TEVE APOIO

Não tive nenhum tipo de preconceito, nenhum tipo de problema porque era uma pessoa esclarecida. Eu elenquei alguns amigos que eu sabia que eu poderia falar tranquilamente, por serem esclarecidos. A maioria das pessoas aceitou, acho que internalizou a situação e esqueceu. Porque a maioria dos amigos que sabem nem tocam no assunto comigo, e eles me trataram assim, normal.

Então comecei a levar a vida normal, como não tivesse, entendeu? Então é como se não existisse nada. Porque eu vejo o HIV como uma patologia clínica, não vejo o HIV como uma doença moral. Então pra mim é muito fácil. No geral as pessoas ficaram surpresas, mas eu tenho apoio total, total, total das minhas irmãs. O que eu preciso delas, elas tão lá pra me ajudar. Até hoje, cresceu o amor na família, multiplicou o amor da família, então mudou em todos os sentidos. A reação foi muito de apoio, de solidariedade. No geral foi assim. Por isso que eu falo assim: pra mim a patologia é vida.

Para 48,48% dos participantes, a rede social foi percebida de forma positiva, com apoio e solidariedade. Vale salientar a importância desses sentimentos por parte da rede social para praticamente metade da amostra, o que se revela como um dos aspectos mais relevantes para o enfrentamento da doença, conforme atestado por Parker (1997).

A solidariedade tem sido uma resposta eficiente contra o preconceito da aids: *No geral as pessoas ficaram surpresas, mas eu tenho apoio total, total, total das minhas irmãs. O que eu preciso delas elas tão lá pra me ajudar. Até hoje, cresceu o amor na família, multiplicou o amor da família, então mudou em todos os sentidos. A reação foi muito de apoio, de solidariedade.*

Outro aspecto positivo a ser destacado refere-se à escolha para quem revelar que se é soropositivo, evitando assim a rejeição e a discriminação: *Não tive nenhum tipo de preconceito, nenhum tipo de problema porque era uma pessoa esclarecida. Eu elenquei alguns amigos que eu sabia que eu poderia falar tranquilamente, por serem esclarecidos – o que nos faz pensar que a relação entre cada indivíduo e a própria doença também está intimamente ligada ao nível de percepção da sua condição, conforme atestam Delerga et al. (2002) e Suit e Pereira (2008).*

B - DIFÍCIL, TEVE MUITAS DECEPÇÕES E AFASTAMENTOS

Foi muito difícil pra entender. Não sou mais gente na minha vida né? Os outros agiram do contra, o pessoal se afasta. Sabe que você é doente e se afasta. Várias pessoas que eu me aproximei, ‘gostei;’ eu vi a mudança: fisicamente, pessoalmente e visualmente eu vi a mudança.

Para este grupo, diferentemente do anterior, a rede social foi percebida como negativa e discriminante. Na visão de 18,18% dos participantes, nota-se a forte presença de estigma e discriminação. A percepção de falta de apoio (*Foi muito difícil pra entender*), de afastamento e rejeição (*Não sou mais gente na minha vida né? Os outros agiram do contra, o pessoal se afasta. Sabe que você é doente e se afasta*), torna muito difícil o enfrentamento da doença e conduz o indivíduo ao isolamento.

Esta percepção de rejeição por parte da rede social os fragiliza, fazendo com que se sintam inferiorizados e excluídos. Tal percepção corrobora as definições de “estigma sentido e sofrido” trazidas por Ayres et al. (2006), bem como as de Carrara et al. (2010), que demonstram o quanto a ação da *discriminação* no plano das relações sociais produz violação de direitos dos indivíduos e dos grupos.

C - NINGUÉM SABE

Eu nunca tive coragem de revelar. As pessoas são leigas no assunto, são muito preconceituosas e não lida bem, acha que o soropositivo é a pessoa morrer do dia para a noite, e não é assim.

Daí eu não comentei com ninguém porque é muito preconceito. Mas não por vergonha, por medo, por nada. É porque eu acho que é uma coisa que eu não tenho que passar pra ninguém, porque esse é um problema meu e eu tenho que cuidar dele sozinho. E principalmente pra família seria o fim, as pessoas não te olhariam na cara. Às vezes dá vontade de dividir com as pessoas, mas você não sabe como os outros vão receber a gente entende que os outros têm uma carga de preconceito com isso, não sabem lidar, então é melhor não falar. É assim, uma coisa minha, uma coisa pessoal. Eu acho que quando chegar o momento que eu acho que eles devem saber, eu vou falar numa boa.

24,24% percebem a rede social como preconceituosa e censuradora, preferindo não falar sobre o diagnóstico com ninguém. Praticamente um terço da amostra sente o estigma e discriminação do HIV de sua rede social, a ponto de não conseguir compartilhar o diagnóstico.

A percepção do estigma e de uma rede social persecutória e culpabilizante faz com que o indivíduo escolha uma trajetória silenciosa e solitária devido à desconfiança, inseguranças e incertezas de como será visto e considerado, conforme atestado pelos pesquisadores Goffman (2008) e Kahhale *et al.* (2010). Esta “decisão” de manter-se em segredo com o intuito de evitar o julgamento e a discriminação faz com que vivam em constante estado de alerta e desconfiança quanto à descoberta de sua condição, como certificado por Garrido *et al.* (2007).

D - FOI REVELADO POR OUTRA PESSOA

É porque que foi descoberto, um sobrinho, um irmão que foi comigo ficou sabendo, o resto foi sabendo sem conversar, um contou pro outro. Mas não falamos sobre isso, fingimos que nada aconteceu.

Para 18,18% dos entrevistados, a percepção da rede social foi igualmente estigmatizante e discriminatória. Relatam nas entrelinhas a invasão de privacidade ao ter seu diagnóstico revelado não por si mesmos, mas por outros. “Fingir que nada aconteceu” ou “um contar para o outro” causa-lhes um sentimento de inferioridade, pois sentem-se vulneráveis a preconceitos e discriminações. Esse sentimento também os conduz ao isolamento e a não se sentirem acolhidos por sua rede social. Conforme lembram Parker e Aggleton (2001), a negação coletiva do estigma e da discriminação prejudica o enfrentamento da doença.

Esse processo é caracterizado por um intenso sofrimento psíquico do indivíduo que vive com HIV, definido por Goffman (2008) como o *fenômeno do encobrimento*.

Concluimos, neste bloco, que no que tange à revelação do diagnóstico às suas redes sociais, – ao contrário da percepção positiva de 48,48% do grupo A, que apontam para apoio, acolhimento e solidariedade –, o restante dos entrevistados tiveram uma percepção negativa, estigmatizante e discriminatória de sua rede. Tal percepção trouxe aos indivíduos do grupo A segurança e autoestima – elementos altamente positivos para o enfrentamento da doença –, em oposição ao que ocorreu com os três demais grupos, cujos indivíduos tornaram-se reclusos, resultando em crescente isolamento.

Não obstante, para respondermos a outro item dos objetivos específicos, referente aos possíveis contrastes de estigma e discriminação nas experiências dos HSH HIV+, olhamos para a **revelação do diagnóstico à rede social pela ótica dos indivíduos que se infectaram antes e depois da “cronificação” da doença**, obtendo as seguintes considerações:

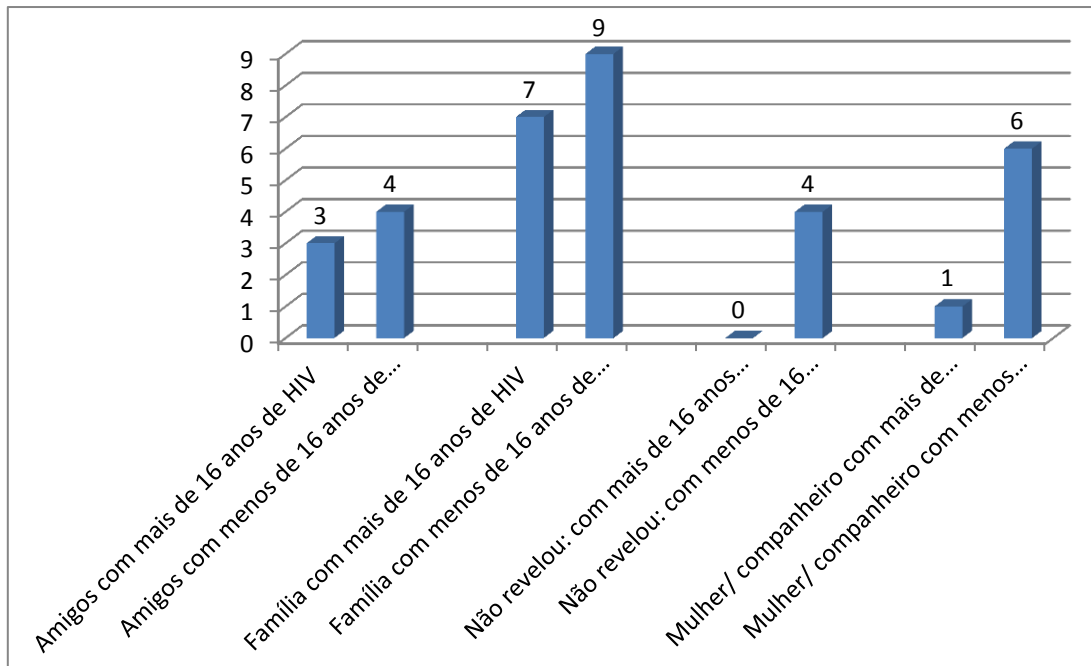


Gráfico 11: Revelação do diagnóstico à rede social antes e depois da cronificação.

Na revelação do **diagnóstico a amigos**, considerando que antes da cronificação a manifestação da doença acontecia em decorrência da atuação do vírus em seus organismos, pois infalivelmente quase todos adoeciam; já depois da cronificação, o diagnóstico é revelado por opção e liberdade, pois após a medicação, com algumas exceções, a possibilidade de omissão passou a ser possível; não houve grau de significância entre esses dois grupos.

Entretanto, esses dados permitem-nos afirmar que o insignificante acesso a esta rede social pelos indivíduos entrevistados, quando levamos em consideração a cronificação ou não da doença, revela que o estigma e a discriminação ainda são grandes visto que eles ainda não se sentem seguros e confortáveis o bastante para revelarem seu diagnóstico a amigos.

O registro de maior índice na **revelação do diagnóstico concentrou-se na família**, correspondendo a aproximadamente 50% desta amostra. Dos 16 indivíduos que afirmaram tê-lo revelado à família, nove o fizeram após a cronificação, quando supostamente poderiam manter-se em segredo, revelando assim o aspecto positivo de acolhimento por esta rede. E

sete, portanto, tiveram o diagnóstico revelado supostamente em decorrência da manifestação da doença.

Somente quatro indivíduos declararam não ter revelado o diagnóstico de HIV após a cronificação. Este dado é bastante significativo quando articulamos a cronificação da doença com o estigma e a discriminação, confirmando que após a cronificação da doença, mesmo sendo esta percebida como estigmatizante, havia liberdade para exposição do diagnóstico, fazendo com que 29 dos 33 entrevistados o revelassem a alguém. Nos indivíduos que se infectaram antes da cronificação do HIV, todos souberam, provavelmente por haver maior exposição da doença, época em que esta era visível, na grande maioria dos casos.

Sete dos 33 indivíduos entrevistados declararam ter **revelado o diagnóstico ao companheiro(a)**. Apenas um (1) indivíduo revelou seu diagnóstico ao companheiro(a) antes da cronificação, e seis o fizeram após a cronificação, mostrando que em ambos os casos há dificuldade de compartilhamento com essa rede. Isso nos leva a pensar que os indivíduos sentem-se inseguros e estigmatizados pelo(a) companheiro(a). Por não saberem como será recebida a notícia, preferem manter o diagnóstico em segredo, evitando assim serem julgados e inferiorizados.

Este dado também é muito significativo porque nos aponta a força do estigma e da discriminação que fazem com que apenas cerca de 21% da amostra tenham revelado o diagnóstico ao companheiro(a), evidenciando o isolamento e a culpa desses indivíduos.

Em suma, na análise dos dados da revelação do diagnóstico pelos indivíduos antes e depois da cronificação, destacamos o aspecto positivo na percepção de acolhimento da família, e o negativo na percepção de discriminação dos(as) companheiro(s) e amigos.

Apesar da grande conquista da cronificação na história da epidemia, os dados acima nos advertem para a gravidade da presença do estigma e da discriminação no convívio com a doença. Eles nos mostram que esta importante conquista, apesar de garantir ao indivíduo a possibilidade de manter sua soropositividade no anonimato – e não adoecer se mantiver a adesão esperada ao tratamento –, não foi um fator significativo que alterasse a sua percepção de estigma e discriminação em relação às suas redes sociais.

Observando os dois grupos de indivíduos – que se infectaram antes e depois da cronificação – quanto à percepção do preconceito, verificamos que a cronificação da doença

não fez diferença em ambos os grupos. Na categoria de discriminação, houve pequenas diferenças entre a percepção dos grupos; portanto, a cronificação fez diferença. E a categoria de isolamento, a maior consequência do diagnóstico na percepção de ambos os grupos, mostrou-se bastante homogênea; logo, nesta categoria a cronificação da doença não fez diferença. Esta análise e representação gráfica encontram-se nos quadros 8 e 9 (p. 130).

A seguir, na questão 3, podemos observar as experiências de estigma e discriminação, objetivo principal deste estudo.

3 - *Você vive ou já vivenciou algum tipo de preconceito/discriminação? Poderia me contar a respeito?*

• Dados Quantitativos

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

<i>Idéias Centrais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A- Não sofre preconceito/discriminação porque ninguém sabe.	22	66,67
B- Sente o preconceito/discriminação em linhas gerais e não diretamente.	5	15,15
C- Sente preconceito/discriminação, porque não é aceito socialmente.	7	21,21

Quadro 3 - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: *Você vive ou já vivenciou algum tipo de preconceito/discriminação? Poderia me contar a respeito?*

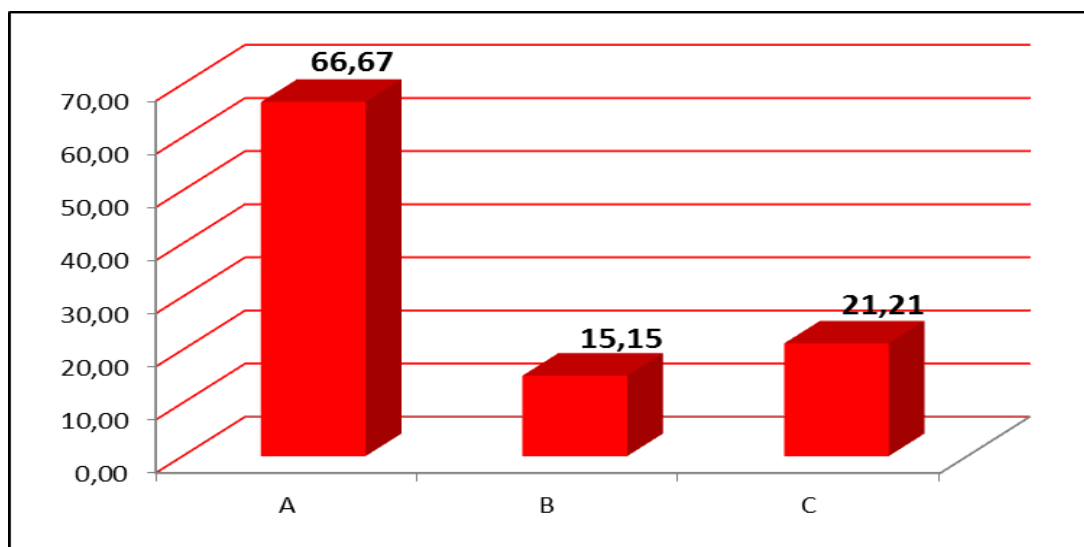


Gráfico 12: *Você vive ou já vivenciou algum tipo de preconceito/discriminação? Poderia me contar a respeito?*

● Dados qualitativos

A - NÃO SOFRE PRECONCEITO/DISCRIMINAÇÃO PORQUE NINGUÉM SABE

Eu não falei pra ninguém. Ninguém sabe. Só que assim, eu levo na boa. Se alguém chegar pra mim e me discriminar alguma coisa eu saio de perto. Pra mim todo o ser humano é igual. Independente de cor, raça, credo, pra mim todo mundo é igual, você pode morrer de diabetes, ela de pressão alta e eu de HIV. E eu sou homem, então não passo preconceito. Eu sou um "mentiroso social", né? No meu trabalho ninguém sabe, minha família ninguém sabe, então não tive nenhuma situação constrangedora. Se amanhã ou depois souber, tô morto. Preconceito, todo mundo tem. Ninguém perdoa.

Do total de entrevistados, 66,67% declararam não sofrer preconceito/discriminação porque ninguém sabe. Sendo assim, observamos neste grupo que a condição de não sofrerem preconceito/discriminação é devida ao desconhecimento geral acerca da sua condição, conteúdo este também presente e analisado na questão anterior, 2C. Cabe salientar, porém, que a percepção desses indivíduos quanto à existência do preconceito/discriminação é a causa da decisão de esconderem sua condição do grupo. “Manter em segredo” sua sorologia de HIV, sua orientação sexual, com o temor de que a qualquer momento possam ser “descobertos”, faz com que prefiram manter o anonimato.

Esta persecutoriedade que exige um constante estado de alerta para manterem-se “encobertos” e o estado psíquico destes indivíduos que se encobrem foram atestados por Goffman (2008) na definição do *fenômeno do encobrimento*.

Este temor de que ninguém saiba, com vistas à evitação da discriminação, pode ser observado da seguinte forma:

(1) **“temor do HIV ser descoberto”**: *Eu não falei pra ninguém. Ninguém sabe. Só que assim, eu levo na boa.* Ao perceberem o estigma e a discriminação, os indivíduos passam a temer a revelação, ocultando-a a qualquer custo e forçando-se a lidar com esse sofrimento: *Eu sou um "mentiroso social", né? No meu trabalho ninguém sabe, minha família ninguém sabe, então não tive nenhuma situação constrangedora;* e mantendo-se sob grande ameaça: *Se amanhã ou depois souber, tô morto.*

(2) **“temor de ter sua orientação sexual descoberta”**: *E eu sou homem, então não passo preconceito.* “Ser homem” é usado como uma justificativa que o exime de qualquer preconceito/discriminação, que o diferencia de qualquer possibilidade de desqualificação. Esta sensação de ameaça leva o indivíduo a “corresponder” à “heteronormatividade”, ao

padrão de normalidade social, afastando assim o temor de ter sua homossexualidade descoberta, característica observada principalmente entre o HSHM, conforme atestado por Derlega et al. (2002); Hernández e Torrez (2005); Greco et al. (2007).

(3) **“temor da ameaça à sua integridade”**: A expressão: *Se amanhã ou depois souber, tô morto. Preconceito, todo mundo tem. Ninguém perdoa.* traduz a persecutoriedade e a tensão em que vivem esses indivíduos. Desse modo, demonstram a força do estigma e o temor da discriminação que ameaçam suas vidas, caso sejam descobertos. Ter *aids* significa ter tido contato com um desvio, conforme palavras de Trevisan (1986).

Assim sendo, apesar de declararem não sentir preconceito ou discriminação, pode-se constatar a complexidade da situação e a extensão do sentimento ameaçador em que vivem esses indivíduos.

B - SENTE O PRECONCEITO EM LINHAS GERAIS E NÃO DIRETAMENTE

Eu sinto, mas não na minha pessoa. Eu sinto na sociedade como um todo quando se fala de HIV, né? As pessoas têm um pouco de medo, falam assim: "Ai, se eu tivesse um filho assim, o que seria de mim? O que seria do meu filho? Eu teria que cuidar dele pro resto da vida." - como se ele ficasse inútil por ter o vírus, né? Então eu sinto, em termos gerais, na sociedade, mas não comigo pessoalmente. Nunca tive a situação de alguém me discriminar ao saber. O que aconteceu foi que algumas pessoas se afastaram, mas não sei, nem posso te garantir que foi por causa disso. Mas o dia a dia assim, com relação ao HIV, piadas e coisas, isso existe. Continua existindo.

15,15% dos entrevistados afirmaram sentir o preconceito, mas não diretamente. Estes indivíduos sentem a força do estigma, embora se valham de um discurso defensivo, autoprotetor.

Pudemos observar a dificuldade de falar desse sofrimento na primeira pessoa, em assumi-lo. Desse modo, justificam seus medos e inseguranças usando o outro: *Eu sinto, mas não na minha pessoa. Eu sinto na sociedade como um todo quando se fala de HIV, né?* Nota-se aqui a *aids* como sendo a doença do outro, marginalizado e excluído, como atesta Douglas (1994).

Assim, os sofrimentos causados pelo estigma emergem: *As pessoas têm um pouco de medo, falam assim: "Ai, se eu tivesse um filho assim, o que seria de mim? O que seria do meu filho? Eu teria que cuidar dele pro resto da vida." - como se ele ficasse inútil por ter o vírus, né;* expõem o medo do preconceito: *O que aconteceu foi que algumas pessoas se afastaram; e*

da discriminação: *Mas o dia a dia assim, com relação ao HIV, piadas e coisas, isso existe. Continua existindo.*

O quadro acima descrito corresponde às afirmações de Ayres *et al.* (2006) quando afirmam que o estigma e a discriminação são processos de desvalorização que produzem iniquidades sociais e reforçam aquelas já existentes. Igualmente, Santos (2001) relata que a discriminação corresponde a "fazer uma distinção", excluindo e afetando diretamente o indivíduo HIV+ (ONUSIDA, 2000).

C - SENTE PRECONCEITO/DISCRIMINAÇÃO, PORQUE NÃO É ACEITO SOCIALMENTE

Só o preconceito da minha mãe que me destrói, ela não me aceita. É porque a minha mãe é muito preconceituosa. Percebo pelo jeito dela agir com estupidez, nunca conversa comigo sem me agredir e me culpar. No princípio foi muito duro. É uma pessoa de outro tempo, de uma outra idade. Então a cabeça não é como a cabeça nossa, mais jovem. A pessoa tem HIV, saem de perto. "Você é 'viado'?" Aí, ninguém mais te respeita, você nunca mais volta a ser gente, as pessoas literalmente te evitam, se puder passa por cima e nem olha pra trás, vira um lixo. Eu creio que eu fui discriminado, o convênio foi falar pra empresa: "O fulano fez o exame e tá assim, acontecendo isso e isso." Eles não queriam que eu trabalhasse na empresa, a chefe me dispensou porque eu era soropositivo. Então, quer dizer, fica um rótulo. É como se fosse um rótulo. Como eu vejo por esse ângulo, eu acho desagradável. E, geralmente, são pessoas que não têm a menor noção do que é ser um soropositivo. E isso em todas as áreas.

Do total de entrevistados, 21,21% sofrem pelo estigma e discriminação. Esta violência gerada por preconceitos que faz crer que um homossexual está sendo castigado por uma culpa que carrega, e é sentida com muita humilhação: *A pessoa tem HIV, saem de perto. "Você é 'viado'?" Aí, ninguém mais te respeita, você nunca mais volta a ser gente, as pessoas literalmente te evitam, se puder passa por cima e nem olha pra trás, vira um lixo; conforme atestado por Daniel (1989) e Barcelos (1998).*

Nesta outra situação estigmatizante: *Eu creio que eu fui discriminado, o convênio foi falar pra empresa: "O fulano fez o exame e tá assim, acontecendo isso e isso." Eles não queriam que eu trabalhasse na empresa, a chefe me dispensou porque eu era soropositivo; é o que Ayres *et al.* (2006,) definem como sendo o estigma sentido e sofrido.*

Esta falta de compreensão do que seja tanto a homossexualidade quanto a *aids*, não apenas para o público em geral mas até mesmo perante os profissionais de saúde, é o que Mott (1987) evidencia colaborar para a construção de noções preconcebidas e estigmatizantes.

Quando afirmam: *Então, quer dizer, fica um rótulo*, estão reforçando as palavras de Goffman (2008) – passa-se a esperar e apreciar apenas o que está relacionado à marca socialmente negativa que carregam. Desse modo, do ponto de vista do senso comum acabam reduzidos a seres maus, perigosos ou fracos. Tal marca caracteriza um estigma.

Na visão das pesquisadoras Monteiro *et al.*(2012), a materialização do estigma no corpo e o sofrimento que esta produz relaciona o problema ao campo da saúde, e particularmente ao da saúde mental, uma especialidade preparada para detectar e cuidar do sofrimento. A perspectiva de sofrimento é crucial para compreender o estigma e a discriminação como processos que aludem à dimensão individual de intervenções posteriores, em que os estigmatizados são vistos como vítimas e os estigmatizantes são vistos como culpados.⁴⁰

Assim sendo, respondendo ao objetivo principal deste estudo, observamos que é elevado o nível de estigma e discriminação nas experiências dos HSH HIV+, motivo de intenso sofrimento emocional, pois os torna persecutórios e defensivos e os leva a se considerarem marginalizados e excluídos.

A questão 4 nos auxiliará na resposta a um dos itens dos objetivos específicos deste estudo, que diz respeito à percepção da **orientação sexual** dos indivíduos.

4 - Como você acha que o homossexual HIV+ é visto?

● Dados Quantitativos

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

<i>Idéias Centrais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A- É muito discriminado visto com preconceito.	21	63,64
B-Cada um tem uma visão, a maioria das pessoas trata normalmente.	11	33,33
C- Não sabe.	2	6,06

Quadro 4 - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: *Como você acha que o homossexual HIV+ é visto?*

⁴⁰ “Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010)”. Simone Monteiro; Wilza Vieira Villela; Daniela Knauth. Cadernos de Saúde Pública. versão impressa ISSN 0102-311X. Cad. Saúde Pública, v.28 n.1. jan. 2012. Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100018>.

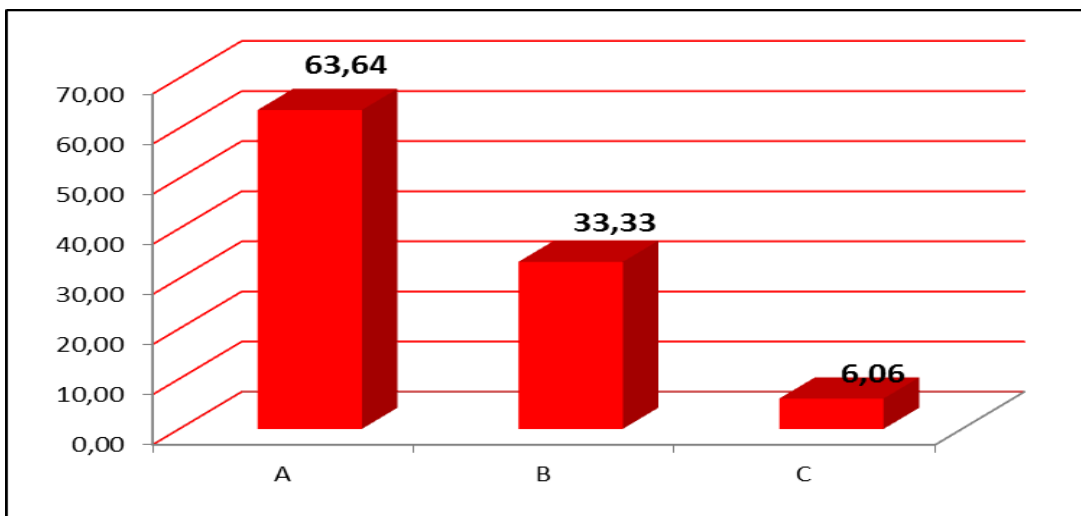


Gráfico 13: Como você acha que o homossexual HIV+ é visto?

• Dados qualitativos

A - É MUITO DISCRIMINADO, VISTO COM PRECONCEITO

É visto como um "qualquer coisa" um verme, com uma carga de punição, com um quê de "você mereceu". Como merecedor, todo problema do mundo você é o culpado. Além de ser viado, é viado podre. Geralmente as pessoas já colocam isso, que essa doença sempre é do homossexual. As pessoas não têm informação e não sabem lidar com soropositivo hoje, ainda não. Sabe aquela coisa do pré-conceito? Agora você imagina um cara que seja gay, gay-soropositivo? O homossexual hoje em dia ainda é visto como marginal, né? E como soropositivo ele é visto como marginal proliferador de doenças, em relação a essa ignorância de que só homossexuais passava HIV.

Então o homossexual HIV é visto como propagador de doenças, sujo, podre, aberração, uma raça que não dá pra ter por perto, ninguém gosta, ninguém quase aceita e te acusam. As pessoas desprezam, fica com medo de tocar, de relar a mão, de achar que vai pegar.

Para 63,64% dos entrevistados, o homossexual HIV+ é muito discriminado e estigmatizado. Em um dos momentos mais emotivos da entrevista, o desabafo – que começa na questão anterior, 3C – é aqui evidenciado em sua totalidade, sem reservas, como alguém que precisasse deste espaço para poder falar abertamente do quão angustiante, ofensiva, miserável e sofrida é a rotina dos HSH vivendo com HIV.

O estigma da homossexualidade associado ao HIV foi relatado como degradante, humilhante e dos mais ultrajantes: *É visto como um "qualquer coisa" um verme, com uma carga de punição, com um quê de "você mereceu". Como merecedor, todo problema do mundo você é o culpado. Além de ser viado, é viado podre.*

Observamos a força de uma representação social das mais estigmatizantes, carregadas de um conteúdo fortemente moralista, preconceituoso e excludente, conforme atestado por Sontag (1989) e Kahhale *et al.* (2010).

A figura do homossexual HIV+ é “coisificada”, como se não houvesse registro mais negativo para adjetivá-lo: *É visto como um "qualquer coisa" um verme, – Além de ser viado, é viado podre.* O estigma associado à degradação e condenação que culpa e exclui o indivíduo, conforme alerta Goffman (2008).

A presença de conteúdos *homofóbicos*, possivelmente justificada pela potencialização do estigma do HIV associado à homossexualidade, pode ser notada no relato de percepção de “ódio homofóbico irracional”: *Então o homossexual HIV é visto como propagador de doenças, sujo, podre, aberração, uma raça que não dá pra ter por perto, ninguém gosta, ninguém quase aceita e te acusam. As pessoas desprezam, fica com medo de tocar, de relar a mão, de achar que vai pegar...* A presença do preconceito e da discriminação contra os homossexuais, em sua máxima potência, que os leva frequentemente a serem taxados como anormais, imorais, pecadores, marginais, pedófilos, promíscuos, doentes efeminados, complicados e pouco confiáveis, foi atestada por Simon (1998) e Wolfe (1998) e Barcelos (1998)

Pode-se observar que o *estigma da homossexualidade* encontra-se profundamente enraizado em nossa cultura. Está associado a longas desigualdades de gênero, sustentadas por ideias sobre masculinidade, que correspondem a representações sociais de uma cultura homofóbica. São processos sociais que estão no cerne da produção e reprodução das relações de poder e controle, conforme atestam Parker e Aggleton (2003); Crawford *et al.* (1999); Kahhale *et al.* (2010).

B - CADA UM TEM UMA VISÃO, A MAIORIA DAS PESSOAS TRATA NORMALMENTE

Por uns é visto como vítima, por outros é visto como o vilão, o causador da enfermidade; por outros com indiferença. Eu acho que depende de cada um. Não existe uma visão genérica, um mesmo conceito com relação ao homossexual masculino e soropositivo, né? Acho que cada um deve ter um pensamento diferente, cada um tem uma opinião. Não existe um padrão de opinião. Cada um tem um jeito de pensar, de agir. Eu vejo como outra pessoa qualquer. Então pra mim é difícil fazer esse pré-julgamento. Tem esse povo mais burro, ignorante, que é o povo que não estudou, né? Porque quem tem um pouquinho de estudo sabe que não tem nada a ver. Então hoje é mais normal, né? Mais que antigamente.

Do total de entrevistados, 33,33% afirmaram ser difícil generalizar a visão de como é visto o HSH HIV+; cada um tem uma visão, a maioria das pessoas trata normalmente. Essa posição paradoxal citada: *Por uns é visto como vítima, por outros é visto como o vilão, o causador da enfermidade*, foi atestada por Barcelos (1998, p.71); e quando dita: *por outros com indiferença*, na visão de Parker e Daniel (1991) faz parte de uma estratégia de “esconder” as questões relativas aos tabus que envolvem o ato homossexual.

Um outro elemento que aparece na percepção deste grupo é a falta do conhecimento do que seja o HIV/*aids* nos dias atuais: *Tem esse povo mais burro, ignorante, que é o povo que não estudou, né? Porque quem tem um pouquinho de estudo sabe que não tem nada a ver. Então hoje é mais normal, né? Mais que antigamente*. Tal questão remete-nos às inalteráveis representações sociais da *aids* (OLTAMARI, 2003), que ficaram no registro da memória coletiva constituindo uma marca simbólica (RAMOS, 2011) e que repercutem ainda nos dias atuais, conforme ressaltam Nascimento *et al.* (2005).

C - NÃO SABE

Ah, aí eu não sei te responder. Não sei como é visto.

Um total de 6,06% dos entrevistados se abstiveram, como se buscassem a “impassibilidade” para lidar com a questão. Esta “indiferença” também pode ser compreendida como um comportamento estigmatizante, machista e preconceituoso, sendo uma forma de diferenciar-se dos homossexuais – o preconceito caracterizado como uma forma arbitrária de pensar e agir, no sentido de que é exercido como controle social que serve para manter as distâncias e as diferenças sociais entre um sujeito e outro ou em um grupo, como atesta Taussig (1993).

Por outro lado, o preconceito implica em uma forma de frieza, componente necessário para suportarmos os resultados dos conflitos sociais no momento em que nos instigam a refletir sobre os sentimentos, pensamentos e atitudes, conforme atesta Crochik (1995).

Concluimos, assim, que a percepção da orientação sexual de HSH HIV+ nesta amostra foi negativa, estigmatizante e discriminatória. O estigma da homossexualidade associado ao HIV foi percebido como degradante, humilhante, ofensivo e culpabilizante, justificado pela falta de conhecimento em ambas as questões, seja por machismo, indiferença ou homofobia.

Na questão a seguir, temos como finalidade responder à **percepção de si** enquanto infectado pelo HIV (**autopercepção**) nas experiências dos HSH vivendo com HIV, através do que mudou em suas vidas com o diagnóstico da doença.

5 – O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?

• Dados Quantitativos

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

<i>Idéias Centrais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A- Mudou a rotina da vida, comportamentos e hábitos.	11	33,33
B- Mudou de postura diante da vida.	14	42,42
C- O relacionamento afetivo mudou.	4	12,12
D- Passou a ter que enfrentar o preconceito.	7	21,21
E- Não mudou nada.	3	9,09

Quadro 5 - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: *O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?*

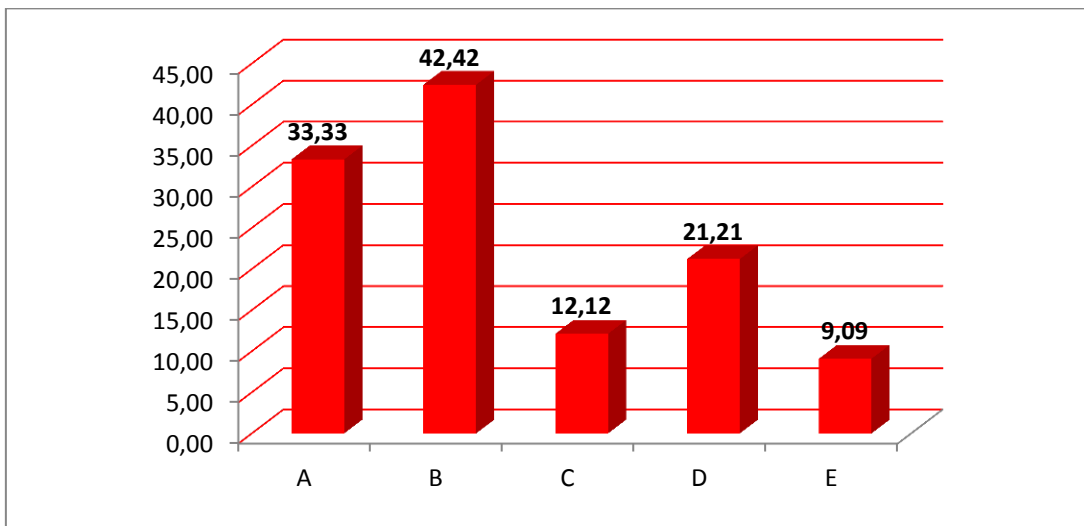


Gráfico 14: *O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?*

• Dados qualitativos

A - MUDOU A ROTINA DA VIDA, COMPORTAMENTOS E HÁBITOS

Mudou de ritmo de vida para maior concentração

Mudou tudo. Eu tinha uma outra vida: eu morava no Rio de Janeiro, tinha outros amigos. Tive que vir pra São Paulo com a minha mãe. Mudou principalmente o estilo de vida, porque eu passei a ser uma pessoa mais centrada. Antes não, pra você ter uma ideia eu trabalhava na estrada, então à noite eu tava aqui em São Paulo e amanhecia no Sul, no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina, ou qualquer outro estado. Então, mudou muita coisa. Eu era um cara assim: "... saía de segunda a segunda, curtia com meus primos. O pai falava: "Olha, pode chegar cedo" - e não chegava, chegava depois de 3 dias, sabe? Então isso aconteceu 'pra mim' aprender que a gente tem que ouvir o nosso pai e a nossa mãe bastante. Eu aprendi que, meu, é uma lição de vida. E agora o que eu quero é ter a minha vida saudável.

A minha vida era muito corrida e depois do HIV não, porque eu passei a me concentrar mais no meu tratamento.

Teve que se dedicar ao tratamento, cuida-se mais.

Mudou muita coisa! É uma rotina que você tem que se policiar. Tenho que tomar remédio religiosamente todos os dias. São 4 comprimidos, 2 bastante desconfortáveis, porque são bem grandes. Hoje já tomo sem pensar, tomo antes de dormir. Muitas vezes eu deito, vejo TV, leio alguma coisa e aí eu tomo. Eu tô vendo um programa, um filme, eu tô tomando e sem pensar naquilo. No começo era ruim. Toda a vez que eu tomava, eu concretizava a doença. Ela saía do meu imaginário e vinha pra minha realidade. Depois que passei a tomar o coquetel, mudou também a forma de ver o futuro porque eu penso que hoje não mudou nada, mas como será isso quando eu tiver mais idade? Essa carga de remédio não vai acabar destruindo os rins, ou o fígado, então daqui a vinte ou trinta anos tomando remédio, o remédio provoque mais problemas que o próprio HIV.

Tenho também que fazer exames periódicos, tá sempre procurando ver como é que 'está' as taxas com os 'médico', de várias outras especialidades. Eu tô com o meu CD-4 extremamente normal, minha carga viral tá indetectável.

Eu me cuido mais, acho que essa é a diferença.

Tem muitas limitações, sobretudo na área alimentar.

Tô me alimentando melhor, mas é muito difícil viver com isso. Tem uma série de coisas que você não pode fazer que nem, alimentação, porque é muita carga de remédio. Eu tenho problema de estômago seríssimo por causa disso. Eu faço tratamento com gastro e nunca tá bom. É diarreia, que dá muito constante. Mexe muito com o organismo da gente, entendeu? Um dia você tá bem, outro dia você não tá bem. E dói o corpo todo, parece que você tá 'tudo' quebrado: dói a cabeça, o estômago. Tudo o que você come faz mal.

Teve que frequentar várias casas de abrigo e grupos de apoio

No começo não foi fácil, porque foi uma mudança para pior, estive em várias casas de apoio, instituições que recebem esses soropositivos para o tratamento. Fiquei durante vários tempos, lá morreram muitas pessoas desse diagnóstico, fase terminal, outros porque beberam, porque usaram drogas, outros porque se prostituíram, alguns só tiveram a sobrevida, estão vivos lá. Hoje vivendo aqui na sociedade de novo é muito mais gostoso, porque essas instituições 'abriga' adultos e crianças, são chamadas casas de apoio para dar uma estrutura para o soro positivo, orientação no dia a dia para ele dormir lá, com as medicações, com os esquemas, tem os médicos que vão lá ou ambulância te leva nos médicos, tudo isso é interessante. É difícil a gente superar uma

barreira, mas casas de apoio me ajudaram muito, me deram suporte, os esquemas das medicações, os horários, tudo, uma equipe de enfermagem, médico, então isso ajudou muito, psiquiatras, psicólogos, infectologistas que iam lá. Também me inseriram num grupo de apoio, que é um grupo de pessoas que fazia tratamento, que conversava, dava seus 'testemunho' de como é que elas estavam, como é que elas tinham aderido ao tratamento, como é que estava acontecendo com elas. E quando eu vi aquele grupo de pessoas, porque você tinha pessoas com tratamento já há 5 anos, bem, trabalhando, vivendo numa boa, aí eu aderi ao tratamento. Tive muitos enjoos, efeitos colaterais, mas eu não desisti, que eu acreditava que ia ser fácil como as outras pessoas. E daí em 4 meses eu já estava bem, comecei logo a ficar indetectável. Dá pra sobreviver sim, com muito cuidado. É desagradável? É.

A autopercepção de 33,33% dos entrevistados em relação às mudanças em suas vidas após o diagnóstico foi a de terem havido grandes transformações: no comportamento e nos hábitos, no estilo de vida, em sua rotina e no uso da medicação. Relatam, ainda, muitas inseguranças e incertezas em decorrência do uso contínuo dos medicamentos em seus organismos; conforme conteúdos dos depoimentos e análise na questão 1B.

As mudanças e imprescindíveis adaptações que estes indivíduos viram-se obrigados a fazer para corresponder às exigências do tratamento vêm corroborar os relatos dos pesquisadores Suit e Pereira (2008). Após o diagnóstico, o soropositivo percebe a situação como fonte de estresse para depois acessar as próprias possibilidades de enfrentamento.

Foram também observadas grandes alterações nas experiências dos HSH HIV+, em decorrência do uso contínuo da medicação e tratamento. Vale ressaltar as mudanças físicas, comportamentais e emocionais que alteraram expressamente a vida destes indivíduos, demonstradas pela força e capacidade de adaptação à sua nova condição de vida.

B - MUDOU DE POSTURA DIANTE DA VIDA

Positivamente

Há males que vem pra bem. Hoje eu me sinto uma pessoa bem melhor do que antes, eu passei por uma reviravolta muito grande, você imagina uma pessoa que tinha uma vida boa, que tinha um corpo legal, que tinha uma vida super ativa, que dançava, que não depende de ninguém pra nada e de uma hora pra outra acontece essa reviravolta, se vê tendo que todo mundo te ajudar de todas as formas. Pra mim mexeu. Graças a Deus eu não entrei em depressão, entendeu?

Então graças a Deus isso veio pra mim porque hoje eu me tornei uma pessoa melhor interiormente, eu consigo ter a paz que eu não tinha antes. Sou religioso e hoje eu consigo ter essa paz espiritual que eu não tinha antes. Eu me dediquei mais à igreja. Eu era meio largadão, tal, aí eu falei: deixa eu conversar mais com Deus.

Antes era aquela loucura. Eu não parava pra pensar, eu fazia. Fazia! Pra mim tinha que ser tudo na hora, tinha que correr e correr. Hoje eu consigo analisar o que eu vou fazer. Hoje, sempre quando eu acordo, eu penso: "O que eu vou fazer hoje?" Eu sempre

programo o dia todo. Quando certas coisas que eu não programo e acontecem, eu falo: "Puxa, eu me esqueci de fazer isso, esqueci de fazer aquilo. Tento aproveitar cada segundo, cada momento da minha vida, pra poder aprender. Voltei a estudar agora. Eu tento aproveitar a vida o máximo possível. Se eu ficar deitado dormindo é 'perca' de tempo.

Acho que a gente fica mais maduro, mais fiel. Eu vejo o mundo de outra forma, a coisa assim: que a vida é infinita, não tem fim. É o coração que te direciona o que você faz, o que você fala; sentir amor às pessoas ao teu redor, hoje eu vejo que o nosso coração é o nosso guia, desde que tenha sentimentos bons pra perceber.

Então é como se eu tivesse me apegado a um grande desafio. Antes eu vivia de uma forma assim, sem objetivo. Por incrível que isso possa parecer, me ajudou a melhorar como pessoa, a ter mais objetivos na vida, a ser mais humano, a ser menos preocupado só com o meu umbigo. Eu olho muito pros outros, eu procuro ser generoso com os outros também e mais tolerante, né?

Eu tenho hoje uma força que talvez eu não teria, eu não fico um dia sem trabalhar porque eu sei que eu preciso do meu trabalho. Depois que eu me descobri HIV, eu consegui construir uma casa com 3 andares, que eu não tinha, eu só tinha um apartamento de COHAB. Com o suor do meu rosto, eu consegui um apartamento da Caixa Econômica. O HIV me fez a diferença. Eu não sei se eu não tivesse o HIV, se eu seria o que eu sou hoje porque hoje eu tô assim: mais forte, mais saudável, mais... sexy. A partir do momento que eu me descobri, eu procurei subir degrau, e degrau, assim, do outro - degrau assim, do outro. E tô conseguindo.

Também passei a dar valor mais na minha mãe, na minha família, dar mais atenção às pessoas e viver. Cuido estar no final de semana jantando com a minha família, coisas que, com certeza, se eu não faria porque quando você recebe um diagnóstico de HIV você recebe uma sentença de morte. Então, assim, nesses primeiros anos, 2 primeiros anos, você quer fazer tudo o que você não fez e que você acha que não vai fazer mais. A princípio é uma coisa que te faz muito mal porque você fica sem noção, fica perdido, desnorteado. Mas depois que você aprende a viver com isso, a conviver com isso, as coisas começam a melhorar, você começa a ver o mundo com outros olhos e a dar valor às pequenas coisas.

A autopercepção de nove dos 14 indivíduos que declararam ter mudado de postura diante da vida foi positiva. Este aspecto positivo caracterizou-se por uma “imersão” emocional e pela busca de ajuda espiritual, com o intuito de conquistar paz interior. Nota-se a presença da introspecção, bastante significativa neste contexto.

Quando relatam “*hoje eu me tornei uma pessoa melhor interiormente*” após o diagnóstico de HIV, um dos mais significativos achados desta pesquisa, chama-nos a atenção como esta percepção positiva do diagnóstico tornou-os mais fortes, promissores, autoconfiantes e com extraordinária autoestima. É como se a doença os tornasse perseverantes, disciplinados, mais afáveis e altruístas consigo mesmos e com os outros. Portanto, este dado sinaliza que este grupo obteve melhor qualidade de vida devido ao significado atribuído à doença.

Este registro é bastante significativo tendo em vista que a relação entre cada indivíduo e a própria doença está intimamente ligada ao nível de percepção de sua condição, conforme corroborado por Delerga *et al.* (2002) e Suite e Pereira (2008).

Em outra perspectiva, no que diz respeito à percepção de “*terem se tornado pessoas melhores*” com o diagnóstico do HIV, Ramos (2011)⁴¹ acrescenta que é como se a doença fizesse com que o indivíduo tivesse contato com conteúdos emocionais profundos, e que – apesar de fragilizado – passasse a ter elementos até então imperceptíveis, que o fortalecessem no enfrentamento da doença. *Então graças a Deus isso veio pra mim porque hoje eu me tornei uma pessoa melhor interiormente, eu consigo ter a paz que eu não tinha antes / Eu vejo o mundo de outra forma, a coisa assim: que a vida é infinita, não tem fim./ Por incrível que isso possa parecer, me ajudou a melhorar como pessoa, a ter mais objetivos na vida, a ser mais humano, a ser menos preocupado só com o meu umbigo./ Eu não sei se eu não tivesse o HIV, se eu seria o que eu sou hoje porque hoje eu tô assim: mais forte, mais saudável, mais... sexy.*

Negativamente

Quando fiz o exame deu positivo fiquei maluco. Mudou tudo, tudo, tudo, tudo. Eu diria que hoje perdeu o sentido. Tento, me arrasto pra prosseguir... Não sei se vou conseguir, tô tentando. Foi uma virada. Foi demais! Foi triste mesmo de descobrir, porque eu casado, tenho uma família, né? Pra mim parece que faltou o chão, sabe? Mas a minha esposa entendeu a situação. Minha aparência mudou, sei que não sou o mesmo e que pareço estranho, olha só meu rosto e braços. Nunca mais voltarei a ser o mesmo, tenho vergonha de ir a praia, minha perna afinou. As pessoas não são bobas não cara, elas sacam de longe. A minha vida já não é com ela como era antes, entendeu? Você tem que evitar muita coisa. O tempo vai passando, vai desgastando, entendeu? Somos bons amigos, mas não é que nem era antes. Me sinto rejeitado, não sou mais normal né. As vezes acordo e preferia estar morto, morrer. Ninguém te aceita. É uma vida desgraçada cara, nem o diabo viveu assim. Não dá pra aceitar, não tem jeito. É um peso que não sei até quando vou carregar. Tenho que pagar tudo por ter aprontado, a sacanagem destruiu minha vida e hoje sou um morto vivo, fico 'perambulano'.

Inversamente ao grupo anterior, cinco dos 14 indivíduos deste grupo tiveram uma autopercepção negativa quanto à mudança de postura diante da vida, decorrente do conhecimento do diagnóstico. Esta autopercepção negativa foi caracterizada por conteúdos depressivos e um intenso sofrimento: *...diria que hoje perdeu o sentido. Tento, me arrasto pra prosseguir... Não sei se vou conseguir, tô tentando.*

⁴¹ Dr^a Denise Gimenez Ramos em orientação / dezembro de 2011.

Os membros deste grupo relatam terem perdido o sentido da vida, terem ficado inconformados com as alterações físicas devidas aos efeitos colaterais da medicação, terem sentido dificuldade em ser aceitos, e sentirem vergonha e culpa por terem se infectado. *Minha aparência mudou, sei que não sou o mesmo e que pareço estranho, olha só meu rosto e braços. Nunca mais voltarei a ser o mesmo, tenho vergonha de ir a praia, minha perna afinou. As pessoas não são bobas não cara, elas sacam de longe. A minha vida já não é com ela como era antes, entendeu?*

Ressaltamos o sofrimento em um grau muito elevado, com aspectos estigmatizantes, culpabilizantes e de autorrejeição extrema, ao ponto de terem dificuldade em prosseguir, citando inclusive a morte como alternativa diante do desgosto do diagnóstico do HIV: *As vezes acordo e preferia estar morto, morrer. Ninguém te aceita. É uma vida desgraçada cara, nem o diabo viveu assim. Não dá pra aceitar, não tem jeito É um peso que não sei até quando vou carregar. Tenho que pagar tudo por ter aprontado, a sacanagem destruiu minha vida e hoje sou um morto vivo, fico 'perambulano'.*

A relação entre os múltiplos fatores psicológicos envolvidos se reflete no sistema imunológico do indivíduo soropositivo, originando maior suscetibilidade diante de agentes patogênicos que serão determinantes nas características e evolução de infecções em indivíduos vivendo com HIV/*aids*, conforme atestam Suit e Pereira (2008). Isso sem mencionar essa influência em sua socialização, que prejudicada, os conduzem ao isolamento e à depressão. Os resultados obtidos por esses pesquisadores sugerem que os piores estados de ânimo, um maior nível de estresse e estratégias de enfrentamento desvinculadas de uma ação mais ativa diante dos problemas estariam diretamente relacionados a um diagnóstico mais grave, favorecendo a progressão mais rápida do vírus no organismo. A manutenção de altos níveis de estresse por longo espaço de tempo, ou com alta frequência, pode desequilibrar todos os órgãos e sistemas corporais; em consequência, o sistema imunológico terá sua capacidade de defesa comprometida, podendo resultar em maior vulnerabilidade e adoecimento.

Nesta mesma perspectiva de análise, as pesquisas de Holzemer *et al.* (2006) e Suit e Pereira (2008) afirmam que, ao perceberem o estigma, as pessoas vivendo com HIV sofrem influência negativa em sua saúde; além de depressão, ocorre um aumento da severidade dos sintomas relacionados com o HIV que se refletem em baixos níveis de resposta ao tratamento antirretroviral.

C - O RELACIONAMENTO AFETIVO MUDOU

O que mudou muito pra mim e ainda me assombra um pouco é o seguinte: logo que eu me diagnosei tava começando a me envolver com uma pessoa com quem eu me relacionei por um ano e meio, e que nunca soube por que era uma pessoa extremamente preconceituosa. E eu terminei, boicotei a relação porque não teria coragem de contar. Terminou há cinco meses. Hoje eu tô super bem, mas era assombroso, eu amava uma pessoa, eu queria constituir uma história. Então eu já assumi que eu não preciso revelar pra todo mundo, mas uma pessoa pra quem eu quero compartilhar a minha vida precisa saber. Durante um tempo eu me sentia culpado, a cada relação sexual, que eu ficava pensando, embora eu me prevenisse: "Nossa, será que eu me contaminei?" Não sei. E aí acabou a relação e isso foi pesado. Quando eu terminei a relação, a primeira escolha que eu fiz era: a próxima pessoa com quem eu me relacionar ela vai saber de cara. Vai ser a primeira coisa porque pra mim o sofrimento é menor do que arrastar uma relação no segredo. Já elimina aí.

É...a parte amorosa, principalmente, é complicada. O meu casamento simplesmente zerou quando eu descobri que era soropositivo. Eu vivi ainda dez anos casado, mas não havia mais sexo entre nós. Da minha parte havia medo, mas dava pra contornar. Mas ela não, não quis mais nem saber. Era um histórico. Ela trabalhava numa fábrica que havia pessoas que usava preservativo e engravidava, e ela achava que também poderia pegar aids; podia estourar, podia acontecer um acidente. Então teve uma grande mudança. Também mudou porque passei a prevenir mais. Não é mais normal como era antes. Antes quando me sentia, sei lá uma pessoa normal, era mais gostoso, alguém te cochichava que te achava gostoso, te curtia. Hoje isso não existe mais e se não ficar esperto vem pedras.

A autopercepção de 12,12% dos entrevistados quanto às mudanças após o diagnóstico do HIV foi experimentada pela dificuldade de manter ou iniciar um relacionamento afetivo. Neste grupo, o sofrimento foi caracterizado pela autorrejeição, pelo estigma do diagnóstico e pela discriminação de pessoas com quem mantinham relacionamentos: *tava começando a me envolver com uma pessoa com quem eu me relacionei por um ano e meio, e que nunca soube por que era uma pessoa extremamente preconceituosa.*

Além da rejeição, observamos a presença da culpa e do medo: *Da minha parte havia medo, mas dava pra contornar*; da insegurança: *Durante um tempo eu me sentia culpado, a cada relação sexual, que eu ficava pensando, embora eu me prevenisse: "Nossa, será que eu me contaminei?"*; da sensação de despotencialização, de ser diminuído: *Não é mais normal como era antes. Antes quando me sentia, sei lá uma pessoa normal...*; e da exclusão: *Da minha parte havia medo, mas dava pra contornar. Mas ela não, não quis mais nem saber.*

Para este grupo, a autopercepção de preconceito e do estigma são manifestados por meio do menosprezo, humilhação, desqualificação, discriminação, afastamento e exclusão nas

relações, conforme atestado por Sennet (1999) e Goffman (2008); conseqüentemente, por um mecanismo de defesa, de autopreservação, estes indivíduos passam a isolar-se: *Hoje isso não existe mais e se não ficar esperto vem pedras.*

D - PASSOU A TER QUE ENFRENTAR O PRECONCEITO

Minha vida mudou, porque eu tenho mais respeito, eu faço terapia, mas as pessoas não têm mais respeito por mim, pelo contrário. Culpa de viado é pior que qualquer outra culpa, e eles te culpam, não só pelo homossexual, mas também, de certa forma por todas as pessoas que são soropositivas. As pessoas são más, te maltratam, fingem que você não existe, é como se você fosse um nada.

E nas Instituições! Eu passei por essas instituições e o preconceito lá dentro contra o homossexual é muito grande também, não por parte dos diretores, mas por parte dos próprios internos, entre nós mesmos, entre todos, ainda existe dentro de nós mesmo.

Eu saio, passeio, tenho meus 'amigo', tal, mas não conto pra todos porque eu acho que nem tudo da vida da gente, nem o melhor amigo deve saber. Não quero aquela coisa de pena, porque o pior sentimento que o ser humano pode ter por outro é pena, é piedade. "Ai, coitadinho, tá com isso." Então eu não quero isso. Quero que meus 'amigo' me 'veja' como uma pessoa sadia. Quero ser orgulho dos meus 'amigo', não uma pessoa digna de pena, de coitado. Então eu quero que meus 'amigo' me veja como uma pessoa como eu sempre fui. Eu acho que de repente eu penso que ele era meu melhor amigo, mas no fundo ele também tem um melhor amigo, e pode dizer: "Porra, sabe fulano, que é meu amigo? Como você é meu melhor amigo, eu vou te contar." Então como existe muito isso, eu já procuro separar as 'coisa', sabe? No meu caso é lascado, difícil mesmo, curto um doze na vida, sou preto, cabeça chata, homossexual, to com o bicho, sou pobre, às vezes nem tenho grana pra vim pegar meus "remédio".

O foda é esconder de todo mundo, sempre ter que tirar a etiqueta do remédio, tomar disfarçadamente.

Então por mais que eles não me 'aceite', tem nojo de mim, eu penso: quem sabe se estiver mais próximo eles passam a me aceitar, gostar um pouco de mim como sou?

21,21% tiveram, como autopercepção às mudanças do diagnóstico em suas vidas, o estigma e a discriminação. Neste grupo observamos a força do estigma da *aids* e a discriminação quando associada à homossexualidade, acarretando grande sofrimento emocional. Estes conteúdos apareceram recorrentemente, conforme podemos observar no relato e análise das questões: 1C; 1D; 2B; 3C e 4A. Isso nos sinaliza que esses indivíduos, sempre que tiveram oportunidade na entrevista, atualizaram estes conteúdos emocionais que lhes são muito mobilizadores.

O estigma sentido e sofrido (AYRES *et al*, 2006) foi de tamanha intensidade que os impede até mesmo de dividir o diagnóstico com o melhor amigo, levando-os a exilar-se em sua “tormenta” a correr o risco de ter sua condição revelada e comentada: *Eu acho que de repente eu penso que ele era meu melhor amigo, mas no fundo ele também tem um melhor*

amigo, e pode dizer: "Porra, sabe fulano, que é meu amigo? Como você é meu melhor amigo, eu vou te contar."

A autopercepção do estigma, além de excluí-los, isolá-los, é gerador de profundos sofrimentos, fazendo-os ‘mendigar’ aceitação e consideração: *O foda é esconder de todo mundo, sempre ter que tirar a etiqueta do remédio, tomar disfarçadamente. Então por mais que eles não me 'aceite', tem nojo de mim, eu penso: quem sabe se estiver mais próximo eles passam a me aceitar, gostar um pouco de mim como sou?*

Neste grupo também pode ser percebida a confluência de estigmas: *No meu caso é lascado, difícil mesmo, curto um doze na vida, sou preto, cabeça chata, homossexual, to com o bicho, sou pobre, às vezes nem tenho grana pra vim pegar meus "remédio", denominada por Parker et al. (2001) sinergia de pragas.*

E - NÃO MUDOU NADA

Não mudou nada. Não mudei meu jeito de vida. Continuo a fazer as coisas que eu fazia: saio, vou pras 'balada', de vez em quando me drogo (não tenho vergonha de falar), fumo o meu baseado. E também não é por causa disso que eu aumentei a quantidade de droga, é a mesma coisa, não mudou em nada. Continua a mesma coisa.

Eu continuo trabalhando. No tempo que eu tô nessa empresa é o tempo que eu sou HIV+. E o tempo que eu trabalhei de voluntário num hospital também. Eu acho que assim, me estimulou a fazer coisinhas que eu não fazia antes. Trabalhei um ano como voluntário num Hospital, porque eu tenho curso de Técnico de enfermagem.

Então pra mim tá ótimo aqui. Tem pessoas que 'gosta' de mim, então eu vou ficar por aqui mesmo." Pra mim não mudou nada não.

Quanto à autopercepção das mudanças com o diagnóstico de HIV, para 9,09% dos entrevistados nada mudou. Caracterizadas por um discurso defensivo, ressaltamos a indiferença e a negação da sua nova condição de vida. Não altera absolutamente nada: *Não mudou nada. Não mudei meu jeito de vida. Continuo a fazer as coisas que eu fazia* pode denotar a dificuldade em lidar com as questões decorrentes do diagnóstico, sejam físicas, emocionais ou sociais.

Ao mesmo tempo em que declara ter sido voluntário em um hospital: *trabalhei de voluntário num hospital também. Eu acho que assim, me estimulou a fazer coisinhas que eu não fazia antes*, o indivíduo pode sinalizar um movimento de altruísmo e sensibilização pelo outro, conforme análise da questão 5B/Positivamente, mas também o de tentar fazer algo pelo outro diante da dificuldade de entrar em contato consigo mesmo.

E ao afirmar: *Então pra mim tá ótimo aqui. Tem pessoas que 'gosta' de mim, então eu vou ficar por aqui mesmo. Pra mim não mudou nada não.*.,, isso pode significar que, diante da percepção de estigmatização, esse indivíduo, com medo do abandono e da rejeição, permanece onde está para não se machucar, assim se defende e se autopreserva.

Em vista disso, podemos observar que neste grupo a busca em lidar com a situação nova de forma indiferente é uma tática não menos sofrida que tentar fazer a diferença, posto que permanecer onde se está demanda um investimento de energia física e emocional, que na maioria das vezes faz o indivíduo distanciar-se das suas questões emocionais, conduzindo-o ao isolamento e à baixa autoestima.

Por conseguinte, neste bloco a autopercepção dos HSH vivendo com HIV quanto à mudança de vida após o diagnóstico foi contraditória. Para o grupo 5A e 5B/Positivamente, a autopercepção da doença foi positiva, ativando recursos emocionais como a introspecção, além de força e vitalidade; conseqüentemente, as mudanças foram adaptativas, conscientes e de mobilização de enfrentamento à sua nova condição. Para os grupos 5B/Negativamente; 5C e 5D, a autopercepção da doença foi negativa, estigmatizante e discriminatória. A dificuldade em se relacionar, a percepção de abandono, de rejeição e de exclusão e o intenso sofrimento emocional os tornaram mais fragilizados e despotencializados para o enfrentamento da doença; não tiveram recursos emocionais que os mobilizassem a novas formas de adaptação – aspecto evidenciado no grupo 5E.

As questões 6 e 7 a seguir nos ajudarão a responder ao último item dos objetivos específicos: **Os contextos de vulnerabilidade dos HSH HIV+**. Entendendo-se que a exposição aos agravos da doença e os contextos coletivos podem produzir maior suscetibilidade a riscos.

6 – *Quais são os maiores riscos que um homossexual vivendo com HIV corre?*

● Dados Quantitativos

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

<i>Idéias Centrais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A- Exposição a comportamentos de risco: não usar camisinha, homossexualidade, drogas.	9	27,27
B- Não fazer adequadamente o tratamento.	7	21,21
C- Adquirir outras infecções.	6	18,18
D- Infectar outras pessoas.	4	12,12
E- Isolamento afetivo.	1	3,03
F- Perda do trabalho.	4	12,12
G- Preconceito.	9	27,27
H- Riscos é não ter prazer.	3	9,09
I- Falta de informação.	2	6,06
J- Não ter plano de saúde.	1	3,03
K- Exposição a situações de risco: transfusão de sangue, objetos contaminados, alimentos contaminados.	3	9,09
J-Ser agredido.	2	6,13

Quadro 6 - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: *Quais são os maiores riscos que um homossexual vivendo com HIV corre?*

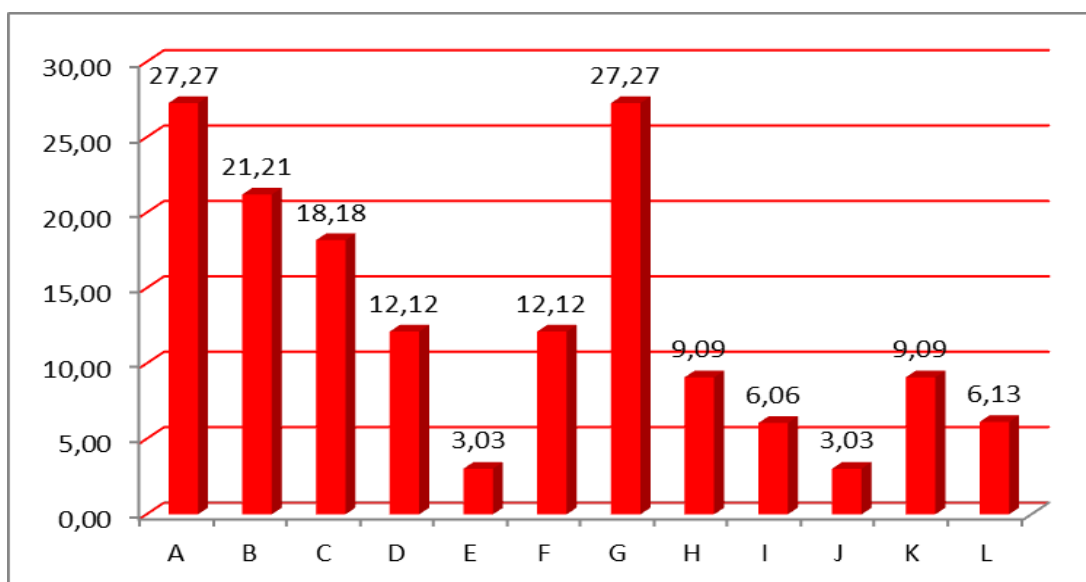


Gráfico 15: *Quais são os maiores riscos que um homossexual vivendo com HIV corre?*

● Dados qualitativos

A - EXPOSIÇÃO A COMPORTAMENTOS DE RISCO

Não usar camisinha

O maior risco?

Olha, eu acho que é ele fazer um sexo sem se prevenir. É não usar camisinha. O efeito vem depois. A gente tá imune a doença porque a gente tá tomando os medicamentos, mas a gente não pode abrir mão do preservativo. Então a gente corre muito esse risco. A camisinha segura, né? Porque antigamente, há 20 anos atrás, eu pegava camisinhas que estouravam com uma facilidade tremenda. Hoje não, as camisinhas dadas nos postos, vendidas nas farmácias é mais seguro. Antigamente, quando começou esse negócio "vamos usar camisinha", era um terror, porque estourava demais e as pessoas pegavam aí HIV, Hepatite C, Hepatite B. Eu participo de vários grupos e já ouvi pessoas dizerem que tem mulheres, homens, heterossexuais, homossexuais que tem o seu parceiro e não usam a camisinha, né? Já ouvi de próprios pacientes aqui do Programa Nacional de Saúde de HIV que não usam. E o parceiro aceita! O mais engraçado é isso. Sei lá, as pessoas tão perdendo o medo.

Olha, sabemos que o HIV, o risco do HIV é o sexo sem camisinha isso em relação a sexo. Sexo oral e o sexo vaginal. O sexo anal, porque como a mucosa ela é formada de micro-vasos, se um homem penetra no outro, a qualquer momento um micro-vaso daqueles as vezes pode explodir. Ele explodindo, tem sangramento e aquele esperma, ele vai misturar com aquele sangue. Automaticamente o cara se infectou. Então seria mais fácil se infectar pelo ânus, até mesmo pela vagina, no caso da mulher. E do homem pela boca, por causa da mucosa. Porque se o homem tá com uma feridinha na gengiva, um dente infeccionado e ele vai lá e chupa um baita de um pau "desse tamanho" o cara derrama na boca dele? Ele tem 99,5% de chance pra se infectar. Então, o maior risco do HIV é a relação desprevenida. Transar sem preservativo é se contaminar. Eu não abro mão do preservativo.

Ser homossexual

Na verdade assim, pelo fato de ser homossexual. Sair com vários 'parceiro'. É, porque eles 'fala' que usa camisinha, mas chega uma hora que não usa e aí acaba se espalhando, principalmente com os mais 'jovem'. Os mais velhos são mais 'seguro' um pouco, mas os mais 'jovem' não.

Como eu te falei, antes eu era na verdade bissexual, eu ficava com homem e com mulher. Só que após isso ter acontecido eu não tive mais relacionamento com ninguém, eu tive relacionamento só com mulher, entendeu? E não fiquei mais com homem. Hoje tento não pensar mais nisso. Eu acho que 'existe' coisas melhores. Tento ver outras coisas melhores. Porque eu acho assim, se antes eu tivesse tido essa cabeça e não 'ter' feito besteira, possivelmente hoje eu não estaria aqui. Mas como já aconteceu eu não posso voltar atrás. E hoje eu tento me prevenir de todas as formas e eu acho que muitos homossexuais que descobriram que essa coisa aconteceu, eles pensam sempre em morrer. A primeira coisa deles é: "Não, eu vou aproveitar. Vou beber, vou ficar com o outro e vou aproveitar. Vou morrer mesmo!"

Usar Drogas

É continuar, sei lá, usando droga, bebendo, usufruindo das mesmas coisas porque eu conheço gente também que tem e não liga pra isso, sabe? E é sempre certo não beber.

Do total de entrevistados, 27,27% atribuem os riscos a que um homossexual HIV+ está exposto ao não uso de camisinha, à própria homossexualidade e ao uso de drogas. No que se refere à exposição a riscos, foi identificado por este grupo que o uso da camisinha é fator fundamental na prevenção da infecção e reinfecção do HIV e das DSTs. O grupo reconhece a

importância do preservativo; e que ter vários parceiros e usar drogas são também aspectos de vulnerabilidade ao HIV; portanto, apresentam uma consciência no aspecto preventivo e nos cuidados que o soropositivo necessita para manter-se saudável.

Entretanto, é importante salientar que o fato de apresentarem consciência no conhecimento dos riscos não quer dizer que terão comportamento e atitudes compatíveis, conforme observaremos no decorrer da questão 7.

B - NÃO ADERIR AO TRATAMENTO

O maior risco? O maior risco é o de ficar doente, de não se cuidar. Tem que tomar o remédio direitinho. Não pode deixar de tomar o remédio. Deixou de tomar o remédio, dança.

Negar o tratamento implica num risco sério. Também há um acompanhamento. Tratamento em alguns casos não precisa, mas há um acompanhamento pra essa manutenção, que é uma consciência do seu estado imunológico, a que ponto se encontra.

Então, você tomando os seus remédios em dia, você não corre risco nenhum. Eu vivo assim. Eu falo: "Eu vivo melhor que um diabético" porque o diabético ele não come açúcar, ele não come macarrão, ele não come arroz, ele não come isso, ele não come aquilo, não pode ser cortar, não pode fazer. Eu posso fazer tudo! Eu posso comer macarrão, eu posso comer arroz, eu posso me cortar, eu posso correr. Então, assim, eu me sinto melhor que um diabético, que o cara de pressão alta, sinceramente.

Para 21,21% dos entrevistados, o risco que um homossexual vivendo com HIV corre é não seguir o tratamento de forma adequada. Este grupo relata a importância da adesão ao tratamento, do uso correto da medicação e de uma alimentação saudável. Desde modo, os dados relatados são componentes positivos no cuidado do indivíduo HIV+.

C - ADQUIRIR OUTRAS INFECÇÕES

O risco é ser mais contaminado por doenças devido estar vulnerável. Então tem que tomar muito cuidado! As pessoas hoje dizem: "Ah, o HIV já não é mais problema, tem o remédio, não sei o que." Mas existem outras doenças também e as pessoas esquecem disso.

Uma pessoa com HIV ela tem mais facilidade pra contrair outros tipos de doenças, tem a questão da imunidade, que é muito difícil. Então acho que é ter cuidado pra não pegar uma doença oportunista.

Então eu acho que o maior risco é esse: a re-co-infecção do HIV, a Hepatite C, a Hepatite B, pros heterossexuais as DSTs. Que nem eu, tenho um problema mais sério, a pneumonia. Eu já peguei pneumonia duas vezes.

Outra coisa: uma segunda carga, uma segunda contaminação com relação a doença, porque uma segunda contaminação, segundo o que o médico me disse, o remédio pode matar uma cepa do vírus e não a segunda, então de forma que, o coquetel seria talvez inócuo para uma segunda contaminação, vou chamar de "cepa". Então esse é o risco, o de uma segunda contaminação, e do remédio se tornar inócuo.

Há muitos riscos. Mas sabendo se cuidar, dá pra ela sobreviver muito bem na sociedade.

Para 18,18% dos entrevistados, o risco que o homossexual vivendo com HIV corre envolve os cuidados para evitar uma reinfecção, bem como a atenção com a saúde. Este grupo atribui a conscientização do uso do preservativo como fator fundamental ao risco da reinfecção das doenças oportunistas, das DSTs e de suas consequências – dentre elas a resistência à medicação. Portanto, demonstram um aspecto positivo no cuidado e atenção à saúde.

Por outro lado, identificamos uma “distorção” na percepção de vulnerabilidade, quando mencionado o risco das DSTs *pros heterossexuais* – como se os homossexuais estivessem “condenados” a adquiri-las, ou que fossem “merecedores”. Entretanto, como a questão foi direcionada aos riscos que um “homossexual” vivendo com HIV corre, destacamos a necessidade de autoafirmação da sexualidade “heterossexual”, o que – na distorcida concepção heterossexista – os diferencia da exposição aos agravos da doença a que “os homossexuais” estão suscetíveis. Houve, portanto, o que Borrilo (2000) afirma ser o registro do machismo, hierarquizando e aferindo a supremacia dos homens, como um componente eficiente e potente para legitimar o binário sexual e para ordenar as diferenças entre homossexuais e heterossexuais.

D - INFECTAR OUTRAS PESSOAS

Infectar os outros

Bom, eu acho que o maior risco é assim: além de se re-contaminar é contaminar uma outra pessoa. Deve-se usar camisinha pra não contaminar outras pessoas. Acho que é os 'risco' que tem, se cuidando porque senão vai virar uma bola de neve, né?

Risco policial, risco de vida ao infectar outros

Maior risco? De, se por acaso ele é um cara livre, ele pode pegar um cara, o cara sabê e daí matar ele. Tem acontecido isso. Se a polícia vê, ele pode ser preso. Se eu sou positivo e eu pego você, sem você saber e você descobrir, você pode ir pra delegacia e eu sou preso, se eu veicular isso. Então esse é o risco, entendeu? E tem morrido pessoas assim.

Tem às vezes pela internet, né? Eles se namoram e quando o cara, se periga dele saber, acaba mandando matar. É o risco. Eu acho que pra nós é mais seguro o cara HIV positivo ter caso só se os dois combinarem bem, né? Porque também eu tenho um amigo meu e ele é positivo e não contou pro outro cara que ele era positivo. Ele pegava o remédio, tirava a etiqueta lá, pra pessoa não pegar e ver que era remédio de HIV que tava tomando. Eu acho muito baixo, no nosso meio, porque seria uma traição, né?

Para 12,12% dos entrevistados, o risco que um homossexual corre vem acompanhado do medo da reinfecção, e do temor da descoberta de sua sorologia pelo outro com quem se

relaciona. A caracterização da persecutoriedade decorre de o indivíduo considerar-se como um risco em potencial de perigo ao outro e, conseqüentemente, de ter a sua vida ameaçada caso o outro tenha conhecimento de sua condição. Este grupo apresenta um estado persecutório, entendendo que a condição de HSH HIV+ é uma ameaça à sua própria vida e à vida do outro.

E - ISOLAMENTO AFETIVO

E acho que a outra implicação é a questão de se você não souber levar, fica uma solidão, uma situação de isolamento, de você se auto-isolar, não se permitir uma relação mais íntima, mais afetiva.

3,03% da amostra atribui o risco que um homossexual corre ao isolamento afetivo. Devido ao estigma e aos consequentes sentimentos mobilizados, para preservar-se o indivíduo busca o isolamento social, conforme relatado por Kahhale et al. (2010).

F- PERDA DO TRABALHO

Olha, eu acho que corre muitos riscos, inclusive eu acredito que você pode perder o emprego. Trabalho numa empresa que se sabe não te contrata. Eu fui contratado por uma empresa, e eles me pediram exame. Quando souberam não quiseram dar continuidade. Ninguém quer um HIV por perto. Querem que você pague pelo que fez. A empresa fica perguntando em que médico você tá indo. Sempre tem consulta, então é meio complicado. De repente alguém pede um exame de sangue, vai lá, faz sorologia e a gente também fica sem essa vaga.

E sem trabalhar fica mais difícil ainda, nunca tem grana pra nada, às vezes, com todos estes problemas que eu te falei, acho que a grana não é mais um, mais o principal. Sem grana não dá pra fazer nada, você se torna um nada.

Para 12,12% dos entrevistados, o risco que um homossexual corre prende-se à perda do trabalho. Neste grupo, o estigma, a discriminação, a culpa e a persecutoriedade contribuem para que estes permaneçam em constante estado de alerta para “esconder” a doença. Esta ameaça à perda do trabalho é uma violação de seus direitos basilares e faz com que os HSH vivendo com HIV sintam-se constantemente ameaçados pelo perigo de eminente demissão, caso seja delatada sua condição, bem como pela solicitação de um exame de sangue que os deixe apreensivos e desconfiados – não seria este um pretexto para submetê-los a um exame de sorologia para HIV sem que fossem devidamente comunicados? E, em caso positivo – ou

seja, se sua sorologia fosse descoberta –, é como se estes indivíduos tivessem sua “morte civil” instantânea e sua condição de direitos passasse a não mais existir.⁴²

Observamos a recorrência desses conteúdos estigmatizantes neste aspecto do temor em serem “delatados”, conforme relatos e na análise da questão 3A.

Da mesma forma volta a aparecer a sinergia de pragas, que pode ser observada na análise da questão 5D: *sem trabalhar fica mais difícil ainda, nunca tem grana pra nada, às vezes, com todos estes problemas que eu te falei, acho que a grana não é mais um, mais o principal. Sem grana não dá pra fazer nada, você se torna um nada.*

Vale ressaltar as dificuldades que um soropositivo encontra ao ser contratado para um emprego caso revele sua condição, bem como a dificuldade em manter-se trabalhando mesmo omitindo a própria condição, devido às constantes faltas, atrasos e atestados médicos decorrentes da realização do tratamento, da retirada de medicação, dos exames médicos e laboratoriais, das consultas periódicas – sem contar as faltas ocasionadas pelos efeitos colaterais da medicação ou mesmo da doença – lhe tiram a possibilidade de manter-se no mercado de trabalho, o que muitas vezes resulta em sua demissão, conforme atestado por Garcia e Koyama (2008).

Esta vulnerabilidade faz com que se sinta marginalizado, perseguido, obrigando-o a “encobrir” a doença (GOFFMAN, 2008). Como consequência, passa a sofrer todas as sequelas desse processo.

G - PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

Discriminação pela sociedade

Ah, HIV positivo? Como que eu vou te dizer, o preconceito, o risco das pessoas saberem e alienarem você. O quanto este risco é real, eu não sei, não sei dizer como as pessoas, todas, reagiriam. Seria como colocar, uma certa culpa em cima da gente " você procurou, você achou, ou, "você mereceu".

Então o risco é da divulgação de se ter HIV. Acho que tanto o homo, quanto o hetero sempre vai acontecer os mesmos problemas. Antes, lá no início da epidemia era taxado

⁴² Dr^a Áurea Abade, presidente do Grupo de Apoio à Prevenção à *aids* de São Paulo (Gapa-SP), descreve o contexto da “morte civil”, em 1989: pessoas perseguidas por sua condição sorológica, saunas e boates fechadas, testagem compulsória e diagnósticos revelados à revelia dos indivíduos. Para ela, a iniciativa do escritor e militante Herbert Daniel, quando denunciava a “morte civil” das pessoas infectadas com o HIV, “é um documento real para os nossos dias; hoje, temos menos mortes, mas ainda o mesmo cenário de discriminação”. <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/88/reportagens/vinte-anos-em-luta-contra-morte-civil>> Acesso em: 8 fev. 2012.

como doença de gays. Hoje não, hoje você vê que heterossexuais se contaminam muito mais do que os homossexuais. Eu acho que não vai ter diferença de um gay para um hetero positivo, a ser discriminado na nossa sociedade em si. Acho que ambos vão ter os mesmos problemas. No meu caso, também tenho diabetes, colesterol alto, tenho que tomar muitos remédios, as pessoas 'percebe' e começam a perguntar e você sempre tem que inventar e as pessoas não são idiotas.

Quando a gente tem as 'reunião' aí eu digo: "Não adianta contar" Eles falam: "Ah, eu vou contar pra fulano e pra cicrano." Eu falo: "Se eu fosse vocês eu não faria isso", porque no Brasil se você fizer uma campanha pra arrecadar, se você 'por' o carro-chefe o HIV, não dá certo. Se você colocar o câncer nessa campanha como carro-chefe o povo vai dizer: "Ah, o câncer...Pá e pá." enquanto que o HIV é visto de uma maneira completamente diferente.

Discriminação nos relacionamentos

Ele corre risco de ser discriminado toda hora perante as 'amizade'. Se souberem, ele é deixado de lado. É uma coisa que é muito complicado pras 'pessoa', porque é que eu tenho esse 'pobrema' e é muito difícil pras pessoas entender.

Discriminação no trabalho

Eu acho que tem a duplicidade do preconceito, quando revelado. Eu trabalhei numa empresa 6 anos atrás que 2 colegas eram soropositivos e eles não tinham revelado pras pessoas da empresa. Não tinham revelado pra ninguém da empresa, mas tinham revelado pro RH, até por conta de tratamento, exames médicos (isso foi em 2001), só que a pessoa do RH não teve ética e contou pra alguém, que contou pra alguém, que contou pra alguém. De uma maneira velada todo mundo na empresa sabia. Então, assim, quando faltavam, por qualquer motivo: "Nossa, será que ele tá doente? Ah, mas também, né?" "Mas também" pra mim já é assim: já é gay, ainda soropositivo"

Para 27,27% dos entrevistados, o risco que um homossexual corre é a discriminação social. Estes conteúdos muito mobilizadores foram recorrentes, e podem ser observados nos relatos e análises das questões 1D, 2B, 2C, 3A, 3B, 3C, 5B/Negativamente, 5D e 6F.

Podemos observar o preconceito antecipando a ação, **pela discriminação**: *Como que eu vou te dizer, o preconceito, o risco das pessoas saberem e alienarem você. O quanto este risco é real, eu não sei, não sei dizer como as pessoas, todas, reagiriam;* **pelo isolamento**: *O risco das pessoas saberem e alienarem você;* pela culpa: *Seria como colocar, uma certa culpa em cima da gente "você procurou", "você achou", ou, "você mereceu";* e **pela força do estigma e a descrença nas transformações**: *no Brasil se você fizer uma campanha pra arrecadar, se você 'por' o carro-chefe o HIV, não dá certo. Se você colocar o câncer nessa campanha como carro-chefe o povo vai dizer: "Ah, o câncer...Pá e pá." enquanto que o HIV é visto de uma maneira completamente diferente.*

H - RISCO É NÃO TER PRAZER

Riscos é o que menos conta, riscos é pra quem tá de fora e resolve interpretar a situação. Você não se controlar e sair querendo resolver teu tesão numa única noite... Sabe aquelas noites que você não se reconhece e precisa de muitos caras, aquela excitação toda, uma orgia somente te conseguiria fazer feliz... aí é complicado porque você perde o controle de você mesmo e se entrega a volúpia, ao prazer fácil, atrativo... como um sonífero que veio pra te fazer o prazer, aquele incondicional, a luxúria que você se torna somente o teu tesão, somente a vontade de se satisfazer, de ser o prazer.... Este é um momento extremamente perigoso, porque você não escolhe, o excitante é ser escolhido e satisfazer o outro, ou os outros... e aí vale tudo, se o cara for tesão, vale até uma violência, um desprezo, uma dor... tudo isto faz parte... é a vida e a morte junto, sabe quando os postos se atraem pela não oposição... neste momento tira-se tudo a limpo, tudo vale... sem falar nada, sem a palavra, com a desculpa de trocar carícias.... troca-se tudo, não só saliva, fluídos e espermas... é a oportunidade de você se ver num perigo eminente, de fazer tua vida ter um significado diferente, e aí meu caro..... você que tá lá, naquela orgia com 3, 4, 5, 10... tendo o maior prazer... daquele mais puro, que poucas pessoas se deram oportunidade de experimentar nesta vida, sendo completamente possuído por vários, as vezes ao mesmo tempo, sem absoluto controle de você mesmo, entregue totalmente ao mais louco e incompreensível prazer que a espécie humana pode experimentar....

O que é risco? Vários paus ao mesmo tempo em você? As pessoas gozando uma sobre as outras? Um engolindo o esperma de um desconhecido e sendo enrabado por anônimas pessoas que você nunca viu, mas que olha pra você e diz, eu posso te fazer feliz, te dar uma coisa que hoje, pelo menos hoje você saberá o que é felicidade, mesmo que esta possa te fazer chorar o resto de sua vida... hoje você saberá que você é um ser único do mundo, que gozará infinitamente como ninguém.... esta experiência não é humana, você é abduzido por algo inexplicável, você morre em vida, vive na morte... Te faz sentir-se um deus, mesmo que depois você viva no Ades... num purgatório eterno...sei lá...

É deste risco que você gostaria que eu te falasse? Isto é risco pra tua pesquisa? É assim que estes livros nos descrevem? Será que esta sociedade infeliz sabe o que realmente um risco? Sabe que às vezes eu realmente tenho pena desta tal humanidade... Míseros! São tão pequenos, infelizes, pobres, efêmeros..... Terão que nascer de novo pra saberem o que realmente é perigo, risco! O que estas pobres pessoas podem dizer que é risco?! Estas pessoinhas que nunca viveram o prazer pleno? Que vivem numa zona de conforto se achando alguém? No fundo sabem que não são, que não existem, que morrem em plena luz do dia, e às noites desfalecem e choram em seu travesseiro.... Desculpe, acho que me excedí... mas é que as vezes a gente realmente não compreende a hipocrisia.... Do que mesmo fala a sua pesquisa? Ah de HIV né?

Para 9,09% dos entrevistados, o risco que um homossexual corre envolve a ausência do prazer. Este grupo é caracterizado por um discurso defensivo composto de extrema excitação associada à crítica, à censura das convenções sociais e morais. Trata-se de uma denúncia à repressão social, como atesta Trevisan (1986).

A sexualidade exercida sem limites, a entrega ao prazer sem reservas, sinaliza-nos um comportamento autodestrutivo, possivelmente por um mecanismo de defesa. Assim sendo, para este grupo a vulnerabilidade está associada à prática de sexo de elevado risco, no registro

de uma experiência extrema ou transgressiva, inclusive por desafiar o vírus, a doença e os limites da própria vida. Esse “prazer do risco” pode estar intimamente vinculado à ideia de transgressão (ou violação) de fronteiras.

I - FALTA DE INFORMAÇÃO

O maior inimigo do soropositivo é a falta de informação porque eu, particularmente, me achava super bem esclarecido, sempre me preveni. A terapia me ajudou muito, mas nos primeiros meses eu fiquei neurótico querendo saber como eu tinha me contaminado. E não sei e, agora, não quero mais saber também porque eu não vou saber, é fato. O fato é que eu tenho, eu sou soropositivo e eu não gosto de generalizações, né? Sei lá, eu acho que as pessoas precisam se esclarecer um pouco mais em relação às pessoas que são soropositivas. Eu acho que tem muito mais gente contaminada do que se sabe.

Eu não fazia exames periódicos, eu não tinha essa preocupação porque eu achava que eu nunca ia me contaminar. Eu descobri por causa de uma infecção no intestino, ou seja, um caminho que não tinha nada a ver. E ainda bem que eu descobri.

6,06% da amostra atribuíram o risco que o homossexual corre à falta de informação. A informação ou divulgação do conhecimento é importante, mas não suficiente para causar impacto no comportamento sexual de risco. Apesar de se ter ciência de que, no caso da *aids*, o grau de informação que um indivíduo detém sobre formas de transmissão e situações de risco não é suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para o aumento da sua vulnerabilidade (PERUGA e CELENTANO, 1993; WALTER e VAUGHN, 1993).

Para Ayres *et al.* (2003), a vulnerabilidade individual está relacionada, ainda, ao nível e à qualidade da informação disponíveis aos indivíduos acerca do problema, bem como à capacidade dos mesmos de elaborar tais informações e integrá-las à sua vivência cotidiana.

J - NÃO TER PLANO DE SAÚDE

O único risco, assim, que eu corro seria a saúde do Brasil. Quer dizer, amanhã eu caio num hospital fundo de quintal. É esse o problema: se você não tem um plano de saúde.

Para 3,03% dos participantes, o risco ao qual um homossexual vivendo com HIV está sujeito seria a falta de um plano de saúde. Essa percepção negativa dos soropositivos também nos leva a pensar sobre a assistência à saúde dos prestadores de serviço; que, na visão de Garrido *et al.* (2007), reflete um obstáculo na utilização desses serviços e compromete a adesão ao tratamento. Tal questão também foi constatada por Infante *et al.* (2006) no que se refere ao prejuízo dessa percepção negativa, que começa na própria utilização dos serviços públicos tanto para o acesso a medicamentos e consultas quanto no tratamento das

enfermidades e doenças oportunistas; bem como no acesso às informações de prevenção e no comportamento dos profissionais desses estabelecimentos.

K - EXPOSIÇÃO A SITUAÇÕES DE RISCO: TRANSFUSÃO DE SANGUE, OBJETOS CONTAMINADOS, ALIMENTOS CONTAMINADOS

Eu acho que a gente corre mais risco do que uma pessoa que não tem, entendeu? Eu acho que assim, tem que não comer tudo o que tem na rua. Isso eu me educo muito bem, de não comer de tudo, lanche, essas 'coisa' assim, que é feita na rua, exposto a bactéria, essas 'coisa toda'. Depois que eu descobri eu já não faço mais isso. Que eu gostava muito de lanche de rua, essas 'coisa toda'. Então, assim, eu me políciei depois dessa descoberta.

Também eu acredito que numa transfusão de sangue, você deve ter cuidado com o seu sangue. Saber separar as suas 'coisa', não é verdade? Saber separar seus 'objeto' de uso pessoal. Acho que só. Eu acredito que seja isso.

9,09% atribuem o risco que um homossexual corre à exposição a situações como transfusão de sangue, objetos e alimentos contaminados. Vale observar que esses indivíduos estão conscientes de suas limitações e da necessidade de se precaverem quanto à exposição a situações de risco. Entretanto, ao relatarem *saber separar seus 'objeto' de uso pessoal*, houve uma “distorção” e/ou excesso de cuidado, sinalizando a influência do estigma que sobrepujou a compreensão da doença. O relato deste grupo revela com isso uma sensação de persecutoriedade. A consciência das limitações é positiva desde que não coíba o indivíduo de viver naturalmente e o conduza ao isolamento e à autosegregação.

L - SER AGREDIDO

É o risco de ser agredido de repente por pessoas que acham até hoje que nós, homossexuais, somos os culpados de existir esse tipo de doença, esse tipo de "praga". Então, corre-se risco o tempo todo. Pode-se apanhar pra caralho, ...

Os caras usam, abusam, te lambusam, depois te batem. Eles te 'pega', te fazem ajoelhar, gostam de te tratar como uma cadela. Te dão tapa na cara, chute, mas precisam de você, são coitados, não tem ninguém pra fazer eles 'feliz'. Sabe que a gente que faz. Por isso não choro, eles tem um tipo de amor, bem animal, mas tem. Te faz sofrer também, porque viado é raça podre, tem que apanhar pra ser feliz. De vez em quando, passam da dosagem te espancam porque tem medo que a gente espalha que te comeu, gozou em você e os outros vai pensar que é da mesma laia que a gente. É babado! Se eles sabem que a gente tem a maldita, aí te chutam na cara, bate até morrer... tem medo de ficar bichado também, ficar raça podre. Mas eles te procuram, se percebe que eles tão querendo, aí depois te bate. Acho que tem culpa, medo de ficar que nem a gente.

Para 6,13% dos entrevistados, o risco que o homossexual corre envolve agressão. Neste grupo, ressaltamos o elevado sofrimento emocional, a condição humilhante e ultrajante, a miséria humana, a violação da cidadania e de direitos humanos, a submissão, a miserável opressão a que os HSH HIV+ se submetem em troca da possibilidade de prazer. É um relato

que denuncia não só as subcondições miseráveis, físicas e emocionais do ser humano, como também o grave estigma da homossexualidade associada ao HIV, revelando desta forma a “mais baixa escala” de importância do indivíduo e a total ausência de cidadania e humanidade.

É o risco de ser agredido de repente por pessoas que acham até hoje que nós, homossexuais, somos os culpados de existir esse tipo de doença, esse tipo de “praga”. Nesta afirmação destacamos o quanto a inflexível representação social da *aids* como doença do outro – desconhecido, estrangeiro, fora do grupo, longínquo, marginalizado (DOUGLAS, 1994) – continua a afetar os HSH emocional e socialmente, sujeitando-os ao medo da reinfecção, da violência – e potencial doença/morte – a cada nova relação; além de terem de lidar com a crença, comum entre heterossexuais, de que todo homossexual é HIV positivo (NUNAN, 2003).

Na afirmação: *Então, corre-se risco o tempo todo. Pode-se apanhar pra caralho, ...Os caras usam, abusam, te lambuzam, depois te batem. Eles te 'pega', te fazem ajoelhar, gostam de te tratar como uma cadela. Te dão tapa na cara, chute, mas precisam de você, são coitados, não tem ninguém pra fazer eles 'feliz',* chamamos a atenção para a complexidade que abrange a sexualidade, bem como para a constatação da hierarquia e a desigualdade de poder (GAGNON E SIMON, 1973), caracterizada neste depoimento pela dominação e subserviência e culpa.

A cultura heterossexual dominante considera os homossexuais como *seres abjetos*, ou seja, seres bizarros, desprezíveis, desviantes, anormais, marginais, sub-humanos, subcidadãos que devem ocupar e existir apenas em lugares inabitáveis e de subcultura, ou – de preferência – não existirem. Deste modo, tais seres ameaçam a *ordem heterossexual*, e deveriam habitar tão somente um espaço imaginário e/ou mitológico ou, ainda, ocuparem apenas territórios marginais como, por exemplo, lugares autorizados de *guetificação*, o que é corroborado também por Nascimento (2007).

Segundo Parker (1994), a urgência na compreensão da sexualidade contribuiria para legitimar a diversidade sexual e nos mostraria a imensa variabilidade de hábitos e significados sexuais atribuídos a práticas, vistos como possibilidades da experiência humana.

Te faz sofrer também, porque viado é raça podre, tem que apanhar pra ser feliz. De vez em quando, passam da dosagem te espancam porque tem medo que a gente espalha que

te comeu, gozou em você e os outros vai pensar que é da mesma laia que a gente. É babado!

Para Ayres et al. (2006), a força dos sentimentos estigmatizantes e seus impactos no modo de vida das pessoas talvez repouse no reconhecimento, por si mesmo e pelos outros, de que a condição de soropositivo poderá ser alvo de preconceito e eventual discriminação, de agressão aberta à integridade física e mental.

Cabe ressaltar que os efeitos psicológicos gravíssimos provocados no indivíduo, em níveis físico e psicológico, fazem com que este, quando discriminado, associe sua vulnerabilidade a características pessoais, culturais e sexuais, comprometendo ainda mais a sua autoestima (D'AUGELLI, 1998). Há, portanto, necessidade de estabelecer intervenções que resultem da conjunção dos diversos fatores envolvidos, fatores estes que ocorrem de forma sinérgica, sincrônica, e que acabam interferindo na suscetibilidade das pessoas à epidemia (AYRES *et al.*, 2003)

Dentro do contexto de vulnerabilidade, destacamos os conteúdos *homofóbicos* apresentados por um ódio explícito, que se expressa por práticas sociais violentas, e se apresenta tanto com agressões verbais enquadradas nas tipificações penais contra a honra quanto com atos extremos de violência física (MOTT E CERQUEIRA, 2001). A homofobia internalizada nutrida pelos HSHM, observada pela atitude e percepção negativa de sua orientação sexual por contrariarem o *heterossexismo*, por transgredirem os estereótipos de gênero devido à aquisição de significados negativos associados à homossexualidade durante a infância, torna sua própria conduta autodestrutiva e negativa (DELERGA *et al.*, 2002).

Concluindo, neste bloco, a percepção de risco ao qual o homossexual vivendo com HIV está sujeito dentro dos contextos de vulnerabilidade foi identificado – seguindo os critérios dos resultados indicados pelas porcentagens do quadro 6/gráfico 15 –, em ordem decrescente, dos aspectos de maior a menor vulnerabilidade, pelo fato de: não usar camisinha, por ser homossexual, pelo uso de drogas, com a mesma equivalência do preconceito; não fazer adequadamente o tratamento; adquirir outras infecções; infectar outras pessoas, com a mesma equivalência de perder o trabalho; não ter mais prazer; ser agredido; pela falta de informação; por não ter plano de saúde, com a mesma equivalência do isolamento afetivo.

Em suma, para a continuidade expressa na atenção aos HSH vivendo com HIV, é necessário estabelecer novos links de diálogos, com urgente conscientização acerca do sofrimento e violência a que essa população está sujeita.

Dando continuidade à observação dos contextos de vulnerabilidade iniciada e como parte dos objetivos específicos deste estudo, a seguir exploraremos esse contexto especificamente no que se refere ao **uso do preservativo**, considerado como a principal ferramenta no combate às DSTs, e no impedimento da (re)infecção do HIV. Nesta questão utilizamo-nos de uma história⁴³ fictícia, focal e temática, com características projetivas, que permitiu aos indivíduos se colocarem na situação com liberdade, com o intuito de se situarem em relação a um dos comportamentos mais complexos da vulnerabilidade ao HIV: o uso ou não do preservativo. Assim, será possível refletirmos sobre esta questão: se sabem do risco e ainda assim se expõem, quais seriam as justificativas e significados?

7 – Em sua opinião, esta é uma situação que acontece?

História: questão 7 – Anexo 3: Roteiro da Entrevista

A totalidade dos entrevistados – 100% – afirmaram, após ouvirem a história, que *SIM* (como na história), o não uso da camisinha acontece com frequência. Por esta amostra constata-se, portanto, a probabilidade unânime dos entrevistados terem – ou terem adotado – este comportamento de risco, indicando *a priori* um índice significativo e bastante alto de vulnerabilidade quanto ao não uso da camisinha.

Começamos por ressaltar que a constatação de que a doença, ainda que grave, pode atingir qualquer um de nós não significa que todos compreendam a ameaça da mesma forma ou que estejam tomando cuidados para preveni-la. Vivemos em uma sociedade complexa, onde não existe homogeneidade de crenças, valores, opiniões e atitudes. Dessa forma, a prevenção da *aids* não pode ser resumida ao conhecimento de suas formas de transmissão ou práticas de uso. Ela vai muito além porque faz parte da vida social. Não é um dado natural, mas sim interpretado e inserido em uma rede de significados relacionados à cultura de que fazemos parte (PAIVA, 1992, p.167-8).

⁴³ O dicionário Aurélio Sec. XXI (on-line) recomenda apenas a grafia *história*, tanto no sentido de ciência histórica, quanto no de narrativa de ficção, conto popular, e demais acepções.

Dando continuidade à exploração direta deste dado, com a complementação da questão – “*O que você faria nesta situação?*” – tentamos observar como o indivíduo efetivamente se posicionaria frente a este tema, quando perguntado. Assim, observamos quais foram os significados atribuídos à representatividade desta questão, tanto quantitativa quanto qualitativamente.

• Dados Quantitativos

O que você faria nesta situação?

Nº de Entrevistados: 33 Homens. Obs.: um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

<i>Idéias Centrais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A- Relato de situações de risco em que isto acontece.	13	39,39
B- Atualmente usaria camisinha.	16	48,48
C- Transaria sem penetração completa.	2	6,06
D- Não usaria camisinha.	5	15,15
E- Quando possível usa camisinha.	2	6,06
F- Não consegue mais ter relacionamentos.	1	3,03
G- Refletiria mais a respeito dos relacionamentos e situações de risco.	9	27,27

Quadro 7 - Distribuição do número de ideias centrais frente à questão: *O que você faria nessa situação?*

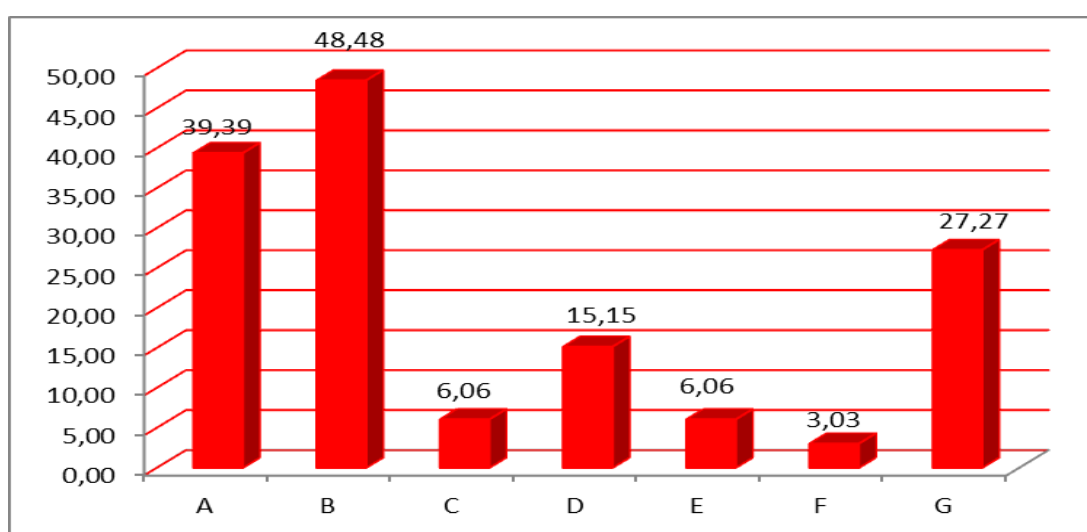


Gráfico 16: *O que você faria nesta situação?*

● Dados Qualitativos

A - RELATA SITUAÇÕES DE RISCO EM QUE ISTO ACONTECE

Receio de desagradar ou perder o parceiro

Tive um namorado, assim. Quando eu conheci, depois de me comer sem lona disse: "Eu tô com aids." Aí eu falei pra ele: "Eu te aceito, com HIV eu te aceito. Eu gostava dele, aceitava ser bichado porque ele gostava de mim e eu fazia ele ficar feliz, eu via no rosto dele, mesmo quando me espancava depois de esporrar na minha cara. Eles não 'gosta' da lona. Dizem que se é viado não tem que chiar não.

Acho que acontece com todos que hoje são soropositivos. Comigo aconteceu muitas vezes. Eu estava com preservativo e a pessoa não gostava, e era um lance legal, e você fica naquela dúvida: "Eu vou, não vou? Será que vai acontecer ou não vai?" E você acaba cedendo. Isso é muito normal, infelizmente e por isso que ainda cresce o número de pessoas contaminadas: por causa dessas confianças.

Não gosto de generalizar, mas acho que 80% das pessoas não se preocupam com o uso da camisinha. É essa coisa do: "Olha pra mim. Você não confia em mim."

Tive um companheiro com quem eu morei durante 3 anos e a nossa briga era essa, porque eu não transava sem camisinha, e ele falava: "Mas você não confia em mim? Você mora comigo e você não confia em mim." Eu falava pra ele: "Eu confio em você. Eu não confio nas pessoas com quem você já saiu. E ele ficava incomodado mesmo, ficava chateado comigo, e eu pensava, "Antes eu ficar bem saudável do que ficar nessa." Ele tentava: em momentos de muita excitação tentava fazer sexo sem camisinha e eu dizia: "Não, não vai fazer, a ponto de ter relação sexual interrompida, de brochar e falar: " Não vai rolar."

É difícil... porque existe sempre aquela carga, que pode até ser um preconceito, mas tem que ter sempre ter uma desconfiança, no sentido de não confiança, não uma confiança gratuita, de achar que, porque o outro é bonito, ou saudável. Eu mesmo, tive muitos anos positivo sem saber que era. Então pedindo voto de confiança, pode ele mesmo estar positivo, e não saber disso. Então ele pedir esse voto do outro, de confiança, é incoerente, a menos que tenha feito um exame, muito, muito recente e não ter tido nenhuma relação de risco e não se expor também a nenhuma forma de risco, além da relação sexual em si.

Baladas e uso de álcool ou drogas

Antes eu namorava e com a minha namorada, quando eu saí a primeira vez com ela, a primeira coisa que eu fiz foi usar camisinha Eu sempre usei camisinha. Sempre! Até pessoas que eu não conhecia na curtição, com meus primos. Mas quando você tá na balada, você tá com as 'cachaça' na cabeça, você não pensa em nada. Numa situação dessa tinha que usar camisinha, porque eu nunca te vi, eu te conheci num bar, né? Mas todo mundo faz, ninguém tá nem aí, foda-se o outro. Com uma cachaça na cabeça ninguém lembra de nada. Manda ver.

É complicado: as pessoas na hora do sexo, como elas estavam numa festa, elas podem ter bebido, isto desinibe um pouco, as pessoas podem estar procurando um relacionamento, querem se dar ao outro, não só sexualmente, mas em todos os sentidos,

E é foda cara, depois que você tá com este verme, a mulher não chega perto, então vai acumulando a energia demoníaca e quando você menos espera tá tentando se aliviar, entende. Viado não quer nem saber, eles 'chega' e mete a boca, nem se você batê no cara e eles 'gosta' de umas porrada, eles não se 'importa' não cara. Os bichos são doente por

sacanagem. Depois que eles 'começa' a beber e fazer toda 'as festa', acontece sim de transar sem camisinha. Acontece .

Eu perdi um amigo meu que pegou um táxi saindo da balada e trepou com o taxista e foi sem camisinha, e o taxista casado. E eu falei: "Mas como assim? Você não conhecia o cara!"

Mulheres não querem usar camisinha e homens são promíscuos por natureza

É, assim, eu tenho um grupo de amigos muito eclético e na grande maioria homens, heteros, que reclamam que saem de balada, enfim, com meninas e as mulheres que hoje em dia na verdade são as grandes: "Não, não quero, não gosto." A grande maioria das mulheres 'hesitam' muito em usar preservativo. Isso é o que eu vejo bastante acontecer.

No caso de homens, é do homem ser promíscuo. O relacionamento entre os homens costuma ser realmente promíscuo. É uma coisa que eu não vou ser hipócrita de falar que não é. Então é uma coisa que acontece bastante sim. Por isso que aconteceu comigo. Eu não usei, os caras ninguém se preocupava, não usam, a verdade é essa, não se usa. Os caras homo ou hetero, homem é homem, não usa, é a mulher que tem que se preocupar. Então isso não passa dentro da cabeça do homem.

Faz sem pensar...pelo tesão

Eu acho que 'as pessoa vai' muito pelo tesão, por aquele desejo porque o cara é bonito, tem um corpo interessante. É aí que acontece os 'grande risco'. Eu vou ser sincero, eu sei me prevenir. Mas é aquilo o que eu te falei: eu já fui muito pelo tesão, pelo corpo e pela beleza. Eu arriscaria! Entendeu? Eu acho que não adianta mentir. É aonde se dá mal. É complicado, porque é fácil, de fora falar, mas quando você está no ato em si, e os dois se deram muito bem, e existe uma empatia entre os dois...

Sabe cara, fui caminhoneiro, a noite é complicado. Às vezes uma pessoa, esses caras da beira da estrada te pega carona e senta do teu lado, estes caras da noite querem, aquilo, te pedem carona e vem logo se encostando. Então, acontece sim, porque você nem vê, eles são ligeiro, aí você deixa. Estes caras são até gente boa, (uns não, são sujos), mas o cara gente boa, você dá carona e ele te deixa à vontade, eles são gente da noite, sem aquelas ' vaidade' da mulher. São curto e reto, sem tanta lenga, lenga e homem é bicho que num presta muito.

Foi enganado: quem vê cara não vê coração

No meu caso com ele, quando eu vim ter uma relação sem camisinha, a gente já tinha cinco meses juntos. E aí como escola ensina bastante sobre isso, eu percebi algumas mudanças no meu corpo e rapidamente fui fazer o exame. Chegou lá, deu sífilis. Aí teve o HIV, onde eu fiz três exames pra eles poderem falar pra mim o resultado. Quando eu fiquei sabendo, foi onde eu falei pra ele, ele reagiu de uma forma surpreendente! Não consegui entender. Mas tudo bem! Então acho que a cada 10 minutos, nesse mundo inteiro, acontece isso. Com certeza! Porque você conhece pessoas dentro do ônibus, conhece no metrô; você conhece mesmo na rua, andando, pessoas 'belíssima', pessoas de corpão. Então, assim, ou você também pode ser alvo de pessoas que gostam de você e tudo, né? Se você não tiver cabeça, eu acho você pode cair numa dessa.

É, essa história aí já aconteceu com um amigo meu já, que ele saiu com uma mulher era linda e maravilhosa, e ela falou assim: "Você não vai usar camisinha?" Ele falou: "Vou." Ele fingiu que pôs, e na hora que ela ficou na posição "de quatro" ele tirou e colocou nela. Aí, na hora que ela viu ela falou "Não, não quero." Você tirou a camisinha." Ela foi e colocou de volta. Aí eles transaram e ele começou a embriagar ela. Só que ele bebia pouco e ela bebia bastante , aí foi que ela pediu pra ele: "Ah, 'vamo' transar sem camisinha." E eles transaram e ele era soropositivo. Então, quer dizer, ele tava tentando

passar isso pra ela. Aí ele faleceu ano passado. Mas ele me contou essa história, e eu pensei: "Meu, não faz isso, bicho! Você nem conhece a menina!" Tem que usar preservativo porque "quem vê cara, não vê coração".

Para 39,39% dos entrevistados, suas experiências de risco, do não uso do preservativo, estão associadas ao contexto sexual e nos remetem diretamente à dificuldade em **negociar o uso da camisinha**. As justificativas atribuídas a esta vulnerabilidade no comportamento dos indivíduos deste grupo, portanto, pode ser compreendida através dos seguintes temas:

→ **pela prova de confiança ao parceiro**

Mas você não confia em mim? Você mora comigo e você não confia em mim."... Eu estava com preservativo e a pessoa não gostava, e era um lance legal, e você fica naquela dúvida: "Eu vou, não vou? Será que vai acontecer ou não vai?" E você acaba cedendo. Isso é muito normal, infelizmente e por isso que ainda cresce o número de pessoas contaminadas: por causa dessas confianças... Então pedindo voto de confiança, pode ele mesmo estar positivo, e não saber disso. Então ele pedir esse voto do outro, de confiança, é incoerente...

→ **pela extrema excitação**

Com certeza! Porque você conhece pessoas dentro do ônibus, conhece no metrô; você conhece mesmo na rua, andando, pessoas 'belíssima', pessoas de corpão. Então, assim, ou você também pode ser alvo de pessoas que gostam de você e tudo, né?

→ **pela extrema excitação e subserviência**

Eu te aceito, com HIV eu te aceito. Eu gostava dele, aceitava ser bichado porque ele gostava de mim e eu fazia ele ficar feliz, eu via no rosto dele, mesmo quando me espancava depois de esporrar na minha cara. Eles não 'gosta' da lona.

→ **pela extrema excitação e atribuição de culpa ao outro**

Viado não quer nem saber, eles 'chega' e mete a boca, nem se você batê no cara e eles 'gosta' de umas porrada, eles não se 'importa' não cara. Os bichos são doente por sacanagem. Depois que eles 'começa' a beber e fazer toda 'as festa', acontece sim de transar sem camisinha. Acontece.

→ **pelo estigma e discriminação**

Dizem que se é viado não tem que chiar não...

→ **pelas baladas e uso de álcool ou drogas**

Mas todo mundo faz, ninguém tá nem aí, foda-se o outro. Com uma cachaça na cabeça ninguém lembra de nada. Manda ver.

É complicado: as pessoas na hora do sexo, como elas estavam numa festa, elas podem ter bebido, isto desinibe um pouco, as pessoas podem estar procurando um relacionamento, querem se dar ao outro, não só sexualmente, mas em todos os sentidos...

→ **pelas mulheres que não querem usar preservativo e, pelos homens que são promíscuos por natureza**

A grande maioria das mulheres 'hesitam' muito em usar preservativo. Isso é o que eu vejo bastante acontecer. No caso de homens, é do homem ser promíscuo. O relacionamento entre os homens costuma ser realmente promíscuo. É uma coisa que eu não vou ser hipócrita de falar que não é. Então é uma coisa que acontece bastante sim.

→ **por homem ser homem, e não precisar usar**

...homem é homem, não usa, é a mulher que tem que se preocupar. Então isso não passa dentro da cabeça do homem.

→ **por fazer sem pensar...**

Eu acho que 'as pessoa vai' muito pelo tesão, por aquele desejo porque o cara é bonito, tem um corpo interessante. ..Mas é aquilo o que eu te falei: eu já fui muito pelo tesão, pelo corpo e pela beleza. Eu arriscaria!" É aonde se dá mal. É complicado, porque é fácil, de fora falar, mas quando você está no ato em si, e os dois se deram muito bem, e existe uma empatia entre os dois...

→ **pelas circunstâncias...**

Às vezes uma pessoa, esses caras da beira da estrada te pega carona e senta do teu lado, estes caras da noite querem, aquilo, te pedem carona e vem logo se encostando. Então, acontece sim, porque você nem vê, eles são ligeiro, aí você deixa. Estes caras são até gente boa, (uns não, são sujos), mas o cara gente boa, você dá carona e ele te deixa à vontade, eles são gente da noite, sem aquelas ' vaidade' da mulher. São curto e reto, sem tanta lenga, lenga e homem é bicho que num presta muito.

Observamos, neste grupo, a vulnerabilidade ao comportamento de risco, ao não uso do preservativo, justificado por múltiplas questões: emocionais, sexuais, sociais, culturais, circunstanciais, dentre outras, que tornam esses indivíduos mais suscetíveis ao risco.

Sendo assim, diante da complexidade das questões que faz com que os indivíduos não usem o preservativo, ressaltamos a importância de um trabalho em que o enfoque não seja somente “o uso da camisinha”, mas principalmente que desenvolva nesses indivíduos um registro de possibilidades, aumentando seu repertório com recursos que os torne menos suscetíveis aos contextos da vulnerabilidade da epidemia do HIV. Dessa forma, acreditamos que, com o trabalho enfocando as multiplicidades dos contextos de vulnerabilidade, esses indivíduos tornar-se-ão o que Paiva (2000) define como um **sujeito sexual** de suas ações,

sendo capazes de negociar suas escolhas e de exercer seus direitos como cidadãos, com decisões informadas baseadas no seu pleno direito e exercício de cidadania. Para Paiva, (2000, p. 52), a expressão **sujeito sexual** compõe um domínio psicodinâmico e é também um campo específico do exercício à cidadania que deve ser considerado em sua singularidade.

B - ATUALMENTE USARIA CAMISINHA

Hoje eu não confiaria mais. Só com camisinha e com o teste na minha mão, se tem HIV ou não. Porque igual eu falei com a assistente social: eu estudei HIV na escola, mas eu não tinha muita noção, porque foi a minha primeira pessoa e eu não tinha noção disso. Pra falar a verdade, eu nem sabia dessas doenças. Então, hoje em dia, só com o exame e com camisinha. Nem com o dedo sem camisinha, sem nada. Tem que tá com a proteção.

Antes eu caía nessa historinha aí. Hoje não transaria porque se ele tá transando sem camisinha é porque ele já tem HIV. Geralmente, no nosso meio, a gente sabe disso. E se o cara quiser aceitar é porque já tem também. Pelo menos é o que eu vejo que acontece nas saunas, nesses 'lugar' aí, conversando com o pessoal do nosso meio. É o que todo mundo fala, né? "Se 'vim' sem camisinha não transa", porque sabe que tem HIV, e o que aceita também tem HIV.

Comigo não iria acontecer mesmo porque você mostrar que tá sadio, não quer dizer nada. O HIV ele não vai demonstrar isso, a não ser que você 'teje' com a tua imunidade muito baixa e que vai aparecer alguma doença oportunista. Como que eu vou ter confiança, cara? Eu não vi o resultado do teu exame! E mesmo se você tivesse dado o resultado de hoje, você ainda tem a janela imunológica. Eu acho a camisinha mais higiênica, mais saudável, tanto numa relação hetero como numa relação homo.

Por mais desejo que houvesse, por mais bebida, como tenho uma consciência do que é ser um soropositivo, eu não faria isso. Por mais que eu deseje, eu teria autocontrole. Justamente para não passar o vírus pra outras pessoas.

Ia embora, até por medo de carregar uma morte nas minhas costas, porque de repente eu nunca mais ia ver essa pessoa - como foi uma história esporádica. E eu não ia poder contar a ela: "Olha, a gente transou sem camisinha e aconteceu, eu sou soropositivo, vai se tratar." E de repente, né, carregar isso pro resto da minha vida...

Usaria também para não correr o risco de me re-contaminar com outro tipo de vírus, porque o HIV sofre mutações e de repente, uma transa poderia acabar com a minha vida que nós somos soropositivos e a gente tem que manter um padrão de saúde o mais próximo do ótimo possível.

Como eu sou um hetero já aconteceu comigo, deu ir transar com uma mulher e ela não querer que eu usasse o preservativo. Eu, sabendo que eu era soropositivo, o problema seria dela, não seria meu. Mas a minha consciência não me permitiu isso. Então eu cheguei pra ela e falei assim: "Olha, eu tenho que usar o preservativo." Ela: "Ah, não! Mas eu não quero, porque..."

"Olha, se você se você não quer, problema seu. Só que eu só quero se for com preservativo." Isso não só tentando proteger a parceira, mas proteger a mim também. O preservativo ele previne tudo o que é DST.

Então eu não faria isso. Acho que eu nem bêbado, talvez, fizesse isso.

Pra mim agora é como está na propaganda: "Sem camisinha não dá." Aí eu já tô usando a propaganda.

Do total de entrevistados, 48,48% alegaram que atualmente usariam camisinha. Aqui novamente surgem as questões relativas à informação, como abordado na questão 6I. Entretanto, questiona-se por que somente depois de infectados esses indivíduos apreendem a informação a ponto de afirmarem que, em hipótese alguma, fariam sexo sem camisinha. O que mobiliza esses indivíduos a instrumentar seu comportamento com uma das ferramentas, senão a mais importante dentre as preventivas à (re)infecção e aos agravos da doença, além de promotora da saúde, após a infecção e não preventivamente?! Seria este um aspecto que nos colocaria de frente ao reconhecimento da nossa limitada capacidade em alcançar o ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde, justificado pela carente versão de "fracasso" em nossa comunicação, de nossas campanhas; ou das pessoas, em compreender e aderir às nossas propostas de prevenção e promoção à saúde?

Talvez esta questão possa ser justificada pelas complexidades envolvidas em nossa compreensão da sexualidade, em nossa carência de entendimento a respeito da complexidade e diversidade da expressão sexual no que diz respeito à profunda ignorância sobre a sexualidade humana, às hierarquias de gênero, à opressão e à violência sexual, conforme contextualizado por Parker (2000).

Assim sendo, talvez como consequência desse processo, notamos um “excesso de rigor”, um “endurecimento emocional” nos depoimentos deste grupo quanto ao uso do preservativo; é como se houvesse uma culpa de ter-se deixado infectar, de ter perdido o controle do seu desejo; e, a partir de agora, não como uma negociação como analisado no grupo anterior, mas como uma imposição, uma “aversão”; o indivíduo se afasta e pode incorrer em outro aspecto da vulnerabilidade – o isolamento e a persecutoriedade.

Possivelmente este comportamento funcione como um reflexo da construção social durante o longo espaço de tempo em que a epidemia esteve associada ao debate sobre as práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo, e que esteve centrado em uma abordagem preconceituosa e excludente. Nesse contexto, as ações eram orientadas para a culpa e a responsabilidade individual, norteadas desta forma por conceitos equivocados e desfavoráveis à promoção da saúde.

C - TRANSARIA SEM PENETRAÇÃO COMPLETA

Pode muito bem 'alcançar' o orgasmo sem ter penetração, no homossexualismo. Eu já perdi transa por causa disso. Foi um namoro num bar, aquela situação, e tal, daí quando chegou na hora eu queria ir pra cama, aí eu falei pra ele: "E aí, o que nós vamos fazer?"

"Ah, que eu vou te comer!" Eu falei: "Então você vai comer a tua mãe, porque eu você não vai comer." Então pode satisfazer muito bem o parceiro, sem ter penetração em ambas as partes. Como nós dois 'se dá' muito bem, a gente não goza nem um dentro do outro, entendeu? Pra evitar a trama. É gozar assim, sem penetração. Eu tentaria na hora da ejaculação tirar pra fora. É um cuidado, né?

Em 6,06% dos entrevistados, observamos a vulnerabilidade aos agravos da infecção sob o aspecto da “distorção” na compreensão; estão, portanto, tão vulneráveis quanto o grupo a seguir, que deliberadamente declara não usar preservativo.

D - NÃO USARIA CAMISINHA

Eu acho que acontece, graças ao céu ou ao inferno, acontece e ainda bem que acontece, que sempre aconteceu e acontecerá.

Todo dia é complicado. Num uso não, nem com mulher, nem com os bicho. Nunca usei.

*O meu caso HIV é esse: sexo inseguro. Ninguém nunca me forçou é que a mim a camisinha incomoda. Eu não consigo ter prazer com a camisinha, não adianta. Se eu transar com uma pessoa de camisinha, até transo, 'acabamos' de transar eu tiro a camisinha e falo assim: "Agora eu quero ejacular, mas nem que for me masturbando." Por isso que eu falo que eu sempre soube que eu ia pegar HIV por causa disso: eu sempre gostei de sexo bare back*⁴⁴*

Voltando a este mundo pequeno, normal, hipócrita, de faz de conta. Eu sei de um caso recente que me contaram, que o filho de uma colega minha do trabalho com 18 anos tá HIV+, e ela tá desesperada, com medo. E ele disse pra ela que nenhum amigo dele usa camisinha. Então eu tenho informação real de que a garotada tá totalmente com a guarda baixada.

Quando tudo vem a sua cabeça o que importa é não morrer em vida. Vive-se a vida acima de tudo, para não acontecer o que mais temo: morrer em vida é pior que qualquer coisa. Então às vezes, quando você tá num barato de tesão esses cara faz o serviço, eles te dão um trato. Mulher num dá pra você 'transar', tem que ir na decência.

Esses caras são 'desnaturado', eles liberam tudo e você sabe como é homem. Eles são umas 'pessoas', como diz o ditado, que nasceu pra fazer a coisa, são caras da vida, num tem jeito eles pegam em você e quando você vê, homem é meio bicho, então libera pros 'cara', deixa eles 'fazer' o que mulher num faz nunca, porque não ia pedir pra fazer com a mãe dos meus 'filho', uma sacanagem dessa.

Então se saio com estes 'homemsexuais' é porque esses 'cara' são da vida e cara, gozo, lavo, tá novo. Volta pra tua vida. Mulher num dá pra chega e fala em camisinha, coisa de 'baitolo', ne cara e eu sou homem, na moral, num dá pra nem fala nisso, elas querem uma rapidinha, e com elas você goza fora. Já com esses caras aí eles não pegam barriga então, nem precisa tirar e se bobear nem na boca os cara tem 'prejunção' de tirar. Se é homem cara, eles tão em toda 'parte', esses bicho parece uma febre, esperando você ir no 'banheiro', os caras tem a 'mãinha' que mulher num tem, eles fazem o serviço. Coitados né, nasceram assim....

⁴⁴ *Barebacking*.: O termo *barebacking*, que significa, literalmente, cavalgar ou montar sem cela, passou a ser usado no contexto da comunidade gay norte-americana, em meados da década de 1990, de forma analógica para designar o sexo sem preservativo (Alain LÉOBON e Louis-Robert FRIGAULT, 2005). Para alguns autores, representa uma estratégia de resistência a um discurso normativo da saúde em relação ao sexo seguro (Michele CROSSLEY, 2002; Eric ROFES, 2002).

Então ninguém tá ligado em se prevenir, então você entra no embalo. Deixa rolar e depois vê como fica.

Do total de entrevistados, 15,15% afirmaram não fazer uso de preservativo em suas relações sexuais. Este é o aspecto de maior vulnerabilidade encontrado nesta amostra, podendo ser constatado pela extrema excitação, e pela transgressão (ou violação) de fronteiras (explorado no tópico 6H), e também pela atitude e percepção negativa características da orientação dos HSHM.

Para melhor explicar esta questão ligada à população dos HSHM, nas pesquisas de Hernández e Torrez (2005) o temor e a reação agressiva quando da revelação do diagnóstico derivam da pressuposição de estarem infectados por terem feito sexo com homens e sem preservativo. Nos achados de Derlega *et al.* (2002), a homofobia internalizada nutrida pelos HSHM faz com que a atitude e percepção negativa de sua orientação sexual se justifique, por contrariarem o *heterossexismo* e por transgredirem os estereótipos de gênero devido à aquisição de significados negativos associados à homossexualidade durante a infância. Desse modo, ao incorporarem tais significados à sua autoimagem, tornando a própria conduta autodestrutiva e negativa, têm a sua vulnerabilidade aumentada.

Para Greco *et al.* (2007), há uma invulnerabilidade inconsciente nos HSHM quanto às precauções, que pode estar relacionada com o estereótipo da masculinidade que denota valentia e virilidade, portanto tornando-os mais vulneráveis ao sexo de risco e conseqüentemente aos agravos decorrentes da infecção. Tal invulnerabilidade é também devida à homofobia internalizada e às características de indicadores masculinos distorcidos de negação da própria homossexualidade.

Por outro lado, no *barebacking*, na valorização do esperma (circulação e troca), existe um sentido de intercâmbio (e compartilhamento) da masculinidade, o que faz intensificar o prazer principalmente pela característica altamente transgressiva, quando homens (machos) sentem-se intimamente ligados, buscando dar e receber (excessivamente) o esperma. O próprio poder (masculino) também não está, necessariamente, fixado, na medida em que homens "passivos", em circunstâncias diversas, podem se sentir mais poderosos, por exemplo, quando conduzem ou direcionam a relação sexual, permitem a retirada da camisinha,

oferecem prazer ao parceiro, ou mesmo quando se sentem trazendo parte do parceiro para dentro de si.⁴⁵

E - QUANDO POSSÍVEL USA CAMISINHA

Não sei se chega a esse ponto de se falar em camisinha, mas, em primeiro lugar, em qualquer relação tem que ter camisinha. Agora, acredito que acontece o cara não querer usar e no fim acaba não usando, entendeu? Ah, eu não usaria também, às vezes. Quando dá eu uso, mas também nem sempre. Sabe isso acontece, e muito. Mas o certo é transar com a camisinha, né?

Para 6,06% da amostra, o uso da camisinha é circunstancial: às vezes usam, às vezes não, expondo a si próprios e aos outros aos agravos da infecção pelo HIV. Este uso condicional revela a alta vulnerabilidade deste grupo, que – apesar da consciência de que o correto é usar a camisinha –, afirma que nem sempre o faz. Desse modo, a vulnerabilidade deste grupo quanto à exposição e aos agravos da doença é bastante significativa.

F - NÃO CONSEGUE MAIS TER RELACIONAMENTOS

Primeiro que desde quando eu descobri e até hoje eu não me relacionei com ninguém, até porque eu não consigo. Não consigo mesmo! Não confio por mais atração que eu sinto, não consigo. Então, assim, mudou a minha vida completamente. Até porque eu sempre aprendi que o que eu não quero pra mim eu não quero pros outros. As pessoas correm o risco se ficarem comigo, então é muito complicado.

Dentre os entrevistados, 3,03% não conseguem mais ter relacionamentos. No que tange a este aspecto de vulnerabilidade, ao isolamento, à autoexclusão, à segregação e à culpa. Holzemer *et al.* (2006) e Suit e Pereira (2008) sustentam que as pessoas vivendo com HIV percebem o estigma, passam a sentir o efeito dessa influência negativa em sua saúde; além da depressão, ocorre um aumento da severidade dos sintomas relacionados ao HIV que se reflete em baixos níveis de resposta ao tratamento antirretroviral.

G - REFLETIRIA MAIS A RESPEITO DOS RELACIONAMENTOS E SITUAÇÕES DE RISCO

Agora tem remédio

Essa situação é uma situação normal hoje, porque viver com o vírus (os meios de comunicação informam, tudo informa) é provável você ter uma 'longevidade' e as pessoas perderam o medo porque "Ah, tem o remedinho agora." Mas as pessoas se esquecem que é um preço muito alto a se jogar, porque ser soropositivo implica numa série de exames, numa série de medicamentos, numa série de consultas médicas. E a vida da gente dá uma virada.

⁴⁵ Silva, L.A.V. Masculinidades transgressivas em práticas de barebacking. Revista Estudos Feministas Print version ISSN 0104-026X . Rev. Estud. Fem. vol.17 no.3 Florianópolis sept./dec. 2009.

Pensaria mais e não viveria só o momento

Aconteceu comigo. Se eu não tivesse caído nessa, talvez eu não taria aqui hoje te contando essa história também. Jamais eu repetiria o que eu fiz. Na hora você acha que nunca vai acontecer com você - digo "a gente". Então eu não vou dizer que eu não cedi. Já cedi. Quando aconteceu uma situação como essa, eu me arrependi e acho que não é mais possível não. Ultimamente acho que eu não faria. Eu sairia fora. Mas talvez no início, que eu não sabia, eu não conhecia.

Hoje, com certeza, com a cabeça que eu tenho, eu pensaria bem, bem antes. Você quer viver o momento, a cachaça, sexo, isso e aquilo! Você quer gozar, você quer aproveitar, principalmente com uma pessoa bonita, uma pessoa que você sentiu atração. Então ali acabou o mundo. É só você e a pessoa. Hoje não. Até mesmo de chegar a ir pra casa, de ter um relacionamento de toque, de beijo, isso e aquilo. Eu pensaria bem antes. Eu tenho a cabeça boa hoje, né? Eu não faria porque eu tenho que gostar de mim mesmo, acima de tudo, e também prevenir que as outras pessoas não 'seja' pega pela mesma surpresa que eu fui pego, entendeu?

Reveria a postura diante da vida e das relações

Hoje, eu já penso de outra forma. Tinha um menino que eu saía com ele há 5 'ano'. A partir do momento que eu descobri eu cheguei pra ele e falei: "Ó cara, não vai dá. 'Vamo' parar por aqui. Você fez seus 'exame', graças a Deus veio tranquilo, então é melhor a gente se vê só como amigo, você me ligar." Não escondi de você, tá? Quer dizer, eu tô me preocupando com o ser humano.

Eu me preocupo muito com o ser humano, sabe? Vamos tocar a vida, mas também pensar que tem outro ser humano que tá correndo risco.

Então tem que tocar a vida pra frente, procura os médicos, se previna, faça seus 'exame' de 6 em 6 meses, de ano em ano, seja lá ele. Qualquer doença que a gente descobre quando ela já tá raizada no organismo é difícil de ter uma cura. Então vamos cuidar enquanto tá no início. Eu, graças a Deus, tô me alimentando bem, sabe? Durmo bem, trabalho, toco a minha vida.

27,27% dos participantes demonstrou baixo índice de vulnerabilidade, além de mostrar amadurecimento no enfrentamento às complexidades do HIV.

A reflexão sobre esta complexidade, reavaliando comportamentos e possibilidades, admitindo e lidando com as limitações, dentre outras ações, contribui para o desenvolvimento de um repertório que lhes capacite a encarar a realidade sem prejuízo para o seu desenvolvimento total, mas com responsabilidade, tanto para um exercício sexual que não aumente o risco de reinfecção (ou mesmo de infecção do outro), com a administração de sua afetividade; quanto como capacidade de adaptação à realidade sem que esta lhe seja penosa, inacessível e insuportável.

Podemos observar, neste grupo, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento com relação à sua sexualidade, às questões sociais e culturais, sem a exposição aos contextos

de riscos. Nesta perspectiva de capacitação do indivíduo ao enfrentamento, destacamos o conceito de *empowerment* (AYRES *et al.*, 1999).

Cabe salientar a grande importância da atenção contínua, com a articulação de todos os aspectos na infecção pelo HIV e os saberes mediadores, dentre eles as ações preventivas e o impacto das relações de gênero no aumento da vulnerabilidade masculina, ações estas cerceadas pelos três eixos da classificação de vulnerabilidade: individual, social e o programático (AYRES *et al.*, 1999), que acolha e ampare os HSH vivendo com HIV, nas questões específicas e pertinentes a esta população. Conseqüentemente, isso possibilitará que esses indivíduos ampliem cada vez mais seu repertório de enfrentamento nas questões relativas à sua orientação sexual, estando a principal delas ligada às experiências de estigma e discriminação a que essa população – tão vulnerável e marginalizada – está exposta.

Por conseguinte, podemos observar que – com exceção dos grupos B / G, que apresentam índices de suscetibilidade a riscos bastante conscientes e positivos; os demais grupos apresentam níveis altos e preocupantes no que se refere aos contextos de vulnerabilidade.

Assim, como um dos resultados mais significativos desta pesquisa no que se refere aos contextos de vulnerabilidade, observamos que o corpo e o sexo são os veículos de maior expressão do desequilíbrio emocional profundo nestes indivíduos. A partir da reflexão feita sobre o exercício da sexualidade dos HSH vivendo com HIV e sua vulnerabilidade aos contextos da aids, é possível compreender a magnitude e complexidade dessa população.

Em vista disso, acreditamos que o presente estudo possa contribuir para identificar estratégias de enfrentamento e assim reduzir a vulnerabilidade desta população.

8.3 Representação gráfica

A seguir, faremos a representação gráfica do registro da percepção de **preconceito, discriminação e isolamento**. O procedimento para a elaboração deste gráfico deu-se na identificação do conteúdo desses respectivos registros, na entrevista de cada participante. Nos gráficos abaixo, é possível visualizarmos a presença dos registros nos dois diferentes grupos: dos indivíduos que se infectaram antes e depois da cronificação.

	<u>PRECONCEITO</u>	<u>DISCRIMINAÇÃO</u>	<u>ISOLAMENTO</u>
H3			
H6			
H7			
H8			
H13			
H17			
H21			
H25			
H33			

Quadro 8: Preconceito, discriminação e isolamento: indivíduos que se infectaram antes da cronificação

	<u>PRECONCEITO</u>	<u>DISCRIMINAÇÃO</u>	<u>ISOLAMENTO</u>
H1			
H2			
H4			
H5			
H9			
H10			
H11			
H12			
H14			
H15			
H16			
H18			
H19			
H20			
H22			
H23			
H24			
H26			
H27			
H28			
H29			
H30			
H31			
H32			

Quadro 9: Preconceito, discriminação e isolamento: indivíduos que se infectaram depois da cronificação

Assim, observamos que em ambos os grupos – dos indivíduos que se infectaram antes e depois da cronificação – houve a presença expressiva nos registros da percepção de preconceito, discriminação e isolamento.

O preconceito esteve presente no registro em ambos os grupos. Este índice foi expressivo, pois apesar de estar associado ao campo das ideias – sendo, portanto, sua percepção nem sempre possível –, mesmo assim os indivíduos o perceberam. Nesta categoria, a cronificação não fez diferença na percepção dos dois grupos.

Um dos contrastes esteve relacionado à percepção de discriminação. No primeiro grupo – dos indivíduos que se infectaram antes da cronificação – ela foi unânime, enquanto que no segundo grupo – dos indivíduos que se infectaram depois da cronificação –, apesar da presença significativa houve uma pequena alteração. Como antes da cronificação estes indivíduos eram visualmente identificados, devido às manifestações da doença, a percepção da discriminação foi total; portanto, a cronificação nesta categoria fez diferença.

O isolamento mostrou-se como a maior consequência do diagnóstico em ambos os grupos desta amostra. Este dado, com índice muito expressivo, nos aponta para a necessidade de um trabalho que possibilite a estes indivíduos desenvolverem recursos emocionais para lidar com este sofrimento. Nesta categoria, portanto, a cronificação da doença não fez diferença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação mostrou alguns aspectos das experiências de estigma e discriminação dos HSH vivendo com HIV, bem como dos contextos de vulnerabilidade referentes a esta amostra. A importância deste estudo fundamentado nas representações sociais do HIV/*aids* possibilitou a apreensão de processos e mecanismos pelos quais os sujeitos constroem o sentido desta epidemia em suas realidades cotidianas, uma vez que as representações e as práticas estão estritamente ligadas, determinando não só comportamentos distintos como também atitudes específicas. A pesquisa também contribuiu para a compreensão do sentido que o indivíduo atribui às complexidades do HIV.

O estigma e a discriminação, conforme observados neste trabalho e consistentes com os comentários da revisão da literatura, representam um grande obstáculo no convívio dos HSH HIV+ e fazem parte dos grandes desafios que precisamos ainda vencer. As inúmeras conquistas obtidas no campo da medicação contrastam com o pouco que alcançamos em desconstruir e combater os estigmas da *aids*, por mais que reconheçamos os esforços da Rede Nacional de Direitos Humanos, dos Movimentos Sociais, de ONGs e do Programa Nacional de DST e Aids.

Este trabalho nos dá um diagnóstico do alto índice de estigma e discriminação, com conteúdos de violência física e emocional gravíssimos. É alarmante que a *aids* seja ainda percebida como doença de homossexuais, relacionada à perversão e promiscuidade. É mobilizador termos nos deparado, nesta investigação, com indivíduos relatando situações de humilhação, de degradação e desrespeito; vê-los se percebendo marginalizados, desacreditados, despotencializados, condenados à guetificação; enfim, tão vulneráveis, isolados, excluídos e com expressivo desequilíbrio emocional.

Por outro lado, chamaram-nos a atenção os aspectos positivos apresentados por alguns indivíduos neste estudo. Pudemos observar que o diagnóstico de HIV fortaleceu sua capacidade de adaptação; ademais, a energia, a vitalidade e a introspecção foram elementos que fizeram grande diferença de qualidade em suas vidas. É como se a doença os despertasse para viver e construir novos caminhos até então desconhecidos ou não experimentados.

Outro aspecto a destacar, durante as entrevistas, foi a forma intensa com que os indivíduos deram voz aos seus sentimentos mais particulares e profundos. Ficamos com a impressão de que identificaram neste espaço a possibilidade de serem eles mesmos, sem reservas; e que a emoção percorreu os caminhos que esperávamos, deixando fluir suas dores represadas, angústias e revoltas contidas. Este aspecto nos foi muito significativo e recompensador, pela sintonia na resposta a um trabalho que foi minuciosamente arquitetado e pensado para que isto pudesse ocorrer.

Sendo assim, gostaríamos de levantar algumas reflexões. Se pensarmos que as sexualidades são as formas e modos pelos quais as pessoas obtêm prazer, são os processos pelos quais os desejos são construídos, qual o espaço que teríamos que explorar em nossos atendimentos para que pudéssemos nos aproximar efetivamente do sofrimento causado pelos estigmas e discriminações? Como lidar com as dissonâncias apresentadas neste estudo quanto à consciência de preservar-se e a excitação extrema, difícil de ser contida e geradora de vulnerabilidade?

A estas indagações somam-se outras, tais como:

- Será que conseguiremos manter por mais tempo este discurso de que a prevenção à (re)infecção pelo HIV se faz apenas e tão somente pelo uso do preservativo?
- Será que a abordagem que estamos utilizando está atingindo esses indivíduos no âmago das questões que mais os afligem?
- Será que nós, os profissionais que teríamos que lidar diretamente com as questões pertinentes à sexualidade, estamos profissional e emocionalmente munidos de recursos suficientemente necessários?
- Será que não estamos tentando compreender esses indivíduos com um referencial secular biológico, um modelo de binarismo sexual para assentar nossas superadas teorias sobre a sexualidade, conseqüentemente reproduzindo uma atuação ineficiente e distante da realidade que eles nos apresentam?
- Será que não temos indícios suficientes para nos conscientizarmos da urgência em criarmos novos modelos de atuação que nos auxiliem a melhor compreender o risco e a opressão a que esses indivíduos estão expostos?

Para tanto, diante de tamanhas complexidades, nossa chamada implica adentrarmos o contexto sociocultural desses indivíduos, conhecermos efetivamente os espaços em que vivem e como vivem, utilizarmos-nos de uma linguagem espontânea, sem censura, sem julgamentos; rompermos a cultura do silêncio e estimulá-los a saírem do isolamento e a falar das particularidades que mais os afligem, dos contextos emocional, social e sexual e de seus fantasmas, fortalecendo desse modo cada esforço para romper as barreiras que os impedem de obter qualidade de vida e a existirem plenamente.

Com este caminho, fortaleceríamos nossos vínculos e nos desvestiríamos das referências que muitas vezes nos limitam. Como falar de sexualidade, sexo com múltiplos parceiros, excitação incontrolável, negociação de camisinha, sem que adentremos em um contexto social e sexual que é “guetificado” e marginalizado?

Precisamos urgentemente refletir a respeito de novas formas de intervenções, pois as de que dispomos mostram-se superficiais, rasas, distantes do mundo real. Para que construamos modelos mais consistentes com a realidade que se apresenta, precisamos de abordagens em profundidade, comprometidas com a realidade que diariamente se transforma.

Portanto, reiteramos que, para refletirmos sobre o contexto dos HSH vivendo com HIV, é vital considerarmos as complexidades desta epidemia na sua história, vencermos nossas limitações relativas ao conhecimento da sexualidade, para então adentrarmos com maior profundidade nas questões da vulnerabilidade e tentarmos construir um modelo mais integrativo e humano que esteja cada vez mais próximo da realidade dos indivíduos e das complexidades que se apresentam de forma dinâmica e constante.

Ressaltamos cada vez mais a importância da proximidade com todas as áreas do conhecimento, associada ao senso comum; um conhecimento experimentado, socialmente elaborado e compartilhado no grupo social ao qual o indivíduo pertence.

Sendo assim, este estudo é um instrumento que chama a atenção para as nocivas experiências de estigmas e discriminação que os HSH HIV+ ainda vivem, para todas as instâncias que trabalham direta ou indiretamente com a causa, e principalmente para o ser humano que de alguma forma tenha contato direto com os indivíduos HIV+ e que – como todos nós – também pode ser um agente ativo neste processo.

Concluindo, esperamos que este trabalho possa colaborar para a elaboração e construção de possibilidades de combate a este “mal que nos persegue”, posto que somos todos vulneráveis ao HIV; e, especialmente, de luta contra uma construção social estigmatizante e discriminatória de uma epidemia que abate a todos nós enquanto seres humanos. É nossa expectativa que possam ser criadas intervenções efetivas, baseadas não somente nos parâmetros existentes e não tão eficazes, mas também nesse conjunto de informações que contornam as complexidades do HIV, para chegarmos cada vez mais próximos a uma realidade específica dessa população que tanto clama por providências mais humanas e dignas de respeito. Esperamos que os resultados aqui apresentados venham a incentivar o desenvolvimento de novas contribuições e pesquisas sobre o estigma e a discriminação associados aos HSH vivendo com HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA. Boletim Especial: **Violência Estrutural, Desigualdade Social e Vulnerabilidade ao HIV Aids**. *Boletim ABIA*, n.44, jan-mar. 2000.

ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

ALMEIDA, A.M. **Família e Modernidade** – O pensamento jurídico brasileiro no século XIX. São Paulo: Porto Calendário, 1999.

AYRES, J.R.C.M. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. São Paulo: Editora Eletrônica Casa de Edição, 1996.

_____. **Vulnerabilidade e AIDS**: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico*, v.15 (3), p.2-4, 1997.

_____. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids**: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação - versão impressa* ISSN 1414-3283. *Interface (Botucatu)*, v.6, n.11. Botucatu, ago. 2002 <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>>. Acesso em: 12 fev. 2002.

_____. **Adolescence and Aids**: evaluation of a preventive education experience among peers, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.113-28, 2003.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JR. I; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER. R. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34-IMS-UERJ, 1999. p. 49-72.

_____. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (Ed.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.117-39.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JR., I; PAIVA, V. *et al.* **Crianças e jovens vivendo com HIV/AIDS**: estigma e discriminação. C:\Users\Roberto\Desktop\Jose Ricardo Aires\Jose Ricardo Aires e Vera Paiva.mht, 2006.

BÁRBARA, A.; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. **Contribuições das representações sociais ao estudo da aids**. *Interação em Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.

BARCELOS, J. D. M. **(Con)sumindo a Diferença**: a homossexualidade entre visibilidade e a massificação. Dissertação de Mestrado. PUC-RIO. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, 1998.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira [1949] 1980, p.9.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução Carlos N. Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORRILLO, D. **Homophobia**. In: Frédéric Haboury (Ed.), *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*. Paris: Larousse, 2003, p.255.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL, V.V. **Profissionais do sexo**: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. *Sujeito e História*. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CARRARA, S. *et al.* **Curso de especialização em gênero e sexualidade**. Organizadores:– Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria especial de políticas públicas para as mulheres, 2010. Disponível em <<http://www.iaulas.com.br/site/materiais/4383/ciencias-sociais--Trabalhos%20Prontos--0/estereotipos-e-estigmatizacao-discriminacao-e-preconceito.html#>>>.

CLOETE, A.; SIMBAYI, L. C.; KALICHMAN, S. C.; STREBEL A.; HENDA N. **Stigma and discrimination experiences of HIV- positive men who have sex with men in Cape Town, South Africa**. In: *AIDS Care*, v. 20, n.9, Oct. 2008, p. 1105-1110.

CRAWFORD, I.; MCLEOD, A.; ZAMBONI, B. D.; JORDAN, M. B. **Psychologists' attitudes toward gay and lesbian parenting**. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (4), 394-401,1999.

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

CROCHIK, J. L. **Preconceito**: Indivíduo e Cultura. Série Encontros com a Psicologia. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

D'AUGELLI, A.R. **Developmental Implications of Victimization of Lesbian, Gay and Bisexual Youths**. In: HEREK, G.M. (Ed.) *Stigma and Sexual Orientation: undertaking prejudice between lesbian, gay men and bisexuals*. California: Sage Publications, 1998, p.187-210.

DERLEGA, V.J.; WINSTEAD, B.A.; GREENE, K.; SEROVICH, J.; ELWOOD, W.N. **Perceived HIV-related Stigma and HIV Disclosure to Relationship Partners after Finding Out about the Seropositive Diagnosis**. *Journal Health Psychology*. SAGE Publications London, Thousand Oaks and New Delhi, v.7 (4), p. 415-432, 2002.

DOUGLAS, M. **Risk and blame**: essays in cultural theory. Routledge, Londres, 1994.

DUFFY, L. **Suffering, shame, and silence.** The stigma of HIV/AIDS. *Journal of the association of nurses in AIDS care JANAC*, v. 16 , n.1, p.13-20, Jan. 2005.

ENGELS, F. A Família monogâmica. In: CANEVACCI, Massimo (Org.). **Dialética da Família.** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981, p. 74-87.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1970.

GAGNON, J.; SIMON, W. **Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality.** Chicago: Aldine, 1973.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de uma construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MARCONDES-MACHADO, J. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HATQoL.** Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, v.20 (2), p. 430-437, 2004.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. **Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS.** Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto Brasileiro, de 1998 e 2005. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, v.42, supl.1, jun. 2008.

GARRIDO, P.B.; PAIVA, V.; NASCIMENTO, V.L.V; SOUSA, J.B.; SANTOS, N. J. S. **AIDS, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde.** São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, v.41 supl.2, dez. 2007.

GOFFMAN, Erving. (1922-1982). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução Márcia Bandeira M. L. Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, Hélio. **Medicina Legal.** 24 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1985.

GOMES, Marcos Alexandre de Souza. **O Saber Popular e sua Influência na Construção das Representações Sociais.** v.5, n. 15, p.168-169, agos-dez. 2000. <<http://www.sinpro-rio.org.br/servicos/espaco-do-professor-sala-de-aula-marcos-alexandre-de-souza-gomes.php>> Acesso em: 17 abr. 2011.

GRECO, M.; SILVA, A.P.; HAMANN, E.M.; JERONYMO, M.L.; ANDRADE, J. C.; GRECO, D. B. **Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres.** São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, v.41, supl.2, dez. 2007.

HEILBORN, M.L. **Ser ou estar homossexual: dilemas de construção de identidade social.** In: PARKER, RICHARD, BARBOSA, REGINA (Orgs.). *Sexualidades brasileiras.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, p. 136-45.

HERNÁNDEZ, L. O.; TORRES, M. I. G. **Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo em varones homo-y bi-sexuales de México.** São Paulo: *Revista de Saúde Pública* v.39, n. 6, dez. 2005.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. **Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses.** *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v.2, n.1, p.7-35, 1992.

HOLZEMER, W.L.; UYS, L.; MAKORAE, L.; STEWART, A.; PHETLHUR, R.; DLAMINI, P.S.; GREEFF, M.; KOHI, T.W.; CHIRWA, M; CUCA, Y.; NAIDOO, J. **A conceptual model of HIV/AIDS stigma from Five African countries.** *Journal of Advanced Nursing*, v.58 (6), p.541-551, nov. 2006.

INFANTE, C.; ZARCO, A.; CUADRA, S. M.; MORRISON, K.; CABALLERO, M.; BRONFMAN, M.; MAGIS, C. **El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México.** Cuernavaca: *Salud Pública México*, v.48, n.2, mar-abr. 2006.

JODELET, D. **La representación social: Fenómenos, concepto y teoría.** In: MOSCOVICI, S. (Org.), *Psicología social*, v.2, pp. 469-494. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, 1986.

_____. (Org.) **Representações Sociais: Um domínio em expansão.** In: *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura.** Petrópolis-RJ: Vozes, 2008.

KAHHALE, Edna Maria Peters . Histórico do Sistema Conselhos de Psicologia e a interface com as questões LGBTs. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). **Psicologia e diversidade sexual.** / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2011. (Caderno Temático 11).

KAHHALE, E. P.; CHRISTOVAM, C.; ESPER, E.; SALLA, M.; ANÉAS, T. **HIV-AIDS: enfrentando um sofrimento psíquico.** *Coleção Construindo o Compromisso Social da Psicologia*, Coordenação de Ana Mercês Bahia Bock. São Paulo: Cortez, 2010.

KATZ, J. N. **A invenção da heterossexualidade.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo.** Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2005.

_____. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo – Brasília: Líber Livro Editora, 2010. 224 p.**

LIMA, A. L. M.; KIFFER, C.R.; UIP, D.; OLIVEIRA, M.S.; LEITE, O.M. **Perguntas e Respostas - HIV/AIDS.** São Paulo: Atheneu, 1996.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós- estruturalista.** Petrópolis: Vozes, 1997.

MANN J. D.; TARANTOLA, D. **Aids in the World II.** New York/Oxford: Oxford University Press, 1996.

_____. **Responding to HIV/AIDS: a historical perspective.** *Health and Human Rights..* v.2, n. 4, p.5-8. Boston: Harvard School of Public Health, 1998.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.N.; NETTER, T.W. (Orgs.). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MELLO, L. **Novas famílias**: conjugalidade homossexual no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MORGAN, L. H. **A Família antiga**. In: CAVENACCI, Massimo. (Org), *Dialética da Família*. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 56-70.

MORTARI, C. **Antropologia cultural e multiculturalismo**. 2 ed. Florianópolis:UDESC: FAED: CEAD, 2002.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. Paris: Press University de France, 1961.

_____. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: P. U. F., 1976.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos de uma história. In: **As representações sociais**. Denise Jodelet (Org.); Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

_____. **Representações Sociais**: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Representações Sociais**: Investigação em Psicologia Social. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

_____. École des Hautes Études em Sciences Sociales. Prefácio. In: GUARESCHI, P.A., JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social/ MOSCOVICI, S. editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareshi. 7 ed. Petrópolis; RJ : Vozes, 2010.

MOTT, L. **Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil**, 1999. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

MOTT, L.; CERQUEIRA, M. **Causa mortis**: homofobia (violação dos Direitos Humanos e assassinato de homossexuais no Brasil em 2000). Bahia: Grupo Gay da Bahia, 2001.

NASCIMENTO, M.A.N. do. **Homossexualidades e homossociabilidades**: hierarquização e relações de poder entre homossexuais masculinos que freqüentam dispositivos de socialização de sexualidades GLBTTT. Assis/São Paulo: UNESP. (Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP), 2007.

NUNAN, A. **Homossexualidade**: do preconceito aos padrões de consumo. Rio de Janeiro: Ed. Caravansarai, 2003.

OLTRAMARI, L. C.. **Um esboço sobre as representações sociais da aids nos estudos produzidos no Brasil**. *Caderno de Pesquisas Interdisciplinar em Ciências Humanas*, n.45, set. 2003. Disponível em: <www.cfh.ufsc.br>. Acesso em 6 out. 2010.

ONUSIDA. **Informe sobre la epidemia mundial de SIDA**. Resumen analítico, 2003. Disponível em: <http://www.unAids.org/bangkok2004/GAR2004.html sp/ExecSummary sp/Exec Summ_sp_01.htm>. Acesso em 27 mar. 2010.

_____. **HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations** – Case studies of successful programmes. Tradução de ONUSIDA. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA. Coleção Melhores Práticas da ONUSIDA, 2005.

PAIVA, V. **Fazendo sexo com camisinha**. São Paulo. Ed. Summus, 2000.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991. 295 p.

_____. Diversidade Sexual, Análise Cultural e a Prevenção da Aids.. In: R. Parker (Org.), **A construção da solidariedade**: Aids, sexualidade e política no Brasil, 1994. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará.

_____. Introdução. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. **Na contramão da Aids**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

_____. **Abaixo do Equador**: culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. *Cidadania e Direitos*, Rio de Janeiro, n. 1, 2001.

_____. **HIV and AIDS** – related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science Medicine*, v.57, p.13-24, 2003.

PARKER, R.; DANIEL, H. **Aids**: a Terceira Epidemia – ensaios e tentativas. São Paulo: Ed. Iglu, 1991.

PAULILO, M. A. **AIDS**: Os sentidos do risco. São Paulo: Veras Editora, 1999.

PEREIRA, M.E. **Psicologia Social dos Estereótipos**. São Paulo: EPU, 2002.

PERUGA, A.; CELENTANO, D. D. **Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population**. *Soc. Sci. Méd.*, v.36, p.509-524, 1993.

PINKERTON S.D.; ABRAMSON, P.R. **The joys of diversification**: vaccines, condoms, and AIDS prevention. *AIDS Public Policy J*, 1995; 10:148-56.

ROCHA, M.F.G. **Política de Controle ao HIV/Aids no Brasil**: O lugar da prevenção nessa trajetória. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999. 117p.

SÁ, C.P. **A Construção do Objecto de Pesquisa em Representações Sociais**, Rio de Janeiro: Edições UERJ, 1998.

SANTOS, Paulo dos Reis. **A despatologização da orientação sexual**: O papel da Resolução 01/99 e o enfrentamento da homofobia. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). *Psicologia e diversidade sexual*. / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2011. (Caderno Temático 11).

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 05-22, jul-dez. 1990.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SIMON, A. **The Relationship Between Stereotypes of and Attitudes Toward Lesbians and Gays**. In: HEREK, G.M. (Ed) *Stigma and Sexual Orientation*: understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals. California: Sage Publications, 1998, p. 62-81.

SOARES, R.L. **De palavras e imagens**: estigmas sociais em discursos audiovisuais. *Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação*, E- compós, Brasília, v.12, n.1, jan-abr. 2009.

SPINK, M.J.; MEDRADO, B.J.P. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41- 64.

SUIT, D.; PEREIRA, M. E. **Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV**. *Psicologia USP*, v.19, n. 3 São Paulo, jul-set. 2008.

TAGUIEFF, P.-A. **La force du préjugé**: essai sur le racisme et ses doubles. Paris: Éditions La Découverte, 1987.

TAUSSIG, M. **Mimesis and Alterity**. New York and London: Routledge, 1993.

TREVISAN, J. S. **Devassos no Paraíso**: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Record, 1986.

UNAIDS & Inter Parliamentary Union. **Compêndio para legisladores sobre HIV/AIDS, legislação e Direitos Humano**: ação para combater o HIV/AIDS em virtude do seu impacto devastador sobre os aspectos humano, econômico e social (Trad. Célia Leal da Costa Genovez). Brasília: UNESCO, 2000.

UNAIDS. Joint United Programme on HIV/AIDS. Sessão extraordinária da Assembleia Geral sobre o VIH/SIDA. **Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA**. Portugal. Jun. 2001.

UNAIDS – **Estigma, discriminação e violação dos direitos humanos em relação ao VIH** – HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes. 2005. <http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf> Acesso em: 10 set. 2011.

VECCHIATTI, P, R, I. **Manual da Homoafetividade**: da possibilidade jurídica do casamento civil, da união estável e da adoção por casais homoafetivos. São Paulo: Método, 2008.

WALTER, H. J.; VAUGHN, R. D. **AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students**. *JAMA*, v.270, p.725-730, 1993.

WEEKS, J. **Sexuality and Its Discontents**: Meanings, Myths and Modern Sexualities. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1985.

WELZER-LANG, D. **A construção do masculino**: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, p.460-482, 2001.

WOLFE, A. **The Homosexual Exception**. NY: The New York Times Magazine, Feb.8, 1998, sec. 6, col 1, p. 46-48.

ANEXO 2

Classificação socioeconômica - critério ABIPEME¹

O critério Abipeme sucede a um outro preconizado pela Associação Brasileira de Anunciantes – o critério ABA – e foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado com a finalidade de criar uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família.

A classificação socioeconômica da população é apresentada por meio de cinco classes, denominadas A, B, C, D e E correspondendo, respectivamente, a uma pontuação determinada. Para classificação socioeconômica dos entrevistados estamos utilizando o critério: ABIPEME.

Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue. Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz a renda para a família do paciente.

Instrução do chefe da Família.

GRAU DE INSTRUÇÃO	ABIPEME
ANALFABETO PRIMÁRIO INCOMPLETO	0
PRIMÁRIO COMPLETO GINASIAL INCOMPLETO	5
GINASIAL COMPLETO COLEGIAL INCOMPLETO	10
COLEGIAL COMPLETO SUPERIOR INCOMPLETO	15
SUPERIOR COMPLETO	21

Itens de conforto familiar – Critério ABIPEME

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo. Circule o número da coluna que indica o que vc possui. Exemplo, se possui um carro, circule o número 4 na linha que corresponde ao automóvel.

¹ www.ufrn.br/sites/foaprince/perfil_anexo3.doc Acessado em 17/09/2011.

ITENS DE POSSE	NÃO TEM	QUANTIDADE					
		1	2	3	4	5	6e+
AUTOMÓVEL		4	9	13	18	22	26
TELEVISOR EM CORES		4	7	11	14	18	22
BANHEIRO		2	5	7	10	12	15
EMPREGADA MENSALISTA		5	11	16	21	26	32
RADIO (EXCLUINDO O DO CARRO)		2	3	5	6	8	9
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA		8	8	8	8	8	8
VIDEO CASSETE / DVD		10	10	10	10	10	10
ASPIRADOR DE PÓ		6	6	6	6	6	6
GELADEIRA COMUM OU FREEZER		7	7	7	7	7	7

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

CLASSES	CRITÉRIO ABIPEME
A	89 e +
B	59/88
C	35/58
D	20/34
E	0/19

CLASSIFICAÇÃO DA CLASSE SOCIAL ____.

ANEXO 3

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1- O que significa pra vc viver com HIV?
- 2 – A quem vc já revelou que é soropositivo? Como foi esta experiência?
- 3 Vc já vivenciou ou vive algum tipo de preconceito/discriminação? Poderia me contar a respeito?
- 4- Como vc acha que o homossexual HIV+ é visto?
- 5- O que mudou em sua vida após o diagnóstico do HIV?
- 6- Quais são os maiores riscos que um homossexual vivendo com HIV corre?

... Numa festa, Carlos e João sentiram-se profundamente atraídos um pelo o outro. João ofereceu carona a Carlos e, durante o caminho o convidou para ir a sua casa. Lá chegando, beberam, namoraram e começaram a transar.

Quando Carlos percebeu que João o penetraria sem camisinha, hesitou. João disse que não gostava de usá-la, e que falar nisso naquele momento, era demonstrar falta de confiança. Disse a Carlos que ambos eram bonitos, sadios, e que nunca transaria com ele se o achasse uma pessoa promíscua.

Carlos, sentindo-se muito dividido, e hesitando insistir no uso da camisinha, por temer que João ficasse “magoado”, cedeu. Foi uma longa transa, e após beberem mais e mais, João se sentindo mais à vontade, deixou-se também ser penetrado por Carlos, dizendo corresponder à prova de “confiança” que Carlos lhe dera. “Entregaram-se mutuamente àquela excitante situação.”

- 7- Em sua opinião essa é situação é uma que acontece? O que vc faria nesta situação?

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr foi selecionado e está sendo convidado para participar desta pesquisa que se propõe a observar as experiências de estigma e discriminação em Homens Vivendo com HIV.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o Sr pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de um questionário.

O Sr não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação.

O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico.

O Sr receberá uma cópia deste termo onde consta e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Profª Drª Denise Gimenez Ramos.
Orientadora PUC/SP

Roberto Garcia
Orientando/Pesquisador PUC/SP
robgarc@uol.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto. Autorizo a gravação da entrevista, assim como a divulgação dos mesmos para fins de pesquisa e ensino; sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa:

RG:

(assinatura) _____

ANEXO 5

São Paulo, 21 de Setembro de 2011.

Ilma Srª Drª Mariliza Rocha

Centro de Referencia DST/Aids São Bernardo do Campo – SP

Eu, mestrando, Roberto Garcia, em atendimento às exigências do Comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, do curso de Mestrado em Psicologia Clínica: Psicossomática e Psicologia Hospitalar; venho, formalmente, solicitar autorização de Vossa Senhoria para executar meu projeto de pesquisa intitulado: *“A experiência de estigma e discriminação em HSH (homem que faz sexo com homens) vivendo com HIV”*.

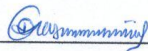
Serão entrevistados trinta usuários acima de 18 anos de idade no Centro de Referencia DST/Aids de São Bernardo do Campo- SP. Os mesmos serão consultados e esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa, bem como assegurado o sigilo e anonimato de suas identidades.

Diante da relevância deste projeto, da necessidade de um estudo específico a esta população de HSH (Homem que faz sexo com Homens) vivendo com HIV, e por acreditar que os resultados decorrentes desta pesquisa possam contribuir no planejamento de intervenções e no desenvolvimento de planos de ação a esta demanda específica, desde já conto com sua compreensão na autorização da execução desta pesquisa nesta instituição.

Em anexo a este documento, sob Protocolo de Pesquisa n. 223/2011, estará a aprovação do Comitê de Ética da PUC/ SP.

Meus agradecimentos antecipados.

Atenciosamente,



Roberto Garcia

CRP 34072/6ª

Recebido e autorizado



Drª Mariliza Rocha

UNIDADE I - CÓDIGO 2025353
 CLÍNICA MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
 Av Armando Italo Setti, nº 412 - CEP: 09760-280
 Tel.: 4126-9800 - São Bernardo do Campo

ANEXO 6



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 223/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
 Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica
 Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Denise Gimenez Ramos
 Autor(a): Roberto Garcia

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado **A experiência de estigma e discriminação em HSH (Homem que faz sexo com Homens) HIV-positivo**

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

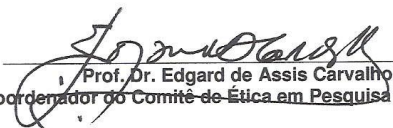
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **12/09/2011**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **223/2011**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 12 de setembro de 2011.


 Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP