

Desigualdades e violências no capitalismo neoliberal

Rosilene Marques Sobrinho de França
Organizadora



**DESIGUALDADES E
VIOLÊNCIAS NO
CAPITALISMO NEOLIBERAL**

Rosilene Marques Sobrinho de França
Organizadora

DESIGUALDADES E VIOLÊNCIAS NO CAPITALISMO NEOLIBERAL

AUTORAS E AUTORES

Adjaime de Freitas Cadete
Adriana Rodrigues Cunha
Adriana Siqueira Marreiro Magalhães
Aline Mattos Fuzinatto
Ana Kelma Cunha Gallas
Beatriz Gershenson
Carmem Letícia dos Santos
Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira
Elaine Ferreira do Nascimento
Estelyta Hanna Guedes Rodrigues Morais
Gabriela Dutra Cristiano
Gorge André Lando

Inês Castro Apreza
Jordôa Moreira Leite
Lucas Catarino Pereira de Sousa
Maria D'Alva Macedo Ferreira
Marisol Alcocer Perulero
Marta Bramuci de Freitas
Míriam Tháís Guterres Dias
Olívia Cristina Perez
Rodrigo Aragão da Silva
Rosa Icela Ojeda Rivera
Rosilene Marques Sobrinho de França
Tamires Nogueira Santos
Teresa Cristina Moura Costa

Reitora

Nadir do Nascimento Nogueira

Vice-Reitor

Edmilson Miranda de Moura

Superintendente de Comunicação Social

Jacqueline Lima Dourado

Diretora da EDUFPI

Olivia Cristina Perez

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Solange Maria Teixeira (Coordenadora)

Jairo de Carvalho Guimarães

(Coordenador Adjunto)

EDUFPI - Conselho Editorial

Jacqueline Lima Dourado (presidente)

Olivia Cristina Perez (vice-presidente)

Carlos Herold Junior

César Ricardo Siqueira Bolaño

Fernanda Antônia da Fonseca Sobral

Jasmine Soares Ribeiro Malta

João Batista Lopes

Kássio Fernando da Silva Gomes

Maria do Socorro Rios Magalhães

Teresinha de Jesus Mesquita Queiroz

**Comitê Editorial ad hoc**

Anabella Pavão da Silva (UNESP/Franca)

Juliano Vargas (PPGPP/UFPI)

Marfisa Martins Mota de Moura (UNIFSA)

Mauriceia Lígia Neves da Costa Carneiro
(DSS/UFPI)

Renato Tadeu Veroneze (UEMG)

Edição e Normalização Bibliográfica

Rosilene Marques Sobrinho de França

Ana Kelma Cunha Gallas

Projeto Gráfico e editoração eletrônica

Wellington Silva

Capa

Tiago Marques de França

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

Divisão de Representação da Informação

D457 Desigualdades e violências no capitalismo neoliberal / Rosilene Marques Sobrinho de França, organizadora ; Adjaimé de Freitas Cadete ... [et al.], autores e autoras. -- Teresina : EDUFPI : LESTU, 2025.

E-book.

ISBN: 978-65-5904-363-7

DOI: [10.51205/edufpi.lestu/978-65-5904-363-7](https://doi.org/10.51205/edufpi.lestu/978-65-5904-363-7)

1. Capitalismo Neoliberal. 2. Desigualdades. 3. Violência. I. França, Rosilene Marques Sobrinho de. II. Cadete, Adjaimé de Freitas.

CDD: 306.342

Bibliotecária: Fabíola Nunes Brasilino - CRB 3/1014



Editora da Universidade Federal do Piauí – EDUFPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI – Brasil



Coedição:

LESTU EDITORA CONSULTORIA E COMUNICAÇÃO LTDA

CNPJ: 37.361.030/0001-33

Rua Olavo Bilac, 1951 • Teresina-PI



Editora: Ana Kelma Cunha Gallas



NEOLIBERALISMO E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS VOLTADA À HOMENS GAYS:

entre a focalização e a equidade

Gabriela Dutra Cristiano

INTRODUÇÃO

Este texto tem como objetivo apresentar análises sobre como a atual política de prevenção do HIV/AIDS no Brasil centra sua resposta em algumas populações, incluindo a população de homens gays. Para tal, parto de algumas análises realizadas em minha pesquisa de doutorado, que tem como tema as relações entre a política de prevenção do HIV/Aids e a experiência de homens gays com o sexo e a sexualidade, em tempos de neoliberalismo no Brasil.

Tal estratégia se configura a partir de uma tensão entre a focalização e a equidade. Diante da neoliberalização da política social, com a retração e escassez de recursos, a focalização se justifica a partir do argumento de que é preciso alocar recursos onde (e com quem) mais se necessita. Por outro lado, tendo em vista a história social da epidemia e suas características discriminatórias em relação à população de homens gays, a

focalização aparece com argumentos voltados à necessidade de uma resposta mais equitativa.

Para a construção deste texto, abordo em especial elementos da análise documental realizada a partir de documentos centrais na política de prevenção atual: Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde (2017a); Cinco passos para prevenção combinada do HIV na atenção básica” (BRASIL, 2017b); Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2018); Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo (2021); Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV - PCDT-PrEP (2022) e o PCDT para PrEP de 2018, que não está mais vigente, porém como a mudança é bastante recente, segue repercutindo da forma como a política de organiza e na experiência dos homens gays. Na pesquisa, também foram realizadas 18 entrevistas com homens gays. Embora as narrativas não sejam objeto deste texto em específico, farei algumas incursões analíticas também a partir do que foi escutado nestas.

No capítulo 1, apresento alguns elementos sobre a história social da epidemia no país e alguns fundamentos da discussão sobre neoliberalismo. Na sequência, discuto a tensão entre focalização e equidade, e como esta se apresenta na forma como a atual política de prevenção constrói discursos, argumentos e estratégias voltadas à homens gays.

NEOLIBERALISMO E A POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO HIV

A epidemia do HIV/AIDS pode ser vista, simbolicamente, como aglutinadora e catalisadora de questões absolutamente emblemáticas na sociedade capitalista. Com base em Mann, um dos principais pensadores das políticas voltadas a AIDS, é possível identificar pelo menos três fases da epidemia: a primeira, aquela em que pessoas foram sendo infectadas pelo vírus do HIV de forma quase despercebida; a segunda, a epidemia da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), momento do adoecimento das pessoas que viviam com HIV; e a terceira, talvez a mais explosiva, a “epidemia de relações sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS” (Daniel, 2018, p. 14).

A análise sobre a epidemia e suas respostas não pode ser realizada isoladamente: é preciso buscar estabelecer as conexões da particularidade com a totalidade e, nesta perspectiva, o contexto não é apenas um “pano de fundo”. Ao contrário, é fonte de determinações que vão modulando de forma dialética tanto as condições de saúde-doença, como as formulações político-institucionais frente às questões de saúde pública.

A terceira epidemia da AIDS atualiza mecanismos de regulação dos corpos e da sexualidade. No Brasil, em pleno processo de lutas pela reabertura democrática e lutas feministas, pela liberdade sexual e de gênero, a epidemia atuou no reforço a norma heterossexual e, especialmente, no reforço a masculinidade hegemônica - aquela que exerce o mecanismo de poder de vigília da sexualidade. Ou seja, conforme Connel e Messershmidt (2013), uma das funções simbólicas da masculinidade hegemônica é a de regulação das sexualidades que dissidem a heterossexualidade. Este poder se reatualiza a partir da epidemia da AIDS.

A epidemia da AIDS pegou as sociedades industriais desenvolvidas, que se acreditavam capazes de enfrentar as doenças infectocontagiosas, de surpresas. A AIDS, com características graves e mortais, envolvendo diversos aspectos das relações humanas - como sexo, morte, preconceito - escancarou as dificuldades do ponto de vista da prevenção eficaz, do desenvolvimento de medicamentos e de vacinas (Greco, 2008). Por outro lado, é interessante observar que a epidemia contribuiu, ao mesmo tempo, com a mobilização, reivindicação e resistência de setores da sociedade. Observa-se, por exemplo, que a participação de pessoas vivendo com HIV/AIDS “em congressos médicos e em comissões governamentais de controle da doença tem contribuído para mudar o paradigma dos programas verticalizados” (Greco, 2008, p. 74).

A permeabilidade da política de saúde em relação ao movimento social de HIV/AIDS foi uma das características da construção de estratégias de enfrentamento à epidemia no Brasil. O primeiro caso no Brasil foi confirmado em 1982, época em que pouco se tinha conhecimento e pesquisas sobre o vírus e a AIDS era conhecida como o “câncer gay”. Com o avanço de estudos probabilísticos, identificou-se populações que teriam maior risco de infecção pelo vírus e, segundo Ayres (*et al.*, 2018, p. s/p), essa população passou a ser alvo de estratégias esvaziadas e “toscas” de prevenção ao HIV pautadas no isolamento sanitário, sendo identificadas enquanto grupos de risco: “se você é parte de um dos grupos de risco abstenha-se de sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis” (Ayres *et al.*, 2018, p. s/p).

Este cenário encontra um momento de efervescência política no Brasil, em defesa da abertura política, da Reforma Sanitária, dos direitos de cidadania e, em especial, de um sistema de saúde universal:

No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal. Sua agenda, nesse sentido, confunde-se com o próprio processo de crise da ditadura e de redemocratização da sociedade brasileira, uma vez que, no âmbito dessas instituições, por transformações da saúde entendiam-se iniciativas de democratização do Estado, dos seus aparelhos e instâncias decisórias. (Paiva; Teixeira, 2014, p. 22).

É na contracorrente da alternativa neoliberal frente à crise do capitalismo que o movimento de redemocratização no Brasil culmina com a Constituição Federal de 1988. A política de saúde passa a ser compreendida como direito constitucional, tendo seu financiamento vinculado ao orçamento da Seguridade Social, sendo de acesso universal e gratuito. “O Brasil que assiste à consolidação de um programa governamental de combate à aids, é um país que se redemocratiza, testemunha o crescimento dos movimentos sociais, mas também responde às mudanças estruturais da economia mundial” (Pelúcio; Miskolci, 2009, s/p).

Neste contexto de maior permeabilidade entre política social pública e movimento social, foi a partir de estratégias reivindicadas pelo próprio movimento social, especialmente os movimentos de homens homossexuais, que se passou a incorporar outras estratégias de prevenção do HIV diferentes do “não faça” como, por exemplo, o uso de preservativo para esta função para além de método anticonceptivo (Ayres *et al.*, 2018).

A resposta brasileira foi bastante corajosa, com tendências que se aproximam e outras que se diferem das orientações internacionais, sobretudo no que se refere ao acesso ao tratamento. Desde 1996 o país dispensa a terapia anti-

retroviral de forma gratuita para todas as pessoas com HIV dentro dos critérios consensuados cientificamente para início da medicação na época, medidos especialmente por infecções ou doenças oportunistas e/ou contagem de células de imunidade CD4.

O Brasil tem perpetuado a política de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais para todas as pessoas vivendo com HIV. Desde 2015, quando se consensou no campo científico a medida de Tratamento como Prevenção, a conduta médica vem sendo prescrever a medicação desde o momento em que a pessoa é diagnosticada com HIV. Considerada a terceira onda de prevenção do HIV, a intenção de ruptura da distância entre o paradigma da prevenção e o do tratamento baseia-se na introdução de tecnologias biomédicas também como tecnologias de prevenção (BRASIL, 2017a).

É preciso reconhecer que a resposta brasileira ao HIV/AIDS foi bastante corajosa, respondendo a participação popular e as reivindicações do movimento social e apontando a discussão sobre preconceito e discriminação como central para o enfrentamento da epidemia. Entretanto, isso não significa que tenha rompido com parâmetros ditados no plano internacional, estruturando seu discurso em categorias como “vulnerabilidade” e “risco”, “efetivando-se em campanhas que visam às mudanças de comportamento e à incorporação de práticas disciplinadoras” (Pelúcio; Miskolci, 2009, s/p)

Ainda que signifique avanços no ponto de vista da qualidade do serviço prestado às pessoas vivendo com HIV, “muitos países - não só o Brasil - estão adotando o tratamento como prevenção (TcP) como uma maneira de enfrentar orçamentos reduzidos e para abandonar um leque mais amplo de atividades preventivas” (Parker, 2015, p. 7). No entanto, desde 2016, análises têm

apontado para o recrudescimento da epidemia e fragilização da política de prevenção frente a partir do acirramento do neoliberalismo no Brasil. Quando focalizada em estratégias biomédicas, é empobrecida do potencial acumulado a partir das diversas experiências realizadas na história do HIV/AIDS.

Entendo, aqui, o neoliberalismo como uma racionalidade, que se articula com racionalidades já existentes - como o racismo e o sexismo - para garantir permeabilidade e ir sendo incorporada em diferentes camadas econômicas, políticas, institucionais, do modo de vida e da subjetividade das pessoas. Porém, uma racionalidade só se torna hegemônica a partir do momento em que as pessoas em geral passam a aceitar a importância de suas ideias e, assim, passa a condicionar toda a nossa forma de ver e atuar no mundo. Portanto, para compreendermos determinada racionalidade, “[...] é necessário não só identificar as ideias dominantes em uma determinada época como também as mentiras que servem ao exercício do poder” (Casara, 2021, p. 62).

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

vigilância entre pares invada todas as esferas da vida, incluindo o fazer em saúde e a experiência com o sexo e a sexualidade.

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

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

O Estado e suas instituições participam de forma ativa na sedimentação de uma racionalidade hegemônica. Ao mesmo tempo em que são necessárias as políticas sociais para proteção social, para garantir direitos e cidadania, ao dispor de políticas e serviços o Estado participa da gestão da vida das pessoas, interferindo no âmbito das relações mais cotidianas a partir de

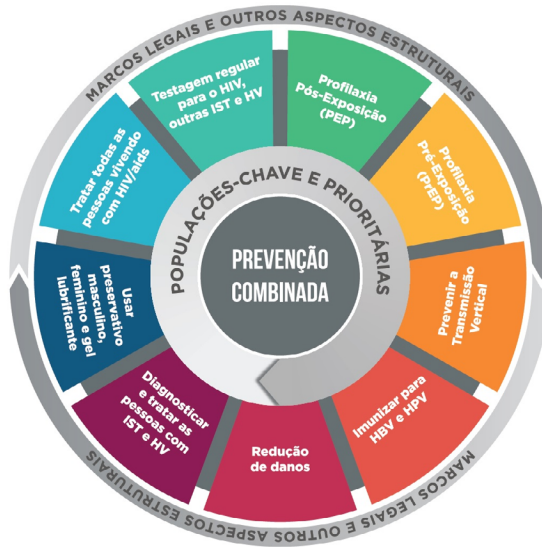
lógicas que lhe são hegemônicas - embora não sejam únicas e estejam constantemente em disputa - em determinados contextos e momentos históricos.

Em 2017, na esteira dos avanços e retrocessos da resposta brasileira à epidemia, lança o documento “*Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*”. Este documento aglutina tendências internacionais e posicionamentos da agenda estratégica brasileira para a prevenção do HIV. Avançando na concepção de que não é possível enfrentar a epidemia com estratégias fragmentadas, parte-se do seguinte conceito de prevenção combinada:

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

A conexão de tais intervenções é sistematizada em formato de mandala, tendo os marcos legais e outros aspectos estruturais em seu entorno e as tecnologias voltadas ao centro, onde encontram-se as populações-chave e prioritárias ao HIV e, ao centro, a própria noção de que é preciso combinar as tecnologias de prevenção:

Imagem 1 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2018, p. 26.

Nota-se, em análise da mandala, uma ênfase nas tecnologias biomédicas voltadas à prevenção do HIV. O combate ao estigma e discriminação, por exemplo, não se encontra em nenhuma das fatias. Em texto publicado em 2015, antes mesmo da entrada da Profilaxia Pré-Exposição no Brasil, Richard Parker já questionava: “estamos vivendo uma nova era (de respostas biomédicas que substituem as respostas sociais e políticas?)” (Parker, 2015, p. 1).

Sobre as noções de “risco” e “vulnerabilidade” expressas no documento, essas pautam-se na definição utilizada internacionalmente de “populações-chave” e “populações prioritárias”. As populações-chave são aquelas que apresentam prevalência de HIV maior do que a considerada “população geral”. No Brasil são consideradas populações-chave para a resposta à epidemia: gays e outros homens que fazem sexo com homens

(HSH), pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras do sexo, pessoas travestis e transsexuais e, embora não haja dados sobre maior prevalência, população privada de liberdade. Já as populações prioritárias são: população negra, indígena, em situação de rua e população jovem.

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

POPULAÇÕES-CHAVE E HOMENS GAYS: focalização ou equidade?

A Constituição Federal e a busca por instituir um sistema de seguridade social no país se desenvolve na contramão das perspectivas neoliberais já presentes em países centrais. Assim, a tensão entre universalidade e focalização esta presente desde as tentativas de implantação de um sistema de seguridade. A universalidade está, em tese, mais atrelada ao princípio da

igualdade, enquanto a focalização na ideia de que, dados os escassos recursos, é preciso alocar onde é mais necessário (Theodoro e Delgado, 2003). Esta última, muito alinhada à racionalidade neoliberal, onde direitos passam a ser concebidos como mercadorias e o pouco que é investido em política social precisa ser racionalmente direcionado àqueles que não podem pagar ou aqueles que mais precisam de determinado recurso - as pessoas em maior risco, as mais doentes, etc.

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

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

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

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

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

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

Além destas populações, o Ministério da Saúde define como populações prioritárias aquelas pertencentes a “outros

segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids que a média da população” (BRASIL, 2017a, p. 28). São consideradas prioritárias a população negra, jovem, em situação de rua e indígena. Neste aspecto, vale observar que a política avança ao dar visibilidade ao racismo institucional e a população jovem. Outro ponto em que o texto se destaca é ao considerar que estes recortes e categorias devem ser tidos como transversais:

Todas as categorias consideradas chave e prioritárias na resposta à epidemia devem ser consideradas como potencialmente transversais. Assim, não devem ser categorias estanques, sendo por princípio fluidas, de tal modo que um gay pode usar drogas e também fazer trabalho sexual. Uma mulher transexual pode fazer trabalho sexual e também estar ou ser privada de liberdade, e assim por diante. Dessa forma, o pertencimento a uma categoria não exclui a pessoa das demais, e as vulnerabilidades dessas populações devem ser entendidas na sua integralidade (BRASIL, 2017a, p. 29).

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

Sobre o que é ser um homem gay,

Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) são pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria, além do componente sexual,

traz em seu bojo a noção de **pertencimento e identificação**, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades. Gays estabelecem e comungam de **processos identitários e de identificação** construídos com base nas suas relações e envolvimento sexual, emocional ou afetivo com outros homens, cujas manifestações de comportamentos compartilhados nas relações sexuais e afetivas possuem a mesma forma de se integrar e se definir em seus respectivos grupos sociais (BRASIL, 2016a, p. 33-34).

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

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

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

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

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

Estigma e discriminação aparecem, tanto aqui como quando o texto trata sobre as intervenções estruturais, como um impedimento ou uma barreira ao acesso aos serviços de saúde. O documento que aborda com maior ênfase a homossexualidade masculina a partir das relações sociais produtoras de vulnerabilidade é a Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave (BRASIL, 2018a), por ser, afinal, este o objeto do material. Este é o material que aborda com mais consistência as intervenções estruturais.

Neste se repete o argumento epidemiológico, a definição de homem gay atrelada a noções de pertencimento e identificação

e as noções de risco explicadas a partir do sexo anal. Também se repete o argumento sobre estigma e discriminação, porém aprofundando um pouco na explicação sobre barreiras de acesso:

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

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

O documento voltado à Atenção Básica (2017b) repete o argumento epidemiológico e a diferenciação entre gays e HSH. O documento ressalta a necessidade de voltar as ações à população geral usuária das unidades de saúde, assumindo caráter menos focalizador do que os outros documentos. Quando trata das populações-chave, destaca que essa observação visa considerar que “a cada diferente grupo populacional sejam ofertadas diferentes ações de prevenção, respeitando-se, sobretudo, as especificidades e características de cada um desses grupos” (BRASIL, 2017b, p. 13). No entanto, ao não abordar aspectos

relacionados a discriminação e vulnerabilidade desses grupos, falha em trazer visibilidade para as barreiras de acesso.

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

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

Gostaria de destacar aqui a história de Caio, que demonstra e exemplifica os efeitos da focalização. Com 28 anos, é um homem branco, gay e solteiro. Vive em Porto Alegre e um ano e meio antes da entrevista teve diagnóstico positivo para HIV. Caio conta que, embora se sinta aliviado por saber que estando

indetectável para o HIV ele não transmite, é difícil superar o fato de ter “pego” HIV. Ele buscou atendimento para fazer uso de PREP e, na época, não foi considerado elegível - ou seja, “com risco suficiente”. Durante nossa conversa, Caio procurou me mostrar as contradições do sistema que impactaram muito diretamente na sua vida. Ele diz: *“Ou então, se eu tivesse mentido para usar, porque eu usava camisinha, eu não sabia também que esse era o corte, o [fato] de não usar camisinha, eu até achava que tinha que usar mesmo tomando PrEP”*.

Caio não teve acesso à PrEP por ter relatado buscar fazer uso consistente de preservativo no sexo anal, com poucos episódios onde não fez uso ou que o preservativo rompeu. Por isso, lhe foi indicado fazer uso de PEP quando estas situações ocorressem. A focalização ao mesmo tempo construir um sujeito destinatário para a prevenção e, por isso, visto e (auto)percebido como um sujeito em maior risco, ao mesmo passo em que critérios que materializam as políticas e acesso à recursos, na forma como se operacionalizam, ficam sempre na tensão entre a discriminação positiva e a negativa. Caio, por exemplo, refere que em vários momentos se percebeu pensando que gostaria de ter tido sífilis antes, ou que poderia ter mentido na entrevista para PrEP, para que pudesse ter tido acesso ao recurso e assim evitar a infecção por HIV (lembrando que Caio é um homem vivendo com HIV).

As mudanças no protocolo da PrEP possibilitam que pessoas fora das populações-chave acessem a PrEP, dando acento aos contextos de risco aumentado de aquisição de HIV e colocando como prioritárias as populações com vulnerabilidades específicas - como é o caso de gays e HSH. Estes contextos de maior risco são descritos como:

Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; Frequência de relações sexuais com

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemia de HIV/Aids possui fortes contornos sociais, para além de seus aspectos epidemiológicos e biológicos. As relações entre HIV e homossexualidade masculina estão presentes desde o início da epidemia. Os primeiros casos, diagnosticados em homens gays, fundamentaram respostas coercitivas em relação

aos seus corpos e práticas sexuais, reatualizando o preconceito e discriminação que já afetava esse grupo populacional.

A discriminação e as práticas de abstinência e controle propostas no âmbito das intervenções em saúde incidem em maior vulnerabilidade diante de adoecimentos e agravos. Por isso, tendo em vista uma mudança no modelo de resposta à epidemia, buscou-se centrar as ações e estratégias em grupos mais vulneráveis à infecção e adoecimento: as chamadas populações-chave. Isso pode ser interessante como ação redistributiva no campo da política pública. Entretanto, no contexto neoliberal de retração de gastos, assume também caráter focalizador com vistas a racionalizar recursos já escassos.

A análise dos documentos permite identificar que na focalização em determinadas populações-chave, em particular em homens gays, através de alguns argumentos centrais. A política apresenta o “homem gay” através das noções de risco e a vulnerabilidade, além de ser um grupo populacional definido a partir de noções de pertencimento e identificação. São apresentados argumentos epidemiológicos, sobre estigma e discriminação e sobre o maior risco de infecção/transmissão pela prática de sexo anal, que justificam a necessidade de centrar a resposta à pandemia neste grupo populacional (entre outros).

A forma como esta focalização se traduz em estratégias circula entre abordagens mais voltadas à equidade e mais voltadas à racionalização de recursos e critérios de elegibilidade, como é o caso dos protocolos da PrEP. Vale ainda realizar novas mediações analíticas com dados empíricos para que seja possível observar com maior consistência os impactos dessa forma de organizar a política de prevenção na vida material e nas experiências de homens gays com o sexo e a sexualidade.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. **O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. 20---. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade_Ayres_e_cols.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasil, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo - Combinando Escolhas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente**. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

CALAZANS, Gabriela Junqueira e PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana** (Rio de Janeiro), v.0, n. 29, p. 263-293, 2018. Tradução. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/30734>. Acesso em: 03 fev. 2023.

CASARA, Rubens Roberto Rebello. **Contra a miséria neoliberal: racionalidade, normatividade e imaginário**. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

CONNEL, Robert W. MESSERSCHMIDT, James W. **Masculinidade hegemônica**: Masculinidade hegemônica: Masculinidade hegemônica: repensando o conceito repensando o conceito. Estudos Feministas, Florianópolis, 21(1): 424, janeiro-abril/2013.

DANIEL, Herbert. AIDS no Brasil: a falência dos modelos. in: DANIEL, Herbert; PARKER Richard. **AIDS: A terceira epidemia - ensaios e tentativas**, Rio de Janeiro: ABIA, 2018, p. 34-56.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

GRECO, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, 22 (64), 2008.

IAMAMOTO, Maria Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

KERSTENETZKY, C L. Políticas sociais: focalização ou universalização? **Revista de Economia Política**. Vol. 26, nº 4 (104). OutDez, 2006. Disponível em: <http://academico.direitorio.fgv.br/ccmw/images/7/72/Celia.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2023.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 4ª ed, rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2001

MISKOLCI, Richard. Machos e Brothers: uma etnografia sobre o armário em relações homoeróticas masculinas criadas on-line. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 21, p.301-324, jan. 2013.

MONTEIRO, Marko. Sujeito, Gênero e Masculinidades. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; COSTA, Rosely Gomes; RAMÍREZ, Martha Celia; SOUZA, Érica Renata de. (Orgs.). Gênero em Matizes. **Estudos CDAPH**, 2002.

PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015 Acesso em 07 de junho de 2019.

PARKER, Richard. **O fim da AIDS?** Rio de Janeiro, ABIA, 2015.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n.1 - 2009 - p.125-157. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org Acesso em: 18 de maio de 2019.

TEODORO, Mário e DELGADO, Guilherme. **Política social:** universalização ou focalização – subsídios para o debate. Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise. Brasília, IPEA, n. 7, p. 117-121, ago. 2003.



“Este livro resultado de uma potente parceria que reúne esforços e sintonia em torno do debate sobre as “reformas” neoliberais, as desigualdades, violências e seus desdobramentos junto à família e seus membros. Necessita ser lido com urgência, posto que a ofensiva ao Estado Democrático de Direitos e às conquistas da nossa classe parecem terem fincado os pés no país. Mais do que nunca é chegada a hora de aumentar a vigilância e reafirmar os princípios ético-políticos em defesa da liberdade, da democracia e da justiça social. O livro nos arma para a permanente e intensa disputa no interior da sociedade e do Estado”.

Juliana Iglesias Melim
*Professora adjunta da Universidade
Federal do Espírito Santo (UFES)*

