UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"

Rachel D'amico Nardelli

SOBRE O DIREITO DE SER NORMAL:
Identidades normalizadas e a construção das políticas públicas de saúde para gays e lésbicas na cidade de São Paulo

Marília, 2013

RACHEL D'AMICO NARDELLI

SOBRE O DIREITO DE SER NORMAL:

Identidades normalizadas e a construção das políticas públicas de saúde para gays e lésbicas na cidade de São Paulo

Dissertação de mestrado apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".
Área de Concentração: Pensamento Social e Políticas Públicas.
Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Alberto Bertoncini Poker

Marília, 2013

Nardelli, Rachel D'Amico.
N223s Sobre o direito de ser normal : identidades normalizadas e a construção das políticas públicas de saúde para gays e lésbicas na cidade de São Paulo / Rachel D'Amico Nardelli. – Marília, 2013.
135 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2013.
Bibliografia: f. 65-69.
Orientador: José Geraldo Alberto Bertoncini Poker.

1. Identidade sexual. 2. Biopolítica. 3. AIDS (Doença). 4. Pessoas LGBT. 5. Movimentos pelos direitos civis. I. Título.

CDD 306.760981

SOBRE O DIREITO DE SER NORMAL: IDENTIDADES NORMALIZADAS E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA GAYS E LÉSBICAS NA CIDADE DE SÃO PAULO

RACHEL D'AMICO NARDELLI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista/UNESP – Campus Marília, como requisito para obtenção de título de Mestre em Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Jose Geraldo Alberto B. Poker (Orientador)
(Departamento de Sociologia e Antropologia / Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília)

_____

Prof. Dr. Rodolfo Arruda Leite de Barros
(Departamento de Sociologia e Antropologia/ Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp)

_____

Prof. Dr. Edson Passetti
(Departamento de Política/ Pontifícia Universidade Católica-SP)

SUPLENTES

_____

Prof. Dr. Pedro Geraldo Saadi Tosi
(Departamento de Educação, Ciências Sociais e Políticas Públicas / Faculdade de Ciências Humanas e Sociais)

_____

Prof. Dr. Luis Antonio Francisco de Souza
Departamento de Sociologia e Antropologia / Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília

Marília, 30 de maio de 2014

Giu, eu dedico este trabalho à você. afinal, eu posso escrever sobre a normalização, mas é em você que consigo ver a resistência, não em mim. Você não deixa que lhe digam o que fazer com o corpo, isso faz as pessoas normais se estremecerem, você escapa de toda identidade. Essa dissertação é voce giu, cada linha dela.

AGRADECIMENTOS

Escolher brigar com a medicina não é fácil, fica um tanto mais dolorido quando se tem um ano difícil como 2013, em que tive que colocar toda a minha fé neste saber. Tão difícil quanto é criticar a identidade que me protege. Mas é talvez, por isso tudo que se deve continuar, mas isto tudo só seria possível porque foi construído por tantas outras pessoas, que eu desejo agradecer.

À UNESP e a CAPES, pelo financiamento da pesquisa realizada . José Geraldo Albertini Poker, pela paciência que teve comigo, por ter continuado com a orientação apesar de problemas tão complicados que passei, mas quero agradecer, principalmente, por ter aceitado o desafio de me orientar dentro de um assunto tão contraditório.

Ao Edson Passetti por ter me ensinado a escrever com poesia.

Aos professorxs ,
Luís Antônio e Rodolfo Arruda pela leitura e sugestões na banca de qualificação e defesa. Carla Cristina Garcia que está desde o meu primeiro ano de graduação lutando pra colocar a teoria queer na Puc. E Larissa Pelúcio por ter trazido à UNESP de Marília discussão sobre a sexualidade o que influenciou de maneira muito positiva a construção do objeto desta dissertação.

À Cinthia Falchi e Juliana Laet pela leitura e correção do meu texto de qualificação. A Jéssica pela indicação dos autores sobre a análise de um discurso. Fabiana Grecco, pelo

carinho ao corrigir meu projeto de pesquisa.

Aos amigos Ariane Aboboreira, Débora Raphaeta, Luiza Uehara, Manuela Matheus , Sérgio Chaves eTania Gonzaga. À Natalie Coppolla ,minha outra parte, aquela onde eu encontro toda a escrita possível.

Às pessoas que eu dividi a vida , Dino, Luigi e Mariana, que deixaram Marília muito mais divertidas com tardes regadas de videogames, programas ruins e cafés muito gostosos.

À minha família,

Minha mãe que apesar de tudo aguentou toda a dificuldade desses últimos anos. Meu pai pela criatividade. Ao Beto por me ensinar todos os dias que o que é importante não se aprende só na universidade. Ao meu irmão, Pietro, meu herói. À minha cunhada, Nathalia Corrêa. À Giulia, minha irmã, parte de mim nisso tudo, a quem eu devo grande parte do caminho. A Paula por estar comigo em todos os momentos desta dissertação, muitas vezes chato e bem difícil. A Sandra e a Zi, que cuidaram de mim por tantas vezes, inclusive naquelas em que eu já não queria mais continuar.

Agradeço, ainda, à uma infinidade de pessoas que estiveram junto, me apresentando novas possibilidades de resistência, aos outros tantos amigos, à galera de Marília que me recebem muito bem desde o começo. Ao ColaAqui com Paula Mello, Renan Reribs, Jaque Alves, Yasmin que me ensinaram o que é fazer da vida obra de arte.

SOBRE O DIREITO DE SER NORMAL: Identidades normalizadas e a construção das políticas públicas de saúde para gays e lésbicas na cidade de São Paulo

RESUMO

No decorrer da década de 1980 o mundo vê aparecer uma nova doença, atingia as sexualidades periféricas, principalmente homossexuais masculinos, discursos e imagens povoadas de medos e novos termos médicos: Sarcoma de Kaposi, Grid, doença dos 5H, câncer gay. Todas essas eram maneiras de designar o que em 1983 ficou conhecido como Vírus da Imunodeficiência Humana(HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Unindo um pânico sexual com a necessidade de gerenciamento desta doença, a aids conseguiu articular ao longo dos seus 30 anos o dispositivo da sexualidade e dispositivos de poder e saber-médico silenciosos e muito eficazes da Biopolítica.

A biopolítica, ou biopoder, para Michel Foucault é propriamente a maneira pela qual se geriu a vida. Epidemias pestes, pandemias esses são termos que designam doenças que deve ser contidas, elas afligem em grande escala a população, prejudicando a relação econômica, com a diminuição de sujeitos ativos, além de produzir um grande ônus para o Estado com tratamentos. As discursividades com relação à aids possuem esse caráter normalizador, duplo perigo, do sangue e do sexo, articulados neste dispositivo que tenta administrar a vida por meio de vigilância, norma e regulamentação do corpo.

No Brasil , estas tecnologias foram centras nos corpos gays,em um momento histórico em que estas identidades emergiam a homossexualidade teve sua vida atravessada pela Aids, curiosamente, foi exatamente isto que deu inicio aos processos de busca por visibilidade e direitos democráticos no movimento conhecido como Lgbt.

Palavras-Chave : Aids, biopolítica, identidades lgbt

ABSTRACT

During the 1980s the world sees a new disease appears, reached the peripheral sexualities, especially gay men, speeches and populated pictures fears and new medical terms: Kaposi's sarcoma, Grid, disease 5H, gay cancer. All these were ways to designate what in 1983 was known as the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which causes Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Bringing a sexual panic with the need to manage this disease, AIDS was able to articulate throughout its 30 years the device of sexuality and power devices and medical know-silent and very effective of Biopolitics.

The biopolitics or biopower, to Michel Foucault's exactly the way it managed the life Pest epidemics, pandemics, these are terms that designate diseases that must be contained, they afflict large-scale population, undermining the economic relationship, with the decrease of active subjects, in addition to producing a large burden for the state with treatments. The discourses regarding AIDS have this normalizing character, double danger, blood and sex, articulated this device that tries to manage life through surveillance, rule and regulation of the body.

In Brazil, these technologies were centras in gay bodies, in a historical moment in which these identities emerging homosexuality had his life crossed by AIDS, interestingly, this is exactly what has initiated the process of searching for visibility and democratic rights in the movement known as lgbt.

Keywords: Aids, biopolítics, lbgt identity.

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Humana

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão

COMAP - Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa

CRT DST/Aids-SP – Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

GLS – Gays, Lésbicas e Simpatizantes

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PE-DST/Aids – Programa Estadual de DST/Aids - SP

PM-DST/Aids – Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites

PN-DST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids

PRRD – Programa de Redução de Riscos e Danos em DST/Aids

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UDI – Usuário de drogas injetáveis

LISTA DE IMAGENS

Tabela 1. Relação dos números de grupos homossexuais nos encontros brasileiros de gays e lésbicas que trabalham com Aids.....24
Tabela 2. Casos de Aids segundo categoria de exposição.....47
Gráfico 1. Casos de Aids na cidade de São Paulo.....48
Gráfico 2. Casos de Aids segundo categoria de exposição.....49
Gráfico 3. Casos de Aids em mulheres.....56

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das Dst entre gays, hsh e travestis, 2007.

Anexo 2. Política Brasileira de enfrentamento da aids. Resultados, avanços e perspectivas, 2012.

Anexo 3. Atendendo as necessidades de saúde e tratamento do Hiv de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. Relatório de reunião, 2013.

Anexo 4. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras Dst-versão revisada, 2011.2011

Anexo 5. Cartilha "Faça o que quiser, mas faça com camisinha"

CRONOLOGIA DA AIDS

1981: · O "Centers for Disease Control and Preventions (CDC)", dos EUA, publica em junho, no "Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)", artigo relatando cinco casos de "Pneumocystis carinni" e, homens jovens, em Los Angeles, identificados como homossexuais, sendo que dois já haviam falecido.

1982: · É dado o nome de GRID (Gay - Related Immune Deficiency) para descrever a nova síndrome.

1983:· Criação, em São Paulo, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado, do primeiro programa de aids no Brasil.

1986:· Criação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) do Special Programme on aids, coordenado por Jonathan Mann.

· Um comitê internacional avalia e declara que LAV e HTLV-III são um mesmo vírus. Um novo nome é dado: HIV (Human Immunodeficiency Vírus).

· Criação, em abril, da Comissão de Assessoramento em AIDS (Portaria nº 199/GM, publicada no Diário Oficial da União de 28 de Abril de 1986, Seção I), atual Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS).

1987:· Mudança do Special Programme on AIDS para Global Programme on AIDS (GPA)

· Fundação Ford inicia seu apoio a projetos envolvendo AIDS, no mundo, através do escritório do Brasil.

1988:· Criação do Programa Nacional de Aids no âmbito do Ministério da Saúde.

· Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal.

· Criação do Centro de Apoio Sorológico (COAS), atual Centro de Testagem e Aconselhamento.

1992:· Criação da "Internacinal Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW).

· Inicia-se uma rodada de negociações internacionais multilaterais conhecida como "Uruguay Round" , que resultou na criação da OMC. Para aderirem à OMC, os países candidatos tiveram que concordar com um conjunto de acordos e tratados relacionados ao comércio de bens e serviços, assim como o "Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights" , o

acordo TRIPS, sobre aspectos relacionados ao comércio dos direitos de propriedade intelectual, que não diz respeito diretamente ao comércio, mas à defesa das questões relacionadas à propriedade intelectual.

1993:· Assinatura do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o "Projeto de Controle da AIDS e DST", conhecido como o "AIDS I"

· Primeira concorrência de projetos de ONG, para apoio financeiro, no âmbito do 'AIDS I"

1995:· Fundada a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays e Travestis. (ABGLT).

1996:· Transformação do Programa Global de AIDS (Global Programme on AIDS) em Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS).

· Criação do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/AIDS entre Países da América Latina e Caribe (GCTH), que congrega os programas nacionais de AIDS.

A Lei nº 9.313, de 13 de novembro, garante a distribuição gratuita, pelo sistema publico de saúde, de medicamentos para pessoa**s com HIV/AIDS**

1997:· Ano que a UNAIDS reconhece, em sua cronologia dos 20 anos de HIV/AIDS, que o Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a distribuir a terapia antirretroviral através do sistema publico de saúde.

Instalação, no Brasil, do grupo temático, UN**AIDS.**

1998:· Assinatura, em dezembro, do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o "Segundo projeto de Controle da AIDS e DST", conhecido como AIDS II

· Criação, pelo Ministério da Saúde, do Conselho Empresarial Nacional em Prevenção ao HIV/**AIDS (CEN).**

1999:· O Decreto Presidencial nº 3.201, de 6 de outubro, " dispõe sobre a concessão de oficio de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que se trata o artigo 71 da Lei nº 1679279, de maio de 1996".

2001:

· A Roche faz um acordo com o Ministério da Saúde para evitar o licenciamento compulsório do Nelfinavir[1]**.**

1 Um dos remédios do chamado “coquetel” o Brasil produz atualmente 7 dos 13 medicamentos utilizados.

2000:· A 4172º Reunião do Conselho de Segurança da ONU, realizada em julho, aprova a Resolução 1308 (2000) que coloca a AIDS como uma questão de segurança global.

2002:· É criado o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária a fim de combater as três doenças infecciosas.

2005:· Aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça o projeto de lei que autoriza o governo a suspender as patentes de oito medicamentos usados no tratamento da aids, o torna possível produzir genéricos no país. A medida permite que o governo conceda uma "licença obrigatória" a um laboratório brasileiro para que produza genéricos a preços acessíveis.

Nem toda a produção é feita por laboratórios estatais.

SUMÁRIO

RESUMO....8
LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS....9
LISTA DE IMAGENS....10
LISTA DE ANEXO....11
CRONOLOGIA DA AIDS....13
INTRODUÇÃO....16

1. ENTRE BICHAS, GAYS E HOMENS....19
1.1 Dos efeminados aos entendidos....20
1.1.1 *Queer e a possiblidade de dissolução das identidades*....21
1.1.2 *Gay Power*....*25*
2. PELO SANGUE E PELO SEXO....31
2.1 Normalização dos corpos gays....35
3. AIDS E A ESTATIZAÇÃO DA VIDA....41
3.1 O aparecimento da saúde pública no Brasil.... 42
3.2 Os corpos dóceis da Aids....43
4. TODOS NA LUTA CONTRA A AIDS....47
4.1 Aids no Brasil: um programa de referência mundial....48
4.2 O sexo bem vale a morte? O caso barebacking, Unaids e o Plano Nacional de enfrentemanto da epidemia da Aids....54
4.3 Ausencia do desejo e a vitimização feminina: Analise sobre o Plano integrado de enfrentamento da feminização da Aids e outras Dst....60

CONCLUSÃO....63
REFERENCIAS....65
ANEXOS....69

INTRODUÇÃO

"Salpicado por sangue infectado de um suicida em Times Square, Alex Woycheck tornou-se outra vítima casual do mais recente e mutável vírus que aterroriza a população da Costa Leste da América no ano de 2020. Com sua saúde comprometida, Woycheck está diante de duas alternativas: esperar a morte sozinho em seu cubículo ou enfrentar o brutal preconceito de vigilantes de rua[...]"

É assim que começa a minha primeira referência sobre a aids, nos anos 90 a editora de HQs Vertigo lança um série chamada Visões de 2020: tesão de viver". Fala de um futuro no qual todas as epidemias já foram curadas inclusive a aids, mas aparece uma peste em que o seu infectado torna-se incapaz de reprimir seu desejo sexual. Com um cenário que abarca DNA, sangue ,contágio sexo, ditaduras minoritárias e práticas de vigilância, é possível afirmar que mais do que uma referência à Aids, esta é uma historia sobre a biopolítica. Vigilância, norma e regulamentação do corpo.

E é justamente isto que buscamos fazer, não enquanto um futuro não tão distante, mas a partir das práticas de saber –poder do presente, em que as políticas de saúde estão inseridas. E para isso, foi preciso escolher um sujeito atuante dentro desta política do sexo, o homossexual assumido: gays e lésbicas. Dentro de uma localidade determinada, para não correr o risco de um trabalho genérico, nem tão pouco totalitário.

Esta pesquisa teve inicio durante a minha iniciação científica, realizada na PUC de São Paulo, sob a orientação de Edson Passetti, período quando tive contato com muitos documentos, artigos, textos e matérias de jornais sobre a construção desta identidade multifacetada que é a identidade lgbt.

Com as leituras feitas, pude me aprofundar nos livros de Regine Facchini, referencia nos estudos das identidades lgbt. Nessas idas e vindas de leitura sobre as identidades e seus apoios institucionais, particularmente do Estado com relação às identidades lgbt. O assunto que chamou minha atenção foi: a aids e sobre a maneira com que o aparecimento da doença modificou completamente os movimentos sociais em defesa das sexualidades.

Foi por meio dessas interferências, e utilizando do referencial teórico de Foucault, que pude formular a hipótese desta dissertação: será que os discursos do saber médico sobre a aids modificaram o comportamento dos homossexuais tendo como efeito foi a estratificação sexual dentro destas identidades?

A formulação dos termos de normalidade/normalização/anormal referem-se a Michel Foucault, em "Os Anormais", ao longo da dissertação a ideia de um sujeito anormal em contraponto ao sujeito normal é desenvolvida a partir da formulação da biopolítica, articulando a noção de

mecanismos de poder, a questão do saber-poder e a construção do dispositivo da sexualidade, termos utilizados por Foucault.

De modo simples, à proposito de apresentação deste trabalho, podemos resumir que o buscamos analisar foi a maneira pela qual as identidades lgbt e a aids, dentro da relação poder-saber, acionam mecanismos da biopolítica e entre eles o dispositivo da sexualidade em que a distinção normal/anormal se instaura.

Nesta dissertação é nomeado de políticas públicas de saúde as práticas de prevenção incentivadas pelo departamento de DST, Aids, e hepatites virais, vinculado ao Ministério da Saúde do governo federal, passando pelos governos estaduais e municipais, como estas práticas derivam de relações com as organizações da sociedade civil, de Ongs e de acordos internacionais realizados sob a jurisprudência da ONU, como é o caso da UNAIDS e do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, por isto as disputas partidárias, de maneira geral, não influenciam na construção destas políticas e por isso não é necessário para a nossa análise fazer a distinção entre as relações governamentais dentro da cidade de São Paulo.

Tendo em vista que a aids é responsável por inúmeras políticas nacionais e internacionais devemos coloca-la como um grande mecanismo de saber-poder que atua na sociedade ocidental, ou seja, na sociedade heteronormativa desde os anos 1981. Para mostrar essa relação, fizemos uma extensa pesquisa nas publicações realizadas pelo Ministério da Saúde, bem como pela Unaids[1].

Como o período da realização do mestrado é curto e as identidades "targets[2]" dessas publicações e das políticas são diversificadas, escolhemos voltar a atenção especificamente às duas identidades, de gays e de lésbicas, visto que, como foi dito anteriormente, essas identidades foram abruptamente atingidas pela doença e as primeiras políticas de prevenção foram criadas para atender os homossexuais, o que nos levou ao objetivo desta dissertação: Analisar os efeitos de poder normalizador das políticas de prevenção à aids nas identidades gays e lésbicas.

Diante das primeiras questões analisadas, surgiu um novo questionamento, que foi o de pesquisar o que á identidade normalizada, que Michel Foucault aborda em sua obra "Os Anormais". E justamente mostrar isto que foi a grande dificuldade e o grande esforço realizado nesta dissertação, primeiramente por ser tão delicado tratar da aids, de suas políticas, sabendo que o Brasil é um Pais referencia em tratamento, e poucas são as pessoas que aceitam o desafio de criticar tais políticas.

---

1 Os documentos oficiais utilizados encontram-se em anexo nesta dissertação com o objetivo de facilitar o acesso às pesquisas, visto que nem todas as pessoas tem acesso à internet e que para encontrar este material é preciso dispender tempo e conhecimento sobre o assunto.

2 Termo usado no campo publicitário para definir estratégias de marketing e consumo.

A política de prevenção à aids necessita de certos procedimentos e comportamentos específicos para funcionar. Um deles é a necessidade de tabular, organizar e publicar todo e qualquer comportamento sexual de um sujeito específico. O outro requisito é compreender de forma cada vez mais completa e global a formação destas identidades, porque é justamente por meio da definição e distinção das identidades que as políticas atuam, elas precisam de alvos para funcionar, mecanismo de gerenciar e disciplinar um corpo específico, nada muito diferente das pesquisas de mercado, porque afinal, não deixa de ser isso.

1 ENTRE BICHAS, GAYS E HOMENS

"Vi tiranias minoritárias rasgarem a nação ao meio. Isolacionistas, sobreviventes, separatistas, ambientalistas, ecologistas, evolucionistas...". [3]

.

Neste primeiro capitulo buscamos determinar o referencial teórico e histórico em que o movimento homossexual brasileiro aparece e suas influências, passando desde a construção da homossexualidade como uma forma de vida artística ligada à contracultura até consolidar as formas identitárias, de visibilidade representativa dentro da democracia, que hoje conhecemos como identidades LGBT.

Para esta análise dos movimentos utilizamos alguns autores brasileiros considerados referência nos estudos sobre identidade. Regina Facchini faz parte da bibliografia essencial em quase todos os textos referentes às identidades LGBT. Em seu mestrado intitulado *Sopa de Letrinhas* de 2005, a autora faz o aprofundamento histórico do movimento homossexual brasileiro, passando pela década de 1960 até a década de 1990, salientando as especificidades de cada período. Já em seu doutorado - *Entre umas e outras: mulheres, homossexualidade e diferenças na cidade de São Paulo*, de 2008, a autora dedica-se aos estudos das identidades femininas e na questão da sexualidade lésbica, percorrendo novamente o caminho do entendimento da formação desta identidade.

Júlio de Assis Simões e Peter Fry são pesquisadores de referência nos assuntos relacionados às práticas homossexuais. Edward MacRae, além de pesquisador, atuou como militante no movimento homossexual durante a sua emergência. Escreveu no famoso jornal "O lampião da esquina[4]", além de ter publicado "Em defesa do gueto", texto amplamente utilizado nas pesquisas sobre movimentos e identidade LGBT. James Green, assim como Facchini, é leitura necessária para quem precisa reconstruir o cenário em que surge o movimento homossexual brasileiro. É de Green o livro "Além do carnaval", publicado em 2000, no qual o autor faz um apanhado histórico sobre a homossexualidade masculina no Brasil do século XX.

No começo dos anos de 1990 começam a surgir as análises *queer,* como possibilidade analítica de repensar as teorias feministas, foi Judith Butler (1993) quem primeiro discutiu sobre as possibilidades da emergência das questões *queer*. Para a autora, *queer* reporta-se ao uso dos

3 Todas as citações no início dos capítulos são de : DELANO, Jamie. Visões de 2020: tesão de viver. Editora DC Vertigo, julho de 1997.

4 [1] O Lampião da Esquina foi um jornal que surgiu em 1978. Teve ampla publicação nos meios homossexuais. Todas as edições do jornal estão digitalizadas e disponíveis para leitura na pagina do Grupo Dignidade www.grupodignidade.org.br no link : http://www.grupodignidade.org.br/blog/cedoc/jornal-lampiao-da-esquina/ . Acesso em 24/02/2014.

significados pejorativos com relação à identidade gay em busca de uma ressignificação. O termo *queer* devolve o incômodo de quem é injuriado de volta àqueles que o criaram.
A utilização deste termo se dá por conta do coletivo *queer nation* e do *ActUp,* ambos atuantes no combate a Aids, como uma reação política frente às definições criadas a partir da doença.

1.1 Dos efeminados aos entendidos

O movimento LGBT, como é conhecido hoje, teve seu inicio com a formação de um movimento difuso e não muito organizado, no qual foi utilizado o termo "movimento homossexual brasileiro". Este termo, que é também utilizado nesta dissertação, refere-se a este início político do movimento que ainda não tem suas especificidades definidas. Para Simões e Facchini (2009), os termos "gays" e "lésbicas" só foram empregados em 1995, mesmo ano de criação da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, e Travestis (ABGLT).

Porém, décadas antes disso, o mundo ocidental vê acontecer insurgências desses sujeitos assumidos; na Alemanha, França e Estados Unidos o movimento homossexual se intensifica a partir da década de 1960, com a influência dos movimentos *hippies* e da contracultura.

As primeiras referências de ativismo homossexual datam do começo do século XX, na qual militantes alemães lutavam para abolir o parágrafo 175 do código penal alemão, que punia a relação sexual entre homens[5], mas a ação na Europa é veementemente reprimida com a ascensão do nazismo (SIMOES; FACCHINI, 2009).

O Paragrafo 175, segundo Fry e MacRae não só punia práticas homossexuais, mas em 1935 "*a abrangência deste parágrafo foi aumentada para incluir beijos, abraços e até fantasias homossexuais, entre os crimes passíveis de punição"* (1993, p. 90-91).

Somente no período pós-guerra os novos movimentos homossexuais começam a aparecer. Os Estados Unidos é campo dessas lutas, com tendências revolucionárias de esquerda e libertárias que buscavam mais do que a equidade entre homossexuais e heterossexuais, visando romper os valores desta classe média burguesa dominante.

O livro *L'après-mai Des Faunes,* de Guy Hocquenghen, prefaciado por Gilles Deleuze (1973), remonta a essa efervescência política dos anos 1960 e da FHAR (Front Homosexuel D'Action Revolutionnaire), buscando expôr as críticas que o movimento homossexual tinha:

5 Nos anos 2000 foi lançado o documentário "Parágrafo 175" realizado por Rob Epstein e Jeffrey Friedman, e narrado por Rupert Everett, que aborda justamente a vida de alguns sobreviventes do holocausto que foram colocados em campos de concentração sob a alegação de sodomia.

> Hocquenghem se contenta em sinalizar a especificidade e irredutibilidade de um desejo homossexual, fluxo sem objetivo nem origem, caso de experimentação e não de interpretação […] a homossexualidade é capaz de levar a cabo uma micropolítica do desejo e servir, no conjunto, como revelador ou detector das relações de força às quais a sociedade submete a sexualidade (inclusive no caso da homossexualidade mais ou menos latente que impregna os grupos viris militares ou fascistas). Precisamente, a homossexualidade se libera, não quebrando toda relação de força, mas quando, marginal, não é de utilidade social alguma. (DELEUZE, 2008, p. 358).

Esta imagem que Deleuze (2008) desenha retrata os devires desses movimentos no mundo. Há emergência dos movimentos de ação revolucionária nos Estados Unidos, como o Gay Libertation Front (Frente de Libertação Gay); na Argentina, com o grupo "Nuestro Mundo" de 1969, que em 1971 é renomeado como Frente de Liberación Homossexual. Grupos e comunidades semelhantes começam a aparecer em Nova York, em Sidney e no Brasil.

Felix Guatarri, no ano de 1973 publicava na França, pelo *Centre d'Etudes, de Recherches et de Formation Institutionnelles* um número especial da revista *Recherches*, em parceria com ativistas lésbicas da FHAR com o título *Trois Milliards de Pervers: Grande Enciclopedie des Homosexualités*, que trazia textos diversos sobre pedofilia, pornografia, homossexualidade e foi prontamente retirado de circulação, mas, para Guatarri (1973),

> o objeto desse dossiê – as homossexualidades, hoje na França – não poderia ser abordado sem se remeter à questão dos métodos ordinários da pesquisa em ciências humanas que, sob o pretexto de objetivismo, tentam estabelecer uma distância máxima entre o pesquisador e seu objeto [...]. A análise institucional, ao contrário, implica um descentramento radical da enunciação científica. Não basta, porém, se contentar em "dar a palavra" aos sujeitos interessados – isto é, às vezes, uma abordagem formal, jesuítica mesmo – ainda é preciso criar as condições para um exercício total, ou paroxístico, dessa enunciação [...] Maio de 68 nos ensinou a ler sobre os muros e, depois, começamos a decifrar os grafites nas prisões, nos asilos e hoje nos banheiros. É todo um "novo espírito científico" que está por ser refeito (p. 2 – 3).

O autor, ao publicar essa cartografia, evidenciava os agenciamentos dos desejos perversos de feministas e homossexuais contra o regime dominante, evidenciando as fragilidades do modelo binarista heterossexual e do modelo biológico do sexo reprodutor. Desta crítica ao binário podemos ver emergir o saber *queer*, que busca dissolver identidades, percorrer linhas de fugas.

1.1.1 Queer *e a possibilidade de dissolução das identidades*

Miskolci compreende que a teora *queer*,

> em termos políticos constitui uma proposta que se baseia na experiência subjetiva e social da abjeção como meio privilegiado para a construção de uma ética coletiva. Ao invés de celebrar o Orgulho Gay, propõe partir da experiência social da vergonha como meio para trazer aos discurso as formas como nossa sociedade construiu a fronteira entre aceitação e o

> rechaço social com eixo na sexualidade. Tal possibilidade contrasta fortemente com as bandeiras hegemônicas que tem como objetivo a assimilação nos termos dados e que, portanto, apontam para a normalização como passo supostamente inevitável para se alcançar a igualdade política, a qual, no presente, tende a ser confundida com a obtenção de direitos como o casamento e a adoção de crianças. (2011, p. 39).

O campo *queer,* neste sentido, aproxima-se da opção por um modelo não identitário tanto no plano do gênero como no plano da sexualidade, recusando as relações binárias que as identidades estabelecem (Sedgwick 1990).

A principal separação é dada por Butler (1990), que repensa a noção de gênero e sexo. Para a autora o sexo é uma categoria genderizada, ou seja, no qual o próprio sexo só é produzido por meio do gênero. Esta seria uma norma, que é diariamente performatizada e reiterada como tal, tornando-se assim hegemônica (Butler, 1993). A performatividade *queer* subverte esta hegemonia.

Na medida em que a identidade articula inicialmente sua oposição à heterossexualidade, ou seja, em distinção ao que é normal, se estabelece em relação com o direito biológico sem escapar nem da disciplina, nem da estatização da vida. Dessa forma, a homossexualidade está inserida no saber médico, jurídico, e assim, no Estado. A teoria *queer,* de forma oposta, pensa políticas relacionais por meio de estratégias conjuntas para enfrentá-las, de modo que as políticas não se anulem.

Para Preciado, as políticas atualmente têm se restringido, ao invés de produzir enfrentamentos amplos:

> [...] do ponto de vista das políticas de imigração, a demanda de legalização do matrimonio gay vem indiretamente reforçar o matrimonio como condição de acesso à cidadania. Do mesmo modo, os programas institucionais de luta contra a chamada "violência de gênero" contribuem para uma naturalização da relação entre violência e masculinidade, mascarando a violência própria das estruturas conjugais e familiares (que são ademais, reforçadas pelas demandas do matrimônio gay)". (2010, p. 49).

Por isso, para tentarmos sair do debate comum estabelecido quase sempre por grupos conservadores e os movimentos LGBT, devemos nos encontrar frente à questão de como construir as políticas de representação.

O movimento *queer* aparece atualmente com ferramenta que denuncia exclusões e as práticas de naturalização das identidades.

Ainda, segundo Preciado, "os movimentos *queer* representam o transbordamento da própria identidade homossexual por suas margens: viados, maricas, boiolas, transgêneros, putas, gays e lésbicas deficientes, lésbicas negras e chicanas, e um interminável etc." (2010, p. 51).

A teoria *queer* não tenta compreender esta noção de identidade LGBT, mas sim pensar a noção de identidades que pode ser desfeita, retomada, porém também interessada politicamente, e

não essencializada. Um espaço que tem dado grande visibilidade aos homossexuais é a televisão, em especial a novela e é a partir de um personagem especifico que podemos tentar entender a questão da homossexualidade de forma transversal à proposta pela teoria *queer*.

Em 2010 a rede de televisão Globo exibiu a novela "Insensato Coração", na qual 6 personagens eram "gays assumidos". Um desses personagens, Chicão, era caracterizado como o que é comumente chamado de "bicha poc poc"(definição para uma identidade de classe pobre, muitas vezes de roupas e comportamento escandalosos), ou seja, não era branco, nem rico, nem intelectual, mas todos os outros personagens gays possuíam estas características.

Fazer personagens estereotipados e exagerados é algo frequente nos programas televisivos, e esta novela trouxe visibilidade de fato, porém, em seus últimos capítulos o personagem Chicão é morto por espancamento.

Como consequência, grande parte dos movimentos LGBT se manifestou, afirmando que a população brasileira aceitava ver um homossexual ser morto a pancadas ao invés de um beijo gay, e isto deu forças para demandar a aprovação da PLC 122/2006, que criminaliza a homofobia e ressignifica as identidade binárias.

Há, em Chicão, o indivíduo possuidor de uma vida que não vale ser vivida, que não pode aparecer beijando um outro homem, mas pode ser espancado para promover a busca por um direito que criminaliza a violência. Porém, não é violentado por ser gay, mas por estar neste espaço que Preciado, citando Hooks, retoma com a noção de norma e raça, analisadas por Foucault, e avança ainda no entendimento da identidade que deve ser pensado pelo:

> entrecruzamento de opressões (interlocking opressions). Não é simplesmente questão de se ter em conta a especificidade racial ou étnica da opressão como mais uma variante junto à opressão sexual ou de gênero, mas de analisar a constituição mútua do gênero e da raça, o que poderíamos chamar a sexualização da raça e a racialização do sexo, como dois movimentos constitutivos da modernidade sexual. (Preciado, 2010, p. 48)

Desta forma, a teoria *queer* traria uma virada política no pensamento da identidade. Antes de se tornar visível, seria preciso repensar o sujeito ainda não reconhecido enquanto sujeito, atravessado por inúmeras identidades que se entrecruzam dentro do próprio dispositivo da sexualidade. Este reestrutura e re-naturaliza práticas que outrora foram criminalizadas, como o homossexual branco, rico e monogâmico.

Para este sistema heteronormativo o não cumprimento dos requisitos dos gêneros é considerado como patologia e desvio, porém a formação de gays e lésbicas atua de acordo com as performatividades hegemônicas: mulheres femininas, homens masculinos (exceto as que não são abjetas, com as caminhoneiras e as bichas pobres).

Em Preciado já não existe uma categoria natural de mulher ou gay que possa ser legitima como ação política. Para a autora,

> Não há diferença sexual, mas uma multitude de diferenças, uma transversalização das relações de poder, uma diversidade de potências de vida. Estas diferenças não são representáveis, dado que são monstruosas e por isso, questionam não só os regimes de representação política mas também os sistemas de produção de saber científico dos normais (Preciado, 2004, p. 25).

Apesar da tendência da teoria *queer* como possiblidade de uma política não-identitária, o que vemos acontecer nas políticas da Aids, no Brasil, é o fortalecimento de uma identidade hegemônica que luta pelo fortalecimento do orgulho LGBT e por políticas especializadas.

1.1.2 Gaypower

A construção de um "gay power", junto com o orgulho homossexual, teve como estopim ou justificativa a "Revolta de Stonewall". Stonewall Inn era um bar de Manhattan frequentado por homossexuais, travestis, dragqueens, e durante uma operação policial, os clientes do bar começam a se organizar contra o abuso dessa autoridade:

> Do nada, apareceu um parquímetro arrancado e usado como porrete na porta do Stonewall. Ouvi gritos de 'vamos pegar gasolina', mas o clarão de fogo que surgiu em seguida na janela do Stonewall foi outro choque. Reforços vieram resgatar os policiais acuados no bar em chamas, mas seu trabalho mal tinha começado. A rebelião prosseguiu noite adentro [...]. Na noite seguinte, pichações com a frase 'gay power' aparece nos muros da Chistopher Street[6]. (D'EMILIO, 1998, p. 231-232 apud SIMÕES e FACCHINI, 2009, p.86).

A partir deste momento o movimento homossexual começa a tomar forma, construir suas identidades. StoneWall marca não só uma data a ser comemorada na história, mas além disso, finca as estruturas de uma identidade emergente.

No Brasil, o começo do movimento homossexual teve uma trajetória parecida, em meio à ditadura militar. Militantes da esquerda, influenciados pela contracultura e pelos movimentos feministas e movimento negro, lutavam para a politização da questão homossexual; assim surgiu o grupo SOMOS.

Para Simões e Facchini (2009), utilizando da descrição feita por MacRae (2000):

> […] o ideário do grupo carregava muito da contracultura e do espirito contestatório e antiautoritário da época, produzindo discursos voltados para uma transformação mais ampla, compreendendo a homossexualidade como estratégica para transformação cultural, capaz de corroer uma estrutura social a partir das margens (p. 102).

Porém, dentro deste movimento há dissidências e separações importantes de serem destacadas. Uma delas é a falta de representação lésbica dentro dos primeiros movimentos homossexuais e a estruturação de relações heteronormativas entre os homossexuais masculinos "ativos" (machos) em detrimento dos homossexuais "passivos" (afeminados) que configurou e ainda configura grande parte das vivências homoeróticos.

Green (2000) mostra que ao longo da década de 1960 esta identidade aparece decorrente dos fluxos urbanos e do intercambio cultural entre os movimentos homossexuais internacionais. Aqui demilita-se propriamente a "identidade gay" brasileira, referida à crescente classe média intelectual, enquanto que as identidades binárias homem/bicha, macho/bofe, servirão como identificação de um

6 Nome da rua em que o bar Stonewall Inn era localizado.

homossexual de classe pobre.

> Até muito recentemente, quando um incipiente de gays e lésbicas começou a desafiar os estereótipos reinantes, a média dos brasileiros confundia homossexualidade masculina com efeminação. Segundo antropólogos, a preponderância dessa ideia é resultado do sistema de gêneros brasileiro, hierarquicamente estruturado, que divide os homens que se envolvem em atividades homoeróticas em duas categorias: o *homem (*o homem "verdadeiro") e o *bicha* [grifo do autor]. Essa oposição binária espelha as categorias de gênero predominantes e definidas heterossexualmente, o homem e a mulher. (GREEN, 2000, p. 27).

Esta segmentação identitária que busca legitimidade no modelo de vida heterossexual homem de verdade-ativo-macho em contraponto à ideia de feminino-afeminado-passivo, diz também sobre as maneiras organizadas em que o movimento homossexual vai se estabelecer.

Há, de um lado, um homossexual gay, que se identifica com os padrões e modelo norte-americano, que busca a igualdade de gênero. Por outro lado, homossexuais que se relacionam e se compreendem por meio de uma lógica binária, hierarquizando o gênero. Estes dois modos de existência homossexuais irão não só conviver, mas também competir dentro deste espaço crescente de visibilidade homossexual. Para o autor, o surgimento do movimento homossexual se dá justamente neste embate: os "gays" da classe média intelectual, apoiando as criticas feministas, buscando igualdade, que por sua crítica aos conservadorismos entra em luta com as identidades que consolidavam a hierarquia dos gêneros. (FRY, 1982)

Para Rubin (2003), esta transformação do sujeito homossexual pode ser pensada por meio de uma estratificação sexual na sociedade, na qual aparecem as categorias daquilo que é aceitável. A classificação sexual do que é permitido ou não pela sociedade, segue na mesma lógica em que exclui o gay.

> Sociedades ocidentais modernas avaliam os atos sexuais de acordo com um sistema hierárquico de valores sexuais. Heterossexuais maritais e reprodutivos estão sozinhos no topo da pirâmide erótica. Clamando um pouco abaixo se encontram heterossexuais monogâmicos não casados em relação conjugal, seguidos pela maioria dos heterossexuais. O sexo solitário flutua ambiguamente. O estigma poderoso do século XIX sobre a masturbação hesita de formas menos potentes e modificadas, tal qual a ideia de que a masturbação é uma substituta inferior aos encontros em par. Casais lésbicos e gays estáveis, de longa duração, estão no limite da respeitabilidade, mas sapatões de bar e homens gays promíscuos estão pairando um pouco acima do limite daqueles grupos que estão na base da pirâmide. As castas sexuais mais desprezadas correntemente incluem transexuais, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabalhadores do sexo como as prostitutas e modelos pornográficos, e abaixo de todos, aqueles cujo erotismo transgride as fronteiras geracionais. […] Boa parte da homossexualidade continua no lado mau da linha. Mas se ela é em casal e monogâmica, a sociedade está começando a reconhecer que ela inclui uma gama completa de interação humana. Homossexualidade promíscua, sadomasoquismo, fetichismo, transexualidade e encontros com cruzamento geracional ainda são vistos como horrores não modulados incapazes de envolver afeição, amor, escolha livre, gentileza ou transcendência. (RUBIN, 2003, p.14-16)

A bicha afetada - que aparece há anos nos programas de humor – e o gay afeminado da moda ou da decoração, são representações já antigas, mas nos últimos anos é possível ver emergir um novo sujeito homossexual: o gay bem sucedido, com emprego estável em áreas distintas ao salão de cabeleireiro ou das passarelas. Para exemplificar o surgimento deste sujeito podemos utilizar novamente as novelas, como a apresentada no ano de 2014 pela Rede Globo.

Em "Amor à Vida", na qual foi realizado o primeiro beijo gay em emissora aberta, é possível encontrar dois tipos de gays: um é bom e outro é mau; um é assumido e outro está 'no armário'; um é casado e outro é reprimido. Mesmo assim, eles representam um padrão de beleza, de limpeza, de outro corpo que é diferente do sujeito da Aids ou do sujeito insurgente da contracultura. Este é o novo sujeito gay que começa a aparecer a partir dos anos 90, em união aos novos segmentos do mercado (FRANÇA, 2007). Este, talvez, seja o primeiro momento em que é possível notar a cisão entre as categorias dessas identidades, carregadas não só das imagens heterossexuais, mas também dos modelos médicos de distinção do gênero, que de acordo com Simões e Facchini (2009, p. 57),

> Seria derivado um modelo igualitário, articulado especialmente pelos modernos defensores dos direitos homossexuais. Esse modelo reage aos estigmas de anomalia e doença imputados à homossexualidade, mantendo a disjunção entre orientação sexual e gênero, e apoiando-se no dualismo hétero/homo. Assim, em lugar de "bichas" e "homens"(ou "bofes"), ou de "sapatões" e "mulheres"(ou "ladies"), formam-se novas categorias de identidade sexual, tais como "entendido", "entendida", "homossexual", "gay" e "lésbica".

Assim como os autores supracitados, Facchini (2005) afirma que os termos das identidades de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) também estão relacionados ao nível socioeconômico, bem como à escolaridade e faixa etária. Para a autora, as mulheres que se identificam como "entendidas" estão situadas nas classes populares, já os termos "homossexual" referem-se às mulheres de classe social elevada, com alto grau de escolaridade. Por sua vez as mulheres que se referiam a si como "lésbicas" possuíam algum contato com os movimentos lésbicos, fazendo parte destes ou tendo acesso aos seus discursos. É neste momento que os mercados segmentados começam a ganhar espaço, por meio desta crescente visibilidade gay (SIMÕES e FACCHINI, 2009).

Estas distinções, tanto auto afirmativas como enquanto discursos que podemos ver na fala dos autores utilizados, nos apresentam o campo histórico no qual podemos desenvolver a ideia de uma identidade normalizada. É necessário, neste momento, dar grande atenção ao crescimento e importância dos movimentos homossexuais no Brasil no período do regime militar.

A militância LGBT, que é reconhecida mundialmente desde a parada do orgulho GLBT de

2004[7], tem seu inicio com esse movimento emergente dos anos 1970-1980, com a formação de novos grupos e associações homossexuais, o que Facchini (2005) chama de "primeira onda" do movimento homossexual brasileiro, que vem a se encerrar com o aparecimento da Aids.

1.2 **O impacto da Aids e as novas configurações do movimento homossexual**

Com o encerramento da publicação "O Lampião da Esquina" e o surgimento da Aids na década 1980, houve uma drástica diminuição dos grupos e associações de homossexuais. Parte destes começou a aderir à bandeira de luta contra a Aids, mas também à "abertura" democrática e o fim da luta por um inimigo maior, o que levou a construção de novas demandas.

A partir de meados dos anos 1980, é possível observar o desenvolvimento de um estilo de militância de ação mais pragmática, mais preocupada com aspectos formais de organização institucional e voltada para a garantia dos direitos civis e contra a discriminação e a violência dirigida aos homossexuais (SIMÕES; FACCHINI, 2008, p. 61).

Esta militância mais pragmática é a linha também das organizações de homossexuais que se estruturam em combate à Aids. A tabela a seguir mostra a relação de grupos durante o período com e sem financiamento do Ministério da Saúde:

Tabela 1 – Relação entre o número de grupos homossexuais e o ano no encontro brasileiro de gays e lésbicas que trabalham com aids.

Ano	Encontro	Local	Nº de grupos
1980	I Encontro Brasileiro de Homossexuais	São Paulo - SP	08
1984	II Encontro Brasileiro de Homossexuais	Salvador – BA	05
1989	III Encontro Brasileiro de Homossexuais	Rio de Janeiro- RJ	06
1990	IV Encontro Brasileiro de Homossexuais	Aracaju- SE	06
1991	V Encontro Brasileiro de Homossexuais	Recife- PE	06
1992	VI Encontro Brasileiro de Homossexuais	Rio de Janeiro –	11

7 Com o tema :"Temos Família e Orgulho" e um público de 1,8 milhões de pessoas, a 8ª Parada do Orgulho LGBT de São Paulo ultrapassou o tamanho das paradas LGBT em todo o mundo. Fonte: MARQUES, Camila. SP tem a maior parada gay do mundo pelo 2º ano consecutivo. Folha Online. <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u51010.shtml>, acesso em 24/03/2012.

		RJ	
1993	VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais	Cajamar –SP	21
1995	I Enc. Bras. de Gays e Lésbicas que trabalham com Aids e VIII Enc. Bras. de Gays e Lésbicas	Curitiba –PR	84
1997	II Enc. Bras. de Gays e Lésbicas que trabalham com Aids e IX Enc. Bras. Gays, Lésbicas e Travestis	São Paulo- SP	52

Fonte: Facchini, 2005.

Estes dados mostram que a partir de 1995 o número de participantes aumenta exponencialmente. No ano de 1993 o Brasil assina o acordo que vai ser conhecido como Aids I, e passa a financiar Ongs atuantes no combate à Aids, e muitas dessas organizações atuavam também pelos direitos homossexuais.

Além disso, segundo a autora, o período caracterizado pelas demandas democráticas e a Aids é o momento em que a luta pela separação entre marginalidade e homossexualidade começa a tornar-se presente. Para tal, é preciso construir uma identidade pública da homossexualidade, "que deixa de incluir boa parte das vivencias a ela relacionadas". (FACCHINI, 2005, p. 85).

Esta identidade pública atua em duas posições: a primeira desvincula-se da Aids, desta "peste gay" que expunha a marginalidade homossexual de um sexo indisciplinável e a outra consolida a normalidade por meio do mercado.

> A lógica perversa do mercado absorve os movimentos sociais e culturais, mas os rearticula de acordo com seus interesses [...] Portanto, minha tese é que existe uma relação entre o processo de segmentação do mercado e a reorganização das divisões ou das identidades sociais e que, como estas estão acontecendo globalmente, tendem a formar segmentos de pessoas que vivem experiências semelhantes e, por isso, tendem a consumir as mesmas coisas, uma vez que o consumo e a construção da identidade se entrelaçam. (MIRA[8], 1997 apud FACCHINI, 2005, p. 107).

Se a representação pública da homossexualidade deixa de incluir algumas vivências desta identidade, e ainda assim se reconhece com o mercado, é possível fazer um paralelo entre o mercado e as identidades gays e lésbicas desqualificadas, ou seja, as que não têm acesso ou poder de compra e não podem se reconhecer pelo consumo.

França (2007) corrobora com a tese de Mira (1997 apud FACCHINI, 2005), afirmando que é na década de 1990 que discursos fomentados por empresários do mercado gls estimulam uma

8 MIRA, M.C. O Leitor e a Banca de revistas: o caso da Editora Abril, 1997. Tese (Doutorado em Sociologia)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

autoestima homossexual, positivando e dando visibilidade a esta nova identidade por meio de *sites* e revistas especializadas.

Para esta dissertação, cabe-nos concluir este primeiro capítulo com algumas afirmações: é a partir deste momento, ou "segunda onda", que as hierarquias e separações entre esses sujeitos homossexuais se consolidam. É por meio desta direção tomada que podemos localizar esse sujeito normal, discutido no objeto desta dissertação.

Frente a estas problemáticas - em que o homossexual compreendido como gay ou lésbica não define uma totalidade, mas afirma um tipo de visibilidade política - como realizar as demandas sociais sem que isso implique na definição e consolidação de um sujeito específico que é normal?

Como as instruções e recomendações de prevenção às dst/Aids podem vir a ser para todos se é por meio da demanda destas representações homossexuais que ela foi construída, fazendo com que os programas de prevenção, bem como os planos de enfrentamento da epidemia sejam direcionados a partir da identificação individual de cada sujeito com relação aos programas de saúde?

O que há de tão perigoso nestes sujeitos para que as políticas sejam construídas não em cima da doença e sim da identidade? Colocaríamos em risco uma sociedade inteira se as cartilhas do Ministério da Saúde não designassem identidades específicas sob a alegação dos grupos que tem maior vulnerabilidade em cometer práticas de risco?

Na verdade, é o sexo o perigo que precisa a todo momento ser justificado e está sempre em suspeita.

> Constrói e julga quase todas as práticas sexuais segundo suas piores possibilidades de expressão. O sexo é considerado culpado até que provem sua inocência. Virtualmente todos os comportamentos eróticos são considerados maus a menos que uma razão específica para isentá-lo tenha sido estabelecida.[...]. Mas o exercício da capacidade erótica, inteligência, curiosidade ou criatividade, todos necessitam pretextos que são desnecessários para outros prazeres, como o deleite com a comida, ficção o ou astronomia .(RUBIN, 2003. p.16)

2 PELO SANGUE E PELO SEXO

> *"Os que tinham propriedade, boa carreira, ficha limpa e DNA sadio receberam um cartão de identidade inteligente... a chave para o maldito "reino mágico".*

É Foucault (2006b) quem irá analisar o surgimento, no século XVIII, deste novo mecanismo de poder: o dispositivo da sexualidade. Nele atuam dispositivos diversos de governo do corpo que irá regularizar o sexo, administrá-lo. Este dispositivo histórico pode ser compreendido pelo seu conjunto de práticas, discursos e técnicas de estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres e formação de conhecimentos.

Em um primeiro momento, a sexualidade fez parte de uma técnica de poder centrada na aliança, onde ficou estabelecido todo um sistema de casamento, de fixação e desenvolvimento de parentescos, de transmissão de nomes e bens. Coube a este dispositivo de aliança ordenar e manter a homeostase do corpo social. Ao mesmo tempo, se fixou a partir daí o dispositivo da sexualidade, não mais referido à lei, mas ao próprio corpo, à qualidade dos prazeres, à própria sexualidade no seio familiar. Os pais tornam-se, na família, os principais agentes deste dispositivo, e o sistema de aliança passa então para a ordem da sexualidade. A função do dispositivo de sexualidade na forma de família permite, segundo Foucault, compreender porque a família, além de manter a homeostase do corpo social, se tornou lugar obrigatório dos afetos, dos sentimentos, do amor, sendo também o principal ponto de eclosão da sexualidade.

Esse dispositivo teria se estabelecido como meio de afirmação dos discursos burgueses, que se utiliza da noção de "sangue" criado pela nobreza e o transforma em um discurso em que:

> […] muitos dos temas particulares aos costumes de casta da nobreza se encontram de novo na burguesia do século XIX, mas sob as espécies de preceitos biológicos, médicos ou eugênicos [...]. Nos casamentos, levaram-se em conta não somente imperativos econômicos e regras de homogeneidade social, não somente promessas de heranças como as ameaças da hereditariedade. (FOUCAULT, 2006b, p. 136).

Mas como definir o dispositivo? Deleuze o define como:

> uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras. Cada está quebrada e submetida a variações de direção (bifurcada, enforquilhada), submetida a derivações .(1992, p. 2)

Os dispositivos podem ser compreendidos por estas relações de saber e poder que se

articulam estrategicamente, visando produzir as subjetividades dos sujeitos dentro deste dispositivo (Montalvão Filho e Teti, 2013). Ele está, portanto, sempre inscrito em um jogo de poder, embora ligado a uma ou mais configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam.

> *O poder é exercido somente sobre sujeitos livres e* apenas enquanto são livres. Por isto, nós nos referimos a sujeitos individuais ou coletivos que são encarados sob um leque de possibilidades no qual inúmeros modos de agir, inúmeras reações e comportamentos observados podem ser obtidos. Onde os fatores determinantes saturam o todo não há relação de poder; escravidão não é uma relação de poder pois o homem está acorrentado (Neste caso fala-se de uma relação de constrangimento físico). Conseqüentemente, não há confrontação face a face entre poder e liberdade, que são mutuamente excludentes (a liberdade desapareceria sempre que o poder fosse exercido), mas uma interação muito mais complicada. Nessa relação, a liberdade pode aparecer como condição para exercício do poder (simultaneamente sua pré-condição, já que a liberdade precisa existir para o 'poder' ser exercido e, também, seu apoio uma vez que sem a possibilidade de resistência, o poder seria equivalente à determinação física). (FOUCAULT, 1982, p. 221, apud MAIA, 1996, p. 90).

Isto implica que qualquer relação entre sujeitos está sempre permeada por relações de poder, e por meio desta compreensão o autor delimita duas ferramentas metodológicas para a análise do poder: a de arqueologia e genealogia. O poder precisa ser conhecido não pela forma de um poder clássico que pode ser tomado para si, mas volátil, no qual existe somente enquanto relação de forças, que desloca o enunciado tradicional de poder para uma analítica deste, que compreende tanto a arqueologia dos saberes como a genealogia dos discursos.

A noção de arqueologia é um termo de influência do filosofo Nietzsche para designar o modo de fazer uma análise histórica sem buscar a origem destes processos, criticando a maneira pela qual o próprio conceito de história foi construído dentro de um tempo linear e/ou de progresso.

> Em Nietzsche, parece-me, encontramos efetivamente um tipo de discurso em que se faz a análise histórica da própria formação do sujeito, a análise histórica do nascimento de certo tipo de saber, sem nunca admitir a preexistência de um sujeito de conhecimento (FOUCAULT, 1999, p. 13);

Ao pensar o tempo pela descontinuidade, a partir das lutas que levariam ao movimento específico da historia, Foucault (1999) critica a noção de origem dos processos historiográficos, que compreende o passado como o germe dos acontecimentos do presente. Essa noção histórica não-linear abre espaço para enxergar de maneira relacional as disputas relacionadas ao saber-poder-verdade do sexo no ocidente.

O conceito de vontade de verdade serve como ferramenta de análise para a maneira como o ocidente conhece o sexo, que se caracteriza por ser um tipo de separação historicamente construída e define a forma geral de materialização de nossa vontade de saber, com suporte institucional. Esta consiste nos planos de objetos a conhecer, nos métodos para efetivar o conhecimento, nas funções e posições do sujeito consciente, no desejo de conhecer, verificar, comprovar cientificamente, e,

principalmente, nos investimentos materiais, técnicos, instrumentais do conhecimento em relação ao modo como o saber é aplicado em uma sociedade (FOUCAULT, 2006b).

À medida que a vontade de verdade atravessa o poder e o saber, produz através deles uma verdade que não cessa de se reforçar e de se tornar mais profunda, enquanto os demais procedimentos externos, atravessados pela vontade de verdade, tornam-se mais frágeis e incertos. Assim, os princípios externos põem em pauta o desejo e o poder (MAIA, 1995).

A hipótese repressiva, ou seja, a hipótese de que não se deve ou não se pode falar sobre sexo é somente uma das maneiras pela qual este dispositivo atua. Na análise, Foucault (2006b) não concebe a ideia de um poder repressivo ou silenciador. Este dispositivo deve ser definido como um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. O dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.

As proibições, as censuras, os castigos fazem parte da técnica de poder centrada na vida. Com a noção repressiva, o poder mascara o seu valor produtivo. Esta é a única maneira pela qual ele pode ser aceito (FOUCAULT, 2006b). Por isso, mais importante do que se perguntar como e para quê se reprime o sexo, seria questionar quem e onde se pode falar do sexo.

> Ao refletir sobre a produção do sexo em discurso, Foucault situava um regime de poder-saber no qual técnicas, saberes e instituições produziriam um efeito de verdade. Entre a explosão discursiva do século XVII e a gestão do sexo por especialistas e poderes públicos do século XVIII, o sexo é progressivamente tomado como um segredo que é necessário desvendar e torna-se objeto de disputa entre o Estado e o individuo. Entre os séculos XVIII e XIX, o autor situa a sobreposição entre um "dispositivo de aliança", cujo foco de controle é centrado no casal monogâmico, heterossexual e nas relações permitidas ou não, e um "dispositivo de sexualidade", então nascente, cujo foco são as sexualidades periféricas (homossexualidade, sexualidade das crianças, obsessões, manias). A "sexualidade" nasce, assim, "de uma técnica de poder que, originalmente, estivera centrada na aliança", funcionando "em atinência a um sistema de aliança e apoiando-se nele". (FOUCAULT, 1997 apud FACCHINI, 2005, p. 102).

Em torno desta implantação das sexualidades periféricas e perversas multiplicou-se os discursos sobre a ciência do sexo (*scientia sexualis*), definindo a multiplicação das formas singulares de sexualidade - como o sexo das crianças, dos invertidos, o incesto, entre outras formas de sexualidade não-conjugal, não-heterossexual, não-monogâmicas. Dessa forma, o sexo foi dotado de um poder inesgotável e polimorfo: o dispositivo da sexualidade. Este dispositivo histórico pode ser chamado de sexualidade na medida em que por meio dele encadeiam-se estratégias de poder e saber, que operam mecanismos de estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres e incitação dos discursos. Ela comporta linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação e linhas de ruptura que se entrelaçam, se misturam, se modificam e modificam o

próprio dispositivo. A sexualidade tem esta função volátil. Penetra no corpo de maneira mais eficaz e detalhada. Prolifera, inova e inventa novos saberes globais sobre o indivíduo que fala sobre seu sexo, mas também sobre as populações, as taxas de nascimento e morte; articula toda uma série de conhecimentos científicos que buscam administrar e regular toda uma sociedade (FOUCAULT, 2006b).

O método arqueológico de análise tem como objetivo descrever o próprio campo de análise entendê-lo como a rede das interrelações dos saberes diversos - médico, psiquiátrico, religioso, etc. E é nestas redes e por meio delas que o discurso tem a possibilidade de emergir: "a arqueologia [...] procura cercar as formas da exclusão, da limitação, da apropriação[...]; mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas".(FOUCAULT, 1996, p. 60).

Foucault aprofunda sua análise através do entendimento das condições que possibilitam o surgimento e permanência de determinadas práticas discursivas, através da genealogia. Tal perspectiva possibilita a compreensão dos enunciados, ou melhor, da formação discursiva como construção histórica, valorizando as condições dadas naquele momento histórico que produzem ou permitem a emergência desta mesma prática discursiva como dispositivo de poder. A arqueologia e a genealogia se constituem como dois conjuntos complementares, sendo sua diferença não tanto de objeto ou de domínio, mas de ponto de ataque, de perspectiva e de delimitação. É este conjunto genealógico que coloca em prática os princípios que se forma com e atrás do apoio do campo arqueológico, concerne à formação efetiva dos discursos, com seus processos de rarefação, tanto quanto de agrupamentos, unificação dos discursos e, ao mesmo, analisa o discurso disperso, descontinuo e regular (FOUCAULT, 1996).

Judith Butler define genealogia por meio da sua pesquisa sobre sexo e gênero:

> Explicar as categorias fundacionais de sexo, gênero e desejo como efeitos de uma forma específica de poder supõe uma forma de investigação crítica, a qual Foucault, reformulando Nietzsche, chamou de "genealogia". A crítica genealógica recusa-se a buscar as origens do gênero, a verdade íntima do desejo feminino, uma identidade sexual genuína ou autêntica que a repressão impede de ver; em vez disso, ela investiga as apostas políticas, designando como *origem* e *causa* categorias de identidade que, na verdade, são *efeitos* de instituições, práticas e discursos cujos pontos de origem são múltiplos e difusos. A tarefa dessa investigação é centrar-se - e descentrar-se - nessas instituições definidoras: o falocentrismo e a heterossexualidade compulsória. (2003, p.9)

A genealogia propõe demarcar os acidentes e os acasos, sejam eles ínfimos desvios ou inversões completas, ou seja, como uma metodologia que visa analisar o poder em seu contexto prático, ligado às condições que permitiram sua emergência, fazendo a análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos; desta forma, o genealogista não busca a origem, mas a proveniência; são as práticas discursivas existentes neste contexto que definem as condições

de possibilidade para que o enunciado possa surgir e ser validado.

As discursividades com relação à aids possuem esse caráter normalizador, de duplo perigo, do sangue e do sexo, articulados neste dispositivo que tenta administrar a vida do sujeito e da espécie. Esta é uma prática política de estatização do biológico: a biopolítica.

2.1 Normalização dos corpos gays

A biopolítica ou biopoder, para Michel Foucault, é propriamente a maneira pela qual se geriu a vida, processo este que se desenvolveu a partir da metade do século XVIII e que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, além de fazer do poder-saber um agente de transformação da vida humana. O direito de "vida e morte" até o século XVII era um poder do soberano era o de "fazer morrer e deixar viver", de forma que o poder era um direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, por fim, da vida.

> Quando remetido ao direito clássico, qualquer forma de crime era primeiramente uma forma de insurreição contra o soberano; violando suas leis, violava-se e o atingia diretamente, logo o crime era interpretado como uma ofensa e uma tentativa de regicídio. O direito de punir estava concentrado, e a punição não se calcava na reparação de danos, ela ia além e se pautava pela vingança, pela força do soberano, então não existia medição pelo crime cometido; a medida era o próprio soberano e sua mostra de força terrível e temível servia como intimidação para os possíveis crimes futuros. Por mais monstruoso que fosse o crime, sempre existiria uma força a mais, o desequilíbrio entre o crime e o castigo estava inserido nos rituais de atrocidade e na intensidade de demonstração de poder do soberano.
> Os mecanismos de poder são fortes o bastante para poderem, eles mesmos, absorver, exibir, anular, em rituais de soberania, a monstruosidade do crime. Nessa medida, não é necessário, é até impossível, no limite, haver algo como uma natureza do crime monstruoso; na verdade, não há mais que um combate, que uma ira, que um furor, a partir do crime e em torno dele. (FOUCAULT, 2011, p. 106).

Assim, partindo do pressuposto de que toda sociedade engendra discursos, porém tem sua produção controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função evitar seus poderes e perigos, Foucault (2006b) identifica os procedimentos que foram definidos a partir de alguns princípios que identificam e analisam os mecanismos que criam as condições de possibilidade para que o discurso seja valorizado como verdade ou excluído de uma determinada formação discursiva. Esta analítica de poder procura retraçar a trajetória das diversas tecnologias de poder que se desenvolveram no Ocidente a partir do final do século XVI até constituírem a sofisticada estrutura de poder que envolve o homem contemporâneo. Estes diversos processos que acarretaram uma progressiva organização da vida social, através de meticulosos rituais de poder que tem como objetivo o corpo, se deram através do que Foucault caracterizou como bio-poder (MAIA, 1995).

O ocidente passou então a conhecer um novo mecanismo de poder, capaz de produzir forças

e fazê-las crescer, do qual o confisco passou a não ser mais sua forma principal - a disciplina. A antiga potência da morte que simbolizava o poder na época clássica através da figura do soberano passa a ser administrada pelo Estado, por meio das escolas, colégios, problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração. Aparece com isso uma explosão de diversas técnicas para obter conhecimento e com isso a sujeição dos corpos e o controle das populações de anátomo-política do corpo humano para biopolítica como técnicas sobrepostas, onde a primeira desenvolveu-se a partir do século XVII, centrada no corpo para torná-los úteis, dóceis como máquinas, por seu adestramento e na extorsão de suas forças; já a segunda se formou por volta da metade do século XVIII e tratou-se de uma tecnologia regulamentadora centrada na vida e nos eventos da população, controlados pela probabilidade, enquanto corpo espécie e como suporte dos processos biológicos: os nascimentos e a mortalidade, a saúde e a longevidade por toda uma série de intervenções e controles reguladores que se juntam com problemas econômicos e políticos. É neste momento que as ciências humanas nascem, e toda uma nova técnica de poder aparece, em busca do conhecimento e da ciência. A partir desta busca incansável pelo conhecimento que o autor irá perceber como o ocidente criou a vontade de verdade (FOUCAULT, 2006b).

Enquanto a disciplina se ocupa do corpo do indivíduo, do corpo dócil, a biopolítica enquanto mecanismo regulador vai tratar da multiplicidade de fenômenos ligados à população: estatísticas, medições globais e noção de probabilidade, tornando-se ainda um problema político, científico e biológico, que irá por meio de mecanismos intervir através da normalização do saber e a medicalização da população.

Em Os Anormais, Foucault (2011), mostra como a normalidade - ou seja a norma - foi construída pelo seu duplo - a patologia - e serviu não só para criminalizar pessoas, mas também junto com a psiquiatria para definir comportamentos normais e naturais, bem como o patológico e antinatural, palavras que são ditas ainda hoje para determinar ou definir muitas vezes os homossexuais.

O exame médico-legal não trata de delinquentes e doentes. Ele surge como uma forma de controle dos anormais e não deriva do saber médico e jurídico; ele os adultera e cria novos termos, novas regras, dirigindo-se a um campo de gradação do normal ao anormal.

O lugar da sexualidade e das identidades perversas dissidentes depende de práticas de subjetivação, implicando um movimento do sujeito em relação a si mesmo no sentido de reconhecer-se como sujeito de um enunciado, de um preceito, de uma norma. Este enunciado se faz presente em diversos momentos, tanto no sentido da enunciação medico-jurídica sobre as sexualidades que os sujeitos se apropriam, como aqueles enunciados feitos no cerne dos movimentos sociais. Isso produz efeitos que operam no próprio corpo, o que envolve um conjunto de trabalhos e práticas de si visando estetizar-se e produzir-se conforme enunciado pelo preceito ou

pela norma.

É para este homem anormal que será constituído todo o saber e práticas que o confiscará e o reduzirá à forma de monstro. O problema da anomalia caracterizar-se-á para Foucault em três figuras: o onanista, indivíduo a ser corrigido, e ao "monstro humano", será a este último que este estudo se pautará por estar contextualizado em relação à nova economia de punição. A noção de monstro é, essencialmente, uma noção jurídica, sua existência e sua forma violam a lei da sociedade e da natureza, por se apresentar na exceção e até na raridade, ele é a união do impossível e do proibido.

O monstro surge como um problema, pois é ele quem interroga o sistema médico e judiciário fazendo-o se reorganizar e entrar em conflito. A cada período da história houve uma forma privilegiada de monstro, um tipo particular e classificado como mostro: na Idade Média, era a deformidade, a transgressão entre o reino humano e o animal, mistura de duas espécies animais, bebês siameses, hermafroditas, o misto entre a vida e a morte com fetos natimortos. O monstro da Idade Média ao século XVIII é aquilo que transgrida os limites naturais, que faz a lei civil, religiosa e divina entrarem em desordem e pararem de funcionar por não terem respostas e soluções.

> Só há monstruosidade aonde a desordem da lei natural vem tocar, abalar, inquietar o direito, seja o direito civil, o direito canônico ou o direito religioso. É no ponto de encontro, no ponto de atrito entre a infração à lei-quadro, natural, e a infração a essa lei superior instituída por Deus ou pelas sociedades, é nesse ponto de encontro de duas infrações que vai se assinalar a diferença entre a enfermidade e a monstruosidade. [...] O enfermo pode não ser conforme à natureza, mas é de certa forma previsto pelo direito. Em compensação, a monstruosidade é essa irregularidade natural que, quando aparece, o direito é questionado, [...] o direito é obrigado a se interrogar sobre os seus próprios fundamentos, ou sobre suas práticas, [...], ou a apelar para outro sistema de referência, ou a inventar uma casuística. No fundo, o monstro é a casuística necessária que a desordem da natureza chama no direito. (FOUCAULT, 2011, p. 79-80).

Ao final do século XVIII e início do XIX, um tipo particular de monstro e uma nova teoria da monstruosidade surgem. A aberração da natureza dá o lugar à monstruosidade de comportamento, que surge como pretexto de condutas criminosas que devem resultar em condenação, transpondo a monstruosidade jurídico-natural para jurídico-moral.

Este governo de adestramento sobre a vida do indivíduo monstruoso Foucault (2006b) afirma ser o efeito e construção do biopoder, que começa a emergir com os discursos da eugenia e articula novas formas de preservação da vida. Com o aparecimento do Estado Moderno, o sexo passa da confissão religiosa à confissão nos consultórios médicos e psiquiátricos com suas definições meticulosas dos inúmeros "desvios sexuais".

Assim, é preciso compreender o que o autor discute sobre o racismo de Estado. Parece ser uma discussão não pertinente à primeira vista, porém só é possível pensar o homossexual e aids por meio das práticas do Estado de controle biológico da vida, já que nada do que ele é escapa do

biológico, seja nas justificativas genéticas ou na configuração da homossexualidade como doença; tudo está centrado na vida da espécie.

> O homossexual do século XIX torna-se um personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. [...]. O sodomita era um reincidente, agora o homossexual é uma espécie. (FOUCAULT, 2006b, p.50-51)

O homossexual passa então a fazer parte desta espécie de perversos[9] que em nome de uma urgência biológica é investido de saberes disciplinadores e reguladores. Esses mecanismos de poder-saber instauram-se com a promessa de eliminar os degenerados, os perversos (FOUCAULT,2006b) em nome e sob a justificativa do iminente racismo, onde imperativos da

> Higiene, somando-se os velhos medos do mal venéreo as novos temas de assepsia, os grandes mitos evolucionistas às modernas instituições da saúde pública, pretendia assegurar o vigor físico e a pureza moral do corpo social, prometia eliminar os portadores de taras, os degenerados e as populações abastardadas. Em nome de uma urgência biológica e histórica, justificava os racismos oficiais, então iminentes. E os fundamentava como "verdade".(FOUCAULT, 2006, p.62)

Sendo o homossexual um destes sujeitos no qual os saberes da eugenia são investidos, é possível pensar então a ideia de racismo de Estado (Foucault, 2002), no qual o autor constrói sua análise genealógica por meio de análise da política como continuação da guerra.

Segundo o autor, a guerra surgiu como guerra das raças, que no século XIX se modifica, justamente porque o racismo passa a ser tomado pelo estado: "Eu gostaria agora de lhes mostrar como o tema da raça vai, não desaparecer, mas ser retomado em algo muito diferente que é o racismo de Estado." (FOUCAULT, 2002, p. 285).

Na medida em que o racismo é realizado por um Estado Soberano há uma mudança no próprio tipo de poder que este estado possui. A raça não é simplesmente política, mas ela é construída a partir de uma poder que tenta regulamentar o biológico.

O autor assinala para o fato de que este não é um poder que surgiu só no século XIX, mas que vem sendo construído desde o principio da soberania e a ideia de contrato social, que já designava a ideia da troca da vida por proteção. Mas então, neste sentido, o que é esta vida ao qual se está deixando ser cuidada?

Ao se deparar com a noção biológica de vida, os Estados precisam dar conta não mais de um súdito, mas de um homem-espécie, ao mesmo tempo que precisa se dar conta do homem-maquina,

---

9 "Como são espécies todos esses pequenos perversos que os psiquiatras do século XIX etimologizam atribuindo-lhes estranhos nomes de batismo: há os exibicionistas de Laségue, os fetichistas de Binet, os zoófilos e zooerastas de Krafft-Ebing, os automonossexualistas de Rohleder; Haverá os mixoscopófilos, os ginecomastos, os presbiófilos, os invertidos sexoestéticos e as mulheres disparêunicas.(FOUCAULT, 2006, p.51)

da disciplina deste declarado cidadão de direitos dentro de uma sociedade que precisa produzir:

> É que nos séculos XVII e XVIII, viram-se aparecer técnicas de poder que era essencialmente centrada no corpo, no corpo individual. Eram todos aqueles procedimentos elos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais [...] Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil através dos exercícios, do treinamento, etc. Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da mesma maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho. (FOUCAULT, 2002, p. 288).

Esta definição dá conta do homem-máquina, disciplinado para ser dócil, servir ao exército, às fábricas e etc. Mas junto com este homem aparecem problemas que não são resolvidos pela disciplina, como as doenças, nascimento, reprodução e a circulação de pessoas e mercadorias, ou seja, problemas específicos do povo, de uma massa, mas também de uma saúde pública, de Estado. E é a norma que irá fazer a ponte entre estes mecanismos disciplinares com os do biopoder. Não é um poder de disciplinar que se apropria do biopoder, nem o inverso.

Foucault (2011) utiliza *a norma* para compreender como os dispositivos disciplinar do corpo-maquina e os dispositivos de regulamentação do corpo-espécie. É ela que, ao ser empregada pelos discursos de saber-poder, fará a ponte entre um e outro mecanismo (disciplina e regulamentação). A norma tem essa dupla função; ela é inteiramente ligada à medicina e ao direito, formando este novo discurso médico-jurídico:

> […] a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. (FOUCAULT, 2011, p. 291).

O racismo funciona fragmentando, criando áreas no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder; afirma um papel "positivo":

> Quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto individuo, mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mas poderei proliferar. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura. (FOUCAULT, 2002, p. 305).

É por meio do racismo que se justifica a ação do poder soberano de matar. Com isso podemos compreender que esta associação estabelecida entre a teoria biológica promoveu efeitos não somente dentro dos estados conhecidos por suas práticas de extermínio, mas também nos fenômenos da criminalidade, na construção da loucura e da doença mental, da sexualidade, na

definição do anormal.

Retomando o início deste capítulo, a Aids se insere justamente como o pavor biológico por meio do risco de um sangue ruim; De uma sexualidade desregrada, na qual o desejo sexual é o risco, em que o corpo não consegue segurar o prazer, não suporta o controle da camisinha, mas também se insere no direito e na criminalidade, com o artigo 131 (Perigo de contágio de moléstias graves[10]).

Mas o biológico não importa aos Estados somente pela questão da raça, mas antes de tudo pela questão econômica. Ali não há só corpos higienizados, mas também corpos melhorados. E a aids não inviabiliza o sexo. Ela mata homens e mulheres com corpos e idades produtivas, causa perdas monetárias gigantescas nos países mais afetados e é nisto ,também, que está o interesse brasileiro na prevenção.

10 "Assim dada a gravidade dos fatos, entendemos necessário a informação se existe no Ministério da Justiça alguma pesquisa ou investigação sobre a prática e promoção do "bareback" no Brasil. Consideramos necessário ter dados precisos sobre o fato, visto que vidas estão sendo colocadas em risco além de uma evidente ameaça a saúde pública no país. A prática do "bareback" precisa ser contida de forma eficaz pois ela por si só já configura a existência de crime, mesmo que os juristas passe a divergir sobre atipificação da conduta de alguém que, tendo consciência que está contaminado pelo vírus HIV, mantém relação sexual com outrem sem nenhuma proteção.[...] alguns doutrinadores, passaram a lecionar que a prática de relações sexuais daqueles que tem AIDS com alguém saudável, com o fim de transmitir a doença, se não contaminar será o art. 131 (perigo de Contágio de Moléstia Grave), se contaminar será homicídio tentado ou consumado ou lesão corporal de natureza grave (art4 129, §2º, II). Já outros entendem que haverá o art. 131, mesmo que haja a contaminação, configurando lesão corporal tão somente se houver o enquadramento em lesão corporal gravíssima (art. 129,§2º) .Seja qual for a tipificação da conduta, não resta dúvidas que estamos diante de prática criminosa que precisa ser severamente combatida." *Requerimento de informações, deputado Roberto de Lucena, de 2011.* <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9832C260C4223EC129DAA3197930194E.proposicoesWeb1?codteor=952417&filename=Tramitacao-RIC+1541/2011> . Acesso em : 23/11/2013.

3 AIDS E A ESTATIZAÇÃO DA VIDA

Em 2011, o mundo lembrava os 30 anos de aparecimento da Aids. Até aquele ano, 27 milhões de pessoas no mundo viviam com o Hiv. Atualmente, o número é de 33 milhões de pessoas. No Brasil, estima-se que há, ao menos, 500 mil casos de pessoas vivendo com a doença. Desses casos, 59% foram notificados na região sudeste do país. O número de óbitos chega a cerca de 11, 5 mil pessoas por ano[11].

O gasto brasileiro com remédio e prevenção chega a ser mais de 1 bilhão de reais; além disso, por ser referência em tratamento no mundo, o Brasil possui diversas cooperações internacionais e é o único pais que oferece tratamento gratuito (pelo SUS) contra a doença:

> O Brasil possui firme compromisso com a comunidade internacional no enfrentamento da epidemia de HIV/aids e desenvolve projetos de cooperação técnica com países da América Latina, Caribe, África e Ásia. A ampliação das respostas nacionais e da integração entre os países também é promovida pelo Brasil com a participação no Mercosul e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. A doação de medicamentos ARV complementa as estratégias de cooperação. Entre 2003 e 2011, o Brasil doou 30.810 tratamentos. (BRASIL, 2012)

Epidemias, pestes, pandemias. Esses são termos que designam doenças que devem ser gerenciadas pela biopolítica e atingem em grande escala a população, prejudicando a relação econômica (com a diminuição de sujeitos ativos), além de produzir um grande ônus para o Estado com tratamentos.

O biológico se torna um dos "fenômenos fundamentais", "uma das mais maciças transformações do direito político" daquele século: "a assunção da vida pelo poder"; "uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico" (FOUCAULT, 2006, p. 285), característica que representa a aids, principalmente nos chamados países emergentes, como é o Brasil, que tem uma política organizada de testagem, aconselhamento e prevenção referenciam no mundo.

Em entrevista com o Jornal O Globo, Gerson Pereira, médico epidemiologista do Ministério da Saúde, confirma todo o investimento nesses sujeitos :

> A rede de monitoramento brasileira é formada por um complexo banco de dados, alimentada por vários sistemas, a começar pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinam), que abrange o número de casos de várias doenças, incluindo Hepatite e Aids, por exemplo. Existem também os Sistemas de Informação de Mortalidade (Sim), o de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), e o de Controle Logístico de Medicamentos (Siclon). Em algum desses momentos, identificamos os pacientes que possuem HIV, seja no óbito, na fase diagnóstica, ou quando ele vai buscar o remédio, *que só é disponibilizado na*

11 Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids no Brasil. Brasilia. Dezembro de 2012.

rede pública (grifo nosso), mesmo que ele tenha se consultado em um médico particular.[12]

Nada está fora da biopolítica, e nosso interesse no Brasil não está somente por ser o pais que consegue distribuir gratuitamente os medicamentos, mas por ser justamente o pais que organiza sua política de saúde de tal maneira que os emaranhados destes dispositivos da sexualidade e da aids tornam-se quase inescapáveis.

3.1 O aparecimento da saúde pública no Brasil

No Brasil, a saúde pública teve grande investimento nas primeiras década do século XX[13]. Um dos eventos mais conhecidos foi a chamada Revolta da Vacina, obrigação da prevenção à febre amarela com ênfase às campanhas de vacinação e de práticas preventivas, ligados à uma práticas sanitarista centralizadora. Neste momento é formada a Liga Nacionalista, a Liga de Defesa Nacional e a Liga Brasileira de Higiene Mental. Além disso, o governo federal institui o órgão do Serviço de Profilaxia Rural, com o objetivo de prevenir a malária e outras doenças rurais. Por meio dessas ligas que é criado, em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (MELLO, et al, 2010). Alguns anos antes da formação do Departamento Nacional de Saúde Pública, Oswaldo Cruz iniciou sua luta contra a peste bubônica. Foi instaurada a notificação compulsória dos casos, isolamento dos enfermos e vacinação nas áreas de risco, como a zona portuária.

A semelhança com as práticas de prevenção ao Hiv/Aids são inúmeras: em um primeiro momento, a ideia de prevenção investida durante o contágio de febre amarela. Além disso, a configuração das áreas de maior risco, como a portuária, o que implica na localização de um sujeito e um espaço não higiênico, que seria o porto. Além disso, o atual modelo de políticas de prevenção ao Hiv/aids se dá por meio do Fundo Global de Combate à *AIDS*, *Tuberculose* e *Malária.*

No início do século XX, a sífilis, a tuberculose, a varíola entre outras, foram postas como doenças a serem combatidas por médicos sanitaristas, seja por controle das moradias, como pelas condutas frente à higiene pessoal e principalmente pelas condutas sexuais da população. E o que interessa é a demarcação do monstro.

A aids não só articula as doenças que existem desde o começo do século XIX, como a

12 http://redeglobo.globo.com/globociencia/noticia/2012/08/confira-quais-sao-os-numeros-de-casos-de-aids-no-brasil- e-no-mundo.html

13 Epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo. A solução, na época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde .*Uma visão histórica da saúde brasileira. Fundação Nacional da Saúde-Ministério da Saúde,* 2011.

coloca dentro do dispositivo da sexualidade. Ela é o sexo e também a pobreza; os espaços inóspitos, de sujeito, prostituição, pobreza. É curioso notar que se previne a peste bubônica nos portos[14], lugar que historicamente estão essas pessoas, esses sujeitos descritos no começo do capítulo: perversos, maníacos, sodomitas.

Por esta razão é necessário compreender a diferença entre deixar alguém disciplinado e regulado para Foucault, mesmo que estes mecanismos se complementem, como este afirma no final da Vontade de Saber:

> O segundo [biopoder], que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos; a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (...). A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. (FOUCAULT, 2006, p.131).

O risco da aids é o fim da vida e seu infectado é, antes de tudo, não normal. Não é à toa que a referencia à doença muitas vezes vem acompanhada da peste[15]; mas, o que há de novo nesta doença, se a história da "humanidade" já passou por doenças tão mortais como peste bubônica, lepra, varíola?

3.2 Os corpos dóceis da Aids

A Aids é a peste do sexo. Ela trouxe consigo todos os saberes médicos de uma peste, de uma epidemia unificados ao dispositivo da sexualidade. Se as doenças referidas acima diziam respeito a uma biopolítica, codificação dos corpos, notificações compulsórias da doença, exposição dos doentes, a aids vai além disso: possuiu o sexo degenerado, o sexo homossexual. Nela está inscrita uma nascença (GMERK,1989). Em seu primeiro nome - Gay-Related Immune Deficiency(Grid) -, a medicina logo de início define o sujeito desta doença inteiramente ligada ao sexo, ao nascimento, à morte.

> Tomemos a questão da sexualidade. O que há de novo, original aqui? Em princípio, creio que dois aspectos devem ser ressaltados. O primeiro é o papel que a AIDS representa no discurso conservador sobre a sexualidade, como castigo, numa reação a certa liberalização da moral sexual, ao menos em alguns segmentos da sociedade ocidental. O segundo, ainda mais importante, é que no imaginário coletivo (médico inclusive) as AIDS está ligada não à sexualidade, em abstrato, mas a formas socialmente discriminadas de sexualidade, formas desviantes, perversas. A combinação destas duas facetas (com a indispensável colaboração do discurso normalizador da medicina) explica, ao menos em parte, a virulência da discriminação contra os infectados pelo HIV, criando as "vitimas culpadas", responsáveis - e merecedoras - pelo seu padecimento, em contraposição às "vitimas inocentes" do mesmo mal" [...] a doença em si é a própria discriminação sexual e a política das "vitimas

14 Sobre a situação portuária e o contágio do hiv/aids, ver mais em :caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao hiv, Santos, SP. VILLARINHO, et al. Revista de Saúde Pública, 2002. p.61-70.São Paulo. <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n4s0/11164> acesso em: 04/03/2013.

15 Ver mais no filme, How to survive a plague, 2012.

culpadas".(CAMARGO JR.,1994, p. 2-3).

Camargo Jr. (1994), ao analisar cerca de 500 artigos sobre a Aids, tenta localizar os saberes e os discursos da Aids de maneira a pensar como estes são construídos por contingencias históricas. Uma delas é a teoria de que gays seriam os culpados pela epidemia e, ainda, segundo o autor, há diversos artigos que demonstram que os homossexuais foram os primeiros a reclamarem por tratamento, mas não os primeiros a contrair a doença.

> Estes artigos marcam a entrada em cena da biologia celular, com armas laboratoriais mais avançadas do que as até então utilizadas. Com o uso de técnicas de cultura de células, isolamento e clonagem de sequencias de ADN por meio de técnicas de engenharia genética (sobretudo de enzimas restritivas e relações de polimerase em cadeia), [...] É somente a partir daquele momento, entre 1976 e 1980, que os homens dispunham potencialmente dos meios intelectuais e técnicos indispensáveis para a identificação e isolamento do agente casual da AIDS. Ora, é precisamente a partir destes anos que as autoridades sanitárias americanas datam o inicio da nova epidemia. (CAMARGO JR., 1994, p.15, *apud* GRMEK, 1989, p.94).

O motivo da Aids ter aparecido como uma doença de gays coincide com momento em que os direitos desses sujeitos estão se formando. É importante perceber que nos anos 80 já existem espaços, guetos, discursos e movimentos do que é ser gay. E tendo determinado, o gay assume esse espaço porque precisa de cuidado, mas ao mesmo tempo assumir isso é colocar-se como doente: "A AIDS apresenta com isso o risco paradoxal da remedicalização da sexualidade desses sujeitos que se declaram doentes*"* (CAMARGO JR., 1994, p.40), fazendo emergir novos mecanismos nesta teia que é o dispositivo da sexualidade.

A aids fez com que se produzissem novos conhecimentos, novas verdades, colocando não só o sexo em questão, mas toda uma gama de conhecimentos sobre este sujeito que hoje é o alvo das ações de prevenção.

É no sexo que os sujeitos se encontram silenciosamente, cooperando com mecanismos de administração dos corpos, confessando suas práticas nos espaços públicos, nas mesas de bar, bem como no divã, no confessionário. Temos revistas, pessoas, programas de TV que perguntam e dizem sobre o sexo certo, seguro; sobre a quantidade que se deve fazer ou não, como fazer, sobre seus riscos e benefícios. Inúmeros enunciados incitam a produção discursiva e científica sobre o sexo, e no meio destes mecanismos encontramos a Aids como articulador do sexo. Por mais perigosa que seja esta doença em termos relativos ao uso de drogas injetáveis, aos riscos com relação a práticas sexuais realizadas sem proteção, como o sexo oral, é na penetração que está investido grande parte do financiamento destinado às prevenções de DST/Aids.

A Aids faz mapeamentos da vida sexual dos gays e a moral médica da vida que precisa ser preservada se apresenta como uma obrigação. O medo de perder a vida atravessa as relações dos movimentos, tão afetado por essa doença mortal. A sexualidade é a ponte desta sociedade que

define os anormais, mas que detêm o direito do cidadão, do homem: “a sexualidade na medida em que está no foco de doenças individuais e uma vez que está, por outro lado, no núcleo da degenerescência, representa exatamente este ponto de articulação do disciplinar e do regulamentador, do corpo e da população"(FOUCAULT, 2002, p.301).

> [...] o atual modelo (de prevenção dialogada) procura considerar as singularidades das visões de mundo e as experiências sociais compartilhadas [...]. Porém, a politização desses indivíduos, tomada como meta, pode ser vista como uma estratégia de controle bastante sutil, centrada na responsabilização dos sujeitos [...]. A partir da AIDS, [...] essas pessoas devem construir uma bioidentidade. Ao estimular, o “senso de organização de categoria”, fomentar a “consciência política” trabalhando autoestima e o fortalecimento, [...] volta-se para o desenvolvimento de uma “nova” consciência política [...]. Desloca-se, assim, a responsabilidade pelas doenças, para a forma de como os indivíduos se relacionam entre si e com seu entorno. (PELÚCIO, 2009, p. 110-111).

Para Áran e Corrêa (2004), a epidemia da Aids foi um dos fatores políticos que mais contribuiu para a emergência da temática da homossexualidade na esfera pública por trazer à tona conflitos relacionados à questão da associação entre Aids e a homossexualidade, buscando desconstruir a representação da “peste gay”. Ao mesmo tempo em que a homossexualidade tornou-se visível no campo político, ela reanimou a onda de antigos e novos preconceitos e, somente após a mobilização da sociedade civil, principalmente através da rede de solidariedade organizada pelos movimentos sociais, é que foram elaboradas políticas de prevenção mais eficazes contra a contaminação pelo Hiv.

A portaria nº 236, do dia 2 de maio de 1985 anunciada pelo Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes para atuar com os" grupos de risco" estabelecendo normas sanitárias, aconselhamento para a restrição do número de parceiros sexuais, bem como a não doação de sangue por esses sujeitos. A notificação compulsória dos casos de aids se estabelece somente no ano de 1986 por meio da Portaria Ministerial 542.

Em pouco tempo percebeu-se que a aids não poderia ser restrita à noção de grupo de risco por atingir todas as pessoas em potencial. Assim, mudou-se para o de comportamento de risco.

Os movimentos homossexuais brasileiros surgem como os conhecemos hoje sob a noção do comportamento de risco e toda a vigilância estatal sobre o corpo que isso acarreta.

Se, como mostra Facchini (2005), foi preciso mudar os focos de ação desses grupos que estavam sendo atingidos, então também foi preciso modificar tal comportamento.

Para Camargo Jr.(1994), a Aids serviu, neste caso, muito mais para uma remedicalização da sociedade, pois desde o seu surgimento não houve muito consenso sobre sua transmissão, alvo de contaminação, entre outras. A medicina, desta forma, agiu de maneira a imprimir na historia um “saber neutro” sobre a doença que não existia.

As contingências, os saberes sobre a aids modificaram os alvos aos quais a doença atingia, vitimando uma categoria de pessoas de modo a puni-la pela sexualidade dissidente.

Como efeito dessas tecnologias de poder, homossexuais começaram a busca à normalidade. Esta adequação que dá inicio aos primeiros tratamentos da Aids permanece ativo até hoje, não mais atuando nos sujeitos homossexuais, mas sim nesses novos sujeitos que aparecem no período pós paradas do orgulho LGBT.

Knauth e Machado discutem duas maneiras de atuação da biopolítica frente à atuação de adequação do sexo normal/seguro: A circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersexo, para restabelecer a ordem do gênero.

> [...]as práticas de circuncisão masculina como método preventivo e as cirurgias aplicadas sobre os corpos intersexo com objetivos "corretivos" articula dois principais mecanismos de regulação corporal materializados através de intervenções médicas: 1. a construção de narrativas em torno da validade técnica/tecnológica e social de tais intervenções; e 2. A ingerência médica e sistemática nos corpos tida como garantia (presente e futura) de saúde e normalidade, o que se traduz na emergência de novas "naturezas" e em (re) definições acerca do normal e do patológico .(2013, p.233)

Ainda para as autoras essa reformulação da biopolítica pode ser chamada de: "nova era da prevenção" se caracteriza por medidas respaldadas por sólidas evidencias científicas que, em função do próprio método, aplicam-se à população em geral e, portanto, devem ser implementadas em larga escala "(KNAUTH e MACHADO, 2013, p.233)".

Apesar da história da medicina social no Brasil ter mostrado que as práticas de prevenção da febre amarela como a da peste bubônica teriam agido em larga escala na população, a aids traz a peste novamente. Ela é mais do que uma epidemia, ela é moral (OLIVEIRA,2001) e a construção do risco ao ser dado pela ideia de vulnerabilidade social escapa da localização do sujeito. O risco é subjetivado, não territorializado.

Lima Jr (2009, p.32), conceitua esta diferença:

> Atualmente, as pessoas não são expulsas da cidade como ocorria com a lepra. Elas são vigiadas, para que haja prevenção com sucesso. No modelo da lepra, as pessoas não estavam totalmente à mercê dos dispositivos de visibilidade. No da peste, elas são fiscalizadas a olho nu. Estão nas malhas do território e amordaçados pelo arsenal de moralidade que é construído em torno de si.

4 TODOS NA LUTA CONTRA A AIDS?

A partir das ferramentas conceituais que os capítulos prévios nos fornecem, é preciso neste ultimo capitulo compreender estas políticas públicas como mecanismos de poder-saber na medida em que, como foi dito antes, os programa de prevenção à aids, localiza sujeitos identitários. Interessa à essas políticas não só o risco de contagio, mas também cada prática sexual pensada ou realizada dos sujeitos perigosos

Neste último capítulo iremos analisar especificamente as políticas de prevenção às DST/Aids para grupos de gays e lésbicas, utilizando o referencial de Michel Foucault descrito nos capítulos anteriores para analisar os discursos e os comportamentos que são requeridos, mesmo que de forma silenciosa, às práticas de prevenção.

Com relação ao sujeito masculino, teremos duas políticas direcionadas: homens que fazem sexo com homens (HSM) e de gays. Para tal, utilizamos dois documentos publicados pelo Ministério da Saúde: O relatório da reunião, realizada em Genebra nos dias 13 e 14 de maio de 2013; Consulta sobre as políticas e estratégias do UNAIDS, intitulado Atendendo às necessidades de saúde e tratamento do HIV em homens gays e outros homens que fazem sexo com homens e o Plano de enfrentamento da epidemia de aids e das dst entre gays, hsh e travestis.(Anexo 1)

Em um primeiro momento, quem não tem aproximação com esse tema pode imaginar que todos os homens que fazem sexo com homens sejam gays. Tanto para a comunidade gay como para a definição da sua própria identidade, estes sujeitos não são os mesmos, e justamente por isso iremos analisar a distinção entre essas políticas, compreendendo como elas são criadas, seus benefícios e alcances. Relacionada a estas identidades o CRT criou um grupo de trabalho (GT) com o tema Masculinidades, ao qual iremos analisar tanto a construção do homem, em oposição aos sujeitos homossexuais, por meio desses Gts, como pode ser visto com a foto da política “homem de verdade” em que o gay não participa da masculinidade.

As indicações da Unaids com as politicas brasileiras das DST/Aids são avaliadas para mostrar como o sujeito da aids dentro desta biopolítica mundial já não está ligada à um território, mas sim por recomendações disciplinar e reguladoras gerenciadas globalmente.

Para a questão lésbica, foi analisado: Plano integrado de enfrentamento da feminização a epidemia da Aids. Está é uma publicação ínfima com relação à saúde lésbica, por mais que exista dentro do movimento Lgbt o pedido para que isto seja atendido pelo Ministério da Saúde, não há grandes publicações oficiais sobre o tema.

4.1 Aids no Brasil: um programa de referência mundial

No portal do planalto da república foi publicado em 17 de julho de 2012, uma notícia que demonstra a importância mundial do programa de prevenção ao Hiv/Aids no Brasil:

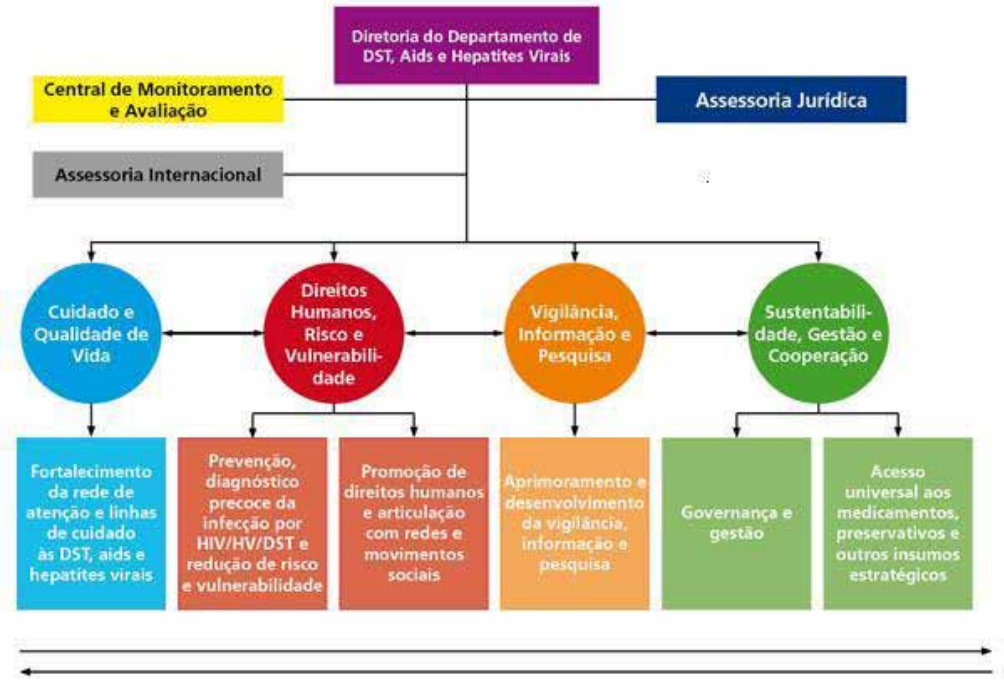
> A redução de 24% no número de mortes por Aids no período de 2005 a 2011 em todo o mundo é, em parte, uma vitória brasileira. O reconhecimento é do coordenador do programa das Nações Unidas sobre a doença no Brasil, Pedro Chequer, ao comentar dados do relatório da Organização das Nações Unidas sobre a doença, lançado nesta quarta-feira (18). O coordenador teceu elogios à atuação brasileira no combate à doença. "A vitória se deve ao país porque, já nos anos 90, foi adotada uma política de governo que passou a ser de Estado e até hoje se sem mantém de maneira firme, independentemente da situação adversa da economia". Segundo ele, o Brasil já é referência para outros países nesta área. Segundo o documento, 82 países aumentaram em mais de 50% os investimentos nacionais no controle e prevenção daAids entre 2006 e 2011. Oito milhões de pessoas receberam tratamento em países de baixa e média renda em 2011, o que representa um aumento de 1,4 milhão em relação ao ano anterior. Juntos, os investimentos somaram US$ 8,6 bilhões, um aumento de 11% em relação a 2010. Um exemplo positivo da política brasileira de combate à doença foi a redução de mais de 40% do número de crianças com menos de cinco anos infectadas pela doença, entre 1998 e 2010. Já o coeficiente de mortalidade caiu 62,5% no mesmo período Para o coordenador, a perspectiva é de que o país consiga chegar em 2015 praticamente sem nenhuma nova infecção em crianças. "Costumo dizer que existe, sim, um tipo de vacina para a aids: é a utilização de medicamentos antirretrovirais como profilaxia para gestantes infectadas pelo HIV para evitar a transmissão vertical, o que o Brasil também tem feito, há muito tempo".

Além da rápida resposta à epidemia, com a criação do programa de Aids no ano de 1983, pelo Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o Brasil possuiu um amplo sistema de monitoramento e avaliação constante desses programas, como a implementação do Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNA) que traz as diretrizes técnico-científicas e operacionais do departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, além de produzir dados sobre a avaliação e alcance das ações e metas realizadas por meio da descentralização dessas práticas.

Algumas dessas ações: Incentivo aos Estados, DF e municípios, no âmbito do programa nacional de HIV/Aids e outras DST. E o Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNA), do qual pertencem os programas: *Monitoraids* e o *Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo(* ferramenta de análise para verificar e avaliar o andamento do Plano de Ações e Metas.(Anexo 2)

O *Monitoraids* é um programa, de análise e avaliação estatística com relação a diversas variáveis, como sexo, cor, idade e desigualdade social.

Por sua vez, o Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo tem como objetivo avaliar o andamento do Plano de Metas, este por sua vez é responsável por repassar a verba destinada à prevenção e tratamento das Dst/Aids, por meio do acordo realizado pelo Banco Mundial. O fluxograma a seguir deixa melhor explicitado como são realizadas estas práticas.



Fonte: BRASIL, 2011.

Para Sayd (1998), este efeito de poder sinalizado na Aids traz um poder que sinaliza uma mudança na própria medicina, na qual a preocupação está voltada ao conjunto da sociedade e não somente ao doente. As identidade gays ao serem atingidas pela Aids produzem um discurso sobre a necessidade de um serviço útil capaz de diminuir a mortalidade, a incidência de doenças e promover assim uma melhoria geral das condições de vida. Tendo em vista a legitimidade de tal demanda, no sentido que de fato o Brasil tem uma política ampla com relação ao tratamento e que isto produz estatísticas que dizem que a mortalidade das pessoas que vivem com Aids diminuiu. Aqui, nos interessa os efeitos desta política na construção do sujeito, ou seja, o elemento restritivo e organizacional do desejo que agora passa a ser sempre monitorado.

No decorrer da história da Aids o tipo de ação e saber sobre a doença veio se modificando e uma das mais importantes mudanças foi a passagem da definição dos sujeitos contaminados ou em risco de contágio por meio dos grupos de risco, em seguida para comportamento de risco e recentemente para o de vulnerabilidade social:

> [...] é possível delimitar três fases que caracterizaram a expansão da epidemia. A fase inicial focalizou apenas os infectados pelo HIV, o que bloqueava a condução de ações mais amplas no campo da saúde. Essa fase foi marcada pelo conceito de "grupo de risco", que se restringia, basicamente, aos homens homossexuais, que possuíam alto nível de escolaridade. A segunda fase orientou-se por uma perspectiva cujo centro era a exposição ao vírus. Percebeu-se que a maior forma de transmissão se dava via drogas injetáveis e atingia um número cada vez maior de heterossexuais. Adotou-se, então, o conceito de "comportamento de risco". A terceira fase, e atual, procura caracterizar a suscetibilidade dos indivíduos em geral ao vírus. Observou-se o aumento da infecção entre os heterossexuais, o crescimento da população feminina infectada, a baixa escolaridade da população contaminada e a interiorização da doença para municípios de médio e pequeno porte. O conceito emergente, nesta fase, é o de "vulnerabilidade". A importância da ideia de vulnerabilidade reside no

> reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores estruturais, que afetam os indivíduos, independente de sua vontade, como a desigualdade de condições econômicas, políticas, culturais, jurídicas etc. (Galvão, 2002 apud Barbará et al ,2005, p.335).

A 13ª Conferência Internacional de Aids realizada na África do Sul, em julho de, 2006, consagrou o consenso médico de que a aids é resultado de: fatores biomédicos, que compreendem os modos de transmissão do vírus e a maneira como hiv a partir da contagem de linfócitos ativa a aids; Das diferentes atitudes e comportamento individuais; mas, principalmente, do contexto social e dos programas de saúde e educação existentes que criam a vulnerabilidade coletiva maior ou menor com relação ao contagio e prevenção.(PARKER; CAMARGO JR. 2000)

A questão da homossexualidade foi localizada nestes três fatores, em um primeiro momento a partir da sua "marca de nascença" em que a comunidade médica, bem como jornais da época justificavam biologicamente que só homossexuais poderiam contrair a doença, além de pesquisas apontarem a maior propensão ao contágio pelo sexo anal. Já a estigmatização do homossexual o coloca dentro dos comportamentos arriscados.

Por sua vez, a ultima definição sinaliza para o que chamaríamos de normalização das identidades gays, visto que na última década, o aparecimento do termo vulnerabilidade, fez com que as pesquisas médicas mudassem a perspectiva com relação à aids, localizando novos sujeitos, a partir da ideia de população e localização geográfica, se desfazendo da ideia inicial de grupo, em que o gay era o alvo, Parker e Camargo Jr(2000, p.93) definem os fatores desta localização geográfica-populacional:

> 1.(sub)desenvolvimento econômico e pobreza; 2.mobilidade, incluindo migração, trabalho sazonal, e convulsão social em razão de guerras e de instabilidade política, que interagem frequentemente com a pobreza, condicionando a vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS; 3.desigualdades de gênero, que também interagem com a pobreza (e a contínua feminização da pobreza), colocando as mulheres, bem como homens desviantes com relação ao gênero (por exemplo, travestis), em situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV.

O Brasil, como já foi suscitado anteriormente, é referência internacional no tratamento do hiv/aids e isto se deve, em parte, aos seguintes fatores. Logo no aparecimento do primeiro caso de aids é criado em 1983 pela Secretaria de Saúde do Estado, do primeiro programa de aids no Brasil.

Esta antecipação coloca as demandas dos movimentos homossexuais em ligação com o estado, diferentemente do que acontece nos Estados Unidos, com o grupo ACT UP.

Neste caso, especificamente os Estados Unidos, é o movimento social que requer tratamentos, há diversos casos de tráfico de remédios entre os países, a troca de informação chega dentro de uma velocidade bem rápida, o que dá acesso aos grupos decidirem sobre seu tratamento.

No Brasil, esta relação é inversa, as primeiras informações oficiais chegam pelo saber-médico, ou seja, por meio deste caminho oficial.

Em 1988 é criado o Programa Nacional de Aids no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), e o Centro de Apoio Sorológico (COAS), atual Centro de Testagem e Aconselhamento. Hoje, o tratamento do hiv/aids é universal e o atendimento se dá no âmbito do SUS.

Além disso, por meio de acordos internacionais, a partir de 1993, as ONGs , conhecidas como as ONGs-aids, na maioria dos casos ligados às identidades homossexuais começam a receber um repasse de dinheiro para promover a prevenção e os tratamentos. Esse financiamento traz respostas positivas com relação à diminuição do contágio entre homossexuais.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de aids, segundo ano de diagnósticos e categoria de exposição

Categoria de Exposição	1980-1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		Total 1980-2000	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXUAL	13817	55,6	5948	49,7	7538	50,0	8217	48,5	8863	48,1	9480	47,0	10696	47,0	11651	50,3	13925	60,2	11259	61,6	5610	65,3	107004	52,6
HOMOSSEXUAL	7702	31,0	2757	23,0	3155	20,9	3041	17,9	3053	16,6	2884	14,3	3023	13,3	2979	12,9	3066	13,3	2288	12,5	1118	13,0	35066	17,2
BISSEXUAL	3699	14,9	1513	12,6	1728	11,5	1646	9,7	1707	9,3	1609	8,0	1581	7,0	1703	7,3	2102	9,1	1669	9,1	754	8,8	19711	9,7
HETEROSSEXUAL	2416	9,7	1678	14,0	2655	17,6	3530	20,8	4103	22,3	4967	24,7	6092	26,8	6969	30,1	8757	37,9	7302	39,9	3738	43,5	52227	25,7
SANGÜÍNEA	5860	23,6	3432	28,7	4047	26,9	4368	25,8	4207	22,8	4253	21,1	4462	19,6	4069	17,6	3216	13,9	2307	12,6	1048	12,2	41269	20,3
UDI	4508	18,1	3048	25,5	3678	24,4	3998	23,6	3858	20,9	3874	19,2	4072	17,9	3801	16,4	3163	13,7	2284	12,5	1041	12,1	37325	18,4
HEMOFÍLICO	623	2,5	130	1,1	90	0,6	74	0,4	71	0,4	73	0,4	82	0,4	75	0,3	34	0,1	14	0,1	4	0,0	1270	0,6
TRANSFUSÃO	729	2,9	254	2,1	279	1,9	296	1,7	278	1,5	306	1,5	308	1,4	193	0,8	19	0,1	9	0,0	3	0,0	2674	1,3
PERINATAL	458	1,8	275	2,3	363	2,4	405	2,4	551	3,0	662	3,3	797	3,5	829	3,6	701	3,0	518	2,8	177	2,1	5736	2,8
ACIDENTE DE TRABALHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
IGNORADA	4721	19,0	2318	19,4	3120	20,7	3953	23,3	4803	26,1	5773	28,6	6789	29,8	6624	28,6	5277	22,8	4204	23,0	1761	20,5	49343	24,3
Total	24856	12,2	11973	5,9	15068	7,4	16943	8,3	18424	9,1	20168	9,9	22745	11,2	23173	11,4	23119	11,4	18288	9,0	8596	4,2	203353	100,0

*Dados preliminares até 30/12/00, sujeitos a revisão.

Nesta tabela é possível comparar a categoria de exposição com o ano do diagnóstico de maneira a repensar a atuação das organizações homossexuais com repasse, visto que a partir de 1993, o número de participantes dobra e em 1995, este número triplica (tabela pagina 19), com o primeiro encontro brasileiro de Gays e Lésbicas que trabalham com Aids.

Este crescimento das ONGs\Aids se realiza por meio da primeira parceria internacional realizada pelo Brasil(Projeto de Controle da Aids e Dst), ficou conhecida pelo nome de AIDS I, com orçamento total de 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões de investimento do governo federal brasileiro. Esse projeto com duração de 5 anos foi finalizado em 1998.

A inovação deste projeto era justamente a condição de permitir a participação da sociedade civil nas atividades implementadas, transformando a aids em uma doença pública, tanto no sentido da participação destes grupos, como dentro das conferencias internacionais.(GALVÃO, 2000).

O segundo e terceiro gráficos mostram, respectivamente, a diminuição dos casos de aids entre homossexuais na cidade de São Paulo, e a relação dos casos de aids entre mulheres acima de 13 anos de idade.

O que nos interessa nessas tabelas é estabelecer a relação entre o estigma da aids, ou seja, a necessidade de ter sido implicado em sujeitos homossexuais uma doença, visto que de maneira geral, a heterossexualidade predomina com relação ao contágio. Ainda assim, não há qualquer grupo de ação designada a este sujeito homem, nem tampouco, à lésbica, o que fica claro com a referência da heterossexualidade feminina no contágio. É neste momento que as categorias de exposiço ao hiv/aids começam a se modificar para a vulnerabilidade social.

Grafico 1. Casos de aids por ano na cidade de São Paulo, 1980-1999

Boletim Epidemiológico

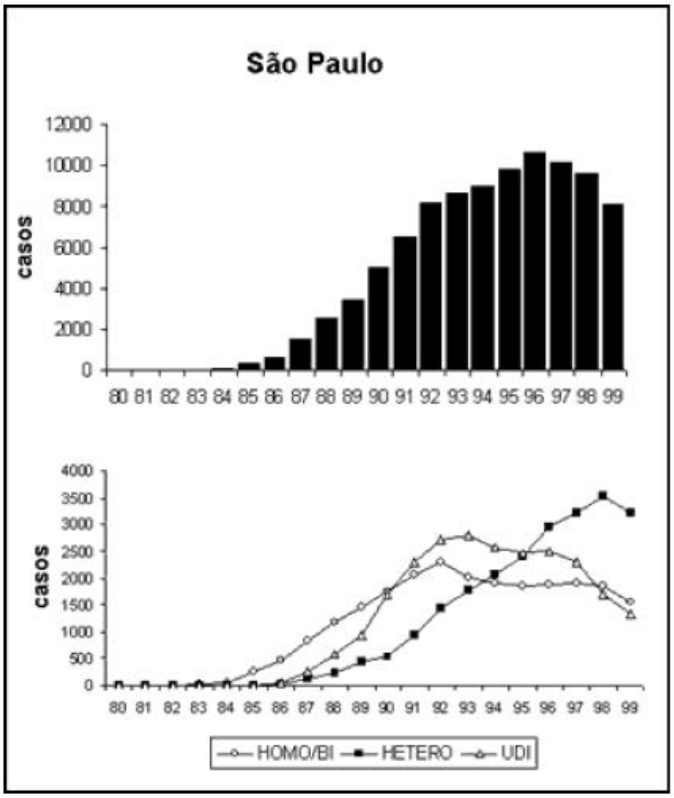
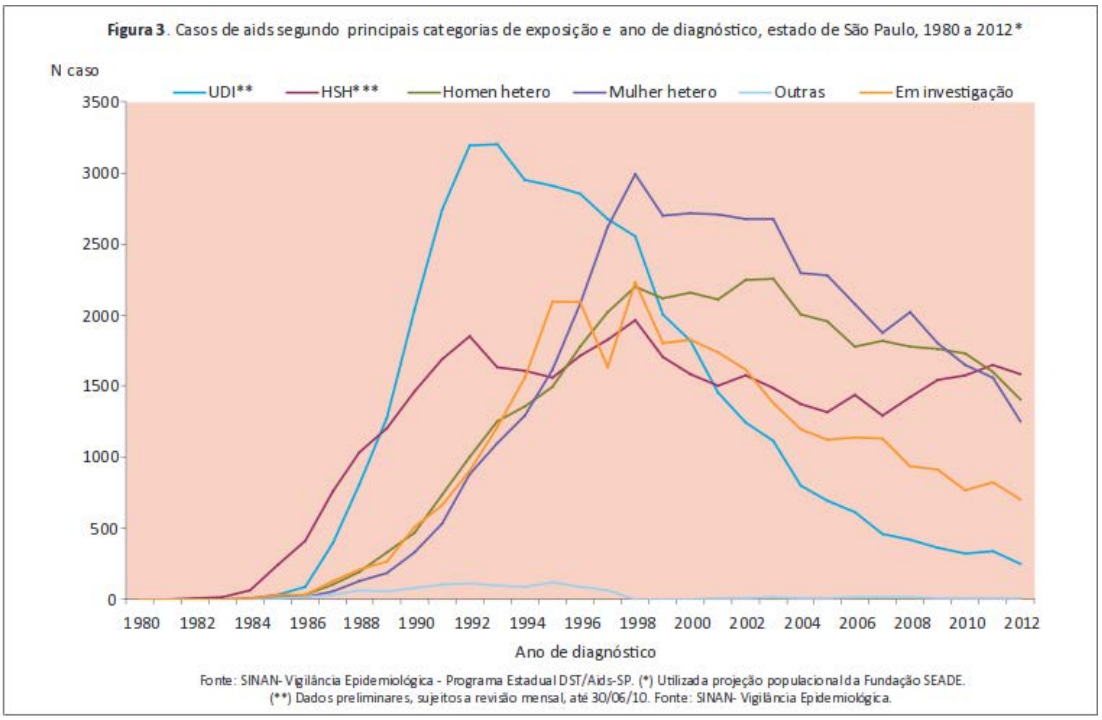


Gráfico 2 - Casos de aids segundo categoria de exposição. São Paulo, 1980-2012



As ações realizadas pelo Ministério da Saúde são baseadas nos dados supracitados, a seguir, onde é possível ver os focos dessas ações, os sujeitos designados e a maneira em que é destinado:

Ações para populações vulneráveis do Ministério da Saúde e seus respectivos planos nacionais de ação:

-*Gays, travestis e outros homens que fazem sexo com homens:* Plano nacional de enfrentamento da epidemia de aids e das dst entre gays, hsh e travestis (há também planos específicos do Ministério da Saúde para o Estado de São Paulo, com mesmo nome); Projeto DEBI Brasil. Jovens: Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), 2003
-*Presídios:* Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, 2004.
-*Mulheres:* Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da feminização da Epidemia de Aids e outras DST, 2011.

Ações programáticas do Estado de São Paulo:

Plano estadual de enfrentamento da epidemia de aids e controle das dst entre gays, outros hsh e

travestis 2009 - 2012

-Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (em edição)

-Ampliação do Diagnóstico Precoce do HIV

-Plano estadual de enfrentamento da epidemia de aids e controle das dst entre gays, outros hsh e travestis -2009 - 2012

- Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST/Aids no Estado de São Paulo

-Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV

4.2 O sexo bem vale a morte? O caso do barebacking, Unaids e o Plano Nacional de Enfrentamento à Epidemia da Aids

A questão masculina, por sua vez, tensiona outros processos reguladores, pois apesar dos dados darem referência a crescente infecção entre heterossexuais, as políticas supracitadas não se referem a tais sujeitos, a questão das masculinidade permanece intocada. A masculinidade deve ser entendida, dentro do contexto desta dissertação, a partir de sua referencia às identidades homossexuais.

Como foi discutido nos capítulos anteriores, o movimento homossexual brasileiro foi caracterizado pela distinção de gênero machos/bichas, ativos/passivos, entre outras definições semelhantes. Assim, fica claro que a política da aids volta seu investimento para a construção de práticas em que se afirma a incapacidade de sujeitos vulneráveis. Enquanto os controles proliferam, atravessando a Aids, a genética e a democracia um novo perigo é imposto tanto ao ministério da saúde quanto aos movimentos homossexuais, a prática do Barebacking.

Este é o nome de uma prática em que homens se encontram em orgias para fazer sexo com outros homens com o objetivo de fazer sexo sem camisinha.

> De modo geral, o barebacking é definido como o sexo anal desprotegido entre homens que fazem sexo com homens de forma intencional ainda que haja diferenças (e ambiguidades) quanto ao tipo de vínculo e condição sorológica dos parceiros envolvidos (Silva, 2009. p. 320).

Indivíduos que o praticam e não possuem o vírus têm conhecimento de que alguns têm e gostariam de receber o que se chama de *gift* (o presente que seria o vírus da Aids). Mesmo que se admita o risco eminente de contrair HIV dos praticantes, a comunidade internacional LGBT e as ONG's de prevenção da Aids, com o apoio das organizações mundiais de saúde, tentam remodelar o comportamento destes sujeitos conscientes de seu próprio prazer e sua própria vida. O que pode ser visto pelas políticas públicas, e também pelas ONG's que por ser um tema atual reformulam os

discursos sobre o sexo e seus perigos, o controle operado pela inclusão, atravessa discursos que mudam.

As práticas do bareback provocam uma possibilidade de vida reduzindo controles, que se interessa pelo prazer de sentir outro corpo em pêlos. Neste sentido, o Barebacking pode escapar ao sexo limpo e seguro e produzir linhas de fuga, mas também pode ser capturado, ser codificado.

O Barebacking aparece enquanto resistência por meio do prazer em sentir outros corpos: "Contra o dispositivo da sexualidade, o ponto de apoio do contra-ataque não deve ser o sexo-desejo, mas os corpos e os prazeres" (Foucault, 2005 , p. 171). Este sexo-prazer que coloca em xeque a vida como em um jogo em que o sexo e a morte competem entre si, permanentemente.

Em contrapartida, grande parte dos movimentos homossexuais são convocados e convocam à participação nas práticas da prevenção, oferecendo conhecimento com relação às suas próprias práticas sexuais, alimentando estas tecnologias de vigilância, pesquisa e informação.

A leitura dos planos de enfrentamento trazem justamente essa conclusão: o desejo identitário de participar da cura e prevenção da aids, além da disseminação da grande empreitada da cura da peste.

> É guerra prolongada, cuja materialidade é construída através de um arsenal de campos (inter) disciplinares que atacam o corpo, a alma. A cidade, as pessoas estão à mercê da peste, que talvez esteja sendo apropriada como a loucura. Ela gera uma moral de rebanho, disfarçada na camisinha. É a moral do rebanho da camisinha. (LIMA JR. 2009, p. 33).

O relatório referido no início do capítulo (Atendendo as necessidades de saúde e tratamento do Hiv de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, de 2013), foi realizado por meio da consulta pública e do convite da Unaids com representantes das identidades lgbt, que ocorreu em Genbra nos dias 13 e 14 de maio. Participaram do evento 30 lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. A publicação deste relatório desta as recomendações feitas por esse movimento para os planos de metas da Unaids.(anexo 3)

Em um primeiro momento é preciso destacar a ausência de voz das demandas lésbicas, Assunto tratado no item 4.2:

> Esta consulta enfocou exclusivamente o tratamento, a saúde e o direito civis de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. As necessidades dos transgêneros, igualmente importantes, não foram abordadas neste documento, e serão objeto de um debate específico.(UNAIDS, 2013).

Do ponto de vista da bio-politica e da normalização destas identidades alguns itens (UNAIDS, 2013, p.7-8) têm grande importância para localizar este sujeito gay, descrito no primeiro capítulo:

> - Os programas nacionais de aids, os doadores, a comunidade internacional a sociedade civil e as mídias devem mobilizar os jovens homens gays para uma participação significativa nas esferas decisórias, de modo que sejam capazer de tomar parte, de forma integral e engajada, na resposta ao HIV.
>
> 2 O UNAIDS e parceiros devem desenvolver novas mensagens e implantar estratégias comunicativas inovadoras com relação à importância das necessidades de saúde e direitos humanos dessa população-chave.
>
> 3 Os governos tem a responsabilidade de instituir leis que protejam seus cidadãos contra a discriminação e a violência e que assegurem a implantação de programas pare reduzir a vulnerabilidade ao Hiv e aumentar a oferta de tratamento e outros serviços de saúde.

Estas demandas institucionalizam a relação entre Estado e Identidade gay, de maneira a não diminuir esta luta. É preciso, em contrapartida com a proposta, mostrar como, por meio destas demandas, as políticas são formadas.

Como este relatório está acessível na página do Programa de Hiv/Aids do Ministério da Saúde, ele também representa as diretrizes que o programa brasileiro toma. Para esta análise utilizamos o Plano de Enfrentamento da epidemia de Aids e das dst entre gays, hsh e travestis, elaborado em consonância com as diretrizes estabelecidas do Programa Brasil Sem Homofobia, contou com a colaboração com representantes dos movimentos de aids e de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (GLBT).

Este plano formaliza a necessidade de atenção aos homens gays e hsh, dando ênfase para o Programa Brasil sem Homofobia. O que parece estar em questão é novamente a vulnerabilidade e a localização destes sujeitos desprovidos de seus próprios desejos: "A epidemia entre HSH tem apresentado maior intensidade, estando associada à relações entre vulnerabilidade e homofobia" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.5).

Durante a pesquisa é afirmado que apesar do grande número de hsh portadores da doença, os resultados da pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas realizadas pelo Ministério da Saúde, reporta que 58% reporta o uso de preservativos. Esse número, entre os não HSH, cai para 43,3%,. Com relação à realização de testes HIV é de 33% entre os HSH, e entre os não-HSH de 21%.

Ainda assim, o discurso construído no plano de enfrentamento é de que:

> A mudança do enfoque estrutural, a partir da operacionalização do conceito de vulnerabilidade, tonou-se referencia analítica e programática no campo da prevenção, sobretudo, das ações junto aos gays, outros HSH e às travestis. (BRASIL, 2007, p.12).

Ou seja, por mais que os gays sejam mais escolarizados e de classe social alta, permanece o estigma da aids e o investimento nesta sexualidade. No tópico sobre Homofobia e Transfobia, ainda é afirmado que:

> O efeito desses elementos negativos para a auto-estima[homofobia e transfobia] , as

> dificuldades na sociabilidade e a hostilidade na escola resultam , normalmente, na exclusão do convívio familiar e na descontinuidade da educação formal, projetando entre outras, grandes dificuldades para a qualificação e entrada no mercado de trabalho. Ao estigma e à discriminação associam-se situações de vida vinculadas à clandestinidade, a um maior grau de vulnerabilidade e risco para diferentes tipos de situação e à marginalização. (BRASIL, 2007, p.30)

O dispositivo da sexualidade opera neste manual dentro da sua intersecção com o biopoder por meio da construção do corpo gay, da normalização das práticas sexuais e da delimitação da marginalização, ou seja, da própria anormalidade. Estes são mecanismos fundamentais para a construção de tecnologias de poder e da definição e localização dos sujeitos desviantes produzidos como efeitos da normalização de um poder disciplinar.

Nestes discursos as experimentações sexuais são tidas como mero acaso da sua localidade geográfica e política. O sujeito que, ao ser marginalizado, está mais propenso a práticas perigosas do sexo, acaba por ter sua identidade sexual determinada. Com o prazer, não. Mas não se deve correr o risco de pensar que a biopolítica é uma prática hierárquica de Estados, sejam eles democráticos ou não; ela é a extensão deste por toda a sociedade.

Os planos citados dependem não só do saber médico, mas da participação de gestores e representantes das identidades lgbt. Justamente por isso é possível afirmar que estes formulam os programas médicos dentro de um sistema cíclico de retroalimentação (*feedback*), dentro desta relação de poder-saber entre o sistema de saúde e a identificação do sujeito, há a atuação de um dispositivo específico de poder que regula, de forma silenciosa: o sexo. A administração do sexo é justamente o efeito deste poder que atua nas políticas de saúde de prevenção à aids, visto que estas dependem da fala sobre si do sujeito homossexual e da contrapartida estatal que formula estas políticas, mais especificamente os planos de ação que foram explicitados.

Na sociedade disciplinar era a necessidade de produção que disciplinava os corpos; na sociedade de controle, o capitalismo já não se volta para a produção. Agora importa um fazer de si um produto contínuo para a venda. Inaugura-se um fluxo de demandas desta democracia, na qual os direitos representam desenvolvimento econômico. Assim, se o mercado é transterritorial e os direitos humanos dependem deste desenvolvimento capitalista, os dispositivos de poder já não são dependentes dos Estados-Nação, colocando a identidade LGBT e com ela os planos de dst/aids no cerne de politicas internacionais de Estados e da chamada sociedade Civil. Isto está dentro de uma relação internacional de Saberes e Verdades sobre o sexo, o que expande estes mecanismos, pois ao consolidar discursos pró-identitários, também formam-se redes internacionais de administração e controle de práticas sexuais arriscadas, levando a construção de políticas que atuam em práticas incisões no corpo (ÁRAN e CORREIA,2004).

Fazer uma genealogia da aids é percorrer pelos diversos saberes que se atravessam. Nesta dissertação passamos pela identidade e a construção do saber médico, mas estes discursos são organizados por meio de relações políticas entre organizações internacionais e instituições estatais.

A conclusão desta dissertação acaba por ser difusa. É preciso reconhecer que a medicina atuando dentro dos hospitais, dos CTAs e nos centro de referencia do SUS atua de formas disciplinares, com a negativação deste sujeito, da subjetividade deste que, ao ser perigosa, tem que ser persuadida - e neste sentido coagida à mudança.

Mas ao mesmo tempo, a aids gerencia uma infinidades de saberes disciplinares, de aliança, de gerenciamento dos corpos e de controle.

Por meio dela fica visível como o dispositivo da sexualidade atualizou o dispositivo da aliança da sociedade de soberania. É preciso dizer de seu sangue e de seu sexo nos consultórios de dentista, nos hospitais, nas internações. Os profissionais de saúde orientados a fazer anamneses[16], seja durante uma entrevista simples ou por meio de grandes pesquisa censitárias.

Por mais que as orientações dos programas de prevenção se estabeleçam por outras variáveis, não deixa de incluir as vivencias gays, Sontag (1989), ao analisar as metáforas existentes no discurso sobre a aids, refaz a ligação histórica entre as doenças estigmatizadoras da atualidade e as principais doenças epidêmicas que assolaram a humanidade. Segundo a autora, as doenças epidêmicas sempre foram ligadas por um grupo às nações estrangeiras e a grupos marginais. Por exemplo, a sífilis era vista como a mancha francesa para os ingleses, como a *morbus germanicus* para os parisienses, como a doença de Nápoles para os florentinos, e a enfermidade chinesa para os japoneses. Da mesma forma, a aids, enquanto doença epidêmica, também teria origem ligada aos lugares estrangeiros (África, por exemplo)e nos grupos marginais (homossexuais).

Logo, o que se estabelece a partir da era da vulnerabilidade da aids é a reestruturação de um mecanismo de localização do anormal, e agora entre seus pares. O que chama atenção nestes planos é o fato de que os representantes homossexuais querem melhorias especificas dentro de suas identidades.

Foucault (1984) critica a forma como os movimento homossexuais buscam a sua existência a partir da identificação sexual, tornando-se lei, justificando os comportamentos por meio dela.

Com essa formação identitária, percebe-se que o sujeito é um sujeito objeto, pois sua identidade é construída como tal por meio de elaborações das tecnologias da objetivação e da subjetivação. Nesse contexto, a sexualidade, para Foucault (1985), é um dos balizadores mais

---

16 Anamnese é um roteiro realizado pelo profissional de saúde para saber mais sobre o paciente, no qual este deve indicar o local da dor, o tempo em que se encontra neste estado, além disso é neste momento que se tem acesso à informação com relação à hereditariedade do paciente.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_anamnese.pdf

importantes de constituição do indivíduo moderno, pois ela é compreendida como um dispositivo que produz subjetividade; já que utiliza técnicas disciplinadoras e de controle para o estabelecimento do indivíduo docilizado e útil.

Para a Aids o que está em jogo vai além da vigilância moral. A aids é a peste que designa a si mesmo, diferentemente da lepra, da tuberculose, da febra amarela, é a identidade que dá acesso ao sujeito, e é ele próprio que demanda, em nome da sua saúde, a regulamentação de seus desejos e comportamentos. Assim, o objeto de saber e de intervenção do poder investem nas campanhas de higiene, medicalização da população e da centralização da informação (FOUCAULT, 2011).

Estas políticas de intensa vigilância possuem um ciclo interminável de controle, escapando da configuração da sociedade disciplinar e sua prática de inclusão alerta para a possibilidade de pensar a medicina pela sociedade de controle.

Encontra-se um novo desafio: toda política de saúde só pode ter efeito se for construída com base nas identidades. De outra forma a ação não tem efeitos positivos. Somente assim é possível fazer passar o poder, disfarçando-o, mas ele alcança seu objetivo. A aids entre homossexuais cai drasticamente a partir dos anos em que o financiamento das ongs/aids e a visibilidade cresce, a partir do ano de 1995.

Mas o processo de permanência destes dados requer um investimento no sujeito por completo: nada pode escapar. É o que vemos acontecer nos anos 2000, quando volta a crescer os casos de aids entre HSH.

A partir deste momento uma nova onda de saberes começa a ser produzida nos materiais de publicação do Ministério da Saúde, e mesmo dentro do próprio movimento homossexual. O final dos anos 2000 são caracterizados pelos sujeitos que nascem em um tempo onde a aids está controlada. Ela não se apresenta mais como o grande terror gay.

Mas o barebacking traz tudo à tona novamente, coloca tudo a perder. Não coloca simplesmente sua vida em risco: ele provoca os Estados e movimento homossexuais; deixa em alerta que o anormal está sempre ali, pronto para emergir, como a peste, sem avisos. Só que esta é uma peste que não expurga seus infectados. Ela convoca-os. A inquisição contra os barebacking vem com ares, por vezes, de preocupação, cuidado, e compreensão. Por outro, como moções e pedidos de informação na Câmara, sob a alegação de que fazer sexo sem camisinha sabendo que é portador da aids é crime, e se inscreve no art.131.

A prática do barebacking coloca em questão não o dispositivo da sexualidade, porque estes sujeitos se justificam, falam de sí, do seu prazer e do seu sexo, mas colocam em pauta para as políticas públicas que é possível arriscar-se. Ela questiona o modelo normativo da vulnerabilidade; pelo ato ser consciente é preciso reconhecer que há conhecimento do risco de contágio da aids,

assim, há informação. Por ser voluntário não se pode falar em submissão ou violência que leva à práticas sexuais desprotegidas, como é muitas vezes visto no processo de feminização da aids.

Então, se a prática da prevenção baseada no risco define comportamento morais e a vulnerabilidade localiza um meio social específico - mas não atinge quem tem hiv, como homens heterossexuais brancos - então que é a política de saúde da aids, se não, uma prática de controle e regulamentação do sexo?

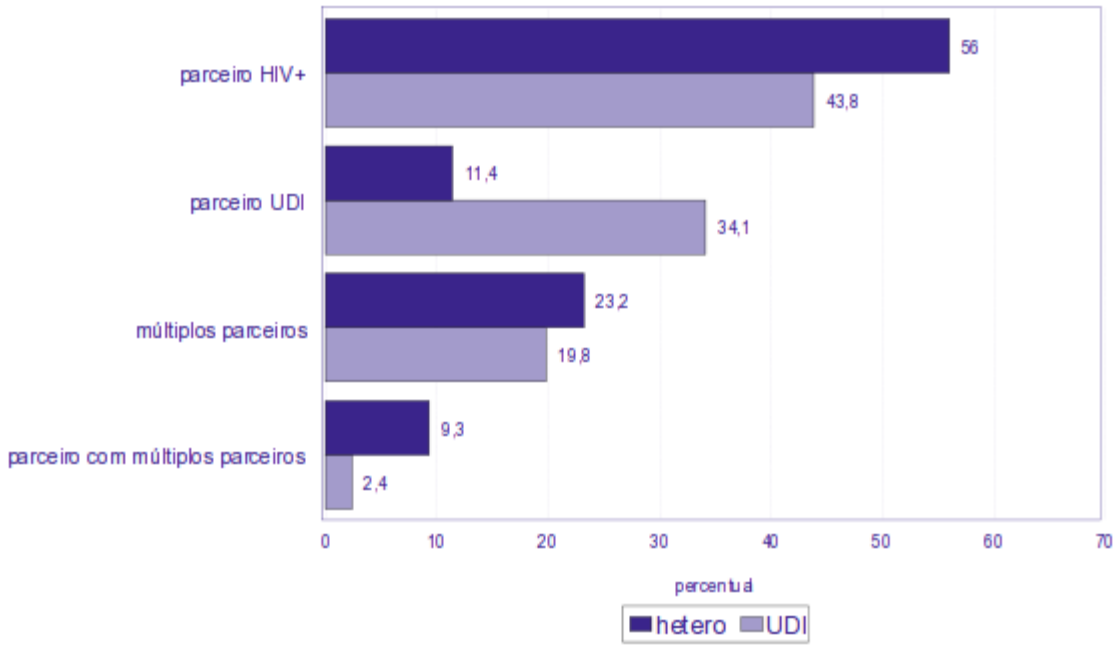
4.3 Ausência do desejo e a vitimização feminina: Análise sobre o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST

Destes planos de ação analisamos aqueles relacionados às identidades gays e lésbicas. Visto que não há planos específicos para a saúde lésbica, utilizamos as informações nos plano de enfrentamento à feminização da aids "Mulheres: Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST" de 2001 e o "Plano nacional de enfrentamento da epidemia de aids e das dst entre gays, hsh e travestis".(Anexo 4)

Aparentemente, o que está em jogo, é ora vitimizar estes sujeitos, ora culpabiliza-los. O organograma a seguir mostra as relações necessárias para a implantação e efetivação dos planos de prevenção que, com os dados tabulados, implicaria na construção de uma política de prevenção e acesso a estes homens heterossexuais. Por outro lado, há a interdependência entre o programa nacional de prevenção à aids PN-DST/AIDS e os movimentos sociais.

Com a força do movimento homossexual seria obvio ter um grupo de discussão da questão lésbica e bissexual. Este é insipiente; tanto que esta é uma categoria que nem entra em análise. No gráfico sobre a feminização da aids, é possível ver que não há qualquer dado sobre lésbicas.

Gráfico 3 - casos de aids em mulheres segundo parceria sexual informada por categorias de exposição. 1980-2006



Fonte: Brasil, 2011.

A consultora Wilza Vieira Villela, responsável pela análise da situação atual e proposta de monitoramento do Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras dst, afirma sobre o plano que:

> A priorização das mulheres em geral está em desacordo com a diretriz que orientou a revisão do plano, e que mostra uma epidemia concentrada em alguns grupos populacionais, exigindo ações focalizadas e específicas. Desde a sua primeira versão, o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST aponta as desigualdades entre as mulheres de diferentes segmentos. As ações para as mulheres vivendo com HIV/aids são insuficientes em volume e abrangência.(Brasil, 2011).

Essa afirmação mostra a necessidade do posicionamento dos movimentos na participação, isso é parte integrante da construção da democracia. Deleuze (1992) afirma que a democracia está comprometida com a fabricação de miséria extrema, o que no caso da aids parece um fato curioso; este, de um lado, precisa da participação decorrente da democracia; por outro lado, ela é completamente localizada na ideia da vulnerabilidade, que também está comprometida com a ideia da miséria.

CONCLUSÃO

Ao longo da pesquisa pude ver que falar sobre a aids, utilizando o referencial teórico de Michel Foucault, tornou-se bastante confuso, desconexo muitas vezes. Este desafio de escrever de forma coesa sobre um assunto tão dissolvido pelas diversas áreas foi, sem dúvida, o mais difícil de realizar nesta dissertação. A análise tomou rumos não tão diferentes do que me propus com o projeto de mestrado, mas encontrei dificuldades e surpresas com relação ao tema que não espera encontrar.

Perceber que o que fazíamos não era exatamente uma análise genealógica, como imaginei que seria, abriu mais leques de discussão. Durante a pesquisa percebi que a genealogia dos discursos, propriamente, não seria possível pois para compreender a aids por meio das suas relações com as identidades homossexuais , atravessada pelas ciências médicas e econômicas era preciso realiza uma arqueologia desses saberes. Pois a aids está em

Neste sentido conclusão do trabalho se dá em compreender como estes campos se relacionam, pois no decorrer das ultimas décadas a aids torna-se referencia em quase todos os campos de saber. Dos jogos de videogames e seus vírus mutantes, nas HQs, na arte urbana com Keith Haring[17] e seus desenhos de cachorros infectados.

A primeira análise foi exatamente ver que as políticas de prevenção à aids dependeram da ação coletiva do movimento homossexual, tanto para o seu efeito reduzindo a contaminação como com a contrapartida dos programas de financiamento internacional , o que destaca o Brasil como um pais que consegue implementar essas políticas, porém , a partir desta pesquisa arqueológica podemos afirmar que o sucesso do Brasil, como afirmam, não se dá pelo financiamento , mas sim pela estrutura e organização com que o Estado brasileiro resolve seus problemas de saúde, ou seja, a maneira como a biopolítica se estrutura no Brasil.

Como é visto no cronograma o primeiro financiamento internacional somente é efetuado em 1993, entra em vigor em 1994, só que os programas institucionais surgem em 1986 e neste mesmo período o movimento homossexual já está no que FACCHINI(2005) chama de segunda onde, atuam de forma organizada e a partir de demandas por cuidados médicos , o que leva também para a construção de uma agenda política de direitos civis.

Por outro lado, a abjeção e o pânico com que o sujeito contaminado sofreu e luta para que este discurso mudassem, junto com o surgimento de novos focos de contágio fora dos grupos de risco, levou à necessidade da construção de novos saberes, que é a ideia da vulnerabilidade social, em que o sujeito com maior risco de contágio é aquele que acumula identidades abjetas: pobres,

17 Keith Haring é artista plástico, norte-americano, reconhecido por seus trabalhos nas ruas de Nova Iorque, que após contrair o vírus do HIV, faz uma série de desenhos com signos que representam a doença. http://www.haring.com/

negros, usuários de drogas , trabalhadores do sexo, mulheres, pessoas de baixa escolaridade ou sem acesso à informação.

Ao pensar sobre o sujeito homossexual que não se encaixa na normalidade, visto com RUBIN(2008) , chegamos em uma definição identitária semelhante. Na Aurélia[18], famoso dicionário que faz um apanho de termos do mundo gay descreve o termo "bicha-pão-com-ovo" : (pejorativo) (SP) homossexual pobre, tanto econômica como culturalmente. E na maior parte dos sites e em conversas com gays assumidos, a definição de pão-com-ovo é pejorativa e se refere à alguém que não pertence a identidade normalizada.

Essa semelhança não é em nada curiosa, visto que, quem formula as primeiras políticas de aids são, justamente, os homossexuais que hoje são normais.

Outro desmembramento desta dissertação se dá no sentido de como as políticas são construídas de forma a convocar o tempo toda a população, neste sentido, nos aproximamos do que Deleuze define como sociedade de controle que atua perfeitamente bem com a democracia.

O convite e controle contínuo desses sujeitos se estabelece no início do desejo, prática está de um dispositivo da sexualidade que atua, assim é preciso não pensar no alcance ou efeito positivo dessas políticas, mas compreender que poder é este que deixa estabelecido uma sexualidade fixa e gerenciável. A mulher vitima, o gay promiscuo, os drogados, os trabalhadores do sexo. Seja em forma açucarada de controle, como por meio de investimento severos da polícia (como em stonewall) algumas performatividades se tornam hegemônicas como afirma Butler.

As publicações oficiais servem a este proposito, no anexo 5, colocamos uma cartilha produzida pelo ministério da saúde que demonstra de forma sucinta o que tentamos concluir. Um homem gay , branco, gostoso; um convite ao sexo, que mascara o convite à participação no controle do próprio corpo.

18 LIBI, F. Aurélia : a dicionária da língua afiada. São Paulo, editora A Bispa, 2006.

REFERÊNCIAS

AMORIN, G. R. de. Prevenção e noção de risco a partir da AIDS: considerações sobre a Biopolitica. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA CULTURAL, v. 6., 2011, Teresina.

ARÁN, M.; CORREA. M. V. Sexualidade e política na cultura contemporânea: o reconhecimento social e jurídico do casal homossexual. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, p.:329-341, 2004

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V.A.R.;CREPALDI, M. A.;Contribuições das representações sociais ao estudo da aids Interação em Psicologia, Curitiba, jul./dez. 2005, (9)2, p. 331-339

BENTO, B. *A reinvenção do corpo*: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. Dispositivo da transexualidade. Entrevista CLAM. Publicado em 30/08/2006. http://www.clam.org.br . Acesso em: 12 set. 2010.

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

_____. *Undoing gender*. New York: Routlefge, 2004.

CAMARGO JR. K. R. de. Aids e saber médico: notas históricas. *Séries estudos em saúde coletiva*. n88, IMS-UERJ, Rio de Janeiro, maio d.e 1994

CARRARA, S. et al. *Política, direitos, violência e homossexualidade*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Pesquisa 9a Parada do Orgulho GLBT- São Paulo 2005.

CARRILIO, Jesús. *Entrevista com Beatriz Preciato*. Revista Poieses, n. 15, p 47-71, julho de 2010.

DELEUZE, G .*Conversações 1972-1990*. São Paulo: Ed. 34, 2007.

_____. G. *Foucault.* São Paulo, Brasiliense, 1986.

_____. Prefácio do livro *L'APRÈS-MAI DES FAUNES.* A ilha deserta : e outros textos. São Paulo, Iluminuras, 2008. p. 395-362.

FACCHINI, R.; SIMOES, J. *Na trilha do arco-íris*: do Movimento Homossexual ao Lgbt. São Paulo: Perseu Abramo, 2009.

FACCHINI,R. Entre umas e outras: mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo. Campinas, SP, 2008. (doutorado em ciências sociais) Universidade estadual de Campinas.

FACCHINI, R. Movimento Homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cadernos Arquivo Edgard Leuenroth*, Campinas, v. 10, n. 18/19, 2003. <http://segall.ifch.unicamp.br/publicacoes_ael/index.php/cadernos_ael/article/viewFile/73/75>. Acesso em: 15 out. 2010.

_____. *Sopa de letrinhas?*: movimento homossexual e produção de identidade coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. *Os anormais*: Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Ética, Sexualidade, Política. In: _____. *Ditos e Escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. *História da sexualidade I*: a vontade de saber. São Paulo: Graal, 2006.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *A Ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola,1996.

_____. *Nascimento da Bio-politica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Trad. de ME Galvão. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

FRANÇA, I. L. Identidade coletivas, consumo e política: a aproximação entre mercado GLS e o Movimento GLBT em São Paulo. *Horizontes Antropológicos,* Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 289-311, jul./dez. 2007.

_____. Cada macaco no seu galho?: poder, identidade e segmentação de mercado no movimento homossexual. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 60, fev. 2006.

FRY, P. Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira. Rio de
Janeiro: Zahar, 1982.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil:* A agenda de construção de uma epidemia. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, São Paulo, Editora 34, 2000.

GREEN, J. *Além do carnaval:* a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

GRMEK,M.D. *Histoire du Sida*. Paris,Payot,1989.

HARAWAY, D. S. *Cyborgs, and women*: the reinvention of nature. London: Free Association Books, 1991.

KNAUTH, D.;MACHADO, P. Corrigir, prevenir, fazer corpo: a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana.* n.14 p.229-24, 2013. <http://www.scielo.br/pdf/sess/n14/a10n14.pdf>. Acesso em. 02/07/2011.

LACOMBE, A. De entendidas e sapatonas: socializações lésbicas e masculinidades em um bar do Rio de Janeiro. *Cadernos Pagu,* Campinas, n. 28, 2007.

LIMA JR, L.. P. de . Aids é peste. Revista conceitos. n.15. v.8. João Pessoa- Paraiba Março de 2009.p. 29-35

LOURO, G. L. Teoria Queer: uma política pós-identitária para a educação. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9. n. 2, 2001.

_____. *Um corpo estranho*: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica,

2004.

MAIA,C.; GUILHEM,D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista Saúde Publica.* Rio de Janeiro, 2008.

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. *Tempo Social*; Rev. Sociologia. USP, S. Paulo, v.7 p. 83-103,outubro de 1995.

MELLO, A.O. de. et al. Revista Historiador . n.03. v. 03. Dezembro de
2010 Disponível em:< http://www.historialivre.com/revista>. Acesso em: 19/03/2014.

MISKOLCI, R. Corpos elétricos: do assujeitamento à estética da existência. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, dez. 2006.

_____. Do desvio às diferenças. In: MISKOLCI, R. (Org.) *Dossiê Normalidade, Desvio Diferenças*. São Carlos: Teoria e Pesquisa, 2005. v. 47.

_____. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu,* Campinas, n. 28, , p. 101-128, jan./jun. 2007.

_____. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 150-182, jan./jun. 2009.

MOTT, L. *O lesbianismo no Brasil*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

NAVARRO-SWAIN, T. *O que é lesbianismo*. São Paulo: Brasiliense, 2000.

_____. Corpos sexuados, identidades nômades. *Labrys:* estudos feministas, Cidade, n. 1-2, jul./dez. 2002.

OLIVEIRA, S. M. de. *Política e peste*: (crueldade, plano Beveridge e abolicionismo penal). São Paulo: 2001. 238p. (Doutorado em ciências sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PARKER, R. ; CAMARGO JR. K. R. de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16 p. 89-102, 2000.

PELÚCIO, Larissa. Abjeção e Desejo : uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2009.

PERLONGHER, N. *O Negócio do Michê*: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M., A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *revista Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.38, p. 45-59, jan/jun, 2013.

PRECIADO. B. Multidões queer: nota para uma política dos "anormais" . *Revista de estudos feministas*. v.19. n.1. Florianopolis. Janeiro-abril. 2011. pp. 11-20.

POLLAK, M. *Os Homossexuais e a Aids:* sociologia de uma Epidemia. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

PORTINARI, D. *O discurso da homossexualidade feminina*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

REIHLLING, H. Rejeitar ou priorizar a vida? Ambiguidades da biopolítica da aids no Uruguai. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1159-1168, 2010. Supl. 1.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: ABELOVE, H.; BARALE, M.; HALPERIN, D. (Eds.). *The lesbian and gay studies reader*. Nova York: Routledge, 1993 [1984].

SAYD, J. D. Origens da medicina contemporânea: uma breve resenha / Origin of cotemporary medicine. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 173, 1998.

SIMÕES, J. A. *O dilema da participação popular*: etnografia de um caso. São Paulo: Marco Zero; ANPOCS, 1992.

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AIDS E DAS DST ENTRE GAYS HSH E TRAVESTIS

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AIDS E DAS DST ENTRE GAYS HSH E TRAVESTIS

Brasília - 2007

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Programa Nacional de DST e Aids

Adailton da Silva
Ademildo Mendes
Artur Iuri Sousa
Carina Bernardes
Denis Ribeiro
Denis Carloto
Emivaldo Sousa (Zinho)
Erika Resende
Gerson Pereira
Isabela Faria
Ivo Brito
Jeane Félix da Silva
Leidijany Costa Paz
Marcelo Barbosa
Maria do Socorro Monteiro de Oliveira
Myllene Priscila Müller Nunes
Nágila Paiva
Tatianna Meireles Dantas de Alencar
Valdir Pinto
Walkiria Gentil Almeida

Organização

Angela Donini
Karen Bruck
Kátia Guimarães
Marcos Benedetti

Consultores para realização das oficinas e elaboração do Plano

Alexandre Grangeiro
Lilia Rossi

AGRADECIMENTO AOS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES DE TRABALHO

Alexandre Böer
Alexandre Peixe dos Santos
Andrea Stefanie
Bárbara Graner
Cláudia Penalvo
Draurio Barreira
Elizio Loiola
Keila Simpson
Jacqueline Rocha Côrtes
Marcelo Cerqueira
Maria do Socorro Farias Chaves
Léo Mendes
Oswaldo Braga Júnior
Renato de Paula Marin
Ricardo Mölnar
Thatiane Araújo
Tommaso Besozzi
Toni Reis
Veriano Terto Júnior
Walkiria La Roche
Weydman Lopes

Agradecimento a todos os participantes do 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 pelo Grupo Pela Vidda-SP.

SUMÁRIO

Documento Base

Apresentação 04

Introdução 05

Cenário Epidemiológico 07

Desafios para superação dos contextos de vulnerabilidade..... 12

Objetivo Geral 17

Diretrizes 17

Agenda Afirmativa - Gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH)

Objetivos Específicos 18

Metas e Atividades 19

Agenda Afirmativa – Travestis

Objetivos Específicos 27

Metas e Atividades 28

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), apresenta às instituições que atuam no campo da promoção da saúde, dos direitos humanos, dos direitos sexuais e reprodutivos o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis.

O Plano expressa o compromisso das três esferas de governo e da sociedade civil na implantação e implementação da política pública de prevenção e de controle das DST/aids, a partir do reconhecimento de que existem vulnerabilidades específicas que continuam contribuindo para que esses grupos estejam mais suscetíveis à infecção, apresentando taxas de prevalência superiores às encontradas na população geral.

A formulação do Plano, em consonância com as diretrizes estabelecidas no Programa Brasil sem Homofobia, contou com a colaboração e aporte de vários parceiros, incluindo Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA), representantes dos movimentos de aids e de Gays, Lésbicas, Bissexuais Travestis e Transexuais (GLBT), profissionais de saúde e gestores.

Sua construção parte da perspectiva de que a resposta nacional à epidemia não é uniforme no país, que existem diferentes contextos de vulnerabilidade e que a vivência da sexualidade impõe novos desafios para a abordagem de promoção da saúde. Nos contextos de vulnerabilidade se destacam a inserção dos jovens na epidemia, as dinâmicas dos espaços de sociabilidade não-tradicionais (pontos de "pegação", cinemas, saunas, parques, banheiros públicos etc.), a prevenção intraconjugal e todas as situações de desrespeito aos direitos e à diversidade por orientação sexual e identidade de gênero.

Esse Plano é constituído por duas agendas diferenciadas: a Agenda Afirmativa para Gays e outros HSH e a Agenda Afirmativa para Travestis. A implantação e implementação das ações propostas nas duas agendas contribuirão para a melhoria do acolhimento e da resposta à epidemia de aids entre esses grupos, no contexto do Sistema Único de Saúde, e dos demais setores responsáveis pela execução do Programa Brasil Sem Homofobia, garantindo, assim, uma resposta intersetorial e transversal para o enfrentamento da aids e das DST.

As agendas específicas voltadas à promoção da saúde e prevenção das DST/aids para as lésbicas e transexuais estão contempladas no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.

A proposta de execução das metas compreende o período de 2007 a 2011. Dentre outras, foram previstas ações relacionadas à ampliação do acesso aos insumos de prevenção; o desenvolvimento de novas tecnologias; estratégias de combate ao estigma e discriminação; o fortalecimento das parcerias interinstitucionais; e a produção de conhecimento.

A pactuação com conselhos e parceiros intersetoriais possibilitará que sua execução tenha uma base democrática, com contribuições e responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo.

O cumprimento e êxito dos compromissos estabelecidos neste Plano estão associados ao envolvimento do setor saúde, nas três esferas de governo e, sobretudo, da atuação de gestores, gerentes, profissionais de saúde e lideranças sociais. Alianças nesse sentido garantirão uma resposta à epidemia do HIV cada vez mais eficaz, inclusiva e sustentável.

INTRODUÇÃO

É reconhecido que o intenso ativismo e atuação do movimento de aids e do movimento homossexual possibilitaram 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. A opção por esse caminho consolidou, portanto, a resposta nacional em torno de uma política integrada com participação do movimento social, se distanciando, assim, de abordagens restritas a concepções de grupo ou comportamento de risco.

A perspectiva mais inclusiva e heterogênea para a abordagem em prevenção não foi tão simples de ser construída. Durante muito 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 estiveram orientadas para a culpa e a responsabilidade individual, norteadas, portanto, por conceitos equivocados e desfavoráveis à promoção da saúde. Embora a mobilização e a atuação da sociedade civil, conjugada com as características da política pública nacional tenham alterado significativamente esse cenário, ainda há muitos desafios que precisam ser superados para a produção de alterações de impacto nos contextos de vulnerabilidade ainda identificados na epidemia de aids e das DST entre gays, outros HSH e travestis.

Apesar dos avanços e conquistas para reverter a tendência de crescimento da epidemia - mantendo-a sob controle no País - a queda no número de casos de aids entre o grupo na categoria de exposição "homens que fazem sexo com homens" foi inferior ao esperado. A epidemia entre HSH tem apresentado maior intensidade, estando associada às relações entre vulnerabilidade e homofobia e aos diferentes padrões de difusão da doença nesse grupo, sendo bastante relevante as taxas de crescimento entre jovens, que, nesta categoria, apresentam médias superiores às encontradas em outros grupos populacionais na mesma faixa etária. No caso do segmento das travestis não há dados epidemiológicos específicos que possibilitem identificar a magnitude da epidemia ou suas tendências e perfil. No entanto, convém salientar que os contextos de vulnerabilidade entre travestis tais como a violência, as condições das práticas sexuais, acesso aos serviços de saúde e sua inserção social demonstram claramente a precariedade no que se refere à adoção de práticas sexuais seguras.

No âmbito do SUS, o financiamento das ações de prevenção e assistência, por meio da política de incentivo via fundo a fundo, permitiu estender as ações de controle da epidemia às regiões prioritárias no País. Além disso, a política de descentralização tornou as ações programáticas de prevenção e assistência às DST/aids mais condizentes com os contextos locais. Quando focalizamos, no entanto, os segmentos de gays, outros HSH e das travestis, verificamos que essa política não tem sido suficiente para garantir ações universais, sistemáticas e de qualidade.

Portanto, é fundamental reconhecer a magnitude desse problema e priorizar o enfrentamento das DST e da epidemia do HIV entre os gays, outros HSH e as travestis como uma política de saúde pública que comprometa as três esferas de governo, que formule parcerias estratégicas e intersetoriais com diferentes atores governamentais e que, efetivamente, envolva a sociedade civil, o movimento aids e o movimento GLBT no seu desenho e implantação.

Esse reconhecimento deve, concomitantemente, ser traduzido em prioridade quanto ao investimento e desenvolvimento de ações no campo da promoção da saúde, da prevenção e da assistência em DST/aids, incorporando o apoio às diretrizes e estratégias para defesa dos direitos humanos, promoção da visibilidade e combate à homofobia, discriminação e violência perceptíveis nesses grupos populacionais. Trata-se de respeitar as necessidades em saúde de gays, outros HSH e das travestis. Neste sentido, as ações deverão estar alinhadas com essas diretrizes e os profissionais da área de saúde capacitados para acolher esses grupos populacionais adequadamente, sem discriminar sua identidade de gênero ou orientação sexual.

Os princípios de promoção de ações de atenção à saúde, de respeito à diversidade sexual, e da defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com aids e das populações mais vulneráveis, que sempre nortearam a resposta brasileira, complementam o eixo central da política ora apresentada. Somando-se a isso, este Plano parte da perspectiva de que somente será efetiva a resposta pública que considere todos os fatores que estruturam, produzem ou reforçam as diferentes dimensões das vulnerabilidades individual, programática e social que tornam gays, outros HSH e travestis mais suscetíveis à infecção pelo HIV e pelas doenças sexualmente transmissíveis.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

A epidemia do HIV/aids no Brasil é um fenômeno de grande magnitude e extensão. Entre 1980 e junho de 2006 foram identificados 433.067 casos[1]. Houve crescimento acelerado no número de casos até o ano de 1998, quando se passa a verificar uma desaceleração. De 2002 a 2005 foram identificados, em média, 35.000 casos/ano, com taxa média de incidência de 19,4 por 100 mil habitantes. Estima-se que cerca de 600 mil pessoas, entre 15 e 49 anos de idade, vivam com HIV/aids no país.

Desde o início da epidemia, na década de 1980, a aids tem sido um problema crítico de saúde também entre gays, outros HSH e travestis. Apesar das várias iniciativas e esforços para uma resposta de maior impacto ao avanço da epidemia junto a esses segmentos, há indicadores de que a ocorrência de infecção pelo HIV persiste em patamares elevados.

Em pesquisa realizada sobre atitudes e práticas na população brasileira em 2004 (PCAP-BR)[2], a população de gays e outros HSH de 15 a 49 anos de idade foi estimada em 3,2%, representando cerca de 1,5 milhões de pessoas. Com essa estimativa de base populacional dos HSH foi possível calcular a incidência de aids nesse segmento que, em 2004, foi estimada em 226,5 por 100.000 HSH. Neste mesmo ano, a taxa de incidência para a população geral foi de 19,5 casos por 100.000 habitantes, indicando, portanto, que a taxa de incidência para HSH[3] é 11 vezes maior à da população em geral.

Em estudo realizado entre os conscritos do Exército do Brasil em 2002[4] , com a participação de 33.851 jovens de 17 a 21 anos, a análise por subgrupo populacional mostra diferenças significativas na prevalência do HIV, sobretudo, entre HSH e aqueles com ensino fundamental incompleto. Nessa pesquisa 2,8% dos informantes relataram relações sexuais com homens e a taxa de prevalência do HIV foi de 0,579% dentre os HSH enquanto que na amostra total desse estudo a mesma taxa cai para 0,088%.

Apesar do crescimento do número de casos de aids relacionados à transmissão heterossexual, não se observa a redução da transmissão do HIV por meio de relações sexuais entre homens. Ao analisar o Gráfico 1, nota-se que ocorreu uma redução proporcional dos casos entre usuários de drogas, mas não há redução significativa entre HSH, desde o final dos anos 1990.

---

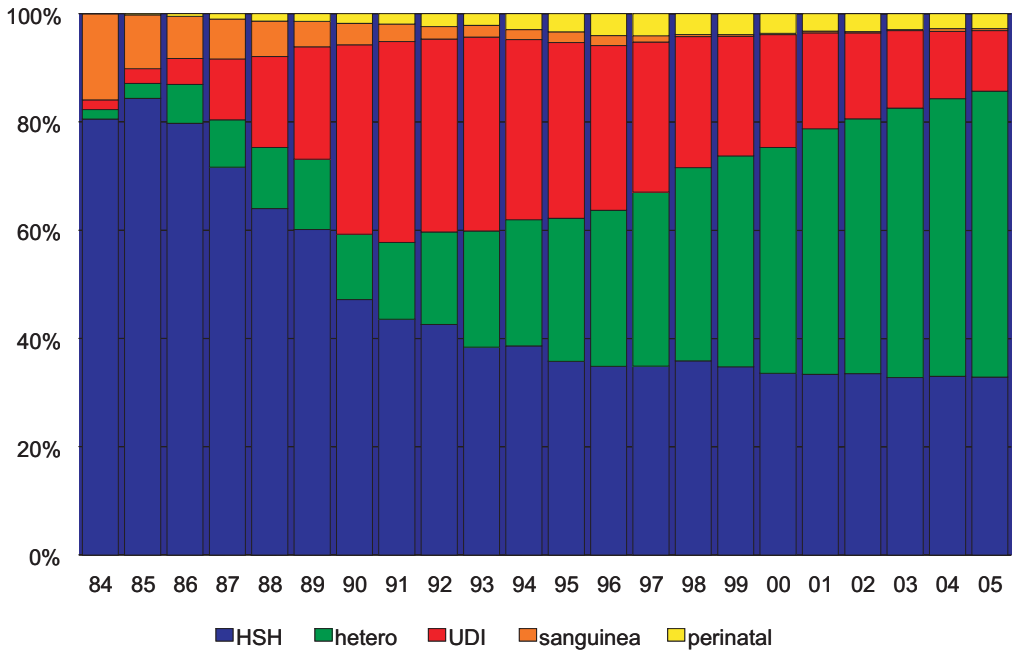
[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano III nº. 01 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a julho de 2006.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[3] Para a estimativa da taxa de incidência de aids em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) foi considerada a proporção de HSH por região do Estudo PCAP - BR de 2004 e estimativas populacionais do IBGE.

[4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Pesquisa entre Conscritos do Exército Brasileiro 1996-2002: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

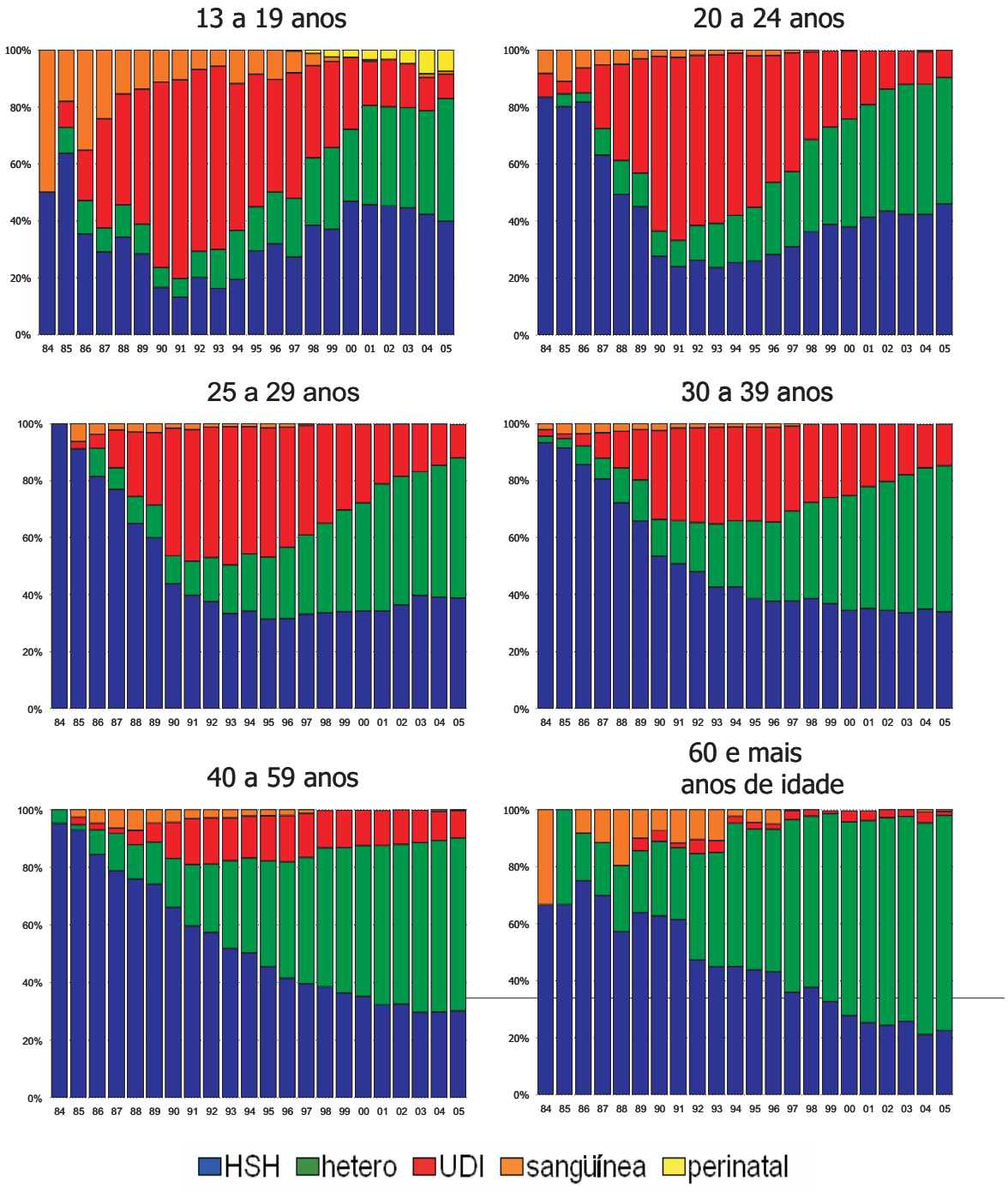
Gráfico 1 - Casos de aids em homens segundo a categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1984 - 2005.(1)



Entre 2000 e 2005, a proporção de casos de aids nesse grupo, em relação às demais categorias de transmissão da doença entre homens, era cerca de 40%. Este fato, somado aos dados comparativos das taxas de incidência entre HSH e a população em geral, evidencia o impacto da epidemia entre gays, outros HSH e travestis, bem como subsidia e indica a urgência da implantação de uma política pública de enfrentamento do HIV/aids junto a esses segmentos.

Ao analisar o percentual de casos de aids entre gays, outros HSH e travestis por faixa etária, mostra-se relevante a tendência de crescimento proporcional entre os indivíduos de 13 a 19 anos de idade, variando de cerca de 18% em 1990 para aproximadamente 40% em 2005. As faixas etárias de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos também apresentam tendência de crescimento proporcional, porém menos acentuada. A partir dos 30 anos de idade percebe-se queda percentual de casos entre gays e outros HSH, sendo que a queda mais acentuada é verificada na faixa etária de 60 e mais anos, que varia de cerca de 60% em 1990 para pouco mais de 20% em 2005 (Figura 1).

Figura 1 - Casos de aids em homens segundo a categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1984-2005 (1)



FONTE:MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/06.

Os resultados da Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas realizada pelo Ministério da Saúde em 2004[2], voltada para a população geral, demonstraram que 59,8% dos HSH reportaram uso de preservativo na última relação sexual e essa proporção cai para 43,3% entre os não HSH. Em relação ao uso de preservativo na última relação sexual com parceiro eventual, obteve-se um índice de uso de 71% entre os não-HSH e de 81% entre os HSH. Quanto ao uso regular de preservativo com qualquer parceria, observou-se, com relação a parceiro fixo, um uso de 26,8% em relação aos não HSH e 38,9% em relação aos HSH. No que se refere à parceria eventual, observou-se o uso em 56,3% entre não-HSH e 65,8% entre HSH. Conclui-se, pela pesquisa, que os HSH relatam maior freqüência do uso do preservativo.

No que diz respeito à cobertura de testagem para o HIV entre HSH, os dados da PCAP-BR de 2004 mostraram uma maior proporção de HSH testados (33%), quando comparados aos homens que fazem sexo exclusivamente com mulheres (21%). Ressalta-se que esses índices, entretanto, são inferiores aos observados em países que promoveram estratégias de acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento, bem como à importância da epidemia entre gays, outros HSH e travestis.

As doenças sexualmente transmissíveis têm grande impacto na saúde da população mundial, causando um ônus desproporcional na população jovem de diversos países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a ocorrência de dez a doze milhões de novos casos de DST curáveis no Brasil, por ano, abrangendo a faixa etária de 15 a 49 anos de idade. Foi comprovado que as DST são co-fatores para a transmissão do HIV: estudos demonstram que pessoas com DST não ulcerativas têm um risco aumentado de 3 a 10 vezes para a infecção pelo HIV, sendo que nos casos de evolução com úlceras genitais esse risco pode aumentar em até 18 vezes.[5]

Estudo conduzido pelo Prevention and Care Program of the Chicago Departament of Public Health demonstrou, em uma população acometida por sífilis primária e secundária (1.582) durante o período 1998 a 2002, que 32% expuseram-se à infecção pela sífilis através da prática de sexo oral. Particularmente entre gays e outros HSH, 13,7% de casos de sífilis foi atribuída a esta prática sexual. Os pesquisadores também observaram que 75% dos HSH não usaram o preservativo no sexo oral insertivo e receptivo nos últimos 60 dias.[6,7]

Embora pesquisas internacionais tenham demonstrado grande relevância das DST neste segmento populacional, os estudos realizados no Brasil ainda são escassos para a compreensão desta realidade entre gays, outros HSH e travestis.[8, 9]

No estudo entre conscritos do Brasil foi encontrada prevalência de sífilis de 0,85% entre os jovens de 17 a 21 anos, sendo que ter tido sífilis foi o fator que mais predispôs à infecção pelo HIV entre a população estudada (OR-10,68).[4]

Componentes epidemiológicos, sociocomportamentais, realização do exame clínico direcionado para sinais e sintomas de DST, além de sorologia para HIV, sífilis, hepatite B e C foram analisados nos estudos Bela Vista e Horizonte. Em um total de 466 voluntários atendidos, 244 relataram pelo

menos um episódio de DST. Em uma das ondas do estudo, verificou-se que 17,7% da amostra (n= 1043) apresentaram síndrome da úlcera genital. Em outra onda do mesmo estudo (n= 989), constatou-se que 16,3% tinham sífilis. Apesar do elevado índice de informação, 40% dos voluntários relataram ter tido em algum momento prática sexual desprotegida, como penetração anal sem preservativo; já 70% diziam desconhecer a sua sorologia para o HIV.[8]

Uma pesquisa realizada sobre comportamento sexual e cidadania junto à população de HSH pela Universidade de Brasília[9], demonstrou que dos 465 participantes, 7,5% referiram algum sintoma indicativo de DST nos últimos seis meses. A prevalência de sintomas de DST foi maior entre os informantes com 25 anos ou mais (9%), enquanto que entre aqueles com menos de 25 anos de idade a prevalência foi de 5,5%. Homens com menor poder aquisitivo apresentaram maior prevalência de sintomas de DST (9,7%), bem acima da prevalência geral, mas não apresentaram significância estatística, seja na idade ou classe econômica. Nesse caso, é preciso considerar que a população de HSH pesquisada foi eminentemente de alta escolaridade (96,5%) e de inserção social mais elevada.

Esse cenário de epidemia concentrada corrobora e indica a necessidade de incentivar e ampliar o conhecimento sobre o impacto do HIV/aids e das DST junto aos gays, outros HSH e às travestis, tanto quantitativa quanto qualitativamente. Também indica a urgência de políticas públicas capazes de produzir impactos significativos nas dinâmicas da epidemia entre estes grupos populacionais.

[5] Wasserheit JN. Epidemiological synergy: Interrelationships between HIV infection and others STD. **Sexually Transmitted Diseases**;19:61-77, 1992.

[6] Wasserheit JN. Epidemiological synergy: Interrelationships between HIV infection and others STD. **Sexually Transmitted Diseases**;19:61-77, 1992.

[7] Ciesielski, C; Tabidze, I; Brown, C. Transmission of Primary and Secondary Syphilis by Oral Sex – Chicago, Illinois, 1998-2002. **Morbidity and Mortality Weekly Report.** 53(41): 966-968, 2004.

[8] Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. **Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que Fazem Sexo com Homens.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

[9] BRASIL. Universidade de Brasília. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Núcleo de Saúde Pública. **Comportamento sexual e cidadania junto à população de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal.** Brasília: UnB, 2005.

DESAFIOS PARA SUPERAÇÃO DOS CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

A construção da sexualidade, suas expressões, suas manifestações e seus mecanismos de interdições são determinados socialmente e, portanto, não podem ser explicados única e exclusivamente pelo comportamento. A 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 gays, outros HSH e às travestis.

Relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo ocorrem em todas as culturas e em todas as sociedades, embora nem sempre tenham visibilidade e/ou reconhecimento público. Os avanços obtidos em relação aos direitos sexuais e sociais dos homossexuais e das travestis são relativos e em muitos países há diferenças marcantes no que se refere ao reconhecimento desses direitos, existindo, ainda, práticas de exclusão, criminalização e de violação de direitos humanos.

O relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS) "Intensificando a Prevenção ao HIV", de junho de 2005, é enfático em relação aos contextos de vulnerabilidade dos gays, outros HSH e das travestis, indicando que estratégias de prevenção fracassam 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 prevenção. Conseqüentemente, avanços no campo da promoção da saúde junto aos gays, outros HSH e às travestis estão diretamente relacionados com a eliminação dessas restrições.

Os contextos de vulnerabilidade que determinam ou tornam gays, outros HSH e travestis mais suscetíveis à infecção pelo HIV e doenças de transmissão sexual não se resumem exclusivamente às dimensões individuais e comportamentais. Existem outros fatores que também merecem atenção dos profissionais, gestores e gerentes do setor saúde, entre os quais estão a violência e o preconceito, as redes de interação que se estabelecem no plano da cultura sexual e suas relações com o uso de drogas, os espaços e pontos de encontros tradicionais e não-tradicionais. Os esforços de prevenção devem, portanto, ser concebidos de maneira a respeitar essas e outras diferenças de identidade e práticas sexuais existentes entre gays, outros HSH e travestis, bem como os contextos de exclusão e violência que as determinam. Da mesma forma, é importante que a superação dos contextos de vulnerabilidade amplie e fortaleça o envolvimento desses grupos populacionais e das pessoas que vivem com HIV/aids nas ações de promoção da saúde e prevenção das DST/HIV.

Neste Plano são descritas algumas das dimensões e elementos que aumentam a vulnerabilidade de gays, outros HSH e travestis frente à infecção pelo HIV e DST, visando identificar as dimensões dos contextos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, definir e aprimorar ações que possam transformá-los.

Homofobia e Transfobia

A homofobia e a transfobia têm sido apontadas como elementos estruturantes da vulnerabilidade de gays, outros HSH e travestis. Elemento derivado da cultura machista, sexista e heteronormativa, ainda hegemônica na sociedade, acompanha os sujeitos em toda sua vida. A homofobia e a transfobia revelam-se, geralmente, na convivência familiar desencadeando uma seqüência de barreiras a serem superadas. O efeito desses elementos negativos para a auto-estima, as dificuldades na sociabilidade e a hostilidade na escola resultam, normalmente, na exclusão do convívio familiar e na descontinuidade da educação formal, projetando, entre outras, grandes dificuldades para a qualificação e entrada no mercado de trabalho. Ao estigma e à discriminação associam-se situações de vida vinculadas à clandestinidade, a um maior grau de vulnerabilidade e risco para diferentes tipos de situação e à marginalização. Os "guetos" que se estabelecem a partir desses contextos tornam-se espaços de acolhimento e inclusão e, simultaneamente, espaços produtores de subculturas de resistência e diversidade.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) também reconhece que a homofobia e a transfobia são fatores de vulnerabilidade à infecção pelo HIV para a população de gays, outros HSH e travestis, e reforça a compreensão de que a homofobia e a transfobia se inter-relacionam, necessariamente, com outros mecanismos de discriminação estruturantes da nossa sociedade, como aqueles assentados no sexo e gênero (por exemplo, o machismo e a misoginia), nas questões relativas à raça/etnia ou ainda em fatores relativos à situação socioeconômica.[10]

A exclusão ou a convivência hostilizada, associadas a uma perspectiva negativa de auto-imagem – originada pela baixa auto-estima ou aquela criada e fortalecida equivocadamente pelos meios de comunicação e religiões – expõe os gays, outros HSH e as travestis à falta de segurança e à violência em todas as suas formas. A principal característica da violência vivenciada por esses grupos populacionais tem sido a agressão física resultando em morte, representando medidas extremas de intolerância e de discriminação. Os casos de violência física e crimes praticados contra os gays e outros HSH e as travestis, permanecem efetivamente sem mecanismos de prevenção ou punição. Esse é, portanto, o quadro mais freqüentemente mencionado como um dos principais fatores de vulnerabilidade às DST/aids entre esses grupos populacionais.

[10] Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Guia de Ações Estratégicas para Prevenir e Combater a Discriminação por Orientação Sexual e Identidade de Gênero – Direitos Humanos, Saúde e HIV.** Brasília, 2007.

Negação do direito à livre orientação sexual e a múltiplas identidades

Um importante elemento também relacionado a essa dimensão social da vulnerabilidade dos gays, outros HSH e das travestis é a negação imposta, especialmente pela cultura heteronormativa, ao direito à livre orientação sexual e às múltiplas identidades de gênero. Essa realidade, vivenciada pela maior parte das pessoas pertencentes a esses grupos populacionais, opera concretamente sobre o direito de livre expressão e manifestação da sexualidade e da identidade de gênero como direito de cidadania.

O desconhecimento sobre as questões que envolvem as diferenças entre sexo e gênero somado ao elevado grau de estigma e discriminação presentes na sociedade e à banalização da homossexualidade, travestilidade e transexualidade são elementos que agregam maior relevância a essa dimensão da vulnerabilidade social dos gays, outros HSH e das travestis.

Os significados sobre sexo, gênero e sexualidade vigentes em nossa sociedade, e também nos serviços e programas de saúde, são usualmente concebidas a partir de condicionantes biológicos e naturais, sem considerar as dimensões históricas, sociais e culturais que dão sentido a estas realidades. A equivocada vinculação das identidades e práticas sociais de gays, outros HSH e travestis a determinantes biológicos produz, necessariamente, um quadro de não-reconhecimento da diversidade existente nestes segmentos populacionais, o que configura mais uma situação de vulnerabilidade destas populações. O reconhecimento das identidades sociais é fator fundamental para a efetividade das estratégias de prevenção ao HIV e DST.

Dificuldades de acesso ao diagnóstico, aos insumos de prevenção e ao tratamento das DTS e aids

O contexto de vulnerabilidade social se reproduz e se retroalimenta em diferentes contextos institucionais, especialmente nas áreas de educação, segurança pública, trabalho e saúde. Nesta última, a ausência de programas de saúde integral, a inadequação estrutural dos programas e serviços existentes e as abordagens orientadas por percepções equivocadas e baseadas em estereótipos, resultam em maiores dificuldades de acesso, qualidade e abrangência dos serviços de saúde, acompanhado de um previsível afastamento desses grupos das ações de cuidado e promoção da saúde. Um exemplo clássico desse fato se relaciona com as travestis que vivenciam cotidianamente os inúmeros efeitos dessa realidade, originando uma cultura de automedicação e de utilização de silicone e hormonioterapia de

maneira clandestina. Paradoxalmente, a dimensão da visibilidade em termos de identificação da orientação sexual e de gênero – sobretudo, quando associada aos contextos de vulnerabilidade institucional – corresponde, também, a uma invisibilidade em termos de conhecimento, dados e inserção social.

O acesso dificultado aos serviços saúde tem reflexo negativo imediato na adoção de práticas sexuais mais seguras, na busca da testagem e na baixa adesão ao tratamento. Situação que persiste apesar do direito ao acesso universal e eqüitativo ao SUS, preconizado pela Constituição Brasileira. Apesar de estudos demonstrarem o aumento da cobertura do teste anti-HIV para gays, outros HSH e travestis, ela ainda é insuficiente para uma resposta adequada à extensão da epidemia entre estes grupos. Tal fato também repercute negativamente no dimensionamento e conhecimento do impacto da epidemia nesses grupos populacionais e na busca de serviços de saúde.

No que diz respeito ao acesso aos insumos de prevenção, sobretudo, preservativos masculinos e gel lubrificante, geralmente as diretrizes, a operacionalização da distribuição nacional e local, e o acesso, não correspondem às reais necessidades dos gays e outros HSH e das travestis. Tal descompasso, que necessita ser ajustado, se confronta também com mecanismos burocráticos e pouco eficientes em relação à dispensação desses insumos, criando ou reforçando barreiras para o vínculo entre esses grupos populacionais, os serviços de saúde e as práticas de prevenção do HIV/DST.

O adoecimento e o comprometimento da saúde mental, ocasionado pelo estigma e discriminação, a fragilidade e descompasso entre o conhecimento sobre DST/HIV/aids e a adoção de práticas sexuais mais seguras, a não percepção ou negação da vulnerabilidade ao HIV e às DST e o preconceito, associado ao viver com HIV/aids, são fatores que levam ao conseqüente afastamento das ações de prevenção e de promoção à saúde.

Drogas e seu impacto nos processos de prevenção

O consumo de álcool e outras drogas também pode ser considerado um fator de vulnerabilidade ao HIV entre gays, outros HSH e travestis. Há necessidade de se conhecer os padrões específicos de consumo destas substâncias, sobretudo as substâncias recreacionistas relacionadas com as práticas sexuais.

Os espaços de sociabilidade tradicionais e não-tradicionais destas populações são marcados pela expressão e vivência da sexualidade. Nesse sentido, álcool e outras drogas são empregados como facilitadores dos relacionamentos. Possivelmente, o álcool seja a droga mais comumente empregada nestes contextos, mas tem sido relatado o uso de drogas recreativas (ecstasy, crystal, speed, ice, poppers, viagra) e de crack em alguns destes espaços. Nestes contextos, o fator de desinibição produzido pelo consumo de drogas pode estar ligado a um engajamento em práticas sexuais sem uso do preservativo.

Especificamente entre as travestis, a injeção de silicone líquido de maneira doméstica sem os devidos cuidados com a aplicação e com a qualidade da substância aplicada, bem como o emprego sistemático de hormonioterapia sem orientação médica e muitas vezes com compartilhamento de seringas e agulhas, constituem importantes fatores de vulnerabilidade ao HIV para os quais é necessário o desenvolvimento de estratégias específicas de prevenção.

Também é importante mencionar o uso de anabolizantes entre grupos de homens gays. Este uso é muitas vezes realizado de maneira clandestina, com compartilhamento de seringas e agulhas.

Esses novos contextos de uso e o escasso conhecimento acerca destas questões nestes grupos populacionais são desafios a serem enfrentados por este Plano, de modo a reverter os cenários de vulnerabilidades que atingem estes grupos.

OBJETIVO GERAL

Enfrentar a epidemia do HIV/aids e das DST entre gays, outros HSH e travestis, por meio da redução de vulnerabilidades, estabelecendo política de prevenção, promoção e atenção integral à saúde.

DIRETRIZES

1. Garantir o respeito aos direitos humanos e sexuais de gays, outros HSH e das travestis, combatendo qualquer prática de estigma e discriminação.

2. Garantir o respeito à diversidade sexual e de gênero, incluindo essa abordagem em todas as ações da resposta nacional de enfrentamento do HIV e das DST realizadas no País.

3. Promover a universalidade e a eqüidade no acesso de gays, outros HSH e das travestis aos serviços e ações de saúde em todas as esferas de gestão e níveis de atenção do SUS.

4. Garantir a intersetorialidade e a transversalidade na formulação e execução deste Plano promovendo, entre outras, alianças estratégicas entre governo e o movimento dos homossexuais, das travestis e de luta contra a aids.

5. Garantir, nas três esferas de gestão do SUS, o funcionamento efetivo de instâncias de interlocução entre governo e movimentos sociais, desenvolvendo e difundindo instrumentos que favoreçam o controle social das ações voltadas para a redução dos contextos de vulnerabilidade às DST/aids entre gays, outros HSH e as travestis.

6. Estimular e ampliar, nas três esferas de gestão do SUS, a participação efetiva da sociedade civil em processos de definição e implantação de estratégias para a redução dos contextos de vulnerabilidade de gays, outros HSH e travestis, aprimorando mecanismos existentes para financiamento de projetos voltados a esses segmentos e para a articulação dessas ações com as da rede pública de saúde.

7. Fundamentar as ações realizadas pelo governo e pela sociedade civil no desenvolvimento de novas abordagens e tecnologias de promoção à saúde e comunicação, em experiências bem-sucedidas nessas áreas, no conhecimento acumulado sobre gênero, sexualidade, vulnerabilidades e redução de danos e na metodologia de educação por pares.

8. Incorporar a diversidade relacionada aos gays, outros HSH e às travestis como base do desenvolvimento de ações para a redução das vulnerabilidades às DST e aids, considerando aspectos identitários, religiosos, de práticas sexuais, de fase de vida, étnicos, sociais, de status conjugal e de status sorológico, entre outros.

9. Incorporar nos processos de gestão das ações para a redução das vulnerabilidades executadas nas três esferas de governo e pela sociedade civil, procedimentos e instrumentos que garantam a transparência e a disponibilidade de informações sobre recursos financeiros investidos e resultados alcançados.

AGENDA AFIRMATIVA-GAYS E OUTROS HSH

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Garantir prioridade nas três esferas de gestão para ações de enfrentamento das DST/aids voltadas aos gays e outros HSH do ponto de vista técnico, político e financeiro.

2. Contribuir para a redução das vulnerabilidades às DST/aids associadas às expressões da homofobia institucional, social e individual.

3. Promover políticas e ações intersetoriais para enfrentamento das DST/aids que garantam a inclusão das distintas realidades vivenciadas por gays e outros HSH.

4. Aprimorar o conhecimento sobre necessidades, comportamentos, atitudes, práticas (sexuais e outras), contextos de vulnerabilidade, e cenário epidemiológico de gays e outros HSH para subsidiar ações de enfrentamento das DST/aids.

5. Fortalecer metodologias de prevenção das DST/aids para gays e outros HSH comprovadamente exitosas e investir em novas metodologias que acompanhem as mudanças do contexto da epidemia.

6. Garantir o acesso integral e universal à prevenção das DST/aids para gays e outros HSH.

7. Promover a prevenção positiva, a saúde integral e universal e a garantia dos direitos humanos para gays e outros HSH vivendo com HIV/aids.

8. Qualificar e efetivar o monitoramento, avaliação e controle social das políticas de enfrentamento das DST/aids para gays e outros HSH.

METAS E ATIVIDADES

Objetivo 1

Garantir prioridade nas três esferas de gestão para ações de enfrentamento do HIV/DST voltadas aos gays e outros HSH do ponto de vista técnico, político e financeiro.

METAS	ATIVIDADES
1. Garantir, até dezembro de 2008, a alocação de recursos para execução de ações em 100% dos PAM estaduais e municipais, para a redução de vulnerabilidades que atingem os gays, outros HSH e travestis, vinculados aos Planos de Saúde, considerando a magnitude e especificidade da epidemia nestes segmentos populacionais em cada estado ou município.	1.1. Produção de documentos referenciais para a execução de atividades. 1.2. Realização de cursos de formação de profissionais de saúde, gestores e gerentes para o planejamento e execução de atividades. 1.3. Estabelecimento de mecanismos de apoio aos estados e municípios para a execução das atividades. 1.4. Implantação de mecanismos para intercâmbio de informação, experiências e de cooperação entre estados, municípios e sociedade civil. 1.5. Inserção de metas e atividades específicas para gays e outros HSH nos Planos de Ações e Metas, vinculados aos Planos de Saúde. 1.6. Elaboração de Roteiros para construção dos PAM nos estados e municípios
2. Ter disseminado, até dezembro de 2007, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros HSH e Travestis nas 27 UF.	2.1. Distribuição deste Plano Nacional aos gestores das 27 UF, para a disseminação da política de enfrentamento das DST/aids para gays, outros HSH e travestis. 2.2. Realização de fóruns regionais para discussão e aprofundamento das distintas Agendas Afirmativas propostas neste Plano.
3. Ter, até julho de 2008, equipes nos Programas Estaduais das 27 UF capacitadas para atender as demandas para o enfrentamento das DST/aids entre gays, outros HSH.	3.1. Definir técnicos de referência nas equipes dos Programas das 27 UF para atender as demandas de enfrentamento das DST/aids junto a esses segmentos populacionais. 3.2. Realizar atividades de qualificação, em conformidade com a educação permanente, para as equipes dos Programas de DST/Aids nas 27 UF com vistas a atender as demandas para o enfrentamento das DST/aids junto a esses segmentos populacionais. 3.3. Elaborar distintos planos de ação estaduais (2008-2011), em parceria com a sociedade civil, dirigidos ao enfrentamento das DST/aids entre os gays, outros HSH e as travestis, considerando as diretrizes deste Plano Nacional, em conformidade com o regulamentado no Pacto pela Saúde.

Objetivo 2

Contribuir para a redução das vulnerabilidades às DST/aids associadas às expressões da homofobia institucional, social e individual.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter, até dezembro de 2008, realizado ações nacionais nas áreas de saúde e educação que contribuam para a redução das vulnerabilidades às DST/aids associadas à homofobia institucional.	1.1 Produção de documentos referenciais para a execução de atividades. 1.2 Realização de cursos de formação de profissionais de saúde, gestores e gerentes para o planejamento e execução de atividades. 1.3 Estabelecimento de mecanismos de apoio aos estados e municípios para a execução das atividades. 1.4 Implantação de mecanismos para intercâmbio de informação, experiências e de cooperação entre estados, municípios e sociedade civil. 1.5 Produção, veiculação e qualificação de campanhas nacionais e/ou regionais dirigidas à população em geral. 1.6 Produção, veiculação e qualificação de campanhas nacionais e/ou regionais dirigidas aos gestores, gerentes e profissionais de saúde. 1.7 Articulação com os diversos segmentos religiosos para a implantação de ações de respeito à diversidade GLBT, inclusão social e de prevenção das DST/aids e hepatites junto aos gays e outros HSH. 1.8 Realização do "II Seminário Aids e Religião", apresentando como sub-tema, a prevenção e assistência das DST/aids e hepatites junto aos gays e outros HSH nos espaços religiosos.
2. Ter mobilizado os meios de comunicação de massa e a mídia gay para a veiculação de mensagens qualificadas de promoção dos direitos de cidadania dos gays e outros HSH.	2.1 Realização de ações específicas para capacitação e sensibilização dos meios de comunicação. 2.2 Seleção e apoio de projetos da sociedade civil voltados à mobilização dos meios de comunicação.
3. Dar visibilidade pública às situações de violação de direitos associadas à vulnerabilidade às DST/aids.	3.1 Sistematização das denúncias sobre situações de violação de direitos apresentadas à SEDH e assessorias jurídicas. 3.2 Preparação e difusão sistemática de informes públicos. 3.3 Encaminhamento sistemático das denúncias junto aos órgãos competentes. 3.4 Realização de ações de sensibilização e capacitação para profissionais da área de segurança acerca dos temas GLBT.

Objetivo 3

Promover políticas e ações intersetoriais para enfrentamento das DST/aids que garantam a inclusão das distintas realidades vivenciadas por gays e outros HSH.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter estabelecido pactuação para inclusão de ações sobre educação sexual e diversidade GLBT e vulnerabilidades de gays e outros HSH às DST/aids, em 100% das escolas integradas no Projeto Saúde Prevenção nas Escolas (SPE).	1.1 Realização de atividades em escolas com a participação de profissionais da educação, alunos e comunidade, incluindo a organização de semanas de educação sexual e diversidade GLBT nas escolas vinculadas ao SPE. 1.2 Inclusão da "diversidade GLBT e vulnerabilidades de gays e outros HSH às DST/Aids" como tema de uma das Mostras do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. 1.3 Desenvolvimento de material informativo e de apoio para a formação dos profissionais de educação e para a abordagem dos temas orientação sexual e identidade de gênero em atividades pedagógicas. 1.4 Apoio ao Ministério e às Secretarias de Educação na formação de profissionais de educação.
2. Ter mobilizado, até dezembro de 2008, nas 27 UF, instituições que atuam com jovens e idosos - incluindo instituições de ensino e pesquisa - para o desenvolvimento de ações para gays e outros HSH nestas faixas etárias.	2.1 Integração de instituições governamentais e não-governamentais que trabalham com jovens e idosos no processo de elaboração dos planos de ação estaduais e municipais. 2.2 Estabelecimento de mecanismos de articulação entre essas instituições, secretarias de saúde e sociedade civil. 2.3 Sistematização e divulgação de experiências exitosas. 2.4 Ações de prevenção e discussão sobre diversidade GLBT e vulnerabilidades junto a adolescentes em regime de medidas socioeducativas.
3. Ter incluído, até dezembro de 2008, no Programa Brasil Sem Homofobia, ações que correlacionem homofobia e vulnerabilidade às DST/aids.	3.1 Reuniões de articulação e pactuação com gestores do Programa Brasil Sem Homofobia para a inclusão do tema em seus Grupos de Trabalho específicos. 3.2 Elaboração e divulgação de planos de ação. 3.3 Realização de reuniões de articulação e pactuação entre o Programa Brasil Sem Homofobia e gerentes e gestores estaduais e municipais de DST/Aids.
4. Ter desenvolvido ações, até dezembro de 2009, voltadas para ampliação da responsabilidade social de empresas no enfrentamento das DST/HIV junto aos gays e outros HSH.	4.1 Reuniões de sensibilização do setor empresarial, contemplando a participação de empresários com negócios dirigidos ao público homossexual, da sociedade civil e do Conselho Empresarial Nacional. 4.2 Articulação entre os empresários com negócios dirigidos para homossexuais e os Conselhos Empresariais nacional e estaduais. 4.3 Apoio técnico aos empresários com negócios dirigidos para homossexuais para realização de campanhas e outras ações de prevenção das DST/aids.

Objetivo 4

Aprimorar o conhecimento sobre necessidades, comportamentos, atitudes, práticas (sexuais e outras), contextos de vulnerabilidade e cenário epidemiológico de gays e outros HSH para subsidiar ações de enfrentamento das DST/aids.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter ampliado, até dezembro de 2011, o conhecimento sobre comportamento, tendências epidemiológicas, prevalência e situações de vulnerabilidade ao HIV/DST e hepatites no segmento de gays e outros HSH.	1.1 Definição de linhas prioritárias de pesquisa. 1.2. Articulação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e outros órgãos de fomento em Ciência e Tecnologia. 1.3 Seleção e apoio a projetos de pesquisa. 1.4 Sistematização e publicação dos conhecimentos produzidos sobre esses segmentos populacionais nas diferentes áreas, bem como divulgação nos meios de comunicação dos resultados obtidos por pesquisas realizadas. 1.5 Criação de banco de dados eletrônico, vinculado à Biblioteca Virtual de Saúde, contemplando estudos e publicações sobre a saúde dos gays e outros HSH. 1.6 Inclusão de amostras representativas dos segmentos de gays e outros HSH nos estudos nacionais sobre comportamento sexual da população.
2. Ter, até dezembro de 2011, aprimorado a vigilância epidemiológica da aids e das DST para os segmentos de gays e outros HSH.	2.1 Realização de estudos para determinar e acompanhar a prevalência e a incidência do HIV/aids e das DST e das hepatites entre gays e outros HSH.

Objetivo 5

Fortalecer metodologias de prevenção das DST/aids para gays e outros HSH comprovadamente exitosas e investir em novas metodologias que acompanhem as mudanças do contexto da epidemia.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter implantado, até dezembro de 2009, mecanismos para identificação e difusão de experiências e práticas inovadoras e bem-sucedidas realizadas por governos e sociedade civil e voltadas para o enfrentamento das DST/aids junto aos gays e outros HSH.	1.1 Definição de metodologia e mecanismos para operacionalizar a coleta, análise, registro de dados e difusão de informações sobre práticas bem-sucedidas e inovadoras nacionais e internacionais. 1.2 Realização de concursos e outras estratégias de incentivo ao desenvolvimento de projetos inovadores, focalizando grupos e situações de maior vulnerabilidade entre gays e outros HSH. 1.3 Difusão de informações sobre projetos inovadores. 1.4. Incorporação de informações de projetos inovadores e bem-sucedidos em banco de dados eletrônico, vinculado ao banco de dados sobre produção de conhecimento. 1.5 Avaliação da divulgação das experiências inovadoras e exitosas e da incorporação das mesmas no âmbito de secretarias de saúde e sociedade civil.
2. Ter, até dezembro de 2009, implementado projetos para a inclusão do enfrentamento das DST/aids junto aos gays e outros HSH em outros programas de saúde (Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde da Família, Saúde do Idoso etc.).	2.1 Construção de protocolos para ações educativas na área, em conjunto com outros programas prioritários de saúde. 2.2 Identificação de regiões geográficas e de instituições parceiras para a implementação de projetos-pilotos, bem como desenvolvimento e avaliação destes. 2.3 Produção de informes e normas técnicas para a divulgação de resultados e recomendações obtidas pelos projetos-piloto. 2.4 Apoio técnico para a incorporação de experiências inovadoras advindas dos projetos, por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedade Civil. 2.5 Desenvolvimento e/ou aprimoramento de metodologias que garantam o acesso dos gays e outros HSH às ações de prevenção das DST/aids fora dos espaços tradicionais de sociabilidade do segmento, abrangendo, entre outros, encontros sexuais agendados via internet e casais, independentemente do status sorológico. 2.6 Realização de estudos ou sistematização de informações sobre formas de sociabilização existentes fora dos locais tradicionais de gays e outros HSH, que possam subsidiar a definição de estratégias de prevenção. 2.7 Implantação de ações de prevenção e assistência das DST/aids para casais do mesmo sexo nos serviços de saúde, incluindo casais sorodiscordantes.
3. Ter desenvolvido e implementado, até dezembro de 2009, mecanismo de acesso aos materiais de prevenção das DST/aids entre gays e outros HSH no Brasil.	3.1 Elaboração de banco de dados. 3.2 Elaboração de página web para acesso aos materiais. 3.3 Definição de parcerias para o desenvolvimento da ação.

Objetivo 6

Garantir o acesso integral e universal à prevenção das DST/aids para gays e outros HSH.

METAS	ATIVIDADES
1. Até dezembro de 2011, atender a demanda nacional de preservativos e kit de redução de danos para ações de prevenção do HIV/aids para gays e outros HSH.	1.1 Definição, no âmbito do sistema de logística nacional de insumos de prevenção, de instrumentos de informação, planejamento, compra e armazenamento de preservativos, kit de redução de danos e outros insumos de prevenção. 1.2 Dimensionamento de necessidades e o cadastramento de todas as instituições que desenvolvem trabalhos com gays e outros HSH. 1.3 Definição e execução de mecanismos de monitoramento da disponibilidade de preservativos nas instituições que atuam diretamente na prevenção entre gays e outros HSH. 1.4 Capacitação de profissionais de logística nas três esferas de governo e o aprimoramento da infra-estrutura de distribuição, incluindo sistema de informação, locais de armazenamento e estratégias de dispensação. 1.5 Apoio técnico aos estados e municípios para aprimorarem os sistemas de logística de distribuição locais. 1.6 Realização de compra e garantia da universalidade de acesso aos insumos de prevenção.
2. Até dezembro de 2010 ter ampliado a aquisição de sachês de gel lubrificante de 4 milhões para 10 milhões de unidades.	2.1 Atualização e difusão de normas para produção, comercialização, distribuição e disponibilização do insumo. 2.2 Definição de quantitativo necessário para atender a demanda de projetos e ações de prevenção. 2.3 Realização de compra e garantia da universalidade do acesso do insumo aos projetos e ações de prevenção. 2.4 Viabilização da produção, pelos laboratórios estatais, de gel lubrificante. 2.5 Realização de campanhas educativo-informativas voltadas para o consumidor e comerciante, para esclarecimento da importância do gel lubrificante, bem como sobre a diferença entre gel de massagem e gel lubrificante.
3. Ter garantido, até dezembro de 2009, que 60% dos projetos da sociedade civil e de governos tenham definidos os serviços de referências para o diagnóstico, assistência e tratamento das DST/aids e hepatites e, até 2011, que esse percentual seja de 100%.	3.1 Identificação da rede de serviços de saúde de referência para projetos e ações de prevenção. 3.2 Construção e divulgação de documentos técnicos para o estabelecimento de referências formais. 3.3 Definição de parâmetros para acompanhamento e avaliação das referências por parte dos projetos e das ações de prevenção.

METAS	ATIVIDADES
4. Ter desenvolvido, durante o período de 2008-2011, pelo menos uma campanha anual de comunicação para redução da vulnerabilidade, dar visibilidade à gravidade da epidemia entre gays e outros HSH e estimular o diagnóstico e tratamento das DST, hepatites e aids.	4.1 Realização, em parceria com o Programa Brasil Sem Homofobia, de campanhas nos meios de comunicação de massa, dirigidas aos gays, outros HSH e à população em geral. 4.2 Definição de referências técnicas para a formulação de materiais e campanhas educativas sobre prevenção do HIV/DST, incluindo mensagens sobre riscos do sexo anal e oral sem proteção, do relaxamento das ações de prevenção no contexto da disponibilidade do tratamento anti-retroviral, nos relacionamentos estáveis, no uso de álcool ou drogas antes das relações sexuais e da falsa noção de "imunidade" devido aos seguidos resultados de exames negativos para o HIV. 4.3 Sistematização de conhecimento, experiências e metodologias utilizadas na elaboração de materiais e campanhas educativas, visando fundamentar mensagens e estratégias utilizadas para a mudança de comportamento e a adoção de sexo mais seguro. 4.4 Implantação de ações visando a mobilização dos meios de comunicação em geral, e da mídia direcionada aos gays, para a veiculação de mensagens qualificadas sobre prevenção do HIV/DST.

Objetivo 7

Promover a prevenção positiva, a saúde integral e universal e a garantia dos direitos humanos para gays e outros HSH vivendo com HIV/aids.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter, até dezembro de 2011, implantado em todos os serviços que atendem pessoas vivendo com HIV e aids, a prevenção positiva e práticas de respeito à diversidade GLBT e de inclusão de gays e outros HSH.	1.1 Formulação e difusão de protocolo para propiciar a incorporação nos serviços de saúde de práticas adequadas ao atendimento, abordagem e aconselhamento para gays e outros HSH na perspectiva da prevenção positiva. 1.2 Definição de documento de referência sobre necessidades e especificidades de gays e outros HSH no tratamento da infecção pelo HIV. 1.3 Inclusão, nos Planos de Ações e Metas, de ações específicas para a qualificação dos serviços de saúde que atendem DST e aids. 1.4 Realização de formações e produção de material de referência para a organização dos serviços de saúde e a formação de seus profissionais para acolher e não discriminar gays e outros HSH. 1.5 Inclusão de quesitos sobre a incorporação de práticas de respeito à diversidade GLBT em processos de monitoramento da qualidade dos serviços. 1.6 Estímulo para a participação de gays e outros HSH em instâncias de gestão dos serviços.

METAS	ATIVIDADES
2. Ter desenvolvido e implementado, até dezembro de 2009, estratégias de enfrentamento do estigma associado à soropositividade no universo social e cultural GLBT.	2.1 Apoio a projetos de governo e da sociedade civil para a realização das ações de redução do estigma. 2.2 Promoção e ampliação de discussão sobre estigma e preconceito em todos os fóruns envolvendo gays e outros HSH. 2.3 Inclusão desse tema nas práticas e ações dos projetos governamentais e da sociedade civil que atuam com pessoas vivendo com HIV e de prevenção entre gays e outros HSH.
3. Ter apoiado e articulado, até dezembro de 2008, as ações de atenção à saúde de gays e outros HSH com aquelas desenvolvidas no âmbito do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT do Ministério da Saúde.	3.1 Realização de plano conjunto de ação, a partir da política de enfrentamento das DST e aids entre gays e outros HSH.

Objetivo 8

Qualificar e efetivar o monitoramento, avaliação e controle social das políticas de enfrentamento das DST/aids para gays e outros HSH.

METAS	ATIVIDADES
1. Elaboração, até dezembro de 2008, de um plano de monitoramento e avaliação da política de enfrentamento das DST/aids para gays e outros HSH em todas as esferas de governo.	1.1 Constituição de grupo de trabalho formado por representantes do governo, da sociedade civil e de instituições que trabalham na área de avaliação de políticas públicas, em cada esfera de governo.

AGENDA AFIRMATIVA TRAVESTIS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Garantir prioridade nas três esferas de gestão para ações de enfrentamento das DST/aids voltadas às travestis, do ponto de vista técnico, político e financeiro.

2. Ampliar a abrangência geográfica e a qualidade das ações de prevenção, assistência e tratamento do HIV, das DST e hepatites, para travestis, considerando novas tecnologias de educação em saúde e demandas e especificidades desse grupo populacional.

3. Promover a visibilidade positiva das travestis junto às instâncias governamentais, serviços de saúde e população em geral para reduzir as vulnerabilidades que deixam esse grupo mais suscetível à infecção pelo HIV e pelas DST.

4. Promover e ampliar a intersetorialidade das ações voltadas para a redução das vulnerabilidades às DST/aids das travestis.

5. Produzir conhecimento sobre representatividade na população brasileira, participação na epidemia de aids, características e vulnerabilidades socioculturais e econômicas e práticas das travestis frente à infecção pelas DST e pelo HIV.

6. Garantir o monitoramento, avaliação e controle social deste Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras DST e da Agenda Afirmativa para Travestis, considerando as três esferas de governo.

METAS E ATIVIDADES

Objetivo 1

Garantir prioridade nas três esferas de gestão para ações de enfrentamento do HIV/DST voltadas às travestis, gays e outros HSH do ponto de vista técnico, político e financeiro.

METAS	ATIVIDADES
1. Garantir, até dezembro de 2008, a alocação de recursos para execução de ações em 100% dos PAM estaduais e municipais para a redução de vulnerabilidades que atingem os gays, outros HSH e travestis, vinculados aos Planos de Saúde, considerando a magnitude e especificidade da epidemia nestes segmentos populacionais em cada estado ou município.	1.1 Produção de documentos referenciais para a execução de atividades. 1.2 Realização de cursos de formação de profissionais de saúde e gestores para o planejamento e execução de atividades. 1.3 Definição de mecanismos de apoio para a execução de atividades pelos estados e municípios. 1.4 Implantação de mecanismos para intercâmbio de informação, experiências e de cooperação entre estados, municípios e sociedade civil. 1.5 Inserção de metas e atividades específicas para gays e outros HSH nos Planos de Ações e Metas, vinculados aos Planos de Saúde. 1.6 Elaboração de Roteiros para construção dos PAM nos estados e municípios.
2. Ter disseminado, até dezembro de 2007, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre as Travestis, Gays e outros HSH nas 27 UF.	2.1 Distribuição deste Plano Nacional aos gestores das 27 UF, para a disseminação da política de enfrentamento das DST/aids para as travestis, gays e outros HSH. 2.2 Realização de fóruns regionais para discussão e aprofundamento das distintas Agendas Afirmativas propostas neste Plano.
3. Ter, até julho de 2008, equipes nos Programas Estaduais das 27 UF capacitadas para atender as demandas para o enfrentamento das DST/aids entre gays, outros HSH e travestis.	3.1 Definir técnicos de referência nas equipes dos Programas das 27 UF para atender as demandas de enfrentamento das DST/aids junto a esses segmentos populacionais. 3.2 Realizar atividades de qualificação, em conformidade com a educação permanente, para as equipes dos Programas de DST/Aids nas 27 UF com vistas a atender as demandas para o enfrentamento das DST/aids junto a esses segmentos populacionais. 3.3 Elaborar distintos planos de ação estaduais (2008-2011), em parceria com a sociedade civil, dirigidos ao enfrentamento das DST/aids entre os gays, outros HSH e as travestis, considerando as diretrizes deste Plano Nacional, em conformidade com o regulamentado no Pacto pela Saúde.

Objetivo 2

Ampliar a abrangência geográfica e a qualidade das ações de prevenção, assistência e tratamento do HIV, das DST e hepatites para travestis, considerando novas tecnologias de educação em saúde, demandas e especificidades desse grupo populacional.

METAS	ATIVIDADES
1.Ter, até dezembro de 2011, ampliado a qualidade do acolhimento, assistência e tratamento das DST/HIV/aids e hepatites para travestis.	1.1 Capacitação e sensibilização contínua de profissionais de saúde dos serviços de DST/HIV/aids e hepatites em temas relacionados ao universo e demandas das travestis frente a esses agravos à saúde e ao combate ao estigma e discriminação devido à orientação sexual e identidade de gênero. 1.2 Produção e divulgação de um material informativo referencial sobre especificidades e contextos de vulnerabilidade associados à epidemia do HIV/aids e agravos à saúde das travestis. 1.3 Ampliação e fortalecimento do diálogo e articulação entre representantes do movimento, gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde. 1.4 Definição de agenda integrada que potencialize a implantação de ações para o diagnóstico e tratamento das DST/aids e das hepatites, focalizando a ampliação do acesso das travestis a esses serviços. 1.5 Promoção da discussão e da inclusão das especificidades de saúde das travestis (por exemplo, acesso a próteses de silicone, hormonioterapia via SUS e riscos de uso de silicone industrial) e nas ações de assistência e tratamento de travestis que vivem com HIV/aids.
2. Ter ampliado, até dezembro de 2010, a participação das travestis na realização de testagem voluntária e aconselhamento para diagnóstico do HIV.	2.1 Definição e implantação de mecanismos de avaliação do desempenho e qualidade do serviço dos Centros de Testagem e Aconselhamento para o atendimento e acolhimento das travestis. 2.2 Inclusão da categoria "travesti" nos sistemas de informação e de monitoramento dos Centros de Testagem e Aconselhamento. 2.3 Capacitação e sensibilização de profissionais de saúde dos serviços de diagnóstico e aconselhamento em DST/HIV/aids sobre especificidades do acolhimento das travestis, diversidade, orientação sexual e identidade de gênero.

METAS	ATIVIDADES
3. Ter, até dezembro de 2011, ampliado quantitativamente e qualitativamente as ações de prevenção das DST/HIV/aids direcionadas às travestis, bem como o seu acesso aos insumos de prevenção.	3.1 Apoio técnico-financeiro para a implantação de projetos da sociedade civil e das esferas governamentais voltados para prevenção do HIV e das DST junto ao segmento. 3.2 Fortalecimento técnico e gerencial de organizações de travestis e de instâncias governamentais com iniciativas em prevenção do HIV/DST. 3.3 Inclusão de representação do movimento de travestis na discussão, definição e implantação de estratégias nacionais voltadas para prevenção positiva. 3.4 Identificação e promoção de estratégias que ampliem as redes de atenção e cuidados para travestis vivendo com HIV e aids. 3.5 Reavaliação da política de aquisição e distribuição de preservativos masculinos e gel lubrificante, considerando a necessidade de ajustes para atender demandas específicas das travestis nas ações de prevenção do HIV e das DST. 3.6 Identificação e/ou adaptação de novos modelos de educação em saúde e de prevenção do HIV que possam ser incluídos nas iniciativas voltadas para as travestis, respeitando suas especificidades e demandas.
4. Ter, até 2011, estabelecido ações de prevenção e assistência às travestis que estejam privadas de liberdade no Sistema Penitenciário.	4.1 Desenvolvimento de ações de prevenção e assistência no âmbito do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, incluindo acesso a insumos de prevenção, ao diagnóstico de HIV e DST, ao tratamento anti-retroviral e das DST e assistência jurídica. 4.2 Realizar capacitação e sensibilização de agentes penitenciários e outros servidores dos presídios sobre as questões de orientação sexual, identidade de gênero e direitos humanos da população de travestis. 4.3 Formar agentes multiplicadores de informação (através da metodologia de educação de pares) sobre Direitos Humanos e saúde no âmbito do sistema penitenciário. 4.4 Produção de material educativo sobre prevenção do HIV e das DST e Direitos Humanos dirigido para travestis nos presídios. 4.5 Sugerir ao Programa Brasil sem Homofobia o fomento a parcerias entre sociedade civil e Secretarias de Justiça e Segurança a fim de assegurar o acesso dos agentes multiplicadores e dos projetos de intervenção ao sistema penitenciário.

Objetivo 3

Promover a visibilidade positiva das travestis junto às instâncias governamentais, aos serviços de saúde e à população em geral.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter, até dezembro de 2010, realizado ações de comunicação e informação específicas que contribuam para a redução de contextos de vulnerabilidade social, institucional e individual associados às DST/HIV.	1.1 Formação de grupo de trabalho para a definição da veiculação de campanhas nacionais de informação e outras estratégias de comunicação voltadas para o combate ao preconceito e transfobia e reforço da visibilidade positiva das travestis. 1.2 Promoção da discussão de temas relacionados ao universo e visibilidade das travestis em fóruns de políticas públicas de saúde e de defesa dos direitos humanos. 1.3 Sensibilização de formadores de opinião (setores de comunicação e/ou pessoas-chave) sobre formulação de mensagens relacionadas às travestis, na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre o segmento e diminuir equívocos e/ou mensagens negativas. 1.4 Promoção de fóruns nacionais de discussão que envolvam o movimento de travestis, o movimento de aids e outras instituições e movimentos com iniciativas relevantes no campo da saúde e do enfrentamento das DST/HIV/aids.

Objetivo 4

Promover e ampliar a intersetorialidade das ações para a redução das vulnerabilidades às DST/HIV/aids voltadas às travestis.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter, até 2011, implementado em 100% o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e os componentes de sua Agenda Afirmativa para Travestis.	1.1 Reativação do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT do Ministério da Saúde. 1.2 Ampliação da discussão e identificação de estratégias no âmbito governamental sobre saúde integral das travestis e suas demandas específicas para essa área, como, por exemplo, o acesso a próteses de silicone, hormonioterapia e metacrilato, visando também ampliar o desenvolvimento de ações voltadas para redução de danos no uso de silicone industrial e hormonioterapia. 1.3 Inclusão de temas associados ao combate do estigma e preconceito, à promoção do respeito à diversidade GLBT e às especificidades do universo das travestis frente à infecção pelas DST/HIV nas estratégias nacionais de educação, saúde e diretos humanos. 1.4 Promoção da discussão e identificação de agenda de trabalho comum entre áreas de Saúde, Educação, Assistência Social, Judiciário e Emprego e Renda que possam contribuir para a redução das vulnerabilidades das travestis associadas às dimensões sociais e institucionais. 1.5 Ampliar a discussão e o desenvolvimento de ações específicas voltadas ao combate à transfobia nos grupos de trabalho do Programa Brasil Sem Homofobia, considerando também as implicações desse contexto para o aumento da vulnerabilidade à infecção pelas DST/HIV. 1.6 Fortalecer e ampliar o protagonismo das travestis na definição, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas nacionais e locais de saúde, de enfrentamento da epidemia do HIV/aids e de defesa dos direitos humanos e sexuais. 1.7 Garantir o reconhecimento da identidade de gênero das travestis e suas especificidades em saúde no âmbito do Sistema Penitenciário.

METAS	ATIVIDADES
2. Ter estabelecido pactuação para inclusão de ações sobre diversidade GLBT e de gênero e vulnerabilidades das travestis às DST/aids, em 100% das escolas integradas no Programa Saúde Prevenção nas Escolas (SPE).	2.1 Realização de atividades em escolas com a participação de profissionais da educação, alunos e comunidade, incluindo a organização de semanas pela diversidade GLBT e identidade de gênero nas escolas vinculadas ao SPE. 2.2 Desenvolvimento de material informativo e de apoio para a formação dos profissionais de educação e para a abordagem do tema identidade de gênero e orientação sexual em atividades pedagógicas. 2.3 Apoio ao Ministério e às Secretarias de Educação na formação de profissionais de educação.
3. Ter mobilizado, até dezembro de 2008, nas 27 UF, instituições que atuam com jovens - incluindo instituições de ensino e pesquisa - para o desenvolvimento de ações para travestis nesta faixa etária.	3.1 Integração de instituições governamentais e não-governamentais que trabalham com jovens no processo de elaboração dos planos de ação estaduais e municipais. 3.2 Estabelecimento de mecanismos de articulação entre essas instituições, secretarias de saúde e sociedade civil. 3.3 Sistematização e divulgação de experiências exitosas. 3.4 Ações de prevenção e discussão sobre diversidade GLBT, identidade de gênero e vulnerabilidades junto a adolescentes em regime de medidas socioeducativas

Objetivo 5

Produzir conhecimento sobre representatividade na população brasileira, participação na epidemia de aids, características e vulnerabilidades socioculturais e econômicas e práticas das travestis frente à infecção pelo HIV e pelas DST.

1. Ter, até dezembro de 2010, realizado pesquisas, estudos e avaliações que forneçam diagnóstico situacional e perfil social, cultural, de comportamento e epidemiológico das travestis, associados às DST/HIV/aids.	1.1 Elaboração de documentos técnicos de referência. 1.2 Priorizar o apoio técnico e financeiro para projetos de pesquisa regionais e/ou nacionais voltados para este grupo populacional. 1.3 Estimular o investimento de recursos financeiros nos Planos de Ações e Metas para a implantação de projetos de pesquisa sobre universo das travestis frente às DST/aids. 1.4 Definição de mecanismo para coleta e sistematização de conhecimento e informações relacionadas às travestis. 1.5 Divulgação nacional de dados, qualitativos e quantitativos, sobre contextos de vulnerabilidade e expressividade das travestis na epidemia de aids e DST. 1.6 Promoção, discussão e identificação de estratégias que viabilizem a identificação desse segmento populacional nos dados nacionais sobre infecção pelo HIV e casos de aids. 1.7 Incorporar a representatividade das travestis em estudos nacionais sobre conhecimento, práticas e atitudes da população frente às DST/aids.

Objetivo 6

Garantir o monitoramento, avaliação e controle social deste Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST e da Agenda Afirmativa para Travestis, considerando as três esferas de gestão.

METAS	ATIVIDADES
1. Ter, até dezembro de 2008, definido plano de monitoramento e avaliação deste Plano que contemple todas as especificidades da Agenda Afirmativa para Travestis.	1.1 Formação de grupo de trabalho para definição de plano de monitoramento e avaliação para mensurar e aferir resultados das metas e atividades. 1.2. Promover ações de advocacy deste Plano e da Agenda Afirmativa de Travestis junto a esferas estaduais e municipais de saúde e de DST/aids, bem como de suas estratégias para monitoramento e avaliação da implementação de suas atividades e alcance de seus resultados. 1.3. Formação de um comitê de monitoramento e avaliação deste Plano que contemple as especificidades desses processos associados à implantação da Agenda Afirmativa para Travestis.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

POLÍTICA BRASILEIRA DE ENFRENTAMENTO DA AIDS

RESULTADOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS

A Epidemia
Prevenção
Diagnóstico
Assistência e Tratamento
Sustentabilidade e Gestão
Direitos Humanos e Resposta Comunitária
Avançando na Resposta Nacional

2012

DST·AIDS
HEPATITES VIRAIS

SUS Sistema Único de Saúde

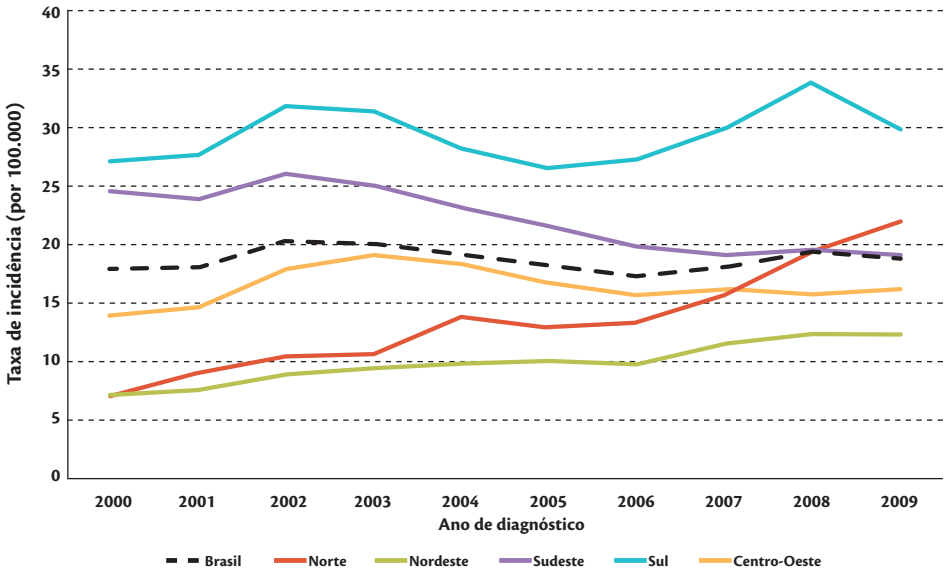
PRINCIPAIS RESULTADOS E AVANÇOS NO PERÍODO 2002 – 2012 E NOVAS FRENTES

A Epidemia

A resposta programática às DST/aids entra em um novo ciclo de desenvolvimento da epidemia, com taxas de prevalência relativamente baixas na população geral, em contraste com prevalências mais elevadas em subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, o que exige o aprimoramento das estratégias de vigilância, prevenção, assistência e tratamento.

- **A taxa de prevalência do HIV na população geral mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens.**
- **Nos últimos anos, observa-se tendência de estabilização da taxa de incidência de aids, ainda que em patamares elevados e com grandes diferenças regionais.**

Taxa de incidência de aids por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2009.

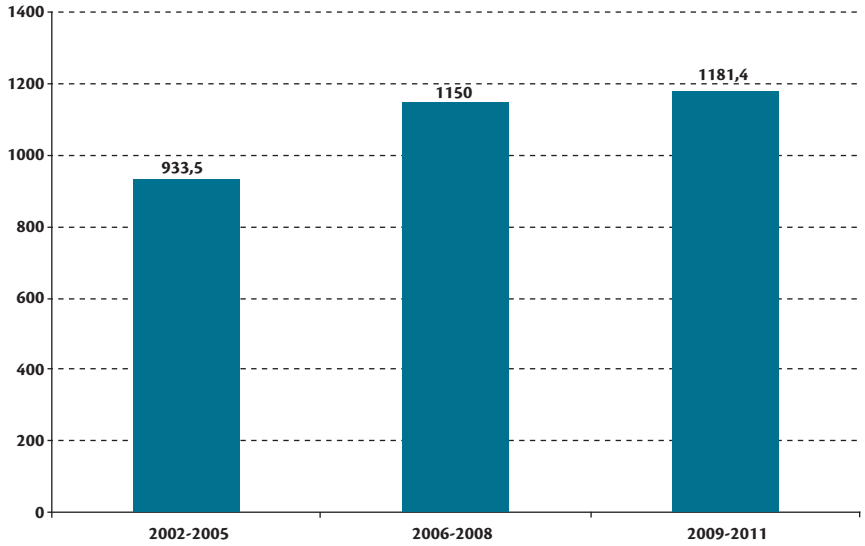


- **A epidemia está concentrada nos grandes centros urbanos, onde também estão as maiores proporções de casos de aids nas populações em situação de maior vulnerabilidade. No entanto, a epidemia se dissemina dos grandes centros para municípios de médio e pequeno porte.**
- **Entre essas populações, em 2009/2010, as taxas de prevalência foram de 5,9% entre usuários de drogas, de 10,5% entre HSH e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo.**
- **A taxa de prevalência entre homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) passou de 0,6% para 1,2%, entre 2002 e 2007, respectivamente. Tal aumento mostra a necessidade de ações focalizadas nesse segmento.**
- **As taxas de incidência de aids entre as mulheres apresentam desaceleração no crescimento, mas, nas regiões Sul e Nordeste, mantêm-se em níveis elevados.**
- **O coeficiente de mortalidade se mantém estável no país - em torno de 6,0 óbitos por 100 mil habitantes, desde 2000. Ainda são observados, nos últimos anos, aproximadamente 12 mil óbitos por aids a cada ano.**

Prevenção

- **Mais de 95% da população brasileira sabe que o uso do preservativo é a melhor maneira de prevenir a infecção pelo HIV.**
- **No entanto, pesquisas mostram que, nos últimos anos, houve queda no uso de preservativo, sendo esta mais preocupante entre jovens, mesmo que esses apresentem as maiores proporções de uso do preservativo.**
- **De 2002 a 2011, a distribuição de preservativos masculinos pelo governo federal passou de 146 milhões para quase 500 milhões/ano.**
- **Nos últimos 10 anos, foram adquiridos mais de três bilhões de preservativos masculinos e, aproximadamente, 32 milhões de preservativos femininos.**

Número de preservativos distribuídos por ano. Brasil, 2002-2011.

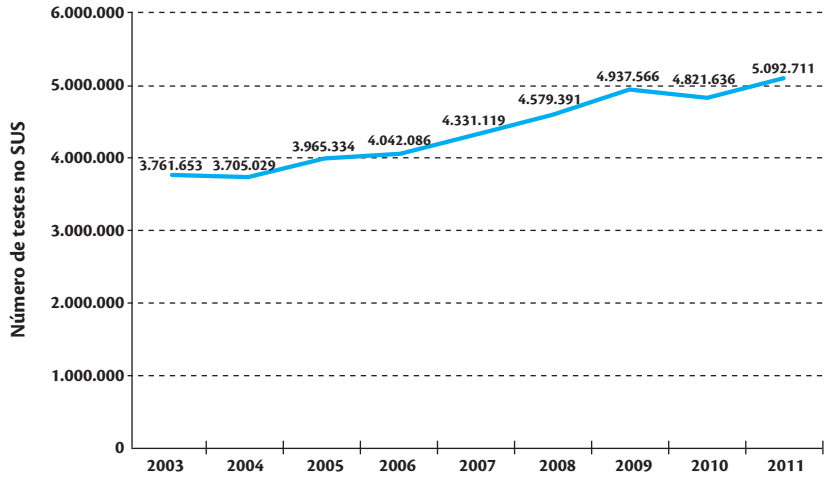


- **A partir de 2008, o Brasil passou a produzir preservativos masculinos de látex natural, na fábrica de Xapuri (100 milhões por ano).**
- **Em outubro de 2010, foram publicadas diretrizes para emprego da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV, para evitar a transmissão após exposições sexuais desprotegidas. Desde então, foram realizadas mais de 2.000 dispensações da profilaxia em mais de 200 serviços distribuídos pelo país, buscando garantir os direitos sexuais de populações em situação de maior vulnerabilidade e de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA).**
- **Ações junto à comunidade LGBT para a replicação de experiências bem-sucedidas e reconhecidas.**
- **Implementação das ações descritas nos planos voltados para as populações de gays, HSH, travestis e mulheres.**
- **Ações integradas com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), coordenadas com a Secretaria de Saúde Indígena, para a ampliação de testagem e assistência à população indígena.**
- **Ações integradas à área de saúde prisional para atuação no sistema penitenciário.**

Diagnóstico

- **Estima-se que, atualmente, 630.000 pessoas de 15 a 49 anos vivam com HIV/aids no Brasil. Dessas, em torno de 255 mil não sabem sua condição sorológica.**
- **A cobertura de teste de HIV na população brasileira passou de 28% em 2004 para 37% em 2008, sendo maior entre as mulheres por causa da oferta de testagem durante o pré-natal.**
- **Por outro lado, a cobertura é maior em alguns subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, tais como os HSH (54%), mulheres profissionais do sexo (65,1%) e usuários de drogas (44,3%).**
- **O diagnóstico pode ser feito em Unidades Básicas de Saúde (UBS), além dos 515 Centros de Testagem e Aconselhamento para DST e Aids (CTA).**
- **A oferta de teste de HIV pelo SUS passou de 3,3 milhões em 2003 para 5,1 milhões de unidades em 2011.**

Número de testes de HIV realizados pelo SUS. Brasil, 2003-2011.



- **Todas as ações de prevenção da transmissão da infecção da mãe para o filho são financiadas pelo SUS, incluindo o inibidor de lactação e o leite substituto do leite materno.**
- **O teste rápido de aids tem sido o maior investimento do Ministério da Saúde para o acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, na Atenção Básica de Saúde.**

Assistência e Tratamento

- **O número de pessoas em TARV aumentou de 125 mil, em 2002, para 217 mil, em 2011. A cada ano, mais de 30 mil pessoas iniciam a TARV no Brasil.**
- **Os medicamentos antirretrovirais (ARV) são distribuídos pelo SUS em 716 unidades dispensadoras, no território nacional.**
- **O Brasil tem oferecido os medicamentos mais recentemente desenvolvidos no mundo. Nos últimos anos, foram incorporados a enfuvirtida (2005), darunavir (2008), raltegravir (2009), etravirina (2010) e maraviroque (2012), adequando a política de tratamento de pessoas com multirresistência viral.**
- **Tendo em vista o desejo das pessoas vivendo com HIV/aids de ter filhos, em 2010 foram publicadas diretrizes de reprodução, para garantir os direitos sexuais e reprodutivos e eliminar as desigualdades de acesso a procedimentos de reprodução humana assistida.**
- **O número de serviços de atendimento especializado (SAE) para pessoas vivendo com HIV/aids aumentou de 636 em 2007 para 712 em 2010.**
- **Há 95 hospitais-dia (HD) credenciados e existe hoje uma rede de 25 serviços credenciados para tratamento da lipodistrofia, tendo sido realizados 998 preenchimentos faciais com PMMA e 120 cirurgias reparadoras, desde 2009.**
- **Existem no país 90 laboratórios que realizam exames de CD4 e 80 de carga viral.**
- **Na última década, foi implantada a Rede Nacional de Genotipagem (RENAGENO), formada por 23 laboratórios que realizam testes de resistência genotípica.**

- **Está em implantação a RENAGENO Novos Alvos no SUS para genotipagem de resistência na integrase e fusão e para avaliar tropismo por CCR5.**
- **A implementação dessas ações tem acarretado importante aumento dos níveis de indetecção viral em pacientes com 12 meses de tratamento: de 63,8% em 2006 para 73,3% em 2010.**
- **A média de sobrevida após o diagnóstico de aids passou de 58 meses em 2000 para mais de 9 anos em 2007, refletindo a estruturação da resposta nacional no campo da atenção.**
- **Publicação de novas diretrizes de tratamento, considerando seu início mais precoce e a oferta de TARV para casais sorodiscordantes, potencializando seu emprego na redução da carga viral comunitária.**

Sustentabilidade e Gestão

- **A resposta brasileira é compartilhada entre o governo federal, estados e municípios, com investimento de mais de R$400 milhões, por ano, em prevenção e vigilância.**
- **26 estados, o Distrito Federal e 500 municípios recebem, aproximadamente, R$130 milhões, por ano, destinados à execução das ações de DST e aids, em âmbito local.**
- **A cobertura da política de incentivo representa 87% dos casos de aids notificados no país e 90% de cobertura populacional.**
- **Em 2011, houve aumento de 91% no valor destinado à política de incentivo, passando de R$68 milhões, em 2002, para R$130 milhões. Em conjunto com o CONASS e o CONASEMS, o Ministério da Saúde tem realizado esforços para o incremento da utilização desses recursos.**
- **O Brasil investe anualmente R$800 milhões na aquisição de antirretrovirais, garantindo o tratamento a todos os que dele necessitam.**
- **São distribuídos mais de 20 antirretrovirais pertencentes a cinco classes terapêuticas, dos quais 11 são produzidos nacionalmente.**
- **O Brasil foi o primeiro país a decretar o licenciamento compulsório, levando a uma economia de 103 milhões de dólares, entre 2007 e 2011.**
- **Em 2011, não foi reconhecida a patente do tenofovir. Sua produção do Brasil é uma conquista do governo e da sociedade civil.**

Direitos Humanos e Resposta Comunitária

- **Desde seu início, a resposta brasileira à epidemia de aids foi marcada pela participação da sociedade civil.**
- **Nos últimos 10 anos, foram investidos aproximadamente R$230 milhões em projetos de base comunitária (ONG), representando R$23 milhões por ano.**
- **A resposta à aids é integrada e inclui ações intersetoriais - com a Secretaria de Direitos Humanos, a Secretaria de Política das Mulheres, a Secretaria de Igualdade Racial, o Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Defesa, dentre outros.**
- **Para a garantia da agenda relacionada aos direitos humanos e DST/aids no Brasil, o Ministério da Saúde articula com as Frentes Parlamentares, em especial a de DST/aids.**
- **O Ministério da Saúde assegura espaços para a representação da sociedade civil na formulação de políticas de saúde.**
- **Editais em apoio a ações da sociedade civil têm sido lançados para a promoção dos direitos humanos e prevenção, no montante de R$15 milhões.**

Perspectivas

A focalização da resposta nacional e a intensificação das estratégias de diagnóstico, prevenção e assistência para populações em situação de maior vulnerabilidade são estratégias centrais para aumentar o impacto na qualidade de vida, na sobrevida e na redução da incidência do HIV na comunidade.

Para tanto, são adotadas as seguintes medidas:

- **Orientação das ações dirigidas a essas populações, a partir de intervenções baseadas em evidências.**
- **Diversificação das estratégias de acesso ao diagnóstico, por meio da ampliação da cobertura de serviços de saúde que fazem teste de HIV, intensificação das ações de base comunitária, implantação de unidades móveis e de ações de mobilização.**
- **Utilização de diferentes metodologias de testagem para diagnóstico do HIV, que considerem diferentes cenários e situações. Por exemplo, teste rápido para populações em regiões de difícil acesso, portadores de tuberculose e pessoas sintomáticas; serviços de emergência; entre outros.**
- **Combinação de ações de intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, otimizando as ferramentas disponíveis para responder às necessidades atuais da epidemia. Entre essas ações estão:**
  - **Melhorar a ligação entre os serviços de diagnóstico (CTA, UBS etc) e os de monitoramento e acompanhamento (SAE), incluindo a abordagem consentida nos serviços de saúde.**
  - **Adequar serviços já existentes (por exemplo, CTA), estabelecendo serviços de referência, de forma a desencadear uma cultura de seguimento de populações vulneráveis**

soronegativas, considerando suas necessidades em saúde para o desenvolvimento de programas de atenção integral.

  - Expandir a utilização da Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP), como estratégia de prevenção, de oportunidade de acesso ao diagnóstico e de redução de risco e vulnerabilidade.

- Desenvolvimento e utilização de esquemas reduzidos a um comprimido diário, otimizando a adesão e a manutenção do tratamento.
- Fortalecimento das estratégias de prevenção positiva, promovendo ações direcionadas ao estilo de vida e ao convívio com HIV ao longo do tempo.
- Desenvolvimento de programas de atenção integral para coinfecção TB/HIV, incluindo diagnóstico oportuno do HIV, prevenção da TB e organização das redes de atenção, com disponibilização de medicamentos anti-TB para SAE e UDM.
- Implementação da rede de pesquisa clínica em DST/HIV/aids, com estruturação de coorte nacional de PVHA e populações em situação de maior vulnerabilidade soronegativas, suprindo a atual lacuna de informações sobre prevenção, cuidado e tratamento no contexto brasileiro.

WWW.AIDS.GOV.BR

UNODC
Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS

Secretaria de
Vigilância em Saúde

SUS

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

RELATÓRIO DE REUNIÃO/2013

ATENDENDO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE E TRATAMENTO DO HIV DE HOMENS GAYS E OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Consulta sobre as Políticas e Estratégias do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS

Genebra, 13 e 14 de maio de 2013

ATENDENDO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE E TRATAMENTO DO HIV DE HOMENS GAYS E OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Consulta sobre as Políticas e Estratégias do UNAIDS
Genebra, 13 e 14 de maio de 2013

Nos dias 13 e 14 de maio de 2013, o UNAIDS reuniu em Genebra 30 lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT), assim como defensores da causa da aids de todo o mundo para uma consulta sobre políticas e estratégias. Este relatório é uma sinopse dos debates realizados sobre a atual situação epidemiológica do HIV entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), sobre como melhorar seu acesso ao tratamento do HIV e sobre os desafios que enfrentam com relação à saúde e aos direitos humanos. O relatório também destaca as recomendações feitas pelos participantes para promover a informação sobre as ações a serem adotadas pelo UNAIDS e seus parceiros, de modo a atender às necessidades de saúde e tratamento do HIV de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

A CRISE DO HIV E DOS DIREITOS HUMANOS E SEU IMPACTO SOBRE OS HOMENS GAYS E OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Durante os últimos 10 anos, a incidência global do HIV começou a cair entre a população geral[1]. Contudo, entre os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, a incidência continua a aumentar nos países de renda baixa, média e alta. Em média, a prevalência do HIV é 19 vezes mais elevada entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens do que entre a população geral[2]. Por exemplo, em Mianmar, a prevalência do HIV é de 0,6% para a população geral e de 7,7% entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. Nos Estados Unidos da América, a prevalência do HIV na população geral é de 0,6%[3], mas entre os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, esse número sobe para 15,3%[4]. No Peru, a prevalência do HIV na população geral é de 0,4%, alcançando 12,5% entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens[5]. E no Quênia, país que apresenta uma epidemia generalizada, onde a prevalência do HIV é de 6,2%, esse índice sobe para 18,2% entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens[6]. A situação é ainda mais dramática para os indivíduos dessa população que usam drogas injetáveis e/ou que são profissionais do sexo[7].

A homofobia, criminalização e violência disseminada e persistente (incluindo assassinatos, abusos físicos, ameaças, coação e privação arbitrária da liberdade) contra homens gays e outros homens que fazem sexo com homens representam uma violação de seus direitos humanos e colocam em sério risco sua saúde, em especial quando se trata de homens vivendo com o HIV. Além disso, estes defrontam significativos obstáculos para acessar cuidados médicos de qualidade por causa da ampla discriminação contra a orientação sexual na sociedade e nos sistemas de saúde, cuja base é a falta de conhecimento. Em muitos países, o estigma gerado impacta a capacidade de acessar um amplo leque de direitos civis e serviços. Além das barreiras sociais, os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens também enfrentam obstáculos legais em 76 países que criminalizam atos sexuais entre pessoas do mesmo sexo, com penalidades que incluem multas, anos de prisão, ou até mesmo execução.

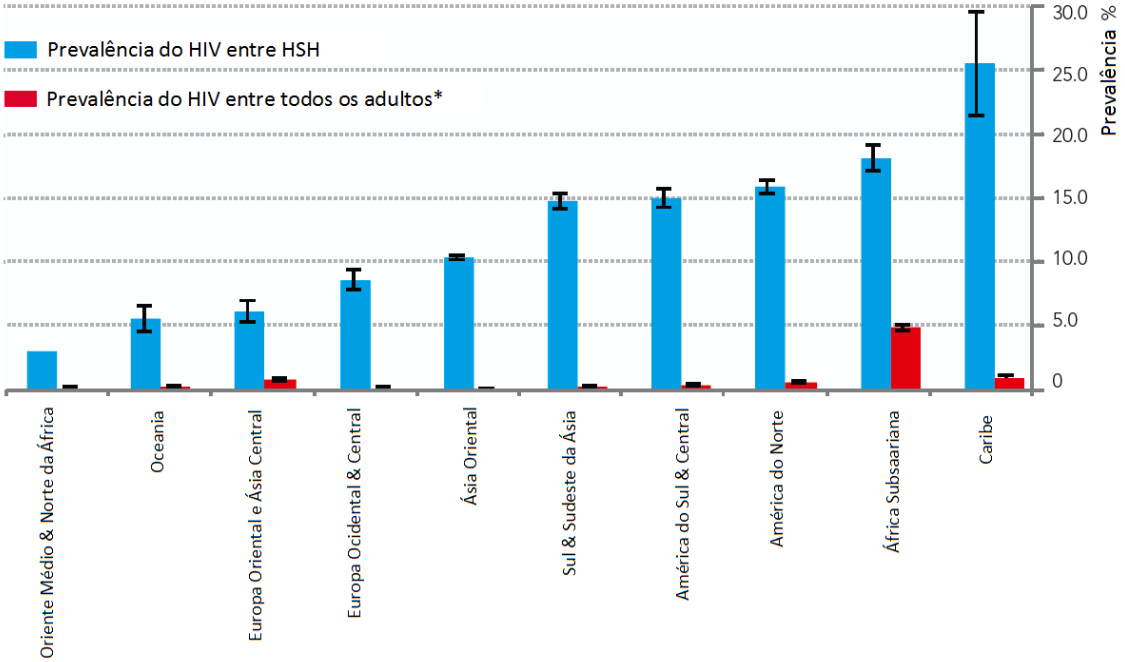
---

[1] UNAIDS. Relatório Mundial sobre a epidemia global da aids. Genebra, UNAIDS. 2012:11-12.
[2] OMS. Relatório EB133/6. Melhoria da saúde e do bem-estar de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. 13 de maio de 2013:1.
[3] Veja as estimativas sobre o HIV e aids de 2011 em http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/unitedstatesofamerica/ (acessado em 18 de junho de 2013).
[4] Beyer C. et al. Epidemiologia mundial da infecção do HIV em homens que fazem sexo com homens. Lancet, 2012, 380(9839)370.
[5] UNAIDS. Relatório para o Dia Mundial de Combate à Aids, 2012. Genebra, UNAIDS, 2012:42-43.
[6] UNAIDS. Relatório para o Dia Mundial de Combate à Aids, 2012. Genebra, UNAIDS, 2012:42-43.
[7] "Com frequência, os professionais do sexo não têm acesso suficiente a serviços adequados de saúde; preservativos masculinos e femininos e lubrificantes à base de água; profilaxia pós-exposição a sexo desprotegido e estupro; controle de doenças sexualmente transmissíveis, tratamento contra uso de drogas e outros serviços de redução de danos; proteção contra a violência e condições de trabalho abusivas; e apoio social e legal". UNAIDS. Nota de orientação sobre o HIV e o comércio sexual. Genebra, UNAIDS, 2009:5.

As evidências demonstram que os obstáculos legais e sociais impedem a mobilização comunitária em torno do HIV e de comportamentos mais seguros. Não raro os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens vivendo com o HIV não dispõem de acesso a serviços de saúde e tratamento para o HIV, acarretando cobertura insuficiente da terapia antirretroviral.

Apesar dessas evidências, muitos países e comunidades fracassam no reconhecimento e abordagem da questão do HIV entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, em especial nos países onde a epidemia do HIV é generalizada[8]. Ainda continuam insuficientes os investimentos nacionais em programas para atender às necessidades dessa população. Na maioria dos países, os investimentos dependem principalmente de financiamento internacional. Em 2010-2011, por exemplo, 92% de todos os gastos em programas para o combate ao HIV entre homens que fazem sexo com homens vieram de doadores internacionais[9], justamente no momento em que se esperava que uma apropriação dos programas por parte dos países beneficiários e os consequentes investimentos nacionais para o HIV aumentassem de maneira significativa, acompanhando os princípios da solidariedade global e da responsabilidade compartilhada.

Prevalência combinada do HIV entre HSH e entre todos os homens em idade reprodutiva, por região, atualização em 2013



Adaptado de Beyrer et al, The Lancet, 2013 [3]. Prevalência do HIV entre adultos, Unaids 2012 (dados de 2011) [1]
*Relatório Mundial do Unaids, 2012 (dados de 2011)

[8] UNAIDS. Relatório Mundial sobre a epidemia global da aids. Genebra, UNAIDS. 2012:78.
[9] UNAIDS. Relatório Mundial sobre a epidemia global da aids. Genebra, UNAIDS. 2012:28.

Nos 30 anos da epidemia do HIV, as comunidades de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) foram defensoras efetivas do acesso à prevenção do HIV, tratamento, atendimento e apoio para essas populações e para outros indivíduos infectados pelo vírus. Lutaram pelo seu direito ao tratamento e à não discriminação na resposta à aids. Lamentavelmente, os benefícios alcançados pela população geral ainda não abrangeram as comunidades LGBT. Na época atual, entretanto, com o crescente reconhecimento internacional dos seus direitos civis universais, essas comunidades estão exigindo acesso integral a todos os seus direitos humanos. Nos locais onde as comunidades LGBT são muito estigmatizadas, estas não recebem atenção política e programática suficiente nas respostas nacionais à aids. Por outro lado, nas jurisdições onde o acesso aos direitos é equitativo, essas populações enfrentam outro tipo de crise, desta vez envolvendo a geração mais jovem, a qual não é suficientemente esclarecida nem mobilizada em torno das questões da prevenção e tratamento do HIV.

Os avanços científicos, as lideranças e a mobilização de recursos permitiram um aumento extraordinário do acesso ao tratamento, mudaram a trajetória da epidemia do HIV e inspiraram uma nova perspectiva sobre o “fim da epidemia da aids”. Entretanto, essa conquista depende do acesso universal e igualitário à prevenção e tratamento, mediante o engajamento total das comunidades LGBT e a proteção dos seus direitos humanos.

O *Guia consolidado sobre o uso de antirretrovirais para o tratamento e prevenção da infeção pelo HIV da OMS* (junho de 2013) representa uma oportunidade estratégica de ampliar o progresso e as abordagens centradas no indivíduo para lidar com as necessidades de saúde e direitos humanos dos homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

.....

Esta consulta enfocou exclusivamente o tratamento, a saúde e os direitos civis de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. As necessidades dos transgêneros, igualmente importantes, não foram abordadas neste documento, e serão objeto de um debate específico.

.....

RENOVANDO O ATIVISMO PARA O TRATAMENTO, SAÚDE E BEM-ESTAR DE HOMENS GAYS E OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Todas e quaisquer providências que forem tomadas para ampliar o tratamento do HIV devem priorizar os homens gays, outros homens que fazem sexo com homens e outras populações-chave afetadas**. Os defensores dos direitos LGBT e da resposta à aids presentes à reunião solicitaram ações urgentes para abordar a crise da saúde e dos direitos humanos que afeta os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, incluindo alcançar a meta de 15 milhões de pessoas em tratamento até 2015 e o posicionamento das necessidades de tratamento e saúde para além de 2015**.

"A resposta à aids não se refere a uma doença; refere-se a pessoas. O impacto do HIV sobre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens indica que precisamos colocar os direitos humanos no centro da nossa resposta, a fim de resgatar a dignidade de todas as pessoas e salvar vidas".

Michel Sidibé
Diretor Executivo, UNAIDS

1. Precisamos de uma base confiável de evidências para orientar as políticas e o planejamento

Informações precisas e desagregadas são requisitos essenciais para determinar as prioridades dos financiamentos e dos programas de combate ao HIV, a fim de atender às necessidades de saúde de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. As evidências devem identificar e abordar os determinantes sociais da vulnerabilidade ao HIV.

Os países devem relatar regularmente o progresso alcançado na oferta e consecução do tratamento do HIV, visando estimular o surgimento de um impulso decisivo para a expansão do tratamento. Além disso, mais informações desagregadas podem ser usadas para planejar e determinar como os recursos chegam às populações-chave.

- O UNAIDS deve recomendar que os programas nacionais de combate à aids coletem dados adequados sobre o risco de infecção e o impacto da infecção e da doença entre homens que fazem sexo com homens (incluindo países com epidemia generalizada), com ampla disponibilização dos dados. As informações desagregadas sobre a evolução da epidemia, inclusive o aumento na oferta de tratamento para populações-chave afetadas, precisam ser reportadas com regularidade. Contudo, embora sejam necessários dados específicos sobre as populações, pode ser difícil coletá-los em alguns países (devido a barreiras sociais e legais).

- O UNAIDS deve encorajar a monitoria independente, em especial nos contextos com elevado grau de estigma e criminalização, a fim de complementar os relatórios governamentais. Esse acompanhamento pode ser conduzido pela sociedade civil, com o apoio do UNAIDS e da comunidade internacional.

2. Precisamos de sistemas de saúde não discriminatórios que forneçam serviços abrangentes para a expansão do tratamento

Os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens precisam saber mais sobre o tratamento do HIV e outras questões que afetam sua saúde e bem-estar. Os defensores da oferta de tratamento, dos direitos humanos e da saúde devem ampliar o uso das mídias sociais para alcançar uma comunicação eficaz com as comunidades locais sobre capacitação em tratamento e direitos, como também uma mobilização da comunidade. Os ativistas também podem usar essas redes para melhorar a atitude da população em relação à pessoas LGBT.

A qualidade da infraestrutura da saúde requer uma sociedade civil forte, engajada e mobilizada, que inclua os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. Os líderes de instituições religiosas desempenham um papel importante no fomento da diversidade e deveriam ilustrar o papel que a fé religiosa pode representar na eliminação da violência, proteção dos direitos de todos e oferta imparcial de serviços. Devemos colocar em prática escolas com um currículo adequado e centros de saúde que ajudem a construir o respeito pela diversidade (incluindo o respeito pelas pessoas LGBT.

> *"O UNAIDS é um declarado defensor da maior igualdade na resposta global à aids, inclusive para gays, HSH e transgêneros. Precisamos agora trabalhar juntos para levar esse ativismo a um novo patamar, fomentando mudanças nos países e criando um sistema de responsabilidade que promova a igualdade e melhores resultados de saúde para todos".*
>
> Chris Collins, Vice-Presidente e Diretor, Políticas Públicas, amfAR

Os programas nacionais de aids, os doadores, a comunidade internacional, a sociedade civil e as mídias devem mobilizar os jovens homens gays para uma participação significativa nas esferas decisórias, de modo que sejam capazes de tomar parte, de forma integral e engajada, na resposta ao HIV.

- O UNAIDS e parceiros devem desenvolver novas mensagens e implantar estratégias comunicativas inovadoras com relação à importância das necessidades de saúde e direitos humanos dessa população-chave. Atenção especial deve ser dada aos jovens vivendo com o HIV e/ou que usam drogas injetáveis.

- O UNAIDS e seus principais parceiros devem promover debates e diálogos entre os ativistas e a mídia para reportar, de maneira precisa e adequada, as realidades da discriminação enfrentada pelos homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

- O UNAIDS, em parceria com a sociedade civil e outros atores, deve patrocinar e promover sessões de diálogo sobre as necessidades de tratamento e de saúde dos homens gays e outros homens que fazem sexo com homens nas principais conferências regionais sobre a aids – ICASA,

ICAAE, FORO e EECAAC[10] –, bem como na Conferência Internacional sobre a AIDS 2014.

- O UNAIDS, em parceria com governos, sociedade civil, líderes religiosos e outros, deve patrocinar diálogos internos para desenvolver planos nacionais de combate ao HIV que atendam às necessidades de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, em especial os jovens.

3. Precisamos de liderança política e ativismo renovado para garantir saúde e direitos iguais

As três esferas governamentais (executivo, legislativo e judiciário) têm a responsabilidade de fornecer serviços de saúde e proteger os direitos de todos os cidadãos, incluindo os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. Ninguém pode ser excluído, uma vez que o sucesso da ampliação do tratamento depende de equidade e igualdade.

Os governos têm a responsabilidade de instituir leis que protejam seus cidadãos contra a discriminação e a violência e que assegurem a implantação de programas para reduzir a vulnerabilidade ao HIV e aumentar a oferta de tratamento e outros serviços de saúde. Estratégias nacionais para ampliar o tratamento do HIV precisam incluir a disponibilidade de serviços de saúde integrados que abordem as questões das infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental e drogas.

As comunidades de homens gays e outros homens que fazem sexo com homens precisam renovar e impulsionar seu ativismo. Precisam fortalecer a mobilização, ampliar a construção de redes nacionais, regionais e internacionais e sustentar a defesa das suas necessidades de acesso a tratamento, saúde e direitos humanos. Devem incluir as pessoas vivendo com o HIV, os jovens e aqueles que usam drogas injetáveis.

> *"Não existe uma abordagem geral para o HIV. Os seres humanos são – em razão de suas características biológicas e necessidades comportamentais – diferentes. Essas diferenças devem ser entendidas, aceitas e protegidas para maximizar a prevenção e tratamento do HIV. Qualquer lei, política, crença ou motivo que seja desfavorável ao reconhecimento da nossa diversidade dificultará o comprometimento para alcançar o fim da aids".*
>
> Jake Okechukwu Effoduh, Instituto Nigeriano de Estudos Legais Avançados

- O UNAIDS deve apoiar os grupos liderados por homens gays e outros homens que fazem sexo com homens que desejam impulsionar seu ativismo no combate ao HIV.

[10] ICASA: Conferência Internacional sobre Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis na África; ICAAP: Congresso Internacional sobre Aids na Ásia e Pacífico; FORO: Fórum Latinoamericano e do Caribe sobre HIV/Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis; e EECAAC: Conferência da Europa Oriental e Ásia Central sobre Aids. Outras importantes conferências regionais incluem a Conferência Europeia sobre Aids (EACS), a Conferência dos Estados Unidos sobre Aids (USCA) e o Congresso Centroamericano de HIV/Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CONCASIDA).

- O UNAIDS e seus parceiros devem defender os programas nacionais e as campanhas que combatem a homofobia, promovendo-os como prática conducente a ser replicada em outras partes do mundo.

- O UNAIDS deve liderar as discussões no interior do sistema das Nações Unidas para fortalecer os direitos humanos e a resposta ao HIV entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

- O UNAIDS e seus parceiros devem fortalecer o ativismo que visa à descriminalização de relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo. O UNAIDS deve ainda se pronunciar sistematicamente a favor da proteção contra a violência e a discriminação e do acesso igualitário ao sistema de saúde para a ampliação do tratamento. Isso inclui trabalhar em conjunto com governos e a sociedade civil para remover políticas danosas e lutar contra a discriminação.

4. Precisamos de modelos de investimento em ações afirmativas de direitos que beneficiem todos

Apesar da crescente liderança dos países e do aumento dos investimentos nacionais em serviços para o HIV, os programas específicos para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens continuam sendo subfinanciados, se considerarmos o impacto relativo do HIV nessa população. Esses programas continuam dependentes de recursos internacionais na maioria dos casos[11]. Os níveis de investimentos não parecem fundamentar-se em evidências, já que esses programas são custo-efetivos, eficazes e produzem máximo impacto. Os governos, doadores e sociedade civil precisam direcionar maior apoio político e financeiro, incluindo apoio primário, a programas que enfocam serviços de HIV para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

Recursos financeiros sustentáveis e previsíveis para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens são necessários para manter seu engajamento e a mobilização para a resposta à epidemia do HIV. Os programas nacionais para a aids, os doadores e a sociedade civil devem desenvolver projetos de investimento que incluam e destaquem a necessidade de investir em serviços de saúde e tratamento para homens que fazem sexo com homens, fundamentados nos direitos humanos e na participação, e que ocorram em regiões com epidemia concentrada, de baixo nível e generalizada. Os ativistas e parceiros devem exortar os governos, o Fundo Global e outras organizações a não apenas investir em projetos que ampliem o tratamento e serviços de saúde para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, mas também a aumentar o financiamento para os sistemas comunitários que oferecem esses serviços. As necessidades de saúde dessa população-chave devem estar previstas em todos os mecanismos de financiamento, incluindo o Novo Modelo de Financiamento (NFM) do Fundo Global.

[11] UNAIDS. Relatório Mundial sobre a epidemia global da aids, 2012:28

- O UNAIDS deve apoiar e promover a inclusão e o engajamento significativo de populações-chave – incluindo homens gays e outros homens que fazem sexo com homens – no NFM do Fundo Global. O UNAIDS deve ainda defender que os investimentos nacionais incluam serviços para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

- O UNAIDS deve promover maior investimento por parte de governos e parceiros para ampliar o tratamento do HIV e outros serviços de saúde para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

PRÓXIMOS PASSOS

ZERO INFECÇÕES NOVAS, ZERO DISCRIMINAÇÃO E ZERO MORTES RELACIONADAS À AIDS PARA OS HOMENS GAYS E OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

Atualmente, vislumbramos esperança no horizonte. A terapia antirretroviral salva vidas e ajuda a prevenir a transmissão do HIV. A ampliação dos serviços de saúde para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens produzirá importantes resultados no âmbito da saúde. Entretanto, para que os benefícios do tratamento sejam integralmente alcançados, é necessário que as barreiras políticas, legais e sociais sejam removidas e que os serviços sejam expandidos e adaptados.

O UNAIDS está comprometido com um programa de tratamento e de saúde que aborde a dupla crise da saúde e dos direitos humanos que afeta os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. Para implantar essa agenda, o UNAIDS desenvolverá um roteiro para alcançar a meta de 15 milhões de pessoas em tratamento até 2015 e para o posicionamento das necessidades de tratamento e saúde para além de 2015.

O UNAIDS também entrará em contato com as redes da sociedade civil, as organizações internacionais, os governos e outras organizações para desenvolver e fortalecer as parcerias necessárias para o cumprimento dessa agenda.

A demanda nunca foi tão clara: mobilizar e exigir *zero infecções novas, zero discriminação e zero mortes relacionadas à aids* entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens.

.....

Exoneração de responsabilidade: Este documento foi solicitado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS) em virtude da Consulta de Políticas e Estratégias do UNAIDS. As opiniões aqui expressas refletem a reunião e não representam necessariamente a opinião do UNAIDS ou seus copatrocinadores.

.....

PARTICIPANTES

Georges Azzi, Diretor-Executivo, Fundação Árabe de Liberdades e Igualdade (AFE), Líbano

Stefan Baral, Diretor, Programa de Populações-Chave, Centro de Saúde Pública e Direitos Humanos, Departamento de Epidemiologia, Escola de Saúde Pública John Hopkins, EUA

Yuri de Boer, Gerente de Projetos e Assessor sobre HIV/Aids, COC Nederland, Países Baixos

William Bowtell, Diretor-Executivo, Amigos do Pacífico do Fundo Global, Universidade de Nova Gales do Sul, Austrália

Chris Collins, Vice-Presidente e Diretor de Políticas Públicas, amfAR, EUA

Vivek Divan, Especialista em Políticas, Populações-Chave e Acesso à Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Daniel Driffin, Grupo de Referência para Jovens, Fórum Mundial sobre homens que fazem sexo com homens e HIV (MSMGF), EUA

John Fisher, Codiretor, ARC Internacional

Bogdan Globa, Diretor-Executivo, Tochka Opory/Fulcrum, Ucrânia

Mauro Guarinieri, Assessor Principal, Fortalecimento dos sistemas comunitários e populações-chave, Fundo Global da Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária

José Antonio Izazola, Ex-Diretor Geral, Centro Nacional para a Prevenção e Controle da Aids, México

Colin McIff, Assistente de Saúde, Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Missão dos Estados Unidos em Genebra, EUA

Frédéric Martel, jornalista da Rádio França e autor de “Global Gay: Como a revolução gay mudou o mundo”, França

Othoman Mellouk, Coordenador de Defesa da África Ssetentrional, Coalizão Internacional de Preparação para o Tratamento (ITPC) e Copresidente da MSMGF, Marrocos

Sharon Mottley, membro da Junta Diretora, Coalizão para a Inclusão da Orientação Sexual (CAISO), Trinidad e Tobago

Joel Gustave Nana, Diretor-Executivo, Africanos pela Saúde e Direitos Sexuais (AMSHeR), Camarões

Denis Nzioka, Editor e Agente de Programas, Identity Kenya, Quênia

Albert Ogle, Presidente, Fundação São Paulo pela Reconciliação Internacional, Catedral de São Paulo (São Diego, Califórnia), EUA

Jake Okechukwu Effoduh, pesquisador, Instituto Nigeriano de Estudos Legais Avançados, Nigéria

Carlo André Oliveras Rodriguez, Coordenador Regional, Grupo de Ação para Tratamento do Caribe (CTAG), Porto Rico

Esteban Paulón, Presidente, Federação Argentina de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (FALGBT), Argentina

Niluka Perera, representante da Ásia meridional, Youth Voices Count, Sri Lanka

Midnight Poonkasetwatana, Diretor-Executivo, Coalizão da Ásia-Pacífico sobre Saúde Sexual Masculina (APCOM), Tailândia

Toni Reis, Secretário de Educação, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (ABGLT), Brasil

Gennady Roshchupkin, Coordenador de Projetos Técnicos, Aliança Internacional contra o HIV/Aids, Ucrânia

Ashok Row Kavi, Presidente, The Humsafar Trust, Índia

Rebecca Schleifer, Diretora de Defesa, Departamento de Saúde e Direitos Humanos, Human Rights Watch

Anastasia Smirnova, Gerente-Geral de Projetos, Escritório da Rede LGBT, Rússia

Genebra, 13 e 14 de maio de 2013

UNAIDS
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

20 Avenue Appia
1211 Genebra 27
Suíça

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org
JC2521/1/S

unaids.org

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS) lidera e inspira o mundo para alcançar sua visão compartilhada de zero infecções novas pelo HIV, zero discriminação e zero mortes relacionadas à aids. O UNAIDS reúne os esforços de 11 organizações das Nações Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e o Banco Mundial) e trabalha em estreita colaboração com parceiros globais e nacionais para maximizar os resultados da resposta à aids.

A tradução deste documento foi realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e sua publicação online foi autorizada pelo UNAIDS.

Ministério da Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade - DHRV

PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS E OUTAS DST

Análise da situação atual e proposta de monitoramento

CONSULTORA WILZA VIEIRA VILLELA

Outubro, 2010

Sumário Executivo:

Este relatório apresenta o mapeamento da situação de Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, nas 27 UF do país, até abril de 2010, com base na exploração dos sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde e na análise de documentos, tais como: o próprio texto do plano, na sua versão original e após a revisão, os planos estaduais, os relatórios das oficinas macrorregionais, os dados dos governos federal e estaduais relativos ao perfil epidemiológico das mulheres em relação à aids e eventos de saúde reprodutiva, os planos de ações e metas de 2008 e 2009 e as entrevistas com os responsáveis pelo plano no âmbito federal e estadual.

A interpretação dos dados considerou as ações do nível federal de gestão, a dinâmica do setor saúde em cada estado e a inserção das coordenações de DST/aids nos organogramas das Secretarias Estaduais de Saúde.

Os resultados mostram que todas as ações de responsabilidade do gestor federal essenciais para o desenvolvimento do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST, em âmbito estadual, estão em andamento.

Nos estados, a expansão da atenção básica, com ênfase na Promoção da Saúde e nas ações intersetoriais, cria oportunidades de abordagem da feminização da epidemia do HIV/aids. Rotinas já instituídas para a atenção à saúde das mulheres, das gestantes e das mulheres vivendo com HIV/aids também concorrem para a realização das ações de saúde previstas no Plano, em especial quando contempladas no Pacto pela Saúde e incluídas nos Planos Estaduais de Saúde. O mesmo ocorre em relação ao enfrentamento da violência contra as mulheres, cujas atividades contam com apoio da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

No entanto, alguns estados não têm conseguido utilizar o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST para fortalecer as ações em andamento junto às mulheres e incluir a abordagem das DST do HIV/aids, exceto no que se refere a ações visando ao aumento da cobertura da realização do exame de Papanicolau. Em estados que exploram essa potencialização, nem sempre as ações que já eram desenvolvidas e foram incorporadas ao Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST são reconhecidas pelos gestores locais ou pela sociedade civil como parte do plano.

Dificuldades de articulação intra e intersetorial, fragilidade de coordenações estaduais de DST/aids, pela falta ou rotatividade dos profissionais de saúde ou outros problemas de gestão, comprometem o desenvolvimento do plano em alguns estados.

Do total de 24 estados acessados, em seis o plano "não saiu do papel", três encontram-se em fase bem inicial de execução e quatro consideram que tiveram êxito na implementação do plano, conseguindo realizar com sucesso

as propostas. Os demais estados realizam basicamente as ações do plano que ocorrem sob a governabilidade das coordenações de DST/aids, tendo como principal foco a transversalidade das ações de DST/aids na atenção básica e o fortalecimento das redes de atenção às mulheres que sofrem violência.

Em muitos estados, as ações estão direcionadas às mulheres de uma forma geral, às mulheres vivendo com HIV/aids e às mulheres em situação de violência, havendo um volume menor de ações voltadas para os grupos de mulheres contemplados nas agendas afirmativas - mulheres profissionais do sexo, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres transexuais.

As propostas se concentram em atividades de prevenção para as mulheres de modo geral, reforço ou implantação de rotinas de serviços e promoção de eventos.

Em alguns estados, foi reportada a necessidade de fortalecimento das organizações da sociedade civil que representam as mulheres contempladas nas agendas afirmativas, visando a garantir o diálogo necessário para a adequação do plano ao contexto político e perfil epidemiológico dessas mulheres.

De acordo com as entrevistas com os representantes nos estados, destacam-se quatro estratégias que tiveram êxito: utilização dos instrumentos do SUS para institucionalização do plano e facilitação do estabelecimento de parcerias; fortalecimento das organizações da sociedade civil e incorporação ativa nas realizações do plano; inserção das ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST nas iniciativas das demais áreas do setor de saúde e das demais instâncias do governo que atuam junto às mulheres; sensibilização dos gestores das cidades do interior.

A partir desses resultados, sugere-se que o monitoramento do plano para o ano de 2011 considere:

- A análise junto aos gestores estaduais das propostas do PAM 2009/2010, visando à incorporação das ações propostas nas agendas afirmativas do PAM 2011/2012;
- A efetividade das ações realizadas e as oportunidades para a proposição de novas ações, visando à adequação do PAM 2011/2012 às características da epidemia entre mulheres nos diferentes estados.

AVANÇOS E DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DO PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS E OUTRAS DST, 2008-2010

Introdução:

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e Outras DST, lançado em 2007, é uma proposta de ação intersetorial visando a reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, pautada pelo conceito de vulnerabilidade - articulação entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico.

O Plano busca abarcar ações que incidam sobre os três níveis de produção de vulnerabilidade nas mulheres: situações sociais que reduzem seu poder de negociação sexual, qualidade do atendimento oferecido pelos serviços de saúde e acessibilidade do fortalecimento individual das mulheres. Essa característica exige a construção de parcerias intra e intersetoriais.

A primeira versão do Plano foi discutida com gestores, técnicos e lideranças da sociedade civil, em quatro oficinas macrorregionais. Após as oficinas, os representantes de cada estado foram responsabilizados por coordenar a elaboração dos respectivos planos, de acordo com o perfil epidemiológico e de vulnerabilidade especifico das mulheres em cada estado.

Em 2009, o Plano foi revisto, visando a torná-lo mais operacional e considerando a classificação do Brasil como um país de "epidemia concentrada". Esse é um parâmetro internacional que considera as taxas de prevalência e de incidência da epidemia na população geral e em alguns segmentos populacionais para distinguir os países em que a epidemia incide mais em alguns grupos (epidemia concentrada), daqueles em que toda a população apresenta uma taxa de incidência semelhante e alta (epidemia generalizada).

Esta revisão incorporou ao Plano as agendas afirmativas construídas por mulheres sob maior vulnerabilidade - profissionais de sexo, mulheres vivendo com HIV, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres vivenciando a transexualidade.

A proposta de monitoramento

Em 2009, dois anos após o lançamento do Plano e quase um ano após a sua revisão, tornou-se necessário identificar as potencialidades, obstáculos e características da implementação em cada estado da Federação.

Esse diagnóstico considerou a exigência de integração intra e intersetorial e o diálogo com a sociedade civil como elementos-chave para a operacionalização do Plano. Foi, também, levada em consideração a diversidade das estruturas e organogramas das secretarias de saúde nos estados, o perfil epidemiológico da epidemia do HIV/aids e demais agravos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Para tanto, foi realizada uma exploração nos sítios eletrônicos das Secretarias de Saúde de cada estado visando a conhecer sua organização e diretrizes de atuação, os planos estaduais de saúde e os agravos à saude prioritários no estado.

Como etapa inicial do diagnóstico, foram analisadas as ações essenciais para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST[1] que estão sob responsabilidade da gestão federal.

Uma segunda etapa do trabalho incluiu a análise das ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST contidas nos Planos de Ações e Metas (PAM) estaduais de 2008 e 2009. Por último, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pela formulação do Plano no âmbito federal e pela sua operacionalização nos estados.

Foram, também, entrevistadas lideranças da sociedade civil envolvidas na formulação do Plano durante as oficinas macrorregionais ou na sua implementação nos estados, visando a conhecer a análise sobre os avanços e os obstáculos para a sua efetivação.

[1] Cf Plano Integrado de Enfrentamento da Femininzação da Aids e outras DST. Revisão 2009

Resultados:

1) Contexto:

Ações de saúde sexual e reprodutiva de boa qualidade e o enfrentamento da violência são essenciais para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

O quadro abaixo mostra a situação das ações consideradas essenciais para a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST que estão sob responsabilidade do gestor federal.

Quadro 1. Ações essenciais para a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST:

Ação	Situação
Ampliar a rede de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual.	Em andamento, por meio de convênios entre os municípios e a ATSM e também com a SEPM.
Fomentar a inclusão de ações de enfrentamento à violência sexual e doméstica nos Planos de Ações e Metas dos Programas de DST e Aids.	Presentes em 11 de 25 estados que incluíram ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST no PAM.
Ter implementado, nos municípios que têm a política de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids e Saúde da Mulher, ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica.	Oito estados referem-se em seus planos de saúde a organização de redes de enfrentamento da violência.
Fomentar a inclusão da temática do enfrentamento da feminização do HIV/aids, no Projeto Integral Básico do Pacto de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, nos 15 Estados prioritários.	Em andamento, o Projeto do CONASS de núcleos de prevenção da violência e promoção da saúde possibilita a inserção de ações contra a violência de gênero onde ha secretaria de direitos das mulheres atuante.
Ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos e anticoncepção de emergência.	Realizado.
Adquirir 20 milhões de preservativos femininos e distribuir conforme o Plano de Necessidades.	Em andamento.
Realizar estudo que estabeleça indicadores e estimativas de necessidades para a ampliação do acesso ao preservativo feminino.	Em andamento.
Fornecer preservativo feminino para instituições penais femininas.	Ação aparece em PAMS de três estados.
Fornecer preservativo feminino para serviços que atendem pessoas vivendo com HIV/aids.	Ação aparece em PAMS de quatro estados.
Aumentar o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos masculinos.	Em 2007, 11.8% (fundamental) e 21.7 (médio).
Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV.	Em 2008, 49.7% das gestantes eram testadas par o HIV
Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita.	Em andamento, pactuação entre estados, municípios e gestão federal tem melhorado a qualidade da informação.
Construir protocolo de recomendações para reprodução em pessoas vivendo com HIV/aids.	Ação em andamento em um estado.
Elaborar protocolo voltado à saúde integral de mulheres vivendo com HIV/aids.	Em andamento.
Fomentar a implantação, nas unidades prisionais femininas de ações para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids.	Ação consta de PAMS de três estados.
Aumentar a proporção de mulheres que relatam saber que a relação sexual é uma das formas de transmissão do HIV.	Realizado (PCAP, 2008).
Aumentar a proporção de mulheres que relatam terem realizado o teste para o HIV.	Realizado (PCAP, 2008).
Aumentar a proporção de mulheres entre 15 e 54 anos sexualmente ativas que referem ter realizados exames ginecológicos e exame de papanicolau nos últimos três anos.	Em andamento. É uma das metas do Pacto pela saúde. Em 2008, 64% de cobertura.

Assessorar os 27 Grupos de Trabalho Estaduais na implementação e monitoramento do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia das DST/HIV/Aids, em âmbito local, incluindo as Agendas Afirmativas.	Em andamento.
Definir e implementar, até dezembro de 2009, mecanismos de monitoramento do "Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST".	Em andamento.

Fonte: os dados foram coletados pela consultora a partir das entrevistas com os responsáveis pelos Planos nos estados, consulta a PCAP[2] e PAM[3] estaduais.

Como pode ser observado, as ações necessárias para a implementação do Plano que dependem da atuação do gestor federal estão ocorrendo.

2) As Secretarias de Saúde:

A consulta aos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde e aos Planos Estaduais de Saúde mostra a priorização dada à ampliação da atenção básica. As ações de saúde das mulheres ocorrem nesse nível de atenção e estão focadas na atenção pré-natal e planejamento reprodutivo. Quase todas as secretarias de saúde desenvolvem alguma ação integrada a outra secretaria, em especial no que diz respeito ao enfrentamento da violência contra as mulheres. Os setores responsáveis pela organização da resposta ao HIV/aids podem ser gerências, coordenações ou um setor da vigilância epidemiológica. Poucos sítios têm informações acessíveis sobre a epidemia no estado.

Não foram encontradas nos Planos Estaduais de Saúde disponíveis nos sítios eletrônicos alusões ao enfrentamento do HIV/aids entre mulheres, embora alguns prevejam ações para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis propostas como meta no Pacto pela Saúde.

3) As propostas dos Planos de Ações e Metas (PAMS):

Para garantir os recursos necessários para a sua execução, as ações propostas nos Planos Integrados de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST estaduais deveriam ser incorporadas aos respectivos Planos de Ação e Metas. Apesar da priorização dada às mulheres contempladas nas agendas afirmativas, segundo análise feita a partir de palavras-chave nos PAM de 2008 e 2009[4], o maior volume de ações se mantém voltado para as mulheres da população geral e corresponde a 75% das ações propostas, enquanto que as ações realizadas para os segmentos de mulheres contempladas nas agendas afirmativas[5] não chegam a representar 15% das ações. Nessa mesma análise foi, também, detectado que cerca de 7,7% das ações analisadas fazem referência às mulheres privadas de liberdade e às mulheres em situação de violência. A tabela abaixo não é o único indicador do que tem sido desenvolvido nos estados, mas pode indicar empiricamente o número de ações propostas para cada grupo populacional, considerando as mulheres contempladas nas agendas afirmativas e as demais mulheres, a partir das ações propostas nos PAM

[2] Pesquisa de comportamento atitudes e práticas 2008.

[3] Plano de ação e metas.

[4] A Análise foi feita a partir de palavras-chave dos relatórios de atividades desenvolvidas nos PAM estaduais nos anos de 2008 e 2009.

[5] Os segmentos contemplados neste plano foram: mulheres vivendo com HIV/aids, mulheres transexuais, prostitutas, lésbicas e MSM – mulheres que fazem sexo com mulheres. Para maiores informações consultar: www.aids.gov.br/feminização.

Quadro de ações citadas nos PAM estaduais de 2008 e 2009[6] para cada grupo populacional.

Grupo populacional referido no PAM	N. de ações	Percentual
Mulheres vivendo	15	6.1%
Lésbicas e MSM	8	3.1%
Transexuais	3	1,20%
Prostitutas	10	4.1%
Privadas de liberdade	5	2%
Em situação de violência	14	5,70%
Mulheres em geral	182	75%
Ações de articulação política	6	2.4%
Total	**243**	**100%**

Fonte: PAM

Obs.: foram incluídas ações de articulação com outros setores que trabalham com mulheres; cinco estados alocam recursos para aquisição de preservativos femininos.

Dentre as ações voltadas para as mulheres contempladas nas agendas afirmativas, existe uma concentração de ações voltadas para mulheres vivendo com HIV. Em dois estados, a ação proposta é a realização do exame colpocitológico nos serviços de atendimento especializado. Em outros, a ação tem como finalidade a constituição de grupos de adesão ou de ajuda nos serviços de atendimento, estratégia que inclusive permite apoiar e fortalecer organizações de mulheres vivendo com HIV. Ações voltadas para a redução do estigma são propostas em dois estados, e um propõe ações de geração de renda.

As mulheres em situação de violência constituem o segundo grupo com maior concentração de ações, que, em sua maioria, são voltadas para a constituição de serviços de atenção ou redes de apoio. As prostitutas são o terceiro grupo mais contemplado com ações que se caracterizam pela promoção de eventos ou de ações educativas.

Dois estados propõem ações específicas para mulheres transexuais, já que a maioria dos estados as incorpora nas ações dirigidas a travestis e transgêneros. Alguns estados incorporam as mulheres transexuais nas ações voltadas para HSH, e alguns também agregam as prostitutas nesses grupos, de forma especial em eventos.

A exiguidade de ações voltadas para as mulheres que fazem sexo com mulheres e as transexuais talvez reflita a organização ainda frágil desses grupos nos estados. A inclusão de atividades para esses grupos em alguns Planos corresponde aos Estados em que existem organizações mais fortalecidas atuando junto aos programas de DST/aids/HV

As ações elencadas na categoria "articulação política" correspondem à organização de eventos em parceria com outras áreas e à realização de reuniões para detalhamento e/ou divulgação do plano em nível estadual e para os municípios.

[6] Idem nota 2. A sistematização indicada na tabela pode não refletir a totalidade de ações voltadas para esses segmentos, uma vez que os recursos não retratam necessariamente a população a qual a ação se destinou e ainda algumas ações realizadas podem não implicar em gastos e, portanto, não figurar no PAM. No entanto, a tabela fornece indicadores sobre a invisibilidade de alguns grupos.

A tabela abaixo apresenta os tipos de ações propostos para cada um dos grupos prioritários:

Tabela 2. Tipo de ação proposto para cada grupo populacional.

Tipo de ação/ grupo populacional	Capacitação de profissional para manejo clínico	Expansão de ações de assistência	Apoio a eventos	Ações educativas/ oficinas para autoestima
Mulheres vivendo com HIV/aids	02	06	05	02
Prostitutas			04	06
MSM			08	
Transexuais			02	01
Mulheres privadas de liberdade				05
Mulheres que sofrem violência	08	03		02
Geral				
Total	**10**	**09**	**19**	**16**

Fonte: PAM 2008 e 2009.

Existe um relativo equilíbrio entre as ações voltadas para a assistência, incluindo a capacitação dos profissionais, e as ações que buscam trazer maior visibilidade para as mulheres dos diversos segmentos e aquelas visando ao fortalecimento das mulheres.

4) As opiniões dos gestores:

Perguntados sobre a implementação do plano nos seus estados, os técnicos responsáveis apontam para diversos graus de desenvolvimento. Assim, dos 24 entrevistados, seis afirmam que o plano não foi implementado conforme o previsto; em três estados o plano está em uma fase bem inicial; em 11, o plano acontece, embora sem um foco específico nas ações voltadas para mulheres sob maior vulnerabilidade e com problemas de integração; em quatro estados a realização do plano é considerada bem sucedida pelos seus responsáveis.

Embora as características da epidemia do HIV/aids entre mulheres sejam distintas em cada estado, assim como o perfil dos principais agravos à saúde da população geral e das mulheres em particular, e também são diferentes a estrutura e organização dos serviços de saúde, alguns temas são recorrentes nas entrevistas, como:

- mudanças recentes na estrutura organizacional da SES e na inserção da coordenação de aids no organograma;
- tamanho reduzido das equipes de trabalho, obrigando um mesmo técnico a exercer múltiplas tarefas e ainda se ater às atividades de rotina essenciais; técnicos novos que não trazem a história da luta contra a epidemia e da elaboração do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras DST;
- fragilidade e baixa participação dos movimentos sociais de mulheres;
- falta de experiência com o trabalho intra e intersetorial; dificuldades com esse tipo de trabalho e com a criação de uma proposta na qual todos os parceiros tenham seus interesses contemplados;
- necessidade de maior presença do suporte técnico e político do gestor federal;

- relação ainda difícil entre as coordenações de DST/aids, vistas como as "primas ricas' e com maior autonomia, e os demais setores da SES, e persistência de posturas discriminatórias em relação aos portadores do HIV/aids.

5) Potencialidades:

Foi possível identificar quatro estratégias para a potencialização do Plano nos estados, a partir das experiências dos estados cujos gestores consideram que o Plano está sendo realizado a contento:

- utilização dos mecanismos do SUS, pactuações com gestores municipais, discussão na comissão intergestora bipartite, discussões nos diferentes fóruns de sociedade civil, visando à institucionalização do Plano no âmbito do SUS. Ex. São Paulo e Minas Gerais.
- articulação política para o envolvimento de diferentes atores, em especial das organizações não governamentais, e o fortalecimento deles por meio da incorporação efetiva no desenvolvimento das atividades Ex.: Bahia, Maranhão.
- integração das ações já desenvolvidas no estado de redução do impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST às iniciativas de ação básica em saúde das mulheres. Ex. Sergipe, por meio do programa Bem Mulher; Paraíba e todos os estados que se utilizaram da campanha "Fique Sabendo" junto às usuárias do Programa Bolsa Família, para desenvolver ações de aconselhamento e sensibilização junto às mulheres e demais profissionais envolvidos na campanha.
- sensibilização dos gestores municipais visando a ampliar e capilarizar as ações.

6) Discussão e recomendações:

A análise do material permite identificar diferentes dinâmicas na operacionalização do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST: aquela em que o plano foi elaborado logo após a oficina macrorregional, de forma integrada e participativa, mas depois não caminhou; aquela em que o plano vem sendo realizado de modo próximo do previsto; aquela em que houve uma interrupção no trabalho de desenvolvimento do plano. Assim, qualquer estratégia desenvolvida pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para fortalecer os planos em nível estadual deve considerar essas dinâmicas e buscar metodologias de trabalho apropriadas a cada uma.

A maioria dos planos foi desenhada em 2008, não sofrendo adequação posterior. É necessário que os planos estaduais sejam atualizados, considerando a importância de incluir no próximo PAM ações que se voltem para as mulheres sob maior vulnerabilidade, respeitando o perfil da epidemia e a organização local da sociedade civil.

A disponibilidade de recursos do PAM pode sugerir que o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST é uma "coisa da aids". Deve ser feito um esforço político no sentido de mostrar que a redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV beneficia todas

as mulheres e fortalece o SUS. A inserção no PAM de ações intersetoriais pode ser um mecanismo indutor da integração.

O estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais é um desafio. Muitas funcionam por projetos e se a participação no Plano não estiver incluída e remunerada por algum projeto torna-se inviável. Desse modo, a ideia de integração deve reportar-se aos objetivos finalísticos da ação, não aos processuais.

Da mesma maneira que este plano não entrou de fato na agenda de alguns gestores, também não entrou na agenda dos movimentos de mulheres ou de luta contra a aids. Isso aponta a necessidade do fortalecer nesses movimentos a discussão sobre a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e a oportunidade estratégica que as ações para a sua redução podem oferecer no reforço das demais agendas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos e demais direitos de cidadania para as mulheres.

Não sendo a epidemia de aids entre as mulheres a prioridade de saúde nos estados, é necessária a adequação local das propostas do Plano, de modo a compatibilizá-las com as propostas do SUS, sem que se perca o foco sobre as mulheres mais vulneráveis.

Existe a necessidade de maior instrumentalização dos gestores locais para identificar o perfil local de vulnerabilidade das mulheres e orientar as ações do plano, fornecendo elementos para o monitoramento e avaliação do trabalho e para a adequada alocação dos seus recursos.

A priorização das mulheres em geral está em desacordo com a diretriz que orientou a revisão do plano, e que mostra uma epidemia concentrada em alguns grupos populacionais, exigindo ações focalizadas e específicas. Desde a sua primeira versão, o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST aponta as desigualdades entre as mulheres de diferentes segmentos.

As ações para as mulheres vivendo com HIV/aids são insuficientes em volume e abrangência. Há serviços especializados em HIV/aids que ainda não contam com ginecologistas. Nas unidades de atenção básica, por causa do volume de atendimento e a rotinização de algumas atividades, como atenção à gravidez, parto, puerpério, contracepção e realização de Papanicolau, existe uma aparente resistência na incorporação de tecnologias novas, como o aconselhamento e a abordagem da sexualidade, ao lado da persistência de mitos e preconceitos relativos à epidemia e seus portadores. Isso torna difícil o atendimento das mulheres vivendo com HIV/aids, o que requer maiores esforços de integração técnica e programática.

Muitas das ações essenciais do Plano estão contempladas no Pacto pela Saúde ou fazem parte da rotina da atenção básica e das diretrizes do SUS. Essa consonância deve ser mais explicitada para os técnicos, gestores e movimentos sociais, de modo a deixar claro que o desenvolvimento de ações integradas poupa recursos.

É essencial concentrar esforços na institucionalização do Plano Integrado, ampliação e fortalecimento de ações intersetoriais, bem como na inserção das ações do Plano nos processos de trabalho dos serviços de saúde.

A CAMISINHA PROTEGE VOCÊ DA AIDS.

Usando-a corretamente, você evita também outras doenças sexualmente transmissíveis.

1



Rasgue cuidadosamente a embalagem com a mão e retire a camisinha.

2



Desenrole a camisinha até a base do pênis, segurando a ponta para retirar o ar.

3



Use sempre gel à base de água.

4



Depois da relação, retire a camisinha do pênis ainda duro, com cuidado para não vazar.

5



Use a camisinha uma só vez. Depois de usada, dê um nó e jogue no lixo.

Observe o prazo de validade na embalagem da camisinha, ele é a sua garantia de segurança.

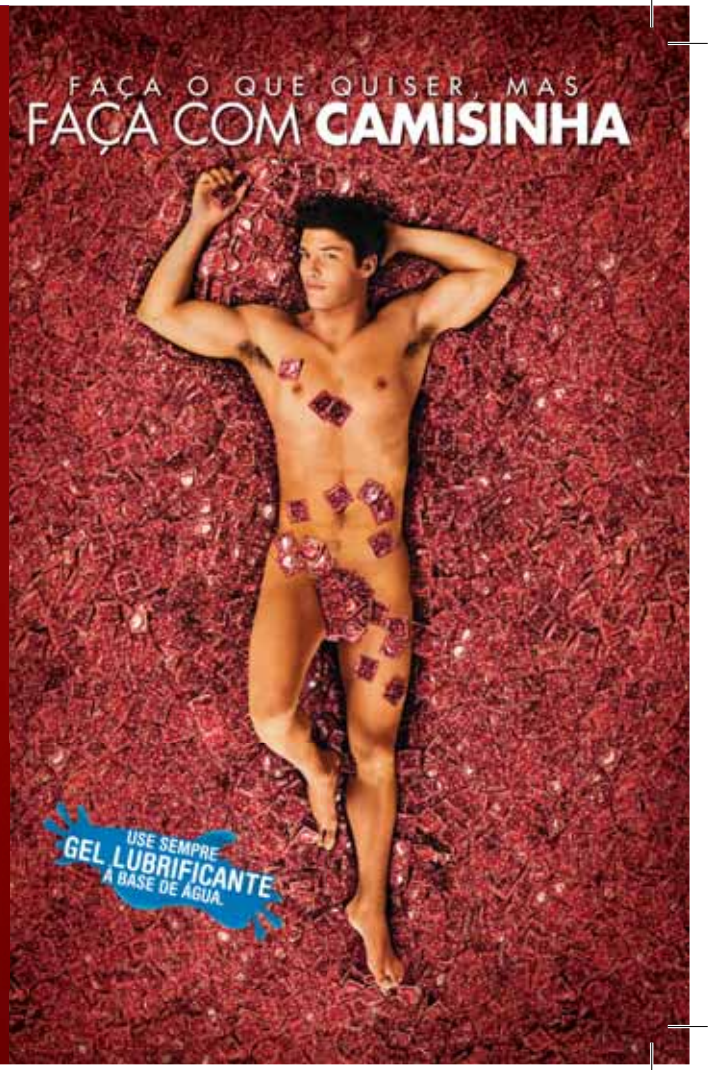
www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL



AIDS

ASSIM NÃO PEGA



BEIJO NA BOCA



TALHERES



ABRAÇO E APERTO DE MÃOS



PELO AR



PICADA DE INSETO



BANHEIRO



DOAÇÃO DE SANGUE



USANDO CAMISINHA

AIDS

ASSIM PEGA



SEXO ORAL **SEM** CAMISINHA



SEXO **SEM** CAMISINHA



COMPARTILHAR AGULHAS E SERINGAS