THIAGO FÉLIX PINHEIRO

**Camisinha, homoerotismo
e os discursos da prevenção de HIV/aids**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita
Ayres

Coorientadora: Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

São Paulo

2015

THIAGO FÉLIX PINHEIRO

**Camisinha, homoerotismo
e os discursos da prevenção de HIV/aids**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Coorientadora: Geórgia Sibele Nogueira da Silva

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinheiro, Thiago Félix

Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids / Thiago
Félix Pinheiro. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Coorientadora: Georgina Sibeles Nogueira da Silva.

Descritores: 1.Preservativos 2.Síndrome de imunodeficiência adquirida 3.HIV
4.Homossexualidade masculina 5.Prevenção de doenças 6.Política de saúde
7.Organizações não governamentais

USP/FM/DBD-130/15

Para Suely Andrade,
que infelizmente não pôde ler este texto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos/as que possibilitaram, compartilharam ou colaboraram com o processo de construção do presente trabalho. Esse processo torna inegável o fato de que é nas relações que a coisa acontece!

A José Ricardo Ayres, pela orientação; por fazer caber no mesmo espaço um imenso estímulo intelectual, ternura e simplicidade; pela confiança e pelo apoio; enfim, pelo que tenho aprendido.

A Geórgia Sibeles, por participar da orientação, por me ajudar a abordar as questões com sensibilidade e ponderação. E por trazer poesia!

Ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, onde tenho me abrigado nos últimos 6 anos. Aos/às colegas e professores/as com quem têm sido possíveis importantes trocas.

A Márcia Couto, pela parceria, marcada por generosidade, carinho e apoio; pelos conselhos e contribuições ao longo desse processo.

Aos/às integrantes do grupo de estudo em hermenêutica filosófica, pelas discussões e reflexões em conjunto.

A Gabriela Calazans, pela parceria, pelos propósitos e inquietações que compartilhamos, pela ajuda com o campo e demais contribuições.

Ao Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS/USP), pela riqueza das discussões, que me possibilitam constantemente ajustar o foco na abordagem das questões sobre as quais reflito neste trabalho.

A Vera Paiva, pelo tanto que tem me ensinado com seus posicionamentos teóricos e políticos; pelas aulas, debates e conversas. A ela, Fernando Seffner e Richard Parker, pelas observações no exame de qualificação, imprescindíveis para a reformulação do projeto.

A Richard Parker, também por me orientar no estágio sanduíche na *Columbia University*, pela cuidadosa acolhida e pela generosidade com que partilhou suas ideias e referenciais teóricos.

Ao Departamento de *Sociomedical Sciences*, onde fui acolhido durante o estágio. Em especial, a Alana Kolundzija, Jennifer Hirsch, Yasmin Davis, Jonathan Garcia,

Vagner de Almeida e Emily Vasquez, pela atenção e pelo cuidado que me dedicaram.

A Priscila Borst, que fez com que eu me sentisse em casa nesse período. A Fábio Young, pelos auxílios com a cidade e com o inglês. A Lodewijk Borst pela afeição que criou por este trabalho e pela ajuda com a linguagem erótica que não estava nos dicionários.

A Andréa Tenório, por me ajudar a fazer samba em Nova Iorque.

A Igor Torres, por ter compartilhado parte deste trajeto e pelas inúmeras contribuições.

A Mário Pecheny, Adriana Vianna e Laura Moutinho, pelas conversas e pela torcida.

A Artur Kalichman, pela ajuda com o campo.

A Veriano Terto Jr., Vagner de Almeida, Regina Facchini, Paulo Teixeira, Mário Scheffer, Maria Elvira Díaz Benítez, Luiz Mott, Ivo Brito, Cristiane Gonçalves, Beto de Jesus e aos/às demais participantes da pesquisa pela disponibilidade, pela abertura, pelos materiais fornecidos e, principalmente, pelas histórias.

A André Mota, Wagner Figueiredo, Heloísa Hanada, Fernando Pessoa e Stéphanie Costa pela troca de figurinhas.

A Janaína Aguiar, por ser testemunha de todo o processo e vibrar com cada passo. A ela, Silvia Aguião e Tatiana Minchoni, pela leitura cuidadosa do texto, pelas sugestões e pelos *feedbacks* animadores.

A Lyna Malheiros e Wagner Souza, pela disponibilidade e pela torcida.

A Soraya Souza, Keyla Amorim, Rafael Fernandes, Cândida Souza e Fernanda Matos, pelas sugestões, conversas, pitacos e provocações.

A Francilla Rodrigues e Sílvia Ivancko, pelo cuidado.

À minha família, pelo incentivo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de doutorado e pela bolsa estágio de pesquisa no exterior.

*O que vive choca,
tem dentes, arestas, é espesso.*

(...)

*Espesso,
porque é mais espessa
a vida que se luta
cada dia*

(João Cabral
de Melo Neto)

SUMÁRIO

Lista de figuras

Resumo

Abstract

PARTE I

1 Introdução	1
1.1 Delineamento da problemática	1
1.2 Objetivos	6
2 Fundamentação teórica	7
2.1 Construcionismo social e abordagens construcionistas da sexualidade	7
2.2 Sexualidade, erotismo e pornografia	12
2.3 <i>Scripts</i> sexuais e quadro da vulnerabilidade	16
3 Aspectos epistemológicos, metodológicos e éticos	22
3.1 Perspectiva hermenêutica de Gadamer	22
3.2 Hermenêutica filosófica como postura epistemológica	28
3.3 Material, procedimentos metodológicos e aspectos éticos	31

PARTE II

4 Homoerotismo: história e conceitos	36
4.1 Relações sexuais entre homens	36
4.2 Homossexualidade, identidade e movimento gay	41
4.3 Definindo uma categoria	47
5 Sexo seguro e camisinha: resposta da comunidade gay estadunidense	50
5.1 Associação entre aids e homossexualidade	50
5.2 Resposta da comunidade gay estadunidense	53
5.3 Sexo seguro: reconstruindo a ética e a erótica comunitárias	57
5.4 A camisinha como elemento central do sexo seguro	65

PARTE III

6 Aids no Brasil: popularização da camisinha	70
6.1 Camisinha e homoerotismo antes da aids	70
6.2 Primeiros discursos preventivos e proposição da camisinha	75
6.3 Desenvolvimento da prevenção e promoção da camisinha	93
6.4 Projetos de prevenção com públicos específicos	103
7 Camisinha e uso tecnicista da prevenção	112
7.1 Redução dos discursos preventivos à recomendação da camisinha	112
7.2 Camisinha e erotismo/pornografia	123
7.3 Camisinha e outras estratégias preventivas: entre a autonomia e a imposição	140
8 Prevenção entre gays/HSH: limites e contexto atual	153
8.1 Vulnerabilidade de gays/HSH ao HIV/aids: estigma e preconceito	153
8.2 Dias atuais: moralismo e endurecimento político	165
8.3 Crise da prevenção: limitações do governo e dos movimentos sociais	173
9 Considerações finais	182
 Referências	 187

Apêndices

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cartaz “Transe numa boa”	85
Figura 2 - Anúncio “Camisinha: seu grito de liberdade”	98
Figura 3 - Cartão-postal “Muito prazer, camisinha”	126
Figura 4 - Adesivo “Bom de cama”	126
Figura 5 - Anúncio “Use camisinha com seu namorado: também pode ser uma conversa de pai para filho”	160

RESUMO

Pinheiro TF. *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

A proposição inicial do uso de camisinha como prevenção de HIV/aids está vinculada à noção de sexo seguro, desenvolvida pela comunidade gay estadunidense no início da década de 1980. No Brasil, o sexo seguro foi incorporado nas primeiras respostas à epidemia e, com o desenvolvimento das ações preventivas, a camisinha foi adotada como a principal estratégia de proteção contra a transmissão do HIV por via sexual. Atualmente, o segmento populacional composto por gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) configura um dos focos de concentração da epidemia e, portanto, um dos públicos-chave para o direcionamento da prevenção. Este trabalho tem como objetivo recuperar os discursos acerca da camisinha como estratégia de prevenção de HIV/aids entre gays/HSH, construídos pela política pública de saúde e pelos movimentos sociais no Brasil, buscando compreender seus significados no contexto dos impasses enfrentados pela prevenção ao longo de sua história. O estudo é fundamentado nas abordagens construcionistas da sexualidade e utiliza como referências a perspectiva da vulnerabilidade e a teoria dos scripts sexuais. Trata-se de investigação qualitativa, realizada com base em entrevistas em profundidade com 13 pessoas que mantêm/mantiveram envolvimento significativo com o enfrentamento da epidemia de HIV/aids no país e/ou com a reflexão acerca das questões relativas à prevenção, especialmente no âmbito dos cenários sexuais gays/HSH. Foram selecionados atores de destaque no trabalho relacionado à promoção do uso da camisinha: condução de políticas públicas, produção de pesquisa e atuação em movimentos sociais LGBT e de aids. A partir das narrativas colhidas e de referências associadas, é apresentada uma recuperação histórica da trajetória da camisinha como prevenção de HIV/aids. A análise ressalta que a convergência dos discursos preventivos na recomendação da camisinha resvalou no tecnicismo, característico do processo de medicalização do social. O uso tecnicista da prevenção consistiu em (a) uma abordagem prescritiva, expressa na progressiva reprodução da mensagem “use camisinha”; (b) na descontextualização dos discursos preventivos em relação ao conteúdo sexual inerente ao uso da camisinha, contestada especialmente nas propostas de erotização desse insumo; (c) na postura impositiva de profissionais e campanhas de prevenção. Adicionalmente, a prevenção tem esbarrado nas dificuldades de abordagem do homoerotismo em função do fortalecimento de resistências moralistas e conservadoras na política brasileira. Esse cenário, que compromete os direitos de gays/HSH à saúde, é agravado por uma crise na estrutura dos programas de aids e das organizações dos movimentos sociais. Desse modo, o avanço no enfrentamento da epidemia e, mais especificamente, a redução das taxas de infecção em gays/HSH dependem da superação dessas barreiras, que tendem a se reproduzir na abordagem das novas tecnologias de prevenção em HIV/aids.

Descritores: Preservativos; Síndrome de imunodeficiência adquirida; HIV; Homossexualidade masculina; Prevenção de doenças; Política de saúde; Organizações não governamentais.

ABSTRACT

Pinheiro TF. *Condom, homoeroticism and discourses on HIV/AIDS prevention* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

The initial proposal for the use of condoms to prevent HIV/AIDS is linked to the concept of safe sex, developed by the gay community in the United States in the early 1980s. In Brazil, safe sex was incorporated in the early responses to the epidemic and, with the development of preventive actions, condom promotion was adopted as the main strategy to protect against HIV sexual transmission. Nowadays, the population segment composed of gay men and other men who have sex with men (MSM) represents one of the focuses of the epidemic concentration and therefore one of the key populations for targeting prevention. This work aims to recover the discourses on the use of condoms as an HIV/AIDS prevention strategy directed to gay/MSM population, built by both Brazilian public health policy and social movements, seeking to understand their meaning in the context of the impasses faced by prevention throughout its history. This study is based on constructionist frameworks of sexuality and uses as references the vulnerability perspective and the theory of sexual scripts. This is a qualitative research, carried out based on in-depth interviews with 13 people who keep/kept significant roles in fighting the HIV/AIDS epidemic in the country and/or in the reflecting on issues related to prevention, especially in the scope of gay/MSM sexual scenarios. The selected participants are prominent actors in the work related to the promotion of condom use: driving public policy, producing research and acting in LGBT and AIDS social movements. From the collected narratives and associated references, a historical recovery of the trajectory of the condom as an HIV/AIDS prevention is presented. The analysis points out that the convergence of preventive discourses on recommendation of the condom slipped on the technicism, characteristic of the process of social medicalization. The technicist use of the prevention consisted of (a) a prescriptive approach, expressed in the forward playback of the message "use condom"; (b) the decontextualization of preventive discourses in relation to sexual content inherent in the use of condoms, especially contested in proposals of eroticizing this device; (c) the impositive posture of professionals and prevention campaigns. Additionally, prevention has bogged down in difficulties on the approach of homoeroticism due to the strengthening of moralist and conservative resistances in Brazilian policy. This scenario, which undermines the rights of gay/MSM to health, is exacerbated by a crisis in the structure of AIDS programs and organizations of social movements. Thus, the progress in confronting the epidemic and, more specifically, in the reduction of infection rates in gay/MSM depend on overcoming these barriers which tend to be reproduced in the approach to the new HIV/AIDS prevention technologies.

Descriptors: Condoms; Acquired immunodeficiency syndrome; HIV; Homosexuality, male; Disease prevention; Health policy; Non-governmental organizations.

PARTE I

1 Introdução

1.1 Delineamento da problemática

Atualmente, ouvimos e afirmamos, com recorrência, que devemos fazer sexo com camisinha. Com isso, estamos nos referindo, claramente, às práticas sexuais penetrativas (anais, vaginais ou, com menor consenso, orais). Essa recomendação, que assume muitas vezes um tom de obviedade, é ainda reforçada quando se trata de determinados arranjos sexuais, tais como as relações com parceria eventual. O nível de popularidade e de aceitação alcançado pelo uso de camisinha (ao menos, no plano discursivo) nos leva, inclusive, a questionar repetidamente porque algumas pessoas não adotam essa prática preventiva.

Com essa abrangência e assertividade, o uso de camisinha é um fenômeno da era da aids. No entanto, a história da camisinha é extremamente antiga. Há indícios de que dispositivos semelhantes à nossa atual camisinha tenham sido desenvolvidos em muitas sociedades antigas: por exemplo, entre os egípcios (Robertson, 1989¹ *apud* Lipton, 2005), os chineses, os japoneses (Fryer, 1965² *apud* Youssef, 1993) e até em algumas tribos brasileiras (Maybury-Lewis, 1984³ *apud* Trevisan, 2007). Esses dispositivos eram utilizados para proteger o pênis contra doenças tropicais e ataque de animais⁴ ou como insígnias de classificação e *status* social. A prática de cobrir o pênis como profilaxia contra as “doenças venéreas” teria sido um

¹ *An illustrated history of contraception*, p.112.

² *The birth controllers*, p.17.

³ *A sociedade xavante*, p.130-1.

⁴ Os protetores penianos eram utilizados, por exemplo, para a proteção contra a bilharzíase, uma forma de esquistossomose comum em países africanos, que atinge as vias urinárias; ou ainda contra insetos e outros tipos de animais, como o peixe parasita Candiru, conhecido por sua capacidade de penetrar e se instalar na uretra, no ânus ou na vagina.

desdobramento de tais dispositivos. O uso como contraceptivo teria ocorrido apenas depois, mais especificamente no século 16 (Himes, 1936/1970).

Diferentes versões são contadas a respeito da criação, mais propriamente dita, da camisinha. Afirma-se que ela teria sido concebida em um matadouro medieval, por um trabalhador que teve a ideia de cobrir o pênis com as membranas finas de algum animal para se proteger das “doenças venéreas”. Em 1564, o anatomista italiano Gabriele Fallopio apresentou, como invenção sua, um protótipo da camisinha. Tratava-se de um pequeno pano de linho, feito para caber a glândula, umedecido com saliva ou com loção e encaixado sob o prepúcio, utilizado com propósito específico de prevenir a sífilis. Sua obra “De morbo gallico” é apontada como a primeira publicação em que a camisinha foi descrita (Himes, 1936/1970). É comum, também, a hipótese de que a camisinha foi inventada por alguém, possivelmente um médico, chamado Condom (ou uma variante desse nome) e ligado à corte do rei inglês Charles II (Lipton, 1993). Além disso, referências à camisinha são identificadas na mitologia grega e, a partir do século 17, em diferentes fontes literárias, tais como poesias, correspondências, folhetos de divulgação e na biografia de figuras como o autor italiano Casanova e o francês Marquês de Sade (Himes, 1936/1970).

Com o passar do tempo, os exemplares mais arcaicos da camisinha foram sendo substituídos por versões mais sofisticadas. Nesse sentido, um grande avanço foi possibilitado pelo desenvolvimento do processo de vulcanização da borracha, em meados do século 19, que possibilitou a produção de camisinhas a baixo custo. Na década de 1930, o uso de látex líquido e a introdução de maquinaria automática na produção de camisinha expandiram ainda mais a produção e o comércio, com produtos de melhor qualidade e com maior durabilidade (Himes, 1936/1970; Youssef, 1993).

Apesar de termos acesso a informações como essas, a história da camisinha ou de seus antepassados é de difícil recuperação. Além de ser composta por dados conflitantes e várias especulações, parece se tratar, em parte, de uma história marginal ou até mesmo clandestina. Uma comprovação disso é a identificação de

que, até pouco tempo antes da epidemia de aids, a camisinha raramente era mencionada, por exemplo, em publicações acadêmicas (Dalsimer *et al.*, 1976).

Com a aids, a história da camisinha atingiu um novo patamar. Embora, no início da epidemia, a presença da camisinha tenha sido bastante heterogênea, com o passar dos anos, ela foi sendo transformada na principal estratégia de prevenção de HIV/aids. Tal processo impulsionou a disseminação massiva, o desenvolvimento tecnológico e o alto consumo desse produto, sobretudo a partir de sua incorporação na política pública de saúde do Brasil e de outros países (Brasil, 2015).

A inserção da camisinha no âmbito do enfrentamento dessa epidemia implicou na inscrição de novos significados e na releitura da semântica construída ao longo da história de seu uso na contracepção e na prevenção de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Talvez não seja exagero afirmar que a era da aids representa uma inflexão na constituição da camisinha, que marca o modo como compreendemos e lidamos hoje com esse elemento nos mais diversos contextos culturais.

Neste trabalho, proponho discutir a construção desses significados e o processo em função do qual a camisinha se tornou tal como a conhecemos atualmente. Essa proposta difere substancialmente daquela apresentada em muitos dos estudos sobre o uso de camisinha, que investigam prevalência e fatores associados a essa prática preventiva ou ainda aquisição de conhecimentos e comportamentos relativos à sexualidade e à prevenção. Em contraposição a essa tendência, apoio-me em uma abordagem compreensiva, que se debruça sobre a configuração discursiva ou simbólica da camisinha.

Embora essa abordagem esteja claramente presente na literatura sobre prevenção de HIV/aids, os estudos que a utilizam parecem ter avançado pouco na produção de uma totalidade compreensiva capaz de esclarecer os limites e possibilidades relativos ao uso da camisinha (Pinheiro *et al.*, 2013). Passadas três décadas de promoção dessa estratégia, como principal aposta da política pública de prevenção de HIV/aids, pesquisas com esta abordagem podem oferecer um panorama ou sistematização da história da camisinha nesse período. Além disso, podem

subsidiar a reflexão acerca do lugar dessa estratégia no cenário da prevenção, uma questão fundamental que tem sido atualizada diante da emergência de novas tecnologias de prevenção do HIV/aids.

A pesquisa que apresento aqui, portanto, aborda aspectos históricos, socioculturais e políticos das práticas sexuais e da prevenção de HIV/aids. Por esse motivo, priorizo o uso do termo *camisinha*, em detrimento de termos como *preservativo* ou mesmo *condom*, que tendem a compor discursos de corte mais estritamente biomédico da sexualidade e da prevenção, centrado nas estratégias de proteção específica.

Uma atenção especial é lançada à questão de como a camisinha, com sua histórica vinculação ao contexto da prostituição e de outras relações sexuais marginalizadas, tornou-se um estandarte da sexualidade saudável e recomendada. Nesse sentido, se torna especialmente interessante questionar como os discursos preventivos relativos à camisinha – muitos dos quais são veiculados publicamente – se aproximam ou se distanciam das referências e representações mais explícitas da sexualidade, em torno das quais muitas tensões sociais são produzidas.

Esta investigação adota como ponto de referência a população de gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). Desse modo, as questões acerca da camisinha são situadas no escopo dos discursos preventivos direcionados a esse público⁵. Esse recorte se justifica pela centralidade do homoerotismo na história da aids e de sua prevenção, uma vez que, desde o início da epidemia, os gays/HSH constituem um dos grupos mais atingidos, tanto no que diz respeito à prevalência da infecção quanto em termos de produção de estigma e discriminação. Essa centralidade se reflete também no fato de os gays/HSH, organizados como movimento social, terem participado ativamente do enfrentamento da epidemia e, mais especificamente, na proposição da camisinha como estratégia preventiva.

⁵ O projeto de pesquisa apresentava, originalmente, uma proposta mais ampla, sem enfatizar um público específico. Sua primeira versão, intitulada “A camisinha no cenário sexual brasileiro: aproximações entre prevenção de IST/aids e erotismo”, tinha como objetivo investigar significados, imagens e sentidos a respeito da camisinha e a influência de tais construções na (não) adoção de práticas sexuais protegidas. No decorrer do estudo, sobretudo a partir da avaliação realizada no exame de qualificação, a proposta inicial foi redefinida com o intuito de melhor delimitar a questão e o objetivo da investigação.

Compreender os discursos relacionados e direcionados a esse grupo possibilita, portanto, vislumbrar parte fundamental da história da camisinha no contexto das repostas brasileiras à aids.

Adicionalmente, nos últimos anos, tem sido possível identificar com maior precisão a concentração da epidemia brasileira. Após o período inicial, fortemente associado aos gays/HSH, a participação desse grupo no perfil epidemiológico da epidemia foi obscurecido pelo reconhecimento de que a aids configurava uma ameaça à população em geral e de que havia uma tendência à “heterossexualização” da aids (Parker, 1994). Pesquisas recentes mostram, no entanto, que a epidemia concentra-se nos grupos populacionais de gays/HSH, assim como de usuários de drogas injetáveis e mulheres profissionais do sexo (Brasil, 2000; Fonseca e Bastos, 2007; Malta *et al.*, 2010). Na cidade de São Paulo, a elevada prevalência de HIV entre gays/HSH, inclusive entre aqueles com poucos anos de início da atividade sexual, e o alto nível de infecção ainda não diagnosticada têm fundamentado a suspeita de uma “nova onda” ou de um recrudescimento da epidemia nesse grupo, tal como tem sido identificado em outras cidades do mundo (Veras *et al.*, 2014).

Desse modo, atualizam-se as demandas pelo desenvolvimento de iniciativas de prevenção direcionadas a gays/HSH. Da mesma forma, tornam-se especialmente relevantes os estudos que se debruçam sobre esse direcionamento e tenham o intento de contribuir com a compreensão das possibilidades de superação da alta incidência de infecções nessa população. Este trabalho segue tal propósito, operacionalizado por meio dos objetivos que apresento a seguir.

1.2 Objetivos

Objetivo geral:

Compreender os discursos acerca da camisinha como estratégia de prevenção de HIV/aids entre gays/HSH, construídos pela política pública de saúde e pelos movimentos sociais, no contexto dos impasses enfrentados pela prevenção ao longo de sua história.

Objetivos específicos:

- 1) traçar um panorama da produção de discursos acerca da camisinha como estratégia e tecnologia de prevenção do HIV/aids;
- 2) analisar o modo como esses discursos têm sido dirigidos ao público gay/HSH;
- 3) compreender as relações entre camisinha e erotismo/pornografia na produção desses discursos.

2 Fundamentação teórica

Neste capítulo, exponho sinteticamente as bases teóricas que fundamentam o presente trabalho. Primeiramente, situo o construcionismo social como paradigma no qual ele se insere e apresento as abordagens construcionistas da sexualidade, que tomo, mais propriamente, como referencial.

A partir delas, me detenho às noções de sexualidade, erotismo e pornografia, fundamentais para a discussão empreendida ao longo da tese.

Em seguida, descrevo os quadros teóricos dos *scripts sexuais* e da *vulnerabilidade*, aos quais recorro para a elaboração do objeto de investigação nos termos do referencial apresentado: a construção social da camisinha como estratégia de prevenção de HIV/aids e, mais especificamente, a relação entre a produção de discursos que compõem essa construção e as ações e políticas de prevenção.

2.1 Construcionismo social e abordagens construcionistas da sexualidade

Segundo Hacking (1999), o construcionismo social é uma das correntes que se desenvolveram a partir da metáfora da *construção*, que foi utilizada primeiramente por Kant ao pensar a construção da razão e ganhou impulso no século 20, demarcando uma atitude filosófica cética e humanista em relação ao que é tomado como real/natural. A composição dessa corrente, assim como seu desenvolvimento, é difusa e complexa, sobretudo porque diferentes formulações teóricas têm sido denominadas de ou reconhecidas como construcionismo social¹. Por esse motivo, o campo construcionista tem sido caracterizado pela tensão entre a convergência e as

¹ Sousa Filho (2007) aponta, em seu ensaio sobre o construcionismo social, uma lista de teóricos que, embora não reivindicuem esse título, podem ser identificados, segundo ele, como construcionistas, no sentido forte do termo: Marx e Engels, Durkheim, Freud, Foucault, Geertz, Nöbert Elias, Habermas etc.

especificidades ou mesmo antagonismos de suas perspectivas (Rasera, Guanaes e Japur, 2004; Souza Filho, 2007).

Em parte, tal diversidade se refere à força ou à abrangência da noção de *construção social* nas diferentes perspectivas. A esse respeito, Vance (1995) diferencia as abordagens mais moderadas das mais radicais com base no que cada uma considera ser socialmente construído. Hacking (1999), por sua vez, aponta, como premissa básica do construcionismo social, a proposição de que a existência ou a caracterização atual de algo (a coisa em debate) não é inevitável ou determinada pela natureza. Segundo ele, diferentes graus de compromisso com o propósito construcionista podem ser depreendidos em função da adesão de cada abordagem a mais duas premissas: primeiro, a avaliação de que essa coisa, tal como ela se apresenta, é ruim e, em segundo lugar, a indicação de que ela deveria ser eliminada ou radicalmente transformada.

Nesse mosaico teórico, podemos identificar vertentes mais ou menos coesas, tais como a tradição construcionista alemã na qual se insere “A construção social da realidade”, trabalho de Berger e Luckmann (1976), comumente apontado como marco desse campo teórico, ou a tradição do pragmatismo estadunidense, da qual deriva a teoria dos *scripts sexuais*, de Simon e Gagnon (1984, 1986), que descrevo mais à frente. Algumas perspectivas delimitam-se ao âmbito de uma disciplina: por exemplo, o trabalho de Gergen (2010) na Psicologia Social. Outras se distribuem em torno de uma temática inter e transdisciplinar. Este é o caso das abordagens nas quais me baseio, mais especificamente, no presente estudo. Trata-se das produções teóricas que se debruçam sobre a configuração sexual dos corpos e as questões eróticas e que denomino, grosso modo, de abordagens construcionistas da sexualidade.

Em relação à sexualidade, a ideia de construção social emergiu na década de 1970, em oposição às concepções essencialistas, desenvolvidas, sobretudo, no âmbito da Sexologia e de disciplinas afins. Desse modo, as abordagens construcionistas se desenvolveram, em primeiro lugar, como um questionamento da natureza ou universalidade da conduta sexual. Seu surgimento tem diferentes pontos de origem, que convergem ou dialogam no desenvolvimento de uma compreensão socialmente fundamentada da sexualidade.

Um dos fatores originários dessas abordagens está vinculado ao relativismo cultural evidenciado pelas Ciências Sociais e áreas relacionadas, do qual resultou uma crescente consciência a respeito do largo espectro de padrões sexuais nas diferentes culturas e dentro de uma mesma cultura (Weeks, 2010). Ao mesmo tempo em que deram continuidade a essa tendência, as abordagens construcionistas da sexualidade romperam com o paradigma prevalecente em tais ciências: Vance (1995) conta que as abordagens antropológicas convencionais, embora considerassem a influência da cultura e do aprendizado na modelagem de comportamentos e atitudes sexuais, estavam embasadas em um fundamento universal e biologicamente determinado da sexualidade (instinto, impulso, pulsão etc.). A noção de construção social ultrapassou esse modelo, ao propor que categorias, esquemas e rótulos produzidos em um contexto cultural específico “não só influenciam a subjetividade e o comportamento individual, mas também organizam e dão significado à experiência sexual coletiva, por exemplo, do impacto das identidades, definições, ideologias e regulações sexuais” (Vance, 1995, p.17).

Outro movimento importante para a configuração dessas abordagens ocorreu na História Social, com a investigação de temas até então ignorados e o questionamento da fixidez das ideias predominantes relacionadas a eles (Weeks, 2010). Um exemplo emblemático desse empreendimento é encontrado no trabalho de Laqueur (2001) sobre a constituição do sexo como característica que divide a humanidade nos segmentos masculino e feminino. Esse historiador demonstrou que o modelo de divisão sexual que conhecemos – fundamentado numa diferenciação da espécie, demarcada no corpo – foi construído no Ocidente do século 19, com o florescimento das ciências, sobretudo das biológicas. Segundo ele, até então, predominava outra compreensão, um modelo herdado dos gregos antigos, no qual se concebia apenas um sexo, isto é, uma só constituição biológica, que poderia se expressar física e socialmente de duas formas, homem ou mulher. Tal constituição não se apresentava como uma característica primária ou uma fundação sólida para a diferenciação. Ao contrário, a diferença era plástica e transponível, porque dizia

respeito ao grau de perfeição dos indivíduos, que se traduzia no calor recebido durante a gestação, na exteriorização da genitália e em claras distinções sociais².

Além disso, as abordagens construcionistas da sexualidade são decorrentes do pensamento teórico de grupos marginais, atrelados à emergência de uma nova política acerca da sexualidade. Nessa esfera, a produção teórica do movimento feminista a respeito de *gênero* e da subordinação feminina destaca-se como uma das contribuições mais decisivas para a construção social da sexualidade. Ela tem sido crucial para combater o determinismo biológico das diferenças sexuais e compreender como feminilidades, masculinidades e outros atributos se configuram na composição de culturas, instituições e indivíduos, assim como para elucidar as formas de poder e dominação que modelam as vidas sexuais. De modo semelhante, a contribuição dos movimentos gay, lésbico e adjacências, especialmente a respeito da história do homoerotismo e das identidades sexuais, tem sido fundamental para o questionamento das tradições sexuais – sobretudo a heteronormatividade³ – e para a compreensão das expressões sexuais marginalizadas (Weeks, 2010).

Nesse sentido, foram especialmente relevantes, as pesquisas realizadas por ativistas, teóricos independentes ou de instituições dissidentes, uma vez que tais temáticas de investigação/reflexão ainda não dispunham de aceitação suficiente para configurarem assuntos acadêmicos legítimos (Vance, 1995). A herança dessa militância político-teórica se expressa de maneira mais explícita na proposição de que a sexualidade – com dinâmicas internas, formas institucionais concretas, iniquidades e modelos de opressão – é sempre política e que a renegociação desse domínio da vida social depende justamente de sua politização (Rubin, 1999).

No seu conjunto, essas abordagens têm problematizado os alicerces que estruturam a imposição de uma determinada expressão sexual – designada nos corpos, práticas, relações sociais etc. – e a desqualificação de outras possibilidades como não naturais, patológicas, não funcionais ou bizarras, que resulta na (re)produção de desigualdades e opressões. Em oposição à concepção de uma sexualidade estanque e monolítica, a noção de construção social tem fundamentado uma compreensão mais complexa, plural e potencialmente mais igualitária das

² Ver Rohden (2001).

³ Sobre heteronormatividade, ver Lionço e Diniz (2008).

questões eróticas e da constituição sexual dos indivíduos. Assim, tem sido cada vez mais possível o desmembramento desse domínio em múltiplas dimensões não necessariamente correspondentes: gênero, sexo designado ao nascer, identidade sexual, identidade de gênero, orientação sexual, práticas sexuais, etc. A esse desmembramento, somam-se outros processos sociais, que se refletem, por exemplo, na produção de tecnologias médicas que possibilitam a independência, cada vez maior, entre práticas sexuais e reprodução ou ainda os procedimentos de transgenitalização.

É importante ressaltar que, com o surgimento da aids, as atenções se voltaram ainda mais para as questões sexuais; as tensões existentes nessa arena teórica, científica e política foram potencializadas e, em certo sentido, atualizadas. De um lado, o consequente aumento do interesse na produção e financiamento de pesquisas sobre sexualidade acarretou a recuperação e o fortalecimento de abordagens essencialistas, assim como uma atualização da patologização da sexualidade. À medida que o público, assustado com a epidemia, recorria às autoridades médicas em busca de orientações, o discurso biomédico se impunha como a principal fonte de conhecimento sobre o assunto (Vance, 1995). Por outro lado, as proporções e implicações da epidemia tornavam bastante evidente, ao menos para alguns/mas teóricos/as e ativistas, a dimensão sociocultural e política das formas de se compreender e lidar com ela.

Nesse processo, o desenvolvimento teórico e crítico do construcionismo social possibilitou uma compreensão da aids para além das análises biomédicas de doença. Nesse sentido, Plummer (1988) demarca uma distinção entre aids, como desordem orgânica, e aids, como entidade. Ele define a segunda como um conjunto de significados confusos, contraditórios e conflitantes, produzidos nas práticas sociais e em diversos contextos. De forma análoga, Treichler (1999) considera que a aids é, simultaneamente, a epidemia de uma doença transmissível letal e uma *epidemia de significados* ou de *significação*, uma vez que, além do genuíno potencial de devastação global, aids possui um enorme poder de produção de sentidos.

Nessa perspectiva, a aids é, portanto, o que dizemos sobre ela no exercício de compreendê-la enquanto fenômeno. Não se trata de uma realidade objetiva e

cientificamente determinada, mas de uma construção que ocorre prioritariamente dentro dos discursos da ciência biomédica. O trabalho semântico empreendido por médicos e cientistas para darem sentido à aids, por sua vez, é tão necessário e frequentemente tão difícil e imperfeito quanto o é para o resto das pessoas (Treichler, 1999), tal como fica evidente, por exemplo, no processo de caracterização da aids e no estabelecimento do HIV como seu agente etiológico, descrito por Camargo Jr. (1994).

2.2 Sexualidade, erotismo e pornografia

Ainda na trilha das abordagens construcionistas, tem sido possível compreender as categorias que utilizamos no campo erótico/sexual no contexto das dinâmicas sociais que as modelam, como também debater os sentidos que elas assumem e as implicações que acarretam. Nessa direção, é importante situar algumas categorias fundamentais para a discussão empreendida neste estudo.

Destaco, primeiramente, a própria noção de sexualidade, geralmente usada de forma ampla para nomear o conjunto de aspectos que se delineiam em torno da ideia de sexo, cujas acepções são mais delimitadas. O termo *sexo* possui, pelo menos, três significados distintos: caracterização sexual (sexos masculino e feminino), órgãos sexuais ou práticas sexuais⁴. A ideia de sexualidade, por sua vez, se funda entre as experiências vividas real ou imaginariamente, sua significação como sexual e o prazer obtido com elas (Villela e Arilha, 2003).

Como mostra Foucault (2007a), a sexualidade pode ser situada historicamente como a racionalidade sobre o sexo, produzida no Ocidente, na virada do século 18 para o 19. Seu desenvolvimento está vinculado a um processo de aumento da preocupação e da produção discursiva acerca das condutas sexuais, a partir do qual a ciência sexológica e saberes afins foram erigidos como formuladores da verdade sobre tais condutas na modernidade. Nesse processo, a sexualidade foi produzida

⁴ Para uma discussão das diferentes acepções do termo *sexo*, ver Pinheiro (2010).

como um dispositivo, que, ao dizer sobre o sexo (em suas diferentes acepções), define e controla as práticas, a mentalidade e as instituições.

Em contraposição à ideia de uma dimensão sexual natural que a sociedade reprime ou de um domínio obscuro e profundo que o saber tenta desvelar, o dispositivo da sexualidade pode ser descrito, de forma sintética, como

...a grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (Foucault, 2007a, p. 116).

Dada que essa racionalidade sobre o sexo se insere destacadamente no campo biomédico, a sexualidade está atrelada ao processo de medicalização da vida social, isto é, à expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como problemas médicos (Tesser, 2006). A abordagem dos aspectos sexuais como objetos da medicalização se reflete na construção de todo um léxico específico, estruturado por noções como transtorno sexual, (dis)função sexual, terapia sexual etc. Nesse parâmetro, a própria categoria *sexualidade* é reduzida a termos biomédicos, tal como vemos nas expressões *sexualidade normal*, *sexualidade saudável* e em seus contrapontos.

Nos últimos anos, a crítica a tal redução tem se efetivada, inclusive dentro da própria área da saúde, a partir de compreensões mais abrangentes e complexas da sexualidade. Como principal exemplo, a definição normativa vigente, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta uma gama de dimensões que devem ser consideradas na abordagem da sexualidade, transpondo, assim, os limites da medicalização:

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political,

*cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors*⁵ (WHO, 2006).

O *erotismo*, outra categoria importante, também pode ser concebido de forma abrangente. No dicionário Sacconi (2010, p. 811), por exemplo, o termo é definido como manifestação sexual, busca variada da excitação sexual ou caráter erótico de qualquer coisa, sendo *erótico* aquilo que desperta a libido, que envolve prazer ou desejo sexual.

De maneira mais específica, no entanto, o adjetivo *erótico* faz referência direta a Eros, deus grego do amor e paixão carnavais, sobre o qual foram produzidas notáveis reflexões desde “O Banquete”, de Platão. Em referência a essa constituição divina, é comum o argumento de que “o caráter incapturável do fenômeno erótico não cabe em definições precisas e cristalinas – os domínios de Eros são nebulosos e movediços” (Branco, 2004, p.7).

A palavra *erótica*, especialmente, pode ser usada também como substantivo, no sentido atribuído por Foucault (2007a), como equivalente a *ars erotica*, noção que ele utiliza para se referir a outros sistemas de produção de verdade sobre o sexo, diferentes daquele fundamentado na ciência, no qual foi construído o dispositivo da sexualidade. É o caso, por exemplo, dos sistemas específicos desenvolvidos na Índia, na China ou em sociedade tribais. Esse sentido pode, ainda, ser aplicado de forma menos comprometida com a diferenciação foucaultiana, equivalendo ao sistema peculiar de organização sexual em determinado contexto, comunidade ou grupo.

O termo *erotismo*, segundo Moraes e Lapeiz (1985), surgiu no século 19 e diz respeito, mais propriamente, à representação da sexualidade ou do sexual. Trata-se, porém, de uma representação que se pretende afrodisíaca ou excitante e que pode ser encontrada, de forma mais emblemática, na literatura e arte eróticas. É essa acepção que aparece nas propostas de “erotização da camisinha”, isto é, de torná-la

⁵ A sexualidade é um aspecto central ao longo da vida do ser humano e abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto a sexualidade pode incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (Tradução livre).

sexualmente instigante aos olhos de quem vê sua representação ou ao tato, paladar e olfato de quem a usa. Como ocorre nesse exemplo, os termos *erotização*, *erotizar* e *erotizado/a* têm sido usados para acentuar essa acepção do erotismo.

A representação provocante do sexual também se encontra na categoria *pornografia*. Este termo provém do grego *pornógrafos* – que se refere aos escritos sobre prostitutas, seus costumes e seus clientes – e implica, desde sua origem, uma vinculação com a obscenidade, com o ultraje ao pudor (Moraes e Lapeiz, 1985). A noção de pornografia foi sendo gradativamente redefinida até chegar a seu sentido moderno: uma representação que visa “a excitação sexual de seu público como única motivação e um fim em si mesma” (Leite Jr., 2006, p. 28).

Essa acepção foi difundida no século 19, assim como *erotismo*, e está relacionada aos principais movimentos que caracterizam o início da era moderna, especialmente a difusão da cultura impressa. Seu desenvolvimento vincula-se ao trabalho desordenado e conflitante de escritores, pintores e gravadores, cujo intuito era chocar e criticar autoridades políticas e religiosas. Assim, diferentemente da representação da sensualidade ou dos órgãos e práticas sexuais que aparecem em outros lugares e tempos, a noção de pornografia marca uma característica do modo tipicamente ocidental de lidar com o sexo, sua representação e sua censura, tornando-se uma categoria legal e artística (Hunt, 1999). Ela tem servido para a demarcação da decência e da ameaça à moral⁶, embora, como discute Branco (2004), a manipulação desses limites venha sendo bastante imprecisa e ambígua ao longo de nossa história.

Frente a essas duas categorias, emerge uma grande discussão a respeito da diferenciação entre as possibilidades de representação sexual. As tentativas de demarcação de cada conceito se baseiam em aspectos mais originários dos termos (o erotismo é divino e sublime, a pornografia é profana e marginal), traços dos pretensos gêneros artísticos (um insinua, a outra é explícita), características da inserção dessas categorias no cenário marcado pela indústria cultural (um pertence à cultura erudita, é obra de arte; a outra está direcionada à cultura de massa, é produzida em série para comercialização), aspectos mais claramente moralizantes

⁶ Ao longo do texto, utilizo a noção de *moral* como um “conjunto das regras de conduta admitidas numa época ou por um grupo”. A partir dessa acepção, o termo pode se referir também aos costumes, ao que é louvável ou ainda à “teoria arrazoada do bem e do mal” (Lalande, 1993, p.703-5).

(um é nobre, adequado; a outra é grosseira, vulgar) *etc.* Diferentes autores/as que recuperam essas diferenças acabam por defender que tais limites não são precisos e refletem a tensão entre campos estabelecidos e *outsiders*. Dessa forma, diferenciar o erótico do pornográfico resvala na produção de uma hierarquia entre as formas de expressar o sexo, entre as práticas sexuais ou entre os tipos de desejo (Moraes e Lapeiz, 1985; Branco, 2004; Leite Jr., 2006).

A partir da proposição do escritor francês Alain Robbe-Grillet, de que *a pornografia é o erotismo dos outros*, Leite Jr. (2006) chama a atenção ainda para o caráter elitista dessa diferenciação, uma vez que, para determinadas pessoas ou grupos, sua vida sexual tenderá a ser elevada como bela, verdadeira, saudável, prazerosa ou segura; enquanto o sexo dos outros será apresentado como inferior: promíscuo, pervertido, grotesco, frustrante.

2.3 *Scripts* sexuais e quadro da vulnerabilidade

Com o propósito de compreender a camisinha, em sua dimensão socialmente construída, enfoco os discursos que a constituem como estratégia de prevenção de HIV/aids em articulação com uma reflexão acerca das ações e políticas preventivas. Para fundamentar essa análise, recorro à teoria dos *roteiros* ou *scripts sexuais*, elaborada por Simon e Gagnon (1984, 1986), e ao *quadro da vulnerabilidade*, proposto inicialmente por Mann *et al.* (1993) e desenvolvido por Ayres *et al.* (2006; 2012).

No campo das abordagens construcionistas de sexualidade, os trabalhos de Simon e Gagnon tiveram grande importância no desenvolvimento de uma alternativa socialmente fundamentada para a compreensão das questões sexuais (Parker, 2010). A **teoria dos *scripts sexuais*** mostra-se especialmente útil para a discussão de como os significados sexuais se estruturam no âmbito das relações dos indivíduos com seus pares ou grupos e, ao mesmo tempo, como constituem produtos coletivos.

Esses autores partem do argumento central de que a vida sexual é determinada ou moldada pelas circunstâncias sociais e culturais, tal como pretendem grifar no termo *conduta sexual*:

Não há comportamento humano sem avaliação moral e, portanto, social. Logo, não temos um comportamento sexual biologicamente nu, mas uma conduta sexual socialmente vestida. (...) pensar no sexo como um comportamento é um dos aspectos do modo como nos conduzimos sexualmente. O sexo se transforma em comportamento quando decidimos tirar a roupagem cultural da sexualidade, que é sua condição socialmente “natural”, para revelar a condição não-natural do sexo como um comportamento nu (Gagnon, 2006, p.406).

Mais especificamente, defendem que a conduta sexual opera sob a orientação de uma sintaxe, em que se articulam diferentes níveis de roteiros: *cenários culturais*, *scripts interpessoais* e *scripts intrapsíquicos*. Assim, a conduta sexual de um ator social está vinculada aos significados acerca da sexualidade compartilhados coletiva e institucionalmente. Os *cenários culturais* servem de guias de instrução, no nível cultural, sobre como as pessoas podem ou devem se portar sexualmente. Trata-se de sistemas de signos e símbolos, presentes nos arranjos socialmente institucionalizados e inseridos nas diversas narrativas compartilhadas culturalmente, que fornecem elementos normativos e atitudinais que orientam as práticas dos papéis específicos. Na interação dos atores sociais, esses guias são improvisados e adaptados às exigências das situações concretas, por meio dos *scripts interpessoais*. Além disso, eles são elaborados ou reorganizados simbolicamente no âmbito dos *scripts intrapsíquicos* (Simon e Gagnon, 1984, 1986).

Nessa perspectiva, as experiências sexuais decorrem de aprendizados sexuais, que resultam da impregnação dos múltiplos relatos acerca da sexualidade e da interiorização dos modos de funcionamento das instituições sociais no que diz respeito às normas e possibilidades sexuais. Assim, aprendemos a identificar, interpretar e produzir estados corporais – como a excitação e o orgasmo – e situações potencialmente sexuais: o que é possível, em que lugares, com que pessoas, em que circunstâncias, de que modo e assim por diante (Bozon, 2004).

Paiva (2006) desenvolve a compreensão dos *cenários culturais*, ao propor que, dentro deles, a esfera específica que delineia guias para as experiências no

domínio da sexualidade pode ser mais bem definida como um *cenário sexual*. Assim, ressalta a possibilidade de identificarmos diferentes cenários sexuais, que coexistem e, por vezes, se confrontam em um mesmo contexto cultural. Esse conceito tem sido usado, preferencialmente, ao invés da ideia de *subculturas sexuais*, cujo termo pode ser associado à discriminação das orientações sexuais minoritárias.

A partir da lógica dos *scripts*, Paiva (2006, 2012) também deriva a noção de *cenar sexuais*, trazendo o foco para a singularidade de cada experiência vivida ou fantasiada, em um tempo único e com uma configuração própria, constituída por cenários, atores, ritmo, enredo etc. Essa noção tem sido utilizada, especialmente, como metodologia de reflexão acerca do (não) uso da camisinha.

Esse conjunto de noções instrumentaliza a compreensão dos discursos acerca da camisinha compartilhados coletivamente e (re)elaborados, de modo particular, nas situações concretas. Assim, podemos afirmar que é no âmbito dos *scripts sexuais* que a camisinha é construída como discursos que são (re)produzidos e acessados pelos sujeitos no contexto das práticas cotidianas: na ocasião em que conhecem esse artefato, escutam falar sobre ele na mídia, na escola ou em serviços de saúde, conversam a respeito, interagem diretamente com ele ou criam seus roteiros para uso do mesmo. Nos *cenários sexuais*, a camisinha se insere no conjunto de instruções, normas, crenças e valores associados à sexualidade; se entrelaça a outros elementos e agrega novos contornos àquilo que se pensa, se diz, se sente e se faz.

O **quadro da vulnerabilidade**, por sua vez, configura um arcabouço conceitual que orienta ações preventivas em saúde pública com base na perspectiva dos sujeitos e de seus contextos de intersubjetividade. Desenvolvido no âmbito da construção de respostas à epidemia de HIV/aids, trata-se de uma proposição alternativa às abordagens que predominaram nos primeiros anos da epidemia no Brasil, assim como em outros lugares. Em primeiro lugar, a noção de vulnerabilidade superou a lógica centrada na epidemiologia do risco, a partir da qual a identificação de uma maior chance de se encontrar pessoas infectadas em determinados grupos findou por ser tratada como uma condição concreta, definidora de uma identidade. Assim, as estratégias preventivas orientadas por essa lógica basearam-se no “isolamento sanitário” dos então *grupos de risco*. Adicionalmente, a vulnerabilidade

opôs-se à abordagem baseada no conceito de *comportamento de risco*, que, de um lado, possibilitou a extensão da preocupação com a aids para toda a população, mas, de outro, enfatizou a mudança comportamental unicamente como responsabilidade de cada um, resvalando na culpabilização individual (Ayres *et al.*, 2006).

A noção de vulnerabilidade propõe que a chance de exposição de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger dele. Assim, a vulnerabilidade é designada em três dimensões indissociáveis. Na dimensão *individual*, considera-se o indivíduo desde sua constituição física, mas se enfatiza sua intersubjetividade, abrangendo aspectos relacionados ao modo de vida, tais como as informações de que dispõe e a capacidade de convertê-las em preocupações e práticas. A dimensão *social* remete às relações sociais e aos contextos culturais, com seus marcos de organização e cidadania; abrange, por exemplo, as questões raciais e étnicas que atravessam as relações. A dimensão *programática*, por fim, se refere ao suporte institucional e, mais especificamente, ao respeito, à proteção e à promoção do direito à saúde por parte do governo; está especialmente atrelada à realização dos princípios do SUS (Ayres *et al.* 2006, 2012).

Em particular, a vulnerabilidade ao HIV/aids é configurada por um emaranhado de fatores que potencializam a exposição ao vírus e à doença e/ou dificultam sua proteção contra eles, tais como características das próprias práticas sexuais; conhecimento sobre a doença e as formas de preveni-la; submissão e poder dentro das relações sociais e sexuais; assistência em saúde; acesso a insumos de prevenção etc. No caso dos gays/HSH, o estigma, a discriminação e a violência homofóbica têm se destacado como fatores importantes na suscetibilidade ao HIV/aids.

Ademais, nessa perspectiva, o modo como as intervenções em saúde são organizadas e conduzidas integra o conjunto de determinantes da infecção e do adoecimento. Como afirmam Ayres *et al.* (2012), a intervenção “não é apenas solução, ela é também parte do problema” (p.81). Nesse sentido, o arcabouço de

saberes, tecnologias e serviços que atuam em determinado contexto, tanto no âmbito da prevenção quanto do tratamento, determinam diretamente as características dos processos saúde-doença. Logo, torna-se mais adequado pensarmos em processos de saúde-doença-cuidado.

Considerando a participação dos gays/HSB na concentração da epidemia (Brasil, 2000; Fonseca e Bastos, 2007; Malta *et al.*, 2010), a análise da vulnerabilidade, baseada nos direitos humanos e consonante com o princípio de equidade da atenção em saúde, ressalta a necessidade de se direcionar ações e políticas a esse grupo, assim como convoca a avaliação acerca das intervenções realizadas nessa direção.

Uma aproximação entre esses dois quadros teóricos possibilita a articulação entre a construção de discursos sobre a camisinha e a vulnerabilidade dos gays/HSB ao HIV/aids, crucial para os propósitos do presente estudo. Comparando os dois modelos multidimensionais de análise e buscando certa equivalência entre eles, destaca-se a necessidade de considerarmos uma dimensão programática também nos *cenários culturais* e *sexuais*, como um âmbito mais institucionalizado e mais formalmente estruturante dos discursos sobre a camisinha. Nessa direção, podem ser entendidos como *scripts/cenários programáticos* os pareceres de autoridades de saúde a respeito da epidemia e da prevenção, muitas vezes inculcados pela mídia; as campanhas de prevenção produzidas pela política pública; os posicionamentos das instâncias estatais, registrados em documentos e diretrizes oficiais; assim como os posicionamentos, documentos e materiais produzidos pelos grupos e demais instituições que atuem na área.

É justamente essa dimensão dos discursos sobre a camisinha que enfoco nesta pesquisa, tendo em vista que os significados e sentidos produzidos como *scripts/cenários programáticos* são centrais na estruturação do imaginário coletivo acerca da aids e da prevenção, assim como na condução de práticas sexuais e preventivas. Além disso, eles podem (re)orientar compreensões coletivas acerca das pessoas e grupos a quem se direcionam ou se referem. Almejo, dessa forma, compreender a construção social da camisinha no âmbito mais estruturado, mais formal e talvez mais político do enfrentamento da epidemia no país. Trata-se,

portanto, de discutir a construção dos discursos acerca da camisinha, de seu direcionamento ao público gay/HSH e da relação que estabelecem (ou não) com o erotismo/pornografia, a partir do trabalho preventivo realizado pelos programas de saúde e por outras instâncias, dentre as quais destaco as organizações dos movimentos sociais, dada a importância de sua atuação nesse contexto. Assim, pretendo refletir acerca de como, no âmbito desses discursos, se efetiva a proteção direcionada (ou não) aos gays/HSH, isto é, como se configura parte da dimensão programática de sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

3 Aspectos epistemológicos, metodológicos e éticos

A pesquisa desenvolvida neste trabalho segue os pressupostos da investigação qualitativa, cuja ênfase é dirigida à qualidade das entidades, aos processos e aos significados. Ressalta, dessa forma, a dimensão socialmente construída da realidade e busca “soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado” (Denzin e Lincoln, 2006, p. 23).

Mais especificamente, a pesquisa se ancora na hermenêutica filosófica. Adota, portanto, a postura epistemológica depreendida da filosofia de Gadamer e incorpora, articuladamente, as considerações de Ricoeur acerca do discurso. Neste capítulo, apresento tais perspectivas, primeiramente, em termos conceituais. A seguir, me detenho nas implicações da hermenêutica gadameriana sobre o processo compreensivo-interpretativo empreendido e na abordagem dos discursos com base na proposição de Ricoeur.

Na sequência, apresento o desenho da pesquisa propriamente dito e os demais aspectos metodológicos. Com base nas perspectivas apresentadas, exponho a configuração da pesquisa como estudo de caso e a condução da coleta de dados, estruturada com a finalidade de propiciar a compreensão participativa e dialógica a respeito do fenômeno investigado. Por fim, descrevo os procedimentos e cuidados éticos da pesquisa.

3.1 Perspectiva hermenêutica de Gadamer

A hermenêutica filosófica consiste na reflexão metadiscursiva desenvolvida centralmente na obra de Gadamer (2013, 2002). Ela é responsável por uma virada linguístico-filosófica no problema central das tradições hermenêuticas, isto é, a interpretação, entendida como a busca da “totalidade significativa que dá sentido aos

discursos e que ‘escapa’ aos limitados e estáticos sistemas de signos que os constituem” (Ayres, 2008b, p.36). Simultaneamente, essa perspectiva supera a metafísica dogmática, cujo ápice encontra-se no cartesianismo da ciência moderna e da filosofia transcendental kantiana (Bleicher, 1992).

Tal empreendimento foi historicamente impulsionado pela filosofia heideggeriana, que, em oposição a uma concepção instrumental ou puramente metodológica da interpretação, evidencia a constituição ontológica do entender, frente à qual todo entendimento que alcançamos é tomado como interpretativo, seja ele um evento ordinário, seja a compreensão própria das ciências. Faz parte da constituição ontológica o que Heidegger define como uma *estrutura prévia do entendimento*: o “conjunto de interpretações preexistentes que fazem com que sejam possíveis outras interpretações” (Lawn, 2011, p.77). Essa noção, em especial, fundamenta a crítica à consciência e à subjetividade modernas, por meio da afirmação do pertencimento à história como condição subjetiva de acesso ao conhecimento. A dicotomia sujeito-objeto é substituída pelo *estar-lançado*, estado constitutivo do ser que, nos limites de sua temporalidade, busca entender o mundo ou, melhor, entender-se no mundo.

Nessa direção, Gadamer (2013) reabilita a noção de tradição para demarcar nosso pertencimento à história na forma de uma herança que se conserva porque a afirmamos, assumimos e cultivamos em nossos projetos racionais, embora de modo não tão evidente. Precisamente, a tradição diz respeito àquilo que tem validade sem necessidade de fundamentação e que se faz inescapavelmente presente no entendimento.

Um dos propósitos da hermenêutica filosófica é, portanto, a consciência dos *efeitos* ou da *eficácia histórica*, tal como uma sensibilidade ou vigilância em relação ao trabalho silencioso da história para além da própria consciência, o que implica um reconhecimento dos próprios limites da reflexão e, desse modo, a uma abertura para o diferente (Grondin, 2003).

Nessa perspectiva, uma interpretação adequada implica que o intérprete, imerso em uma tradição, mova-se até a *coisa-mesma* (aquilo que está em debate, que se quer entender) para ajustar-se a ela. Assim, todo entender é um intento de

adequação. A verdade é, nessa perspectiva, uma questão de concordância, conformidade ou consonância entre o intérprete e a coisa entendida; entre o que já foi vivido e a novidade. Esse movimento implica uma projeção, a antecipação de um sentido à luz das experiências acumuladas:

Tão logo apareça um primeiro sentido no texto [ou na ação humana¹], o intérprete prelineia um sentido do todo. Naturalmente que o sentido somente se manifesta porque quem lê o texto lê a partir de determinadas expectativas e na perspectiva de um sentido determinado. A compreensão do que está posto no texto consiste precisamente na elaboração desse projeto prévio, que, obviamente, tem que ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido (Gadamer, 2013, p.356).

É, então, na forma de um *círculo hermenêutico* que ocorre o processo constante de revisão das antecipações do entender. Gadamer (2002) descreve esse círculo a partir da regra hermenêutica, segundo a qual o entendimento transcorre sempre do todo para a parte e, desta, de volta para o todo, de modo a delinear um movimento circular entre um fragmento do texto ou da ação humana e seu significado total. Essa noção é complementada pela ideia de que o entendimento é guiado pela pressuposição de uma unidade completa de sentido. Quando essa completude não se sustenta, somos interpelados por algo que se mostra incompreensível e demanda um novo investimento de compreensão: a pesquisa científica, por exemplo.

Grondin (2003) propõe que a perspectiva gadameriana do entendimento pode ser mais bem sintetizada na metáfora de uma constelação: uma pessoa entende algo porque se encontra e nasceu abaixo de certas estrelas (condicionantes culturais, geográficos, etários, de época etc.); todo entender se encontra em uma constelação, em boa parte invisível, que confere ao entender sua luminosidade.

Outro aspecto central na filosofia hermenêutica de Gadamer provém da releitura que Heidegger faz da proposição aristotélica *o homem é um ser vivo dotado de logos*, na qual traduz *logos* como linguagem, em vez de razão/pensamento, tradução que se consagrou no Ocidente (Rohden, 2002). Assim, a linguagem, para

¹ Para Ricoeur (1991), assim como para Gadamer, a interpretação da ação humana, no domínio das ciências humanas e sociais, pode ser feita de forma análoga ao procedimento de interpretação de textos, tema primário das hermenêuticas.

além de um dote humano, é enfatizada como um princípio de concepção do mundo. Trata-se da base absoluta para que os humanos tenham mundo, de modo tal que nenhum outro ser vivo tem (Gadamer, 2013).

A própria aquisição da linguagem e o processo de aculturação equivalem à criação de um *horizonte*, isto é, um ponto de vista sobre o mundo, uma perspectiva configurada em termos de revelação e de limite. Nesse sentido, toda e qualquer realidade é linguística. Da mesma forma, tudo que conseguimos entender sobre o ser é necessariamente linguístico. Por extensão, a tradição, conduzido através do qual fluem os elementos centrais da vida social (Lawn, 2011), existe, essencialmente, no *medium* da linguagem, não no sentido instrumental, como se a tradição atuasse por *meio* da linguagem, mas no sentido de que ela reside no *meio*, isto é, no lugar, na circunstância, no centro ou no modo de ser da linguagem (Rohden, 2002).

A linguagem destaca-se ainda como aquilo que possibilita a convivência entre as pessoas, que constrói e sustenta uma orientação comum. Nesse sentido, o mundo só é possível através das solidariedades íntimas da linguagem e da vida cultural. Nos últimos trabalhos de Gadamer, a ideia de solidariedade parece ocupar o lugar das referências à tradição. Embora a tradição seja caracterizada principalmente por seu caráter comunitário (a estrutura baseada em acordos profundos que oferecem uma plataforma essencial para o entendimento e que podem ser encarados como formas de solidariedade), essa mudança expressa a esperança de que a solidariedade possa ser estendida e expandida para além dos contornos da tradição, podendo ser parte de uma agenda de aspirações políticas e éticas para o futuro (Lawn, 2011).

Em todo caso, Gadamer propõe que o entendimento ocorre na forma de uma *fusão dos horizontes*: um horizonte é colocado em contato com outro; ao invés de um obliterar o outro, eles se fundem e se expandem. A conexão entre os horizontes ocorre na forma de *diálogo*, entendido como a acomodação do outro, nunca a substituição ou supressão (Lawn, 2011). O entendimento diz respeito, então, à *participação num sentido comum*, trata-se sempre de um entender-se com o outro sobre algo (Gadamer, 2002).

Dado que o entendimento é sempre dialógico, a verdade somente pode emergir do diálogo genuíno, cujo sentido não é dado *a priori*, nem está na posse ou

sob a condução de nenhum dos seus participantes, mas vai sendo tecido à medida que transcorre a fusão. A linguagem, por sua vez, pode ser encarada como um diálogo ou uma conversa sem fim; não há linguagem de um único sujeito, ela é sempre produzida entre sujeitos, ainda que virtualmente. Qualquer construção discursiva é sempre um momento de um diálogo já em curso. E, por fim, nós próprios somos diálogo (Ayres, 2008a). Vale ressaltar que a *fusão de horizontes* nunca pode ser totalmente obtida ou finalmente completa, ela é basicamente uma inspiração. Disso resulta que a verdade é sempre um entendimento parcial e provisório (Lawn, 2011).

A metáfora da fusão pode ser apresentada de diferentes maneiras: como entendimento interpessoal, intercultural, entre o texto e o intérprete, entre o passado e o presente etc. Em qualquer uma dessas proposições, podemos falar de um diálogo que ocorre em uma dialética de pergunta e resposta. Um texto, por exemplo, se propõe a responder questões previamente formuladas em textos anteriores (Lawn, 2011). Igualmente, em uma conversa, uma fala pode ser entendida como resposta a uma fala anterior e, ao mesmo tempo, como uma nova pergunta, um novo convite à fala do interlocutor (Ayres, 2008a).

Por fim, convém acrescentar a essa perspectiva a concepção de discurso como realização da linguagem, que Ricoeur (1987, 1991) resgata dos linguistas e da qual deriva sua teoria de interpretação dos textos, proposta também como paradigma para a interpretação das ações humanas. Ele insere tal concepção no debate das hermenêuticas no intuito de apresentar o problema hermenêutico com base na conciliação entre a compreensão ontológica, proposta por Heidegger e Gadamer, e o distanciamento que confere o estatuto científico à compreensão.

Nessa perspectiva, o discurso ocorre como um evento, um acontecimento temporal. Em oposição a uma abordagem da língua ou do esquema linguístico, trata-se da fala, do uso, o que implica locutor, interlocutor e algo ao qual o discurso diz respeito. Tal evento é o que possibilita a troca de mensagens. Trata-se da atualização de nossa competência linguística em *performance*. Ao mesmo tempo, é próprio do discurso superar o caráter fugidio do evento, em algo que permanece. O discurso tem, assim, uma segunda característica: a significação. Ela diz respeito à estrutura predicativa do discurso, que é o que possibilita que ele seja compreendido e também

fixado (escrito). Desse modo, o discurso configura uma *dialética de evento e significação*. A articulação entre esses dois polos ocorre em diferentes níveis: o evento abrange o ato de dizer, o que se faz ao dizer e aquilo que se faz pelo fato de dizer²; há um correlato de significação na exteriorização que ocorre em cada um desses atos – em maior medida no primeiro caso e em menor, no último (Ricoeur, 1987, 1991).

Ricoeur (1987, 1991) argumenta que o discurso consiste, adicionalmente, em uma *dialética de sentido e referência*. O sentido se relaciona à semântica da frase, determina seu conteúdo proposicional, o “quê” do discurso. Já a referência é o “acerca de quê” do discurso, que marca sua intenção de exprimir a realidade, de ser verdadeiro; é seu valor de verdade. Desse modo, todos os discursos referem-se à realidade; revelam, em alguma medida, o mundo. Enquanto o sentido é imanente ao discurso, a referência exprime o movimento em que a linguagem se transcende a si mesma. Essa dialética diz respeito à relação entre a linguagem e a condição ontológica do *ser-no-mundo*: é porque nos orientamos no mundo mediante a compreensão que temos a experiência para trazer à linguagem.

As duas dialéticas definidoras do discurso relacionam-se da seguinte forma:

Referir é o uso que a frase [unidade de base do discurso] faz numa certa situação e em conformidade com um certo uso. É, pois, o que o locutor faz quando aplica as suas palavras à realidade. Que alguém se refira a algo num certo tempo é um acontecimento, um evento linguístico. Mas este evento recebe a sua estrutura do significado enquanto sentido. O locutor refere-se a algo na base de ou mediante a estrutura ideal do sentido. O sentido é, por assim dizer, atravessado pela intenção de referência do locutor. Deste modo, a dialética de evento e significação recebe um novo desenvolvimento da dialética do sentido e da referência (Ricoeur, 1987, p. 32).

² Os três níveis do evento linguístico são intitulados, respectivamente, de *ato locucionário* ou *proposicional*, *ato ilocucionário* e *ato perlocucionário* (Ricoeur, 1991).

3.2 Hermenêutica filosófica como postura epistemológica

A perspectiva de Gadamer não configura propriamente uma metodologia de pesquisa ou, mais especificamente, de interpretação de dados. Ao contrário, seu desenvolvimento está atrelado à crítica ao legado iluminista da crença no método como único caminho válido para se alcançar a verdade. Todavia, podemos depreender da *hermenêutica filosófica* uma postura epistemológica³ para a investigação qualitativa.

Tal postura insere-se entre as abordagens que enfatizam o caráter inerentemente significativo de uma obra ou ação humana, de modo que cabe ao pesquisador compreender o significado que a constitui. Em outras palavras, o papel do pesquisador é o de intérprete. O modo como esse papel é desempenhado, no entanto, difere substancialmente entre a *hermenêutica filosófica* e as demais epistemologias interpretativistas⁴, que apostam em uma compreensão na qual o intérprete não se envolve, apenas reproduz ou reconstrói objetivamente o significado original da obra ou ação humana pesquisada. Para isso, ele deve empregar um tipo de método que lhe possibilite se afastar de seus referenciais históricos, de modo a não enviesar a interpretação adequada (Schwandt, 2006).

A *hermenêutica filosófica*, por outro lado, ao negar a existência de realidades que possam ser experimentadas independentemente do entendimento, encara a pretensão de que o pesquisador desvie de seus próprios pontos de referência cultural como uma ficção do pensamento moderno (Lawn, 2011). Gadamer (2013) argumenta que o intérprete está sempre inserido na tradição, mas ela não consiste em algo externo, objetivo e relegado ao passado, do qual é possível se livrar. É própria do intérprete e possui sobre ele uma autoridade anônima. O engajamento do pesquisador se impõe, assim, como condição para a compreensão da realidade.

³ A noção de epistemologia é usada aqui em sentido genérico, como reflexão ou teorização acerca da produção de conhecimento científico. Não há, portanto, adesão a nenhuma concepção mais formalista do termo.

⁴ Além da hermenêutica, Schwandt (2006) designa, como epistemologias interpretativistas, especificamente as abordagens da identificação empática, da sociologia fenomenológica e dos jogos de linguagem.

Mas isso significa que, no redespertar o sentido do texto [ou da ação humana,] já se encontram sempre implicados os pensamentos próprios do intérprete. Nesse sentido o próprio horizonte do intérprete é determinante, mas também ele não como um ponto de vista próprio que se mantém ou se impõe, mas como uma opinião e possibilidade que se aciona e coloca em jogo e que ajuda a apropriar-se verdadeiramente do que se diz no texto [ou na ação] (Gadamer, 2013, p.503).

Em uma investigação orientada por esta perspectiva, a tarefa do pesquisador envolve um exercício de consciência – no sentido de vigilância – sobre os efeitos, no processo investigativo, de seu pertencimento à tradição. Considerando que não é possível uma perspectiva completamente desobstruída dos próprios pré-conceitos, são necessárias algumas medidas de autopercepção, confrontando a herança que conduz o pesquisador e o inesperado que se apresenta no processo investigativo (Lawn, 2011).

Para além do caráter inerentemente histórico de toda compreensão, o tema da presente pesquisa guarda um viés histórico adicional: muito do que é debatido trata de acontecimentos passados, embora a questão central da pesquisa remeta também aos dias atuais. Essa relação temporal é operada nos termos da *fusão de horizontes* , considerando o passado como possuidor de seu próprio horizonte, que precisa ser recuperado a partir do horizonte presente. A rigor, tais horizontes não existem independentemente. Eles só podem ser delineados em relação, quando o pesquisador funde seu horizonte com os dos acontecimentos ou obras do passado (Grondin, 2003). Isso significa que a compreensão da história ocorre inevitavelmente a partir dos efeitos dessa história sobre nós. Assim, o exercício de compreendê-la envolve tanto acessar a própria visão sobre o tema, quanto questioná-la mediante outras perspectivas.

Nesse percurso, outra *fusão de horizontes* se configura: entre pesquisador e informantes. Aqui, o caráter dialógico da compreensão se expressa no acordo interpretativo estabelecido com as perspectivas apresentadas pelos/as participantes da pesquisa. No caso deste trabalho, podemos falar ainda, embora em menor medida, da fusão com as obras, isto é, as campanhas ou materiais de prevenção aos quais os/as

participantes se referem no resgate da história da camisinha no contexto do enfrentamento à aids.

O tratamento compreensivo-interpretativo dos discursos foi embasado na formulação de Ricoeur, apresentada acima. Ela oferece uma perspectiva útil e coerente com a *hermenêutica filosófica*, embora eu não me detenha, neste trabalho, nos demais aspectos que configuram a teoria da interpretação desse autor. A proposição do discurso como *dialética de evento e significação* e *dialética de sentido e referência* serve de abordagem e guia para a análise tanto dos depoimentos dos entrevistados, quanto das construções sociais apresentadas como discursos sobre a camisinha e/ou discursos da prevenção de HIV/aids.

Nessa direção, o caráter de evento do discurso nos leva, na interpretação, a indagar sobre a intenção do locutor/autor na situação discursiva original. Para tanto, é preciso engajar determinado discurso em uma dialogia, isto é, tentar reestabelecer as perguntas às quais ele tenta responder e recuperar o horizonte histórico em que foi produzido. Assim, torna-se possível compreender o discurso para além de seu conteúdo literal – seu excesso de significado (Lawn, 2011). No entanto, essa abordagem histórica da interpretação não deve ser tomada aqui como o fundamento do processo hermenêutico, assim como ocorreu na tradição romântica da hermenêutica (anterior a Gadamer), cujo propósito era *compreender um autor melhor do que ele a si mesmo*. Tampouco, ela deve ser excluída, tal como em uma análise estrutural do conteúdo proposicional dos discursos. Ambas as posturas resultam em abordagens interpretativas unilaterais (Ricoeur, 1987).

Na perspectiva que adoto neste trabalho, compreender os discursos implica articulá-los às polaridades dialéticas apresentadas. Assim, o sentido de um discurso, como totalidade compreensiva, deve ser buscado em seu conteúdo proposicional (significado) em conexão com a intenção e com o horizonte do locutor/autor, assim como na perspectiva de que tal sentido não se revela enquanto tal senão no propósito de revelar um mundo que inclui a realidade do próprio intérprete, isto é, o meu próprio horizonte como pesquisador.

3.3 Material, procedimentos metodológicos e aspectos éticos

Esta pesquisa foi desenhada como estudo de caso, tal como compreendido por Becker (1994), que se dedica à adaptação dessa modalidade de investigação da tradição médica e psicológica para as análises em ciências sociais. Nesses termos, o estudo de caso caracteriza-se pelo interesse na singularidade de um indivíduo, uma organização, uma comunidade, um conjunto de discursos etc.

Mais propriamente, o estudo de caso se fundamenta em um duplo propósito: de um lado, o alcance de uma compreensão abrangente da entidade estudada; de outro, o desenvolvimento de declarações teóricas mais gerais sobre regularidades dos processos e das estruturas sociais envolvidos na mesma. A preparação da pesquisa nessa modalidade implica a abrangência de uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. Assim, o pesquisador é convocado a considerar as múltiplas relações entre os fenômenos específicos que estuda e a lidar com descobertas inesperadas e com a necessidade de reorientações do estudo. Dada a amplitude dessa meta, cabe ao pesquisador, por meio da atribuição de relevância teórica, se concentrar no aprofundamento de alguns desses problemas (Becker, 1994).

A realização desse propósito foi estruturada com base na postura epistemológica descrita acima e nos objetivos apresentados. Para engendramento de um diálogo hermenêutico acerca da construção da camisinha no Brasil como estratégia de prevenção de HIV/aids a partir dos discursos direcionados ao público gay/HSB, foram selecionados, como participantes, atores sociais, cujas proximidade e propriedade de crítica em relação a esse fenômeno lhes possibilitavam retratá-lo em profundidade e complexidade.

Nessa direção, o conjunto de participantes foi composto por pessoas que mantêm ou mantiveram um envolvimento significativo com o enfrentamento da epidemia de HIV/aids no país e/ou com a reflexão acerca das questões relativas à prevenção, especialmente no âmbito dos cenários sexuais gays/HSB. Os/as participantes foram selecionados/as por serem conhecidamente atores de destaque no trabalho relacionado, direta ou indiretamente, à promoção do uso da camisinha no contexto referido. Tendo em vista a diversidade de trabalhos nessa área, foram

consideradas três importantes frentes de atuação: (a) condução de políticas públicas de saúde, (b) produção de pesquisa relacionada ao tema e (c) atuação em movimentos sociais organizados (especificamente, movimento gay e movimento contra a aids).

Uma lista inicial, com estimativa de um número mínimo de 10 participantes, foi elaborada com a ajuda de pares e orientadores, tomando como parâmetro a obtenção de uma totalidade compreensivo-interpretativa de sentidos a respeito da questão investigada. Ao longo da coleta das narrativas, foram acrescentados novos nomes, a partir de indicações dos/as participantes já contatados/as e também em virtude da necessidade de substituição daqueles/as que não puderam participar (em geral, por dificuldades de agendamento da entrevista). Vale ressaltar que não houve recusas expressas ao convite para participação. Ao final, foram incluídos/as 13 participantes (apresentados no Quadro 1), tendo esse total se mostrado suficiente para obtenção de um quadro compreensivo capaz de iluminar a questão que orientou a investigação.

O grupo de participantes foi integrado majoritariamente por pessoas que residem nos estados brasileiros em que a epidemia de HIV/aids se desenvolveu primeiro e com maiores proporções e também onde se articularam as ações mais expressivas de enfrentamento: São Paulo e Rio de Janeiro. No entanto, a lista abrange também residentes de outros lugares do Brasil.

A coleta das narrativas foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, orientadas por roteiro (em anexo), cujas questões buscavam traçar um panorama da presença da camisinha antes e a partir da epidemia de HIV/aids no Brasil, com ênfase nos discursos que a construíram como estratégia de prevenção de HIV/aids. Além disso, as questões abrangiam aspectos relacionados ao direcionamento dos discursos e das ações preventivas para a população gay/HSH, às formas mais institucionalizadas de divulgação dos mesmos, à aproximação desses discursos com o erotismo/pornografia, às questões geracionais, entre outros.

Quadro 1 – Apresentação e caracterização dos/as participantes da pesquisa

Participante	Nascimento (década)	Descrição profissional e atuação (relativa ao tema investigado)
Beto de Jesus	1960	Graduado em Filosofia, secretário da <i>International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association</i> (ILGA) e membro da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)
Cristiane Gonçalves	1970	Graduada em Ciências Sociais, professora e pesquisadora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), ex-integrante do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo e do Programa Nacional de DST/Aids (atual Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde)
Ivo Brito	1950	Graduado em Sociologia, integrante do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, ex-coordenador da área de Prevenção deste departamento
Luiz Mott	1940	Graduado em Antropologia, professor e pesquisador aposentado da Universidade Federal da Bahia (UFBA), fundador e presidente do Grupo Gay da Bahia (GGB)
Maria Elvira Díaz Benítez	1970	Graduada em Antropologia, professora e pesquisadora do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Mário Scheffer	1960	Graduado em Comunicação Social, integrante do Grupo Pela Vidda/SP, professor e pesquisador da Universidade de São Paulo (USP)
Paulo Teixeira	1940	Graduado em Medicina, ex-coordenador do Programa Nacional de DST/Aids (atual Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde) e integrante do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo
Regina Facchini	1960	Graduada em Sociologia e Política, professora e pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), ex-integrante da Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo (APOGLBT)
Vagner de Almeida	1950	Graduado em Estudos Sociais, diretor de teatro e cinema, integrante da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), pesquisador da <i>Columbia University in the City of New York</i>
Veriano Terto Jr.	1960	Graduado em Psicologia, ex-coordenador geral da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), pesquisador e professor visitante da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
E11	1940	Pesquisador/a e integrante de ONG/aids
E12	1960	Integrante da Política Pública de Saúde
E13 ⁵	1980	Pesquisador/a e integrante de ONG/LGBT

⁵ Os/as participantes designados/as como E11, E12 e E13 optaram pela não identificação de seus nomes. A descrição profissional destes/as foi simplificada com o intuito de preservar seu anonimato.

Os/as participantes foram contatados/as por e-mail e/ou telefone e as entrevistas foram realizadas em locais apropriados, em uma ou duas tomadas, de acordo com a disponibilidade dos/as participantes. A maior parte delas ocorreu presencialmente. Nos casos em que houve dificuldades de agendamento de encontros presenciais, foram conduzidas entrevistas por vídeo-chamada (*Skype*). A duração das entrevistas variou entre 1h10min e 4h30min.

As entrevistas foram gravadas e, depois, transcritas. Na ocasião da entrevista, foram oferecidos aos/às participantes o acesso posterior às transcrições e a possibilidade de revisão dos depoimentos. Apenas um participante fez modificações no texto transcrito. Estas diziam respeito mais à forma e à sequência da narrativa do que a seu conteúdo.

O tratamento das narrativas enfocou regularidades e particularidades presentes nos depoimentos de modo a apreender a descrição do fenômeno investigado, sua relação com o contexto no qual se insere, o engajamento e o ponto de vista do/a informante a esse respeito. Além disso, a compreensão desse fenômeno foi situada dentro do cenário mais amplo das questões relacionadas ao modo como lidamos culturalmente com as (homo)sexualidades, à configuração das práticas sexuais no contexto marcado pela medicalização da vida social, à relação entre a esfera íntima e a dimensão pública e estatizada da vida etc.

Mais especificamente, o processo analítico-interpretativo contemplou as seguintes etapas: (a) leitura compreensiva dos depoimentos, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão dos compartilhamentos e diversidades; (b) identificação e problematização dos elementos destacados nos discursos e das ideias neles explícita ou implicitamente sustentadas; (c) busca de sentidos mais amplos relacionados às falas dos/as participantes; (d) construção de síntese interpretativa, articulando objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

No que diz respeito aos aspectos éticos, o protocolo desta investigação foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP/FMUSP) e registrado sob o nº 262/11. A avaliação ocorreu em dois momentos. Primeiramente, o protocolo foi avaliado a partir do projeto inicial de pesquisa, sendo aprovado em setembro de 2011 (aprovação em

anexo). Com a redefinição do projeto, com base nas modificações realizadas a partir do aprofundamento do estudo, de discussões acerca da condução da pesquisa e, sobretudo, de sugestões feitas pela banca no exame de qualificação, foi necessária uma reavaliação. Depois de apresentadas e justificadas, as alterações nos objetivos, no método e no título da pesquisa foram aprovadas em junho de 2014, por meio de parecer e adendo à aprovação original (em anexo).

Na coleta das narrativas, foram tomados os cuidados necessários para garantir a prestação de todas as informações necessárias acerca da realização da pesquisa, dos recursos metodológicos utilizados, das questões investigadas e do caráter voluntário da participação. Tais procedimentos foram formalizados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, em anexo), apresentado a cada informante, cuja concordância e assinatura foram tomadas como condições para a realização da entrevista. Também foi disponibilizada aos/às participantes a possibilidade de revisão do depoimento fornecido, a partir do acesso à transcrição da entrevista.

Como podemos ver no Quadro 1, algumas das pessoas entrevistadas foram identificadas pelo nome real, outras apenas com os códigos E1, E2 e E3. Esse arranjo teve a finalidade de garantir o cuidado ético com a (não) identificação dos/as participantes. Considerando que se tratava de pessoas envolvidas com a produção e/ou defesa pública de argumentos ou posturas políticas a respeito do tema investigado, pareceu relevante a atribuição de autoria aos depoimentos, assim como emergiu a dificuldade de tornar anônimos alguns episódios ou opiniões já conhecidos publicamente. Nessa direção, a maioria dos/as participantes tem seus depoimentos identificados neste trabalho. Por outro lado, alguns/mas participantes preferiram que o conteúdo de suas narrativas não fosse identificado. A esses/as foi garantida a confidencialidade, nos moldes habituais dos procedimentos éticos em pesquisas como seres humanos. Essa definição ficou, portanto, a critério de cada participante. Para tanto, foi criado, no TCLE, uma questão em aberto com as opções *identificação* ou *anonimato*.

PARTE II

4 Homoerotismo: história e conceitos

Apresentadas as bases teóricas, tentarei esboçar, neste capítulo, um panorama das construções sociais que estruturam e dão sentido às relações sexuais entre homens. Utilizo o termo *homoerotismo* para designar, de forma ampla, tais relações. Seguindo a proposição de Costa (1991), porém sem a filiação psicanalítica que esse autor lhe atribui, recorro a tal termo para suspender a *homossexualidade* como um construto médico-científico, situado em determinado momento histórico. Isso não implica que o homoerotismo exprima uma verdadeira condição dos amores e envolvimento sexuais entre iguais. Como o próprio autor ressalta, “nunca houve algo assim como um homoerotismo puro, livre de coerções ideológicas” (Costa, 1991, p. 24). Trata-se de um recurso teórico que nos ajuda a escapar de uma concepção “naturalizante” das relações sexuais entre homens.

Além da noção de homossexualidade, são destacadas nesse panorama as construções relativas à identidade e ao movimento gay. Ao fim do capítulo, tento delinear a perspectiva que utilizo neste trabalho para me referir ao segmento populacional circunscrito em função das relações homoeróticas.

4.1 Relações sexuais entre homens

Fica cada vez mais evidente que as configurações práticas e discursivas acerca do homoerotismo têm variado histórica e culturalmente em função de como as relações sexuais entre homens são articuladas à moral, ao amor e ao prazer em cada contexto específico. Para elucidar essa variação, são especialmente relevantes os arranjos sociais e as reflexões filosóficas que a cultura grega antiga produziu a respeito de tais relações. Como mostra Foucault (2007b), entre os gregos, as relações

entre homens, entre mulheres e as relações homem-mulher eram igualmente permitidas pelas leis e admitidas pela opinião.

...[os gregos] pensavam que o mesmo desejo se dirigia a tudo o que era desejável – rapaz ou moça – com a reserva de que era mais nobre o apetite que se inclinava ao que é mais belo e mais honrado: mas também pensavam que esse desejo devia dar lugar a uma conduta particular quando ele se instaurava numa relação entre dois indivíduos de sexo masculino. Os gregos não imaginavam que um homem tivesse necessidade de uma natureza “outra” para amar um homem; mas eles estimavam sem hesitar que, para os prazeres obtidos numa tal relação, era necessário dar uma outra forma moral que não aquela exigida quando se tratava de amar uma mulher (Foucault, 2007b, p.171).

O desenvolvimento de uma estilística para o homoerotismo se ateve, contudo, a um modelo específico de envolvimento: a pederastia, entendida como a relação com fins pedagógicos, estabelecida entre o *erastes*, um homem formado e com *status* definido, e o *erômeno*, um rapaz ainda em formação. Grandes interesses e preocupações político-filosóficos foram investidos na discussão e estruturação dessa estilística, dado que a pederastia parece ter constituído o cerne dos problemas e cuidados acerca das práticas sexuais e do uso dos prazeres.

Ao passo em que se considerava “natural” a atração pelos rapazes, fazer deles um objeto de prazer podia ser hostilizado, como algo contrário à natureza. Assim, a erótica corrente era atravessada por um jogo complexo de valorizações e desvalorizações das relações entre homens. Concentrava-se na estilização das condutas do amante (deveria exercer o papel social, moral e sexualmente ativo: cortejar o rapaz, presentear-lo, ensinar-lhe a ser homem; em troca, poderia pedir seus “favores” sexuais) e do amado (poderia aprender com o homem, receber seu apoio ou ajuda e até corresponder a sua afeição, desejando dar-lhe prazer; mas deveria esquivar-se das investidas sexuais, resistir a ceder e jamais encontrar prazer ou se identificar com esse papel de passividade).

Com Sócrates e Platão, no entanto, encontrava-se uma erótica mais simétrica do amor entre iguais: homem e rapaz eram amantes, sujeitos na relação dialética de amor. Enquanto o rapaz, ávido da sabedoria do mestre, poderia desejá-lo e seduzi-lo, caberia ao segundo conhecer o verdadeiro objeto do amor (mais a alma, menos o

corpo), dominar a si mesmo e ensinar ao rapaz o regime ordenado dos prazeres, que o faria triunfar sobre os próprios desejos.

Ainda segundo Foucault (2007c), sobre esses elementos, especialmente os que constituíam rigorosas austeridades, se configurou uma nova erótica. Com a expansão do domínio romano, as atenções se voltaram para a apresentação da relação entre homem e mulher como se fosse mais simétrica ou recíproca e para a valorização da virgindade e da união na forma de casamento. Nesse processo, uma desqualificação do amor pelos rapazes evoluiu para a condenação severa das relações homoeróticas. Na Europa e em suas colônias, essa condenação culminou na criminalização da sodomia, definida como o sexo penetrativo com ejaculação dentro do ânus. As leis antissodomitas e o julgamento dos casos nos tribunais da Justiça Civil ou da Inquisição redundaram, muitas vezes, na pena de morte (Mott, 2001)¹.

Para Trumbach (1989)² *apud* Weeks (2010) o modelo da pederastia, que se perpetuou vigoroso, particularmente nos países mediterrâneos, destaca-se como um dos principais padrões de interação homoerótica no Ocidente desde o século 12 e faz eco na organização do homoerotismo em escala mundial. Esse historiador identifica um segundo padrão ocidental básico, que se destacou no início do século 18, associando, cada vez mais, as práticas sexuais entre homens, fosse no papel ativo ou passivo, com ser afeminado. Seu desenvolvimento está relacionado a transformações na vida política e familiar europeia, especialmente às marcadas distinções de condutas sociais/sexuais masculinas e femininas e ao consequente aumento da estigmatização dos homens que não se conformavam prontamente às expectativas sociais da masculinidade. Esse modelo tem sua expressão mais explícita na emergência de cenários de travestis em cidades como Londres, Paris e Berlim, nos quais foi possível “começar a definir alguma espécie de sentido de diferença e de identidade” (Weeks, 2010, p.66).

¹ Em Portugal, por exemplo, o Tribunal do Santo Ofício da Inquisição durou de 1536 a 1821. Antes disso, a Justiça Civil já possuía poderes para condenar à morte os praticantes da sodomia (Mott, 2001).

² Trumbach R. Gender and homosexual roles in modern western culture: the 18th and 19th centuries compared. In Niekerk AK, Meer T, organizadores. Homosexuality, which homosexuality? Londres: GMP Publishres; 1989.

Esse panorama, no entanto, está situada em pontos geográficos e históricos tomados como o centro da “cultura ocidental”, que, em função da organização geopolítica estruturada especialmente pelos processos de colonização, se sobrepõem a outras estruturas histórico-culturais. Desse modo, os padrões de homoerotismo descritos talvez possam ser encarados como uma espécie de *localismo globalizado* (Santos, 1997)³. Assim, vale ressaltar que tais construções, embora possam ser globalmente influentes na definição de mentalidades e práticas, não podem ser encarados como suficientes para a descrição histórica e compreensão do homoerotismo, sobretudo em lugares miscigenados e amalgamados como o Brasil.

A esse respeito, é importante lembrarmos que diversos padrões de conduta homoerótica foram identificados nas tribos indígenas brasileiras, tal como mostra o levantamento de achados de antropólogos e outros pesquisadores feito por Trevisan (2007). Na tribo dos *nambiquaras*⁴, por exemplo, foram encontradas relações homoeróticas entre adolescentes primos cruzados, o que, na lógica local, significava que um estava destinado a desposar a irmã do outro. Segundo Lévi-Strauss (1986)⁵ *apud* Trevisan (2007), em registro da década de 1930, o futuro cunhado seria um substituto provisório da esposa em uma relação tomada quase como infantil ou uma espécie de “amor de mentira” (*tamindige kihandige*), tal como era nomeada. No entanto, essas relações perduravam mesmo após o casamento e eram exibidas com uma eloquência ausente nas relações homem-mulher. Assim, era comum a comunidade presenciar casais de homens passeando abraçados ou fazendo sexo perto da fogueira, ao passo que os casais de sexo oposto se retiravam para o mato para manterem suas práticas íntimas.

Ainda podem ser citados elementos de outras sociedades tribais brasileiras que parecem fazer parte de padrões bastante específicos, tais como a prática sexual circunstancial entre irmãos ou primos do sexo masculino, obedecendo à lógica de que o mais velho domina e penetra o mais novo; o hábito entre os rapazes, casados

³ Santos (1997) descreve a globalização como o processo pelo qual determinada condição ou entidade local estende a sua influência globalmente e, assim, desenvolve a capacidade de designar como local outra condição social ou entidade rival. Embora essa formulação refira-se a processos característicos da modernidade ocidental, acredito que o esquema proposto pode ser expandido e aplicado à sobreposição de determinadas tradições locais sobre outras, que forja novos sentidos para o *universal/mundial* e o *local*, mesmo quando essa se situa em períodos anteriores à modernidade.

⁴ Os *nambiquaras* habitavam o estado do Mato Grosso, próximo a Rondônia.

⁵ Lévi-Strauss C. Tristes trópicos. Lisboa: Edições 70; 1986.

ou não, de dormirem abraçados, com pernas entrelaçadas e rostos colados; a existências da “casa dos homens”, onde esses vivem enquanto são solteiros, aprendem o ofício da masculinidade e, quando casados, voltam para fazer sexo; ou ainda a inversão de gênero, que ocorre quando um homem se orna ou se comporta como mulher e assim passa a ser tratado, podendo, em determinadas tribos, ser desposado por outro homem (Trevisan, 2007).

Mott (2001) conta que, na época da colonização, a julgar pelas práticas de sodomia registradas pela Inquisição, a América Portuguesa, em diversas regiões, foi palco de relações entre homens de diferentes idades e filiações sociais: padres, freis, nobres, fazendeiros, índios, (ex)escravos, soldados etc. A partir desse retrato, podemos supor a complexa combinação de padrões homoeróticos que permearam a cultura brasileira e, possivelmente, ainda influenciam as configurações sexuais atuais.

Em especial, a associação entre homoerotismo masculino e feminilidade, que aparece nos padrões identificados entre os indígenas brasileiros e naqueles destacados na Europa Ocidental, também se destaca no Brasil da segunda metade do século 20, porém com diferenças significativas em relação a esses. Fry (1982) propõe que essa associação servia à estruturação de um sistema classificatório hierárquico da experiência sexual em geral e da prática homoerótica em particular. Nesse sistema, os indivíduos do sexo masculino eram divididos em duas categorias: o *homem* (ou *homem de verdade*) comporta-se de maneira “masculina” e, no ato sexual, penetra a *bicha*, que tende a reproduzir a conduta social e sexual “feminina”.

Nesses termos, a prática sexual com outro homem não implica uma mudança de categoria ou *status* para aqueles que desempenham um papel ativo na relação. O que está em questão não é exatamente a prática homoerótica, mas a hierarquia de valores que, como descreve Parker (1991), se estrutura em função de noções muito arraigadas de atividade e passividade, dominação e submissão, violência e inferioridade, dividindo o universo sexual entre o mundo dos homens, que penetram e metaforicamente consomem suas parceiras durante as trocas sexuais, e o mundo das mulheres e *bichas*, *viados* ou *maricas*, que se oferecem passivamente para serem penetradas e possuídas.

Esse sistema, herdado da estrutura hierárquica de dominação patriarcal (Parker, 1991), é comum a toda a sociedade brasileira, mas, nas décadas de 1970 e 1980, segundo Fry (1982), era encontrado com “maior hegemonia” entre os homens das populações mais pobres, nas áreas menos desenvolvidas do país e em cenários bastante específicos, como dentro dos sistemas prisionais. Ele vigorou, sobretudo, antes do surgimento de novos sistemas classificatórios, desenvolvidos a partir da categoria *homossexualidade*.

4.2 Homossexualidade, identidade e movimento gay

A categoria *homossexualidade*, assim como *heterossexualidade*, surgiu apenas no final do século 19. Os termos parecem ter sido cunhados em um contexto de reforma política da Alemanha, que em breve seria unificada. Tratava-se de uma tentativa de revogar leis antissodomitas com base no argumento de que o desejo e as práticas homoeróticas configuravam uma variante benigna da “sexualidade normal”. Diferente da sodomia, que definia uma transgressão ocasional, a homossexualidade foi tomada como uma natureza sexual específica, que definia também um tipo particular de pessoa, o/a homossexual. Essa distinção logo se converteu em descrições médico-morais, que institucionalizaram a heterossexualidade como norma e definiram a homossexualidade como desvio/patologia (Weeks, 2010).

De acordo com Costa (1995), a construção da lógica que divide os seres humanos em homo e heterossexuais foi estruturada a partir de dois elementos fundamentais. O primeiro deles já havia sido fornecido pela constituição do sexo como característica diferenciadora, o que delimitou a fronteira entre os dois sexos biológicos, tal como descrito por Laqueur (2001). O segundo foi, então, oferecido pela noção de “instinto sexual”, desenvolvida pela primeira linha da Sexologia, como uma força natural que possui um direcionamento. Assim, na determinação da então “sexualidade normal”, o sexo dos sujeitos deveria combinar-se com o direcionamento de seu desejo para o sexo oposto. No caso da homossexualidade, a

direção sofreria um desvio ou uma inversão. Se antes a mulher fora considerada um homem invertido, agora era o homossexual que ocupava esse lugar.

Nesse processo, os médicos passaram a reivindicar a autoridade para descrever a homossexualidade (ou o “homossexualismo”) e identificar suas causas. Em contraposição à condenação das práticas homoeróticas como pecado, crime ou “sem-vergonhice”, propuseram que os homossexuais eram pessoas doentes ou anormais, que precisavam de tratamento, assistência e cura. Embora algumas dessas teorizações tenham se posicionado em defesa de tal condição, boa parte delas serviu para também condená-la, em consonância com os “militantes da pureza”, que, na Europa e também no Brasil, a encaravam como uma ameaça à moral, à família e, agora, à saúde. Alguns médicos pioneiros elaboraram modelos explicativos que reproduziam a associação com a feminilidade e a hierarquia dos papéis ativo e passivo, propondo tipologias da homossexualidade. Mas o que sobressaiu foi a concepção de uma gênese biológica da homossexualidade, naturalizando o homoerotismo como uma condição humana específica, independente do papel sexual (Fry, 1982; Fry e MacRae, 1985).

Por outro lado, como argumenta D’Emilio (1998), o surgimento do/a homossexual, como um tipo humano, possibilitou que as pessoas assim identificadas pudessem se perceber como tal e reconhecer seus pares, o que desencadeou um longo processo de constituição de uma minoria coesa e autoconsciente. Assim, os grupos homossexuais que surgiram em meados do século 20 ratificaram a categoria moderna *homossexualidade* e, organizados em torno dela, empunharam um processo de lutas políticas.

Nos Estados Unidos, em particular, esse processo foi propiciado por uma série de fatores sociais, que convergiram com o fim da Segunda Guerra Mundial: a publicação do estudo Kinsey sobre o comportamento sexual masculino, a intensificação de ações governamentais e penas contra a homossexualidade, o modelo provido por outros movimentos sociais radicais, a revolução sexual, entre outros. Assim, a partir do final da década de 1940, foram sendo estabelecidas as condições para o surgimento do embrião da organização política dos/as homossexuais: o não tão expressivo *homophile movement*, responsável pelo

desenvolvimento e mobilização de um incipiente contingente de homens e mulheres que compartilhavam essa identidade sexual socialmente oprimida (D'Emilio, 1998).

Identidade sexual, nesse contexto, implica uma declaração sobre pertencimento, localização social ou mesmo de comprometimento político. Dizer quem somos, ao contar a respeito de nossa preferência ou orientação sexual, significa também assumir uma posição específica em relação aos códigos sociais dominantes (Weeks, 2010). A recriação do termo *gay*, adotado como categoria de autodefinição, foi central na apropriação da definição médico-científica da homossexualidade e na construção de uma identidade própria, em torno da qual se estruturou uma vida coletiva, articulada por meio de sofisticadas redes comunitárias. Assim, os membros da denominada comunidade gay ergueram, a partir do emblemático motim de *Stonewall* em 1969, um vigoroso movimento pela libertação gay. O então movimento social gay estadunidense, em conjunto com mobilizações semelhantes em outros países, se expandiu geograficamente, disseminando sua organização cultural, ideologia e identidade, tal como podemos ver na própria difusão, para outras culturas e línguas, do termo *gay*, com a acepção impressa pelos ativistas liberacionistas.

Green (2000) conta que, no Brasil, esse processo está vinculado às significativas mudanças sociais ocorridas nos anos 1950 e 1960, expressas especialmente nos grandes fluxos migratórios para as cidades onde a produção industrial e o mercado se expandiam. Nessa época, muitos homossexuais migraram para cidades como Recife, Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo, em busca de uma vida longe do controle familiar e, juntamente com os nativos dessas cidades, criaram cenários homossexuais urbanos. Alguns lugares públicos tornaram-se pontos de encontro; produziam-se festas, *shows* de travesti e outros pequenos eventos; criou-se uma imprensa gay com revistas de coluna social; por fim, o carnaval proporcionava ocasiões de maior fluidez e liberdade de expressão.

Mesmo recebendo a influência do movimento de libertação gay de outros países e com mudanças nas noções de gênero e homossexualidade sendo expressas no campo artístico-musical (*Secos & Molhados* e *Dzi Croquettes* são exemplos), a organização política dos homossexuais brasileiros só foi possível após o enfraquecimento da ditadura militar. No fim da década de 1970, com o processo de

abertura política, os homens (e, em menor proporção, as mulheres) homossexuais, assim como outras minorias, começaram a se mobilizar, formando os primeiros grupos (Green, 2000).

Uma retrospectiva detalhada do “Movimento Homossexual Brasileiro” (MHB), que depois se tornou “Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros” (LGBT), é encontrada no trabalho de Facchini (2005). Essa pesquisadora, assim como Green (2000), destaca a configuração de uma “primeira onda” do movimento, configurada pela expansão e articulação nacional dos grupos, bem como pelos conflitos e rachas, causados por divergências ideológico-estratégicas, dentre as quais se destaca a polarização entre vinculação à “esquerda” e “autonomia das lutas das minorias”. Nessa fase, foram comuns as reuniões para reconhecimento e discussão das experiências da homossexualidade e da discriminação/violência vividas pelos/as participantes, a partir das quais se buscava consolidar uma perspectiva e uma identidade homossexual militante. Em relação às atividades realizadas, destacaram-se a campanha e a manifestação contra a perseguição e violência protagonizadas pelo delegado Richetti em São Paulo⁶. Esse primeiro momento foi marcado por um acentuado caráter antiautoritário e comunitarista, que, segundo Fry (1982), era tributo da reação coletiva ao regime ditatorial e distinguia o movimento brasileiro daqueles surgidos em outros países.

Os primeiros ativistas também recusaram o termo *gay* como marca identitária, evitando a imitação do movimento estadunidense. O termo *entendido/a* foi proposto como um possível equivalente local. Oriundo do cenário homossexual da década de 1960, ele teria o mérito de denominar as pessoas com práticas homoeróticas, independente de suas posturas, papéis sexuais e “trejeitos” (Fry e MacRae, 1985). Fry (1982) compreende a apropriação desse termo como o surgimento de um modelo simétrico de classificação dos/as homossexuais, em contraposição àquele modelo hierárquico, descrito acima, que, segundo os ativistas, reproduzia o machismo nas

⁶ Em 1980, o delegado José Wilson Richetti, à frente da delegacia seccional do Centro de São Paulo, “começou uma cruzada moralizante com o fim de ‘limpar’ o centro da cidade de prostitutas e homossexuais. Os métodos eram os de sempre: batidas relâmpago nos locais de reunião, a prisão ilegal para averiguação de antecedentes, mesmo no caso de pessoas com seus documentos em ordem, e o emprego de uma brutalidade extremada especialmente no caso de prostitutas e travestis” (Fry e MacRae, 1985, p. 28). A perseguição e violência encabeçadas por Richetti na “Operação Limpeza” foram rememoradas na audiência pública “Ditadura e homossexualidade no Brasil”, realizada em 29/03/2014 pela Comissão da Verdade do Estado de São Paulo “Rubens Paiva” (Ver Melo, 2014).

relações homossexuais. Todavia, entre os primeiros grupos do MHB, prevaleceu o termo *bicha*, ressignificado nos parâmetros da simetria e investido pela estratégia de esvaziar seu sentido de conotações negativas. Havia também, no debate em torno da identidade, certa esquivia ao uso de categorias sociais para a classificação das pessoas por orientação sexual, o que poderia aprisioná-las em “guetos” estanques. Dado que o novo sistema classificatório estava circunscrito à classe média intelectualizada e era definido como “erudito” em relação à perspectiva popular do sistema hierárquico, essa ressalva tornava-se ainda mais relevante diante de possíveis implicações classicistas do uso de categorias. Ela, no entanto, conflitava com a busca de uma identidade, entendida como fundamental para a construção da organização política (Fry e MacRae, 1985).

Na década de 1980, ocorreu o que alguns encararam como um dramático declínio do movimento, desencadeado pelo desânimo de alguns dirigentes frente às divergências políticas e ao crescimento pouco significativo dos grupos, como também por dificuldades financeiras e infra-estruturais. Além disso, alguns fatores produziram a impressão de que a organização política não era mais necessária: de um lado, tinha-se a ideia de que a democracia havia sido restaurada, de modo que a expansão dos direitos das minorias ocorreria sem dificuldades; de outro, o crescente mercado gay parecia significar que a sociedade se tornava mais livre (Green, 2000).

Facchini (2005) compreende que, em vez de declínio, houve significativas transformações no movimento, marcadas, sobretudo, pela redução drástica do número de grupos e pela conformação de uma nova geração de militantes, que passou a conduzir a direção do movimento. As iniciativas do movimento deslocaram-se de São Paulo para o Rio de Janeiro e Salvador, especialmente. Essa “segunda onda” foi caracterizada por uma perspectiva política mais pragmática, com uma maior valorização das relações com o movimento internacional e ações voltadas para a garantia dos direitos civis e contra a discriminação e a violência. O reconhecimento oficial e legalizado de alguns grupos como organizações formais marcou esse novo direcionamento.

A epidemia de HIV/aids aparece nesse processo como fator de desmobilização das propostas de liberação sexual, mas também como mote de

preocupação e reflorescimento do movimento brasileiro. A relação dos gays e grupos/organizações LGBT com o enfrentamento da aids será abordada mais à frente na discussão acerca da camisinha.

Antes disso, vale lembrar que, entre as diferentes lutas protagonizadas pelo movimento gay a partir da década de 1970, encontram-se os enfrentamentos em prol da despatologização da homossexualidade. Eles desencadearam a retirada dessa categoria da lista de doenças mentais da Organização Mundial de Saúde e do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da *American Psychiatric Association* (APA).

No Brasil, essa luta começou na década 1980, com a campanha para retirada da homossexualidade do Código de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no qual era rotulada como desvio e transtorno sexual (Mott, 2011). Em 1985, o Conselho Federal de Medicina aprovou a retirada da homossexualidade do código referente aos desvios e transtornos sexuais, da Classificação Internacional de Doenças (ABGLT, 2010). Na mesma direção, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) deixou de considerar a homossexualidade um desvio sexual também em 1985 e, em 1999, estabeleceu regras para a atuação dos/as psicólogos/as em relação às questões de orientação sexual. Declarou, no segundo documento, que a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão e que os/as profissionais da área não colaborariam com eventos e serviços que propusessem tratamento e/ou cura da homossexualidade (Ver CFP, 1999).

Essa resolução do CFP foi alvo de um recente embate parlamentar desencadeado por um Projeto de Decreto Legislativo que propunha sustá-la, popularmente conhecido como “projeto da cura gay”. Esse projeto foi engavetado em 2013, mas evidencia a expressividade das forças retrógradas presentes atualmente no cenário político-ideológico referente à (homo)sexualidade.

Tal configuração também caracteriza o panorama internacional de modo geral. Em contraste às crescentes conquistas de direitos civis pelas minorais sexuais nos últimos anos, chama a atenção, por exemplo, a existência de um número ainda significativo de países que criminalizam o homoerotismo. Atualmente, são identificados, pelo menos, 78 países onde as práticas homoeróticas são ilegais.

Desses, destacam-se 5 países e algumas regiões ou estados, onde elas podem ser punidas com pena de morte (Itaborahy e Zhu, 2014).

Tal realidade desperta intensas preocupações sob a ótica dos direitos humanos e desencadeia variados debates e confrontos políticos, frequentemente atualizados diante dos recorrentes casos de violência homofóbica ou da criação de novas leis que reforçam a discriminação por orientação sexual⁷.

4.3 Definindo uma categoria

Diante da complexidade e da diversidade de abordagens e sentidos atribuídos às relações sexuais entre homens, impõe-se a dificuldade de se definir, em pesquisas, ações e políticas, as categorias a serem utilizadas para abarcar práticas, pessoas e/ou identidades. Como mostra Facchini (2005), essa dificuldade se expressa inclusive nos processos de (re)definição das categorias utilizadas para autorreferência dos sujeitos do movimento social organizado.

O desafio de tal tarefa aumenta se considerarmos a interseccionalidade⁸ com outros marcadores sociais da diferença, tal como reivindicam, por exemplo, alguns grupos de gays negros ou pesquisadores que investigam a relação da

⁷ Em 2014, em Uganda, por exemplo, onde as relações homoeróticas já eram proibidas desde o período colonial, foi promulgada uma nova “lei anti-homossexualidade”, que propõe o endurecimento das penas, ao criminalizar todas as expressões do homoerotismo, tais como sua “promoção” ou mesmo a defesa pública das relações entre pessoas de mesmo sexo, inclusive os debates dos grupos de ativistas. Essa lei, que pode condenar à prisão perpétua pessoas que realizem certas ações, como o toque em público, e criminaliza também a não denúncia de gays às autoridades, havia sido elaborada em 2009 e estava em discussão desde então. Alguns meses após ser promulgada, sob reprovação e pressão internacional, ela foi revogada (ILGA Portugal, 2014a, 2014b). Outro caso recente encontra-se na Rússia, com a aprovação, em 2013, de lei que proíbe a “propaganda” de sexualidades “não-tradicionais” entre os menores de idade. Na mesma época, a violência homofóbica nesse país tornou-se explícita a partir de uma série de vídeos, divulgados nas redes sociais, nos quais apareciam grupos radicais humilhando e agredindo jovens gays, como parte de uma campanha que defende a conversão dos gays por meio de tortura (Ver Fernandes, 2013; Soares, 2013).

⁸ O conceito analítico de interseccionalidade propõe discutir a articulação entre diferentes categorias de discriminação que se entrecruzam em múltiplos eixos de subordinação. Ele tem sido utilizado na discussão de políticas públicas que consideram as especificidades que resultam do entrelaçamento desses marcadores de diferenças e desigualdades, ao passo que políticas regidas por uma lógica de universalidade dos sujeitos desconsideram que, na produção das desigualdades sociais, se articulam e reforçam diferentes formas de opressão (Mello e Gonçalves, 2010).

homossexualidade com a pobreza. Adicionalmente, o mosaico de arranjos sexuais e identitários torna-se ainda mais complexo frente ao rol de categorias que extrapolam a lógica da homossexualidade e às perspectivas que desafiam os contornos e dicotomias que moldam grande parte das categorias utilizadas.

Em relação ao delineamento do segmento populacional que enfoco na presente pesquisa, gostaria de reconhecer, inicialmente, que se trata de um recorte abrangente dos homens que mantêm práticas homoeróticas. Desse modo, não são contempladas algumas importantes expressões ou orientações sexuais existentes no conjunto das configurações não heterossexuais e que mereceriam discussão e análises específicas. Além das mulheres lésbicas e bissexuais, este estudo não aborda as travestis e demais categorias trans, assim como não se aprofunda nas particularidades dos diferentes grupos de homens enfocados.

Para me referir a esses homens, priorizo o termo *gay*, sobretudo devido a sua popularidade também no Brasil, onde é bastante utilizado e reconhecido tanto pelas pessoas em geral, quanto pelo próprio movimento social. O alcance e a fluidez desse termo talvez ajudem a adentrar os diferentes meandros do tema investigado e a fugir da conotação patologizante do termo *homossexual*⁹. Para me referir ao movimento social, utilizo, por questão de padronização textual, o termo *movimento gay* ou, em casos mais genéricos, *movimento LGBT*.

Além disso, dado o tema da investigação, busco me aproximar da perspectiva adotada no campo das políticas de saúde, particularmente no enfrentamento ao HIV/aids. Como afirma Parker (2000), já no início da epidemia, verificou-se que as categorias epidemiológicas relativas à homo e heterossexualidade eram insuficientes para designar a diversidade e a complexidade da experiência sexual vivida. A despeito do investimento médico-científico na construção de uma natureza homossexual e do empenho dos/as militantes para a consolidação de uma identidade, nem sempre a prática homoerótica se mostra associada à ideia de uma constituição humana específica.

⁹ A respeito da conotação patologizante do termo *homossexual* e da priorização do termo *gay*, ver, por exemplo, a matéria “The decline and fall of the ‘H’ word” (Peters, 2014).

A percepção da significativa lacuna existente entre as marcas identitárias e as práticas sexuais levou à conformação da definição operacional *men who have sex with men* (*MWHSWM* ou *MSM*), traduzida para o português como *homens que fazem sexo com homens* (*HSH*). Essa categoria designa um segmento populacional de destaque para ações em saúde, circunscrito em função da prática homoerótica, independentemente da identidade (Deverell e Prout, 1999; Brasil, 2000). Para além da confusão conceitual que essa sigla produz fora de contexto, é interessante notarmos o surgimento de algumas tentativas de se forjar também aí uma identidade¹⁰.

Nos documentos do Ministério da Saúde, parece haver certa mistura ou plasticidade no uso dos termos. Os boletins epidemiológicos de aids utilizam *HSH* como categoria de exposição à infecção, mas consideram esse segmento como a soma das categorias *homossexual* e *bissexual*. Eventualmente, eles recorrem também ao termo *gay* (Brasil, 2012, 2013). O plano nacional de enfrentamento da aids e outras DST nessa população específica mescla as categorias: o título refere-se a “gays, HSH e travestis”; no texto, lê-se “gays, outros HSH e travestis”, de modo que *gays* aparece como uma subcategoria dentro de *HSH* (Brasil, 2007). Também segue essa direção o *website* “Prevenção HSH – portal para gays e homens que fazem sexo com homens”, recém-criado pelo Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo¹¹.

Opto, enfim, por uma delimitação abrangente das práticas e identidades e utilizo a combinação *gays/HSH* para designar o grupo focado nesta pesquisa. Certamente, trata-se de uma denominação pouco precisa e passível de questionamentos. No entanto, pareceu a melhor alternativa para o empreendimento de uma abordagem mais generalizada, como parece ocorrer com grande parte dos discursos acerca da camisinha direcionados a esse segmento.

¹⁰ Um exemplo é encontrado no *trailer* de uma “websérie” policial intitulada “HSH” e anunciada na internet em 2013, no qual um dos personagens explica o uso da sigla: “Não somos gays, somos apenas homens que fazem sexo com outros homens” (Vídeo disponível em https://www.youtube.com/watch?v=npvvOU_q57A, acesso em 05/09/2014).

¹¹ <http://www.prevencaohsh.org.br/>

5 Sexo seguro e camisinha: resposta da comunidade gay estadunidense

Neste capítulo, me detenho à proposição inicial da camisinha como método de prevenção de HIV/aids. Este fenômeno remete ao processo de construção da noção de sexo seguro, empreendido pela comunidade gay nos Estados Unidos e em meio ao qual a camisinha foi sugerida como um recurso que poderia propiciar alguma proteção em relação à doença.

Primeiramente, pontuo como a aids foi construída em função da associação com a homossexualidade. A partir disso, discuto como a comunidade gay foi afetada tanto pela epidemia em termos epidemiológicos quanto pelos significados atribuídos a ela e às pessoas acometidas. Recupero, mais especificamente, a reação dessa comunidade e a construção de respostas à epidemia, destacadamente a criação do sexo seguro.

Em seguida, aponto como a complexidade e a abrangência do debate comunitário desenvolvido a respeito de como enfrentar a epidemia e, sobretudo, de como prevenir a doença foram afuniladas à promoção do uso da camisinha. Isto é, assinalo como a estratégia do sexo seguro, construída comunitariamente, foi convertida em uma recomendação técnica, apropriada pela política pública de saúde estadunidense e estendida à “população geral” sob nítidos e atualizados crivos de discriminação social.

5.1 Associação entre aids e homossexualidade

Desde os primeiros registros daquilo que veio a se configurar como aids, uma característica fundamental se destacou na construção dessa epidemia de significados

(Treichler, 1999): a estreita e forte associação da doença com a homossexualidade, nítida já nas publicações que inauguraram o tema, em 1981.

Inicialmente, foi divulgado que, em Los Angeles, 5 homens jovens haviam sido diagnosticados com pneumonia por *pneumocystis carinii*, um acometimento quase exclusivamente limitado a pacientes gravemente imunodeprimidos. Concluiu-se que o fato de todos eles serem homossexuais, dois dos quais “relataram ter contatos sexuais frequentes com vários parceiros”, sugeria uma associação entre esse agravo e “algum aspecto de um estilo de vida homossexual ou doença adquirida por meio de contato sexual”¹ (CDC, 1981b). Em seguida, 10 novos casos foram identificados em Los Angeles e São Francisco, também entre homossexuais. A esses casos, somaram-se 26 diagnósticos de *sarcoma de Kaposi*, um neoplasma maligno incomum, em homossexuais na Califórnia e, sobretudo, na cidade de Nova Iorque. Alguns desses homens apresentavam as duas enfermidades associadas (CDC, 1981a)².

A concentração dos casos nessas cidades deu o contorno para a descrição da população acometida. Não se tratava de homens com práticas homoeróticas, genericamente falando. Nesse contexto, o termo *homossexuais* era direcionado, mais especificamente, aos membros da comunidade gay³, concentrada em tais centros urbanos. A caracterização da frequência sexual, das múltiplas parcerias e do “estilo de vida”, entre outros fatores, servia de guia para essa associação, uma vez que

¹ Tradução livre. Trechos originais: *Two of the 5 reported having frequent homosexual contacts with various partners. (...) The fact that these patients were all homosexuals suggests an association between some aspect of a homosexual lifestyle or disease acquired through sexual contact and Pneumocystis pneumonia in this population.*

² Uma recuperação histórica dos conceitos e estratégias utilizadas no trabalho de vigilância epidemiológica que marcou o reconhecimento inicial da epidemia de aids e seus determinantes é apresentada na dissertação de Kalichman (1993).

³ A categoria *comunidade gay* pode ser entendida aqui como uma formação política específica dentro de uma sociedade concebida como blocos de similaridade, que reivindica uma unidade a fim de atingir representatividade ou poder político. No processo histórico descrito, a produção desse senso de unidade teve o intuito de evocar o poder da coletividade contra a discriminação sofrida por gays e lésbicas no âmbito social mais amplo, assim como de engajamento desse segmento na política dos direitos civis. O termo, no entanto, é problemático. Ele está estruturado em função da aderência à categoria *identidade*, que não se estende a todos os possíveis integrantes dessa comunidade ou ocorre de forma variada entre eles. Além disso, obscurece a existência de diferentes redes e pertencimentos pessoais, como também de subgrupos e minorias dentro da minoria. Nos Estados Unidos, destaca-se, nesse sentido, o fato da referida comunidade gay ter sido predominantemente composta, sobretudo no início da aids e nos anos que o antecedem, por homens brancos (Patton, 1990). Dada a recorrência do termo ao longo do texto, dispensei o uso de aspas com a intenção de não sobrecarregar a leitura.

faziam alusão à libertação sexual gay, que estruturava a identidade e a comunidade em questão.

A mídia fez referência a um “câncer gay”, uma “pneumonia gay” ou mesmo uma “peste gay” (Escoffier, 1998). Alguns cientistas consideraram apropriado utilizar o termo *Gay-Related Immunodeficiency* (GRID) para nomear “esse colapso do sistema imunológico” (Altman, 1982, p.1). Na própria forma como os dados foram coletados, analisados e divulgados, construiu-se o artefato da “natureza gay” da aids. Nesse processo, muitos sentidos homofóbicos foram atribuídos à epidemia: uma consequência dos ideais gays, uma punição por seus comportamentos sociais e sexuais ou ainda uma forma de banir o mal que representavam para a sociedade. A propósito, a ideia de “praga gay” marcava o exotismo com que cientistas, médicos, jornalistas e boa parte da “população geral” enxergavam o grupo inicialmente atingido pela doença (Treichler, 1999).

O quadro da vulnerabilidade, em consonância com outras perspectivas, tem desafiado a pressuposição de um modo único e necessário de se descrever os determinantes, a distribuição e os desdobramentos de um processo saúde-doença-cuidado. Em contraste à lógica de uma *história natural da doença*, propõe uma “história social da doença”, uma vez que tanto os conteúdos dessa história quanto a forma de contá-la são sociais e históricos. “A história de uma doença e das intervenções que a acompanham admite diferentes avaliações, dependendo da perspectiva teórica e, também, ético-política de quem a descreve assim como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis ou que se prioriza tornar acessíveis.” (Ayres *et al.*, 2012, p. 81). Nessa direção, a construção da aids, com seu expressivo caráter “homossexualizado” ou homofóbico, pode ser encarada como parte de uma tradição. Nesse caso, trata-se da tradição conformada pela efetivação histórica da heteronormatividade vinculada à reprodução e à desqualificação de qualquer outra expressão sexual. Além disso, fazem parte dessa tradição uma preocupação em relação à moral em termos mais amplos e, mais especificamente, à libertação sexual dos anos 1960 e à expressividade da sexualidade gay.

Mesmo com o registro de casos da doença em outros segmentos populacionais, persistiu-se no discurso que apresentava a epidemia como um

problema dos gays (Ver, por exemplo, Altman, 1982). Em um segundo momento, foram identificados novos “grupos de risco”: hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, haitianos e trabalhadoras sexuais. De acordo com Treichler (1999), essa lista, desenvolvida entre 1981 e 1982, estruturou a coleta de evidências nos anos seguintes e fortaleceu a perspectiva de que o principal fator de risco para aquisição da doença era ser um tipo particular de pessoa.

Em 1985, o CDC publicou o primeiro artigo sobre a transmissão por via heterossexual (Kalichman, 1993). No mesmo ano, a revista *Life* anunciou que ninguém mais estava a salvo da aids. Não obstante o reconhecimento de que a aids poderia acometer a “população geral”, a estreita relação com a homossexualidade manteve-se em destaque na tradição da epidemia, constantemente reforçada e justificada pela incidência da infecção entre os gays/HSB, sempre maior do que em outros segmentos (Ver CDC, 2014).

5.2 Resposta da comunidade gay estadunidense

Em seu estudo sobre a construção de uma resposta à epidemia de HIV/aids nos Estados Unidos nos anos 1980 e 1990, Brier (2009) conta que essa não foi a primeira vez que os gays se mostraram coletivamente preocupados com a saúde sexual. Eles já vinham refletindo sobre suas práticas sexuais e a relação dessas com a saúde desde o final da década de 1960, quando a incidência de DST na população adulta desse país atingiu proporções epidêmicas e acometeu expressivamente a comunidade gay. Segundo Batza (2011), as DST se agravaram entre os gays devido à falta de uma assistência à saúde capaz de acolhê-los e tratá-los de forma adequada e respeitosa. Nessa época, de forma geral, os gays/HSB se esquivavam das clínicas e demais serviços de saúde, onde comumente eram vítimas de tratamento rude, exposição ou ridicularização. Além disso, havia uma falta de conhecimento dos médicos a respeito de como diagnosticar e tratar doenças nessa população, uma vez

que prevalecia na medicina convencional (*mainstream*) a concepção de que a homossexualidade em si era uma doença e que deveria ser tratada.

Em grande parte, a recorrência dessas DST foi encarada pelos gays como um aborrecimento de menor importância, um pequeno preço a ser pago pela conquistada sexualidade irrestrita (Escoffier, 1998). No entanto, tratava-se de um problema imprevisto. Sem acesso a uma assistência competente e sensível na maioria das instituições de saúde, muitos deles recorriam às clínicas privadas de médicos também gays para tratarem infecções como hepatite B, sífilis, gonorréia e amebíase. Além disso, preocupados, alguns ativistas e outros membros da comunidade gay, em geral profissionais da saúde, criaram serviços comunitários, destinados a atender o público gay em suas demandas relativas ao tratamento e também à prevenção das DST (Brier, 2009). Em um desses serviços, a *Howard Brown Memorial Clinic*, criada por estudantes de medicina em Chicago, em meados da década de 1970, foi utilizada uma forma alternativa de assistência, que se tornou o modelo de atenção e prevenção mais efetivo do momento. A equipe viajava em uma van até estabelecimentos gays, principalmente bares e *bathhouses*, e, com o apoio interativo de uma *drag queen*, oferecia gratuitamente informações, testagem e tratamento relativos às DST (Batza, 2011).

Alguns ativistas e profissionais, implicados com o entendimento das práticas sexuais específicas dessa comunidade e com o suporte à sua expressão sexual, tentaram construir uma retórica de desestigmatização, apresentando a sexualidade gay como sexualidade saudável. Nesse sentido, alguns jornais gays passaram a publicar matérias sobre saúde sexual que articulavam cuidado em saúde, prazer e comprometimento comunitário (Brier, 2009). De modo particular, dada a incidência de hepatite B na comunidade, esses serviços e também a imprensa gay ajudaram a recrutar voluntários para participarem do estudo que comprovou a eficácia da vacina contra essa infecção (King, 1993).

Além da criação dessa rede assistencial comunitária, a preocupação com as DST motivou a formação de estratégias informais como a organização *Meridian*, criada em Nova Iorque em 1980. Tratava-se de um grupo fechado de gays, que, a partir da exigência de atestado médico como critério para entrada, tentava

proporcionar a seus membros um ambiente de interações sexuais protegido das DST. Com base em um “acordo de cavalheiros” e na ideia de fraternidade, o *Meridian* adotava como princípios o *screening* de doenças e a comunicação honesta a respeito das condições de saúde e das parcerias sexuais dentro e fora do grupo (Brier, 2009).

É importante notarmos que, em nenhuma dessas iniciativas, o uso da camisinha foi adotado como uma estratégia de prevenção. No estudo de King (1993), há uma nota indicando que uma exceção nesse sentido parece ter ocorrido fora da comunidade, no final dos anos 1970, com a recomendação médica, feita para alguns gays/HSB que eram *super-carriers*⁴ de hepatite B, de que eles deveriam sempre usar camisinha no sexo anal. O autor, no entanto, não fornece maior detalhamento sobre essa informação. Uma estimativa do uso de camisinha entre essa população antes da aids é fornecido pela pesquisa realizada por Martin (1987) com gays na cidade de Nova Iorque. Os resultados mostram que, no ano anterior aos respondentes tomarem conhecimento da doença (em geral, de meados de 1980 a meados de 1981), a camisinha foi utilizada, em média, em apenas 1% das práticas sexuais anais insertivas e em 2% das receptivas. As demais referências que utilizo no presente trabalho indicam que a camisinha não era uma estratégia de prevenção de DST presente entre os gays/HSB nessa época.

Com o surgimento da aids, a comunidade gay foi tomada pelo medo e pela confusão diante do impacto devastador desse novo agravo, dos discursos a seu respeito e das recomendações feitas. Além do adoecimento e da morte, a aids implicava renovadas perseguição e estigmatização da homossexualidade. Notadamente, os gays eram um grupo a quem os líderes governamentais, pesquisadores e médicos não queriam estar associados. A postura adotada por esses responsabilizava os padrões da sexualidade gay pelo surgimento e transmissão da doença (Treichler, 1999; Escoffier, 1998).

Diante dos mistérios que cercavam esse agravo e da ausência de tratamentos efetivos, as medidas preventivas eram a única forma de tentar controlá-lo (Brandt, 1987). A prevenção da saúde pública, no entanto, apoiou-se de forma grosseira na hipótese do estilo de vida gay e no alerta sobre a possível presença de um agente

⁴ A condição de *super carrier* refere-se ao portador crônico da hepatite B, cuja infecciosidade é muito superior a de portadores comuns ou saudáveis (Chronister e Gurwood, 1992).

transmitido sexualmente. Suas recomendações solicitavam que os gays/HSB diminuíssem a quantidade de parceiros sexuais, procurassem conhecer seus parceiros e suas histórias sexuais, fechassem as *bathhouses*, evitassem usar *poppers* ou simplesmente parassem de fazer sexo (King, 1993). A estratégia de redução da promiscuidade, como definida por alguns, foi bastante difundida em 1982 e incorporada pelos médicos em diferentes lugares do país (Brier, 2009).

Em consequência, a postura dos gays em relação à aids foi caracterizada por certa ambivalência. De um lado, tentavam negar a íntima conexão que se estabelecia entre a doença e a homossexualidade, na intenção de evitar ou reagir a seus efeitos estigmatizantes. De outro, encaravam a situação a partir de uma ótica política e direcionavam quase todos os seus esforços para enfrentarem a epidemia. A essa altura, a comunidade já dispunha de um relativo amadurecimento e certa sofisticação para a mobilização comunitária e política. A aids, entretanto, tornou-se a chave de uma nova consciência gay e os/as ativistas⁵ trocaram a política revolucionária anárquica dos anos 1970 por uma política profissionalizada e burocratizada (Plummer, 1988).

Surgiram, então, as primeiras articulações na construção de uma resposta comunitária à epidemia, que envolveu a publicação de matérias para esclarecer o problema, orientar e acalmar os membros da comunidade; fóruns e encontros comunitários para discussão do assunto; apelos públicos à própria comunidade por verba e suporte; manifestações com objetivo de forçar o governo a oferecer respostas financeiras, científicas e políticas; criação de redes informais de cuidados às pessoas doentes; mobilização de aparelhos comunitários para prestação de suporte institucional; criação de *AIDS service organizations*; produção de material educativo etc. (Escoffier, 1998; Brier, 2009).

A construção dessa resposta foi costurada por um intenso e multifacetado debate, travado entre os/as ativistas na imprensa gay. Na discussão a respeito de qual seria o melhor caminho para conseguirem mudar o curso da epidemia, sobressaíram as divergências de postura em relação ao léxico liberacionista. Para alguns/mas, a aids significava, de fato, o fim da libertação gay e implicava a necessidade de uma

⁵ Aos poucos, as lésbicas foram se inserindo na mobilização política relativa à aids.

profunda transformação sexual no interior da comunidade. Para outros/as, a epidemia era uma oportunidade para atualizarem os sentidos da libertação, de modo que a expressão sexual deveria ser a chave para o enfrentamento da doença e da opressão que os membros da comunidade sofriam. Esse debate possibilitou a articulação do mote libertário com argumentos e experiências da tradição feminista e do movimento pela saúde das mulheres. Assim, a saúde coletiva da comunidade gay pôde ser pensada e discutida como um problema político, com o qual todos os membros deveriam se envolver, mesmo aqueles que não estavam doentes ou diretamente afetados pela doença. Isso incluía as lésbicas (Brier, 2009).

Nesse contexto, foi construída a noção de sexo seguro, em oposição à compreensão mais radical de que o sexo gay era essencialmente perigoso e que os gays deveriam interromper suas práticas sexuais. Ativistas e outros membros da comunidade (alguns dos quais eram profissionais de saúde) buscaram fundamentar uma abordagem preventiva a partir do argumento de que era possível e desejável fazer sexo sem riscos ou de formas menos arriscadas. Desse modo, ao custo de muitos embates ideológicos internos, a comunidade gay pôde desenvolver uma estratégia efetiva de prevenção, antes mesmo que as instâncias governamentais e acadêmicas conseguissem fazê-lo.

5.3 Sexo seguro: reconstruindo a ética e a erótica comunitárias

Em um dos primeiros artigos que tentaram lançar alternativas à condenação das práticas sexuais gays, o assistente de médico Ron Vachon propôs um modelo preventivo que articulava o prazer sexual a um comprometimento com a ampla comunidade gay. Intitulado “*Risks and responsibilities of recreational sex*” e publicado no jornal gay *New York Native*, o texto evocava nos leitores “uma afeição genuína pelos irmãos gays”⁶ e argumentava que o prazer dado por um ao outro por meio do sexo deveria ser diretamente proporcional ao senso de responsabilidade de

⁶ Tradução livre. Trecho original: ...*a genuine affection for gay brothers*.

um pelo outro. Assim, os gays foram solicitados a fazerem uma autoavaliação do estilo de vida sexual e considerarem não apenas a própria saúde, mas também a saúde dos parceiros (Vachon, 1982⁷, apud Brier, 2009, p.11).

Em direção semelhante, o primeiro folheto informativo no contexto da aids foi produzido pelo grupo *Sisters of Perpetual Indulgence*, formado por *drag-queens* que faziam performances de protesto e sátira. No panfleto “*Play Fair!*”, distribuído na Parada do Orgulho Gay de São Francisco em 1982, o grupo disponibilizou informações a respeito das DST, fazendo menção também ao *sarcoma de Kaposi* e à pneumonia por *pneumocystis carinii*. A partir de uma linguagem liberacionista e debochada, recorreu ao senso de responsabilidade coletiva, aconselhando o leitor a, em caso de conhecimento ou suspeita de ter uma DST, não colocar outra pessoa em risco (Brier, 2009).

Esses materiais ilustram como a perspectiva do sexo seguro foi construída, inicialmente, na direção da promoção de uma ética relacionada ao cuidado. Neles, as noções de comunidade ou de irmandade foram convertidas na ideia de que era necessário um cuidado coletivo e recíproco no enfrentamento da epidemia. De alguma forma, essa relação já se desenvolvia na atenção destinada ao cuidado com as pessoas doentes, embasado na lógica da solidariedade comunitária e da caridade. Adicionalmente, tais materiais propunham um modelo de prevenção que, para além do autocuidado, convocava à percepção ou ao despertar de uma alteridade que conectava as interações sexuais com a proteção do outro,

Patton (1990) identifica um sentido ético nas interações sexuais da comunidade antes mesmo da aids. Ele estava equacionado, por exemplo, no *hanky code* (código dos lenços), um esquema semiótico, no qual os indivíduos indicavam, por meio das cores dos lenços que usavam e do bolso onde os colocavam, quais eram suas preferências específicas dentro de um extenso rol de práticas sexuais. Além de articular, no encontro sexual, papéis e expectativas sexuais, esse código colocava em prática uma lógica do acordo erótico, na qual (diferentemente do que ocorre na maioria dos cenários heterossexuais, segundo a autora) o sexo deveria ser negociado entre as partes em pé de igualdade.

⁷ Vachon R. Risks and responsibilities of recreational sex. *New York Native*, New York. 26 abr 1982. p.11.

Nesse caso, não se tratava necessariamente de uma ética relacionada ao cuidado, assim como ocorre nos materiais de prevenção referidos. No entanto, tal registro chama a atenção para uma preocupação da comunidade gay com as combinações ou negociações envolvidas nas práticas sexuais e com o respeito ao desejo dos sujeitos, temas que depois viriam a se tornar importantes no desenvolvimento de intervenções preventivas.

Outra característica importante do processo de invenção do sexo seguro diz respeito à articulação entre os achados científicos e o conhecimento prático e cotidiano da comunidade gay. Para construir uma resposta à epidemia, os/as ativistas alimentaram-se de dados epidemiológicos e informações de outras pesquisas médicas. Ao mesmo tempo, assim como antes da aids, desafiaram os discursos médico-científicos e evidenciaram algumas de suas lacunas ou inadequações. Além disso, tais ativistas acionaram o próprio entendimento sobre suas experiências com doenças infecciosas, com a sexualidade e com o impacto social e psicológico do estigma. Lançaram mão, assim, de um conhecimento “vernacular” acumulado acerca das práticas, códigos, *scripts*, dinâmicas etc. da cultura gay. Esse conhecimento, além de orientar as iniciativas comunitárias, possibilitou o trabalho epidemiológico dos oficiais de Saúde Pública, a quem os membros da comunidade tentavam explicar as convenções sociais gays, assim como os comportamentos sexuais e sua geografia urbana (Escoffier, 1998).

Os primeiros materiais preventivos produzidos por organizações gays, lembra King (1993), reproduziram recomendações oficiais, sobretudo a redução do número de parceiros e a recusa a lugares caracterizados pelo sexo anônimo. Logo, os materiais incorporaram, ainda que de forma vaga, recomendações relativas ao contato com sangue e fluidos corporais. Estas orientações eram provenientes da identificação de que o padrão de transmissão e o modo de propagação da aids se assemelhavam aos da hepatite B, isto é, de que o possível agente causador parecia “requerer contato íntimo direto envolvendo superfícies de mucosa, tal como o

contato sexual entre homens homossexuais, ou meio de propagação parenteral⁸” (CDC, 1982).

Nesse trajeto, um novo patamar foi alcançado a partir da consideração da segurança relativa de práticas sexuais específicas. Em tal direção, Michael Bronski (1982⁹, apud Brier, 2009), em artigo publicado no *Gay Community News*, ao criticar a ideia de uma modificação drástica na vida sexual dos gays, salientou que certas práticas sexuais, típicas da libertação gay, teriam o potencial de conter a aids e, em sua argumentação, chamou a atenção para o fato de que algumas práticas poderiam ser mais seguras do que outras. Por exemplo: “*certainly bondage and flagellation would be safer than kissing*¹⁰” (p.8).

Uma abordagem mais aprofundada sobre o risco/segurança das práticas sexuais foi feita no livreto produzido por Richard Berkowitz e Michael Callen (1983) em Nova Iorque, considerado o primeiro manual de sexo seguro e o modelo para as campanhas de prevenção da aids realizadas nos anos seguintes. O primeiro autor é formado em jornalismo, mas trabalhava como *dominant S&M hustler*¹¹ e o segundo era músico, ambos gays e com aids. A parceira surgiu por intermédio de Joseph Sonnabend, pesquisador e médico gay africano, especialista em virologia e microbiologia, que os acompanhava na clínica de DST do *Gay Men’s Health Project*.

Em trabalho anterior (um artigo publicado no *New York Native*), Callen e Berkowitz (1982) apresentam, com base no “modelo multifatorial da aids” de Sonnabend *et al.* (1983), a hipótese de que a aids entre os gays estaria vinculada ao fato de terem sido expostos ao impacto imunossupressor do sêmen de seus parceiros e das múltiplas DST, em particular da infecção por citomegalovírus (CMV)¹². De forma semelhante, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e haitianos teriam sido

⁸ Tradução livre. Trecho original: *The etiology of the underlying immune deficiencies seen in AIDS cases is unknown. One hypothesis consistent with current observations is that a transmissible agent may be involved. If so, transmission of the agent would appear most commonly to require intimate, direct contact involving mucosal surfaces, such as sexual contact among homosexual males, or through parenteral spread, such as occurs among intravenous drug abusers and possibly hemophilia patients using Factor VIII products. (...) These patterns resemble the distribution of disease and modes of spread of hepatitis B virus, and hepatitis B virus infections occur very frequently among AIDS cases.*

⁹ Bronski M. AIDing our guilt and fear. *Gay Community News*, Boston. 9 out 1982, p.8.

¹⁰ ...certamente *bondage* e flagelação seriam mais seguros do que beijar (tradução livre).

¹¹ Trabalhador sexual “especializado” em sadomasoquismo, no papel dominante.

¹² O CMV esteve associado com as condições que vieram a ser definidas como aids, desde as primeiras especulações a esse respeito (Ver, por exemplo, CDC, 1981b).

expostos a outros padrões de acúmulo de risco a partir de infecções por vírus comuns. Nesse artigo, os autores criticam a promiscuidade sem precedentes que vinha ocorrendo entre os gays desde *Stonewall* e da qual a aids seria um resultado.

Mesmo inscrevendo a promiscuidade em um novo sentido, associado à comercialização da vida sexual gay nas décadas de 1970 e 1980 e à compreensão da libertação como a proliferação de lugares para fazer sexo, o artigo fora mal recebido pela comunidade e acusado de *sex negativity*. Foi apenas no segundo trabalho, no qual a dupla recuou no ataque à promiscuidade, que a perspectiva do estilo de vida gay deu lugar a uma abordagem do risco das diferentes práticas sexuais, embora ainda resguardando alguns elementos da primeira, como a indicação de redução do número de parceiros. No documentário “*Sex Positive*” (Wein, 2008), Berkowitz explica a elaboração dessa nova perspectiva:

A light bulb went off in my head, and I realized that there was a lot of ways to have pleasure that wouldn't involve any kind of risk for infections. We started having this heated discussion. I mean, Michael said, “Oh, isn't that great? You can whip and beat people without spreading AIDS”. But Sonnabend said, “Wait a second. There are ways to have sex that interrupt disease transmission”.

*...the three of us came together and invented safe sex from the point of view of a sex worker.*¹³

O manual “*How to have sex in an epidemic*” (Berkowitz e Callen, 1983) oferece, então, informações a respeito de como os gays poderiam continuar fazendo sexo e reduzir as chances de se exporem às infecções transmissíveis, sobretudo ao CMV. Apesar do foco nos aspectos relativos à hipótese causal adotada¹⁴, os autores advertem, acertadamente, que as recomendações feitas no manual seriam úteis inclusive no caso de vir a ser descoberto um vírus causador da aids. Como podemos ver nos trechos a seguir, o texto do manual mostra uma tentativa de articulação de

¹³ Uma luz acendeu na minha cabeça e eu percebi que havia muitas maneiras de ter prazer que não envolveriam nenhum tipo de risco para infecções. Começamos a ter esta discussão acalorada. Quero dizer, Michael disse: “Oh, não é demais? Você pode chicotear e bater nas pessoas sem espalhar AIDS”. Mas Sonnabend disse: “Espere um segundo. Existem maneiras de fazer sexo que interrompem a transmissão da doença” / ...nós três nos reunimos e inventamos o sexo seguro a partir do ponto de vista de um profissional do sexo (tradução livre).

¹⁴ A explicação causal foi suprimida na reimpressão do manual, feita pelo *Gay Men's Health Crisis - GMHC* (Ver Wein, 2008).

diferentes elementos significativos para o debate que se produzia na comunidade, desde o senso de vínculo, responsabilidade e cuidado até os motes político-identitários da comunidade:

If sex is liberating, is more sex necessarily more liberating?

If you love the person you are fucking with – even for one night – you will not want to make them sick. Maybe affection is our best protection.

What's over isn't sex – just sex without responsibility.

In the end, how you have sex is a matter of personal choice. But in the age of AIDS, it is important to realize that each one of us is now betting his life on what changes we do or do not make.

Now we will examine specific sexual acts and teach you to estimate your and your partner's risk.

The four essential elements to this scientific approach to the baths are: talking, washing, light and rubbers. (...) Talking is one way of instructing your partner about your sexual needs and can be quite erotic.

Not all gay men are well-educated and well-off; not all gay men can afford the benefits of proper health care. What we as community must do is to make available vital information about how diseases are transmitted so that each of us can make informed decisions about our lives (Berkowitz e Callen, 1983, p. 3-40).¹⁵

Mais especificamente, o manual apresenta uma análise a respeito do nível de risco de diversas práticas sexuais comuns no contexto da comunidade gay¹⁶,

¹⁵ Se sexo é libertação, mais sexo é necessariamente mais libertação? / Se você ama a pessoa com quem você está fudendo - mesmo que por uma noite - você não irá querer deixá-la doente. Talvez afeto seja nossa melhor proteção. / O que acabou não foi o sexo - apenas o sexo sem responsabilidade. / No fim das contas, como você faz sexo é uma questão de escolha pessoal. Mas, na era da aids, é importante perceber que cada um de nós está agora apostando sua vida em que mudanças nós realizamos ou não. / Agora nós examinaremos práticas sexuais específicas e ensinaremos a você a estimar seu risco e o do seu parceiro. / Os quatro elementos essenciais dessa abordagem científica para as saunas são: conversa, banho, luz e camisinhas. Conversar é uma forma de instruir seu parceiro acerca de suas necessidades sexuais e pode ser bastante erótico. / Nem todos os homens gays são bem-educados e abastados; nem todos os homens gays podem arcar com as despesas de uma adequada assistência em saúde. O que nós, como uma comunidade, devemos fazer é tornar disponíveis informações vitais a respeito de como as doenças são transmitidas de modo que cada um de nós possa tomar decisões informadas sobre nossas vidas (tradução livre).

¹⁶ O manual aborda as seguintes práticas sexuais: *sucking* e *getting sucked* (referentes ao sexo oral), *fucking* e *getting fucked* (referentes ao sexo anal), *creative masturbation* (inclui masturbação mútua, masturbação com contato corporal, com voyeurismo, exibicionismo, uso de acessórios etc.), *creative penetration* (penetração com camisinha, dedo ou acessórios), *kissing* (beijo), *rimming* (“anilingus” ou “cunete”, sexo oral no ânus), *water sports* (práticas com urina), *dildoes* (uso de acessórios, “consolos”), *sadism & masochism* (sodomasiquismo) e *fist fucking* (penetração com punho). Além

sugerindo práticas seguras e formas de reduzir o nível de exposição à infecção. Brier (2009) lembra que esse foi um dos primeiros documentos publicados a indicarem o uso da camisinha como forma de prevenção da aids. Nele, a camisinha é recomendada para as práticas de sexo anal, oral, penetração com acessórios e para a ida às saunas. Em relação ao sexo anal, as orientações são ainda mais específicas: os autores orientam o leitor a checar, antes de ejacular, se a camisinha não escapou e também a segurá-la pela base quando estiver retirando o pênis, com o objetivo de evitar que o esperma vazze ou que a camisinha escape dentro do parceiro. Como indicativo de que não se tratava de algo comum para a comunidade gay, eles reconhecem que para se acostumar com esse novo elemento poderia ser necessário algum tempo. Ressaltam também que a camisinha não foi desenhada para o ânus e, portanto, havia a possibilidade de ela rasgar durante a penetração. Por fim, especificam que as camisinhas feitas de membrana animal eram mais caras e também mais finas, sensíveis e duráveis. Uma marca específica desse tipo de camisinhas é sugerida como mais forte e mais confiável, por possuir uma base elástica que reduzia a chance de ela escapar durante o sexo¹⁷ (Berkowitz e Callen, 1983).

Embora esse manual seja apontado como o formulador da ideia básica do sexo seguro, outras iniciativas, produzidas paralelamente, parecem ter seguido uma direção semelhante. Por exemplo, o folheto “*Can we talk?*”¹⁸ foi elaborado pelo *Harvey Milk gay democratic club* em São Francisco, em 1983, com o propósito de informar os gays a respeito do espectro de risco das práticas sexuais, ressaltando práticas seguras ou não tão arriscadas, dentre as quais constava o uso de camisinha. Nele, aparece, mais especificamente, o termo *safe sex* e a noção de *risk reduction*, proposta com base nas orientações desenvolvidas pela organização gay de profissionais de saúde *Bay area physicians for human rights*. Em todo caso, a abordagem do sexo seguro foi adotada em vários outros materiais de prevenção produzidos pelas organizações gays (muitos deles financiados pelo governo) e deu

disso, discute condições específicas como o uso de drogas durante as práticas sexuais, sexo em grupo fechado, grupo de masturbação, prostituição, anúncios sexuais, vida sexual de pessoas com aids etc.

¹⁷ Nessa época, já haviam sido desenvolvidas as camisinhas de borracha vulcanizada e de látex. Ainda se utilizavam as camisinhas de membrana animal, mas essas eram menos comuns do que as primeiras (Sherris, 1982). A indicação específica de camisinha de membrana animal não é enfatizada na literatura que discute a construção do sexo seguro e parece não ter sido reproduzida no discurso preventivo que seguiu o manual.

¹⁸ Disponível em: <http://exhibits.lib.pacificu.edu/items/show/940> (Acesso 15 nov 2014).

forma ao conjunto de intervenções de educação comunitária em prevenção de aids (King, 1993).

Além de reconstruir a ética comunitária, por meio da promoção do comprometimento prático com a responsabilidade e o cuidado mútuos, o sexo seguro consistiu na reestruturação da erótica desse cenário, ao repensar as diferentes práticas sexuais e, em vez de simplesmente condená-las ou proibi-las, reordená-las em função da segurança/risco que implicavam no contexto da aids (Watney, 1994). A afirmação do desejo evidenciou o intuito de positivar a sexualidade gay, que, mais uma vez, era colocada em questão. Um eco interessante dessa perspectiva foi a inserção do sexo seguro, como uma modalidade, no *hanky code*. O lenço quadriculado em preto e branco passou a representar o sexo seguro como uma escolha, dentro da (em vez de em oposição à) multiplicidade de práticas (Patton, 1990).

Mais propriamente, como aparece em “*How to have sex in an epidemic*”, a erotização do sexo seguro foi apontada como um caminho necessário para que essa estratégia fosse incorporada não simplesmente como um conjunto de técnicas, mas como parte da motivação sexual e do contexto das variadas práticas (Watney, 1994). Nessa direção, muitas campanhas recorreram a imagens e linguagem sexualmente explícitas para promoverem o sexo seguro. Além de criarem cartazes e outros materiais impressos, os/as próprios/as ativistas produziram e atuaram em pequenos filmes e vinhetas, nos quais a prevenção era ensinada em cenas de sexo explícito e, em casos mais específicos, algumas sugestões indicavam como tornar a própria estratégia preventiva algo também excitante¹⁹.

Ao longo do processo de disseminação do sexo seguro, novas questões continuaram surgindo no debate comunitário. Uma discussão específica foi travada a respeito do nível de segurança que deveria nortear esse modelo preventivo. Em especial, conformavam-se controvérsias acerca de como classificar o sexo oral. Para demarcarem a diferença em relação à ideia de um sexo (totalmente) seguro, que previa a eliminação total de qualquer grau de risco, algumas iniciativas, sobretudo

¹⁹ Alguns desses filmes e vinhetas foram exibidos na sessão “*Safety first*”, realizada na *New York Public Library*, no dia 29/01/2014, como parte da exposição “*Why we fight: remembering AIDS activism*”. Entre eles, estavam “*Grey hideaway*” (1986) e a série “*Safe sex shorts*” (1989-1990), produzidos por ativistas vinculados/as ao *Gay Men's Health Crisis* (GMHC). Em relação aos materiais impressos, a imagem de alguns cartazes ou folhetos pode ser encontrada no trabalho de Brier (2009).

em alguns países europeus, utilizaram o termo *safer sex* (sexo mais seguro) referindo-se à redução drástica do risco a um nível considerado aceitável (King, 1993).

Além disso, alguns/mas ativistas alertaram para a regulação da sexualidade gay que o sexo seguro poderia acarretar (Escoffier, 1998); outros/as empreenderam análises feministas do sexo seguro por meio da problematização das identidades de gênero arraigadas na cultura gay; atentaram também para a necessidade de expandir a prevenção para cenários de homens não-brancos e não identificados como gays, de modo a não reproduzir na resposta comunitária à aids a segregação racial e identitária que existia na comunidade (Brier, 2009).

No fim das contas, o sexo seguro resultou em uma dramática redução nas taxas de HIV e de outras DST na comunidade gay (King, 1993) e ampliou o sentido da própria identidade gay, que então passou a abranger os significados de uma resposta comunitária à aids por meio da adoção desse modelo de prevenção (Watney, 1994).

5.4 A camisinha como elemento central do sexo seguro

Como descrito acima, a promoção do uso de camisinha emergiu na comunidade gay a partir do processo de criação e disseminação do sexo seguro. Mesmo antes da realização de estudos que comprovassem sua eficácia, os/as ativistas apostaram que ela poderia prevenir a transmissão da aids. Uma ênfase à camisinha, na retórica do sexo seguro, parece ter se configurado em função da relevância da penetração anal no repertório de práticas sexuais gays e do fato de essa se destacar como a atividade sexual de maior risco para a aids. Desse modo, para aqueles que optavam por manter tal prática, a melhor recomendação possível era o uso de camisinha. Essa indicação foi foco ou *slogan* de muitos materiais preventivos produzidos pelas organizações gays (King, 1993). Em São Francisco, mais especificamente, ativistas desenvolveram táticas para tornar a camisinha mais visível

e criaram uma cadeia de distribuição em massa nos bares, saunas e outros estabelecimentos direcionados ao público gay (Brier, 2009).

Os/as ativistas se empenharam em promover e erotizar a camisinha, na tentativa de estimular seu uso entre os gays, que, em geral, a rejeitavam como um elemento heterossexual (Brier, 2009). Segundo Treichler (1996), a histórica falta de relevância da camisinha para os gays/HSB, isto é, a inexistência de uma tradição sobre a qual pudesse ser construído o uso de camisinha nesse grupo, configurou um grande desafio para as campanhas pioneiras de sexo seguro. Nessa direção, buscou-se criar uma aproximação entre tal elemento e a construção identitária gay, seja por meio da linguagem e imagética sexualmente explícitas, características do erotismo gay, seja em iniciativas como a campanha, divulgada por anos pela *San Francisco AIDS Foundation*, cujo slogan dizia “*Be a rubberman*²⁰... *Use condoms every time*” (King, 1993).

Com a descoberta, em 1984, de que um vírus era o responsável pelas infecções que acarretavam a aids, conformou-se, entre os/as ativistas, certo consenso em torno da ideia de que a camisinha oferecia a melhor proteção contra a propagação desse agente. Em consequência, concentraram o discurso preventivo no uso da camisinha, que, paulatinamente, foi se tornando o núcleo ou o equivalente da prevenção comunitária. O afunilamento do profícuo debate em torno do sexo seguro, que foi reduzido à modificação isolada de um comportamento, marcou o declínio da reflexão acerca das diferentes dimensões que convergiam no desenvolvimento dessa estratégia, desencarrilando a argumentação que buscava fazer dela uma solução política para a aids com potencial de uma mudança social mais ampla (Brier, 2009).

Esse processo foi determinado também por fatores desencadeados para além das fronteiras da comunidade, especialmente pela maneira como o Estado lidou com a noção de sexo seguro e como esta foi expandida para a “população geral”. De partida, os representantes do governo mostraram-se incomodados (no caso daqueles mais à direita, indignados) com o tipo de campanha que estava sendo empunhada pelos/as ativistas. Em consequência, foram impostas revisão, veto e, por fim,

²⁰ A palavra *rubber* (borracha) costumava ser usada como sinônimo de *condom*. Assim, *rubberman* (que pode ser traduzida literalmente como *homem-borracha*) expressa uma estratégia de se forjar uma identidade para o usuário de camisinha.

restrições legais aos materiais produzidos pela comunidade com financiamento governamental. A justificativa e os termos desse cerceamento vincularam o sexo seguro com a obscenidade, seja pelo formato considerado pornográfico, seja pelo estímulo do desejo ou simplesmente da conduta homoerótica. Assim, declarou-se que tais fundos não deveriam ser utilizados para a produção de materiais e atividades que promovessem ou encorajassem a homossexualidade, restringindo a mensagem preventiva ao uso de termos cândidos e ao estímulo das medidas consideradas apropriadas: abstinência das atividades sexuais que extrapolavam o casamento heterossexual monogâmico (King, 1993; Brier, 2009).

Paradoxalmente, avalia Brier (2009), devido ao baixo investimento financeiro estatal na resposta à aids, foi possível a adoção de argumentos e posturas menos conservadoras, inclusive, por parte dos trabalhadores federais da aids. O principal exemplo se encontra no relatório sobre aids nos Estados Unidos produzido pelo *surgeon general*²¹ Everett Koop, em cumprimento à solicitação do presidente Reagan. Contrariando as expectativas de um parecer conservador, embasadas no histórico anterior desse médico, sobretudo suas posturas contra o aborto, o relatório apresentou um programa de educação em saúde, no qual é ressaltada a necessidade de se discutir abertamente as práticas homo e heterossexuais e enfatizado o uso de camisinha como a melhor proteção contra a infecção naquele momento (Koop, 1987).

Como registra Treichler (1996), a audiência *Condom advertising and AIDS*, realizada no Congresso em 1987, pôs o embate em discussão e evidenciou a entrada do sexo seguro na política pública de saúde. De um lado, as instâncias mais conservadoras do governo tentaram imprimir no novo termo as propostas que já defendiam, afirmando, por exemplo, que o único sexo verdadeiramente seguro estava delineado pela abstinência e pela monogamia heterossexual. De outro lado, os mais liberais, juntamente com Koop, defenderam a promoção da camisinha como uma medida necessária. O deslizamento semântico dos termos em debate possibilitou, inclusive, desvincular o uso da camisinha da construção gay do sexo seguro. Isso fica evidente na fala de um dos participantes da audiência:

²¹ Nos Estados Unidos, *surgeon general* é um cargo comissionado do governo ocupado por um médico designado como principal responsável pelas questões de Saúde Pública.

*There are two ways to be certain of stopping this transmission: safe sex or no sex. "Safe sex" is sexual contact without intercourse. No fluid is exchanged between partners, but such sexual practices are not common in America. "No sex" will stop the AIDS transmission – but if VD and unwanted rates of pregnancy are any example – abstinence, while preached for centuries, may be at an all time low in America. In the face of the limitations of these two alternatives, the professionals of medicine and public health have turned to the next best choice: condoms.*²² (Treichler, 1996, p. 376)

Esse depoimento ilustra também como, na apropriação do sexo seguro pela Saúde Pública, assim como pelos eventos científicos e pela mídia, a construção comunitária foi convertida em discurso técnico. A autoridade sobre a prática preventiva foi deslocada dos sujeitos sexuais para os médicos *experts* no assunto. Além disso, a simplificação da noção de sexo seguro – que passou a ser entendida exclusivamente como uso de camisinha – pode ser encarada como consequências de sua inserção na tradição heterossexual, cuja sexualidade está hegemonicamente centrada na penetração pênis-vagina e para a qual a lógica multifacetada das práticas sexuais parecia fazer menos sentido do que o faz para a comunidade gay (Patton, 1990).

A Saúde Pública incorporou, portanto, parte específica da proposição preventiva da comunidade gay sem, no entanto, legitimar ou reconhecer a mobilização e o debate que possibilitaram essa estratégia. O desenvolvimento da prevenção oficial do HIV/aids seguiu com a produção de debates acadêmicos e de pesquisas sobre a eficácia da camisinha, com o incremento e aprimoramento da produção industrial e do mercado, com a expansão do acesso e assim por diante.

Nos períodos seguintes, o sexo seguro ou, mais especificamente, o uso da camisinha passou a receber outros significados. Por exemplo, com o teste para sorologia do HIV, popularizou-se a ideia de que a tal medida deveria ser adotada apenas por pessoas sabidamente ou com suspeita de serem soropositivas. Usar ou

²² Existem duas maneiras de se ter certeza da interrupção dessa transmissão: sexo seguro ou nada de sexo. "Sexo seguro" é o contato sexual sem penetração. Nenhum fluido é trocado entre os parceiros, mas tais práticas sexuais não são comuns nos Estados Unidos. "Nada de sexo" irá parar a transmissão da aids – mas, se as doenças venéreas e as taxas de gravidez indesejada servem de exemplo – a abstinência, pregada durante séculos, pode estar em um momento de baixa nos Estados Unidos. Em face das limitações dessas duas alternativas, os profissionais da medicina e da saúde pública têm se voltado para a próxima melhor opção: camisinhas (tradução livre).

demandar camisinha na relação sexual tornaram-se atos suspeitos (Ver Patton, 1990). Compreensões como essas afastaram ainda mais a prevenção da reflexão ético-erótica empreendida pela comunidade gay no contexto inicial de construção do sexo seguro. Na direção contrária, elas atualizaram os termos da discriminação social orientada, entre outras, por questões relativas à sexualidade.

Treichler (1996) chama a atenção para o fato de os acontecimentos resgatados neste capítulo terem produzido uma grande reviravolta na história da camisinha. Nos anos anteriores à aids, esse elemento, que nunca tinha feito parte expressivamente dos cenários sexuais gays/HSB, estavam caindo em desuso também na vida social e erótica heterossexual, sobretudo devido ao advento das tecnologias contraceptivas e da penicilina (que tornou as DST um problema de rápida solução e sem grandes consequências). Na era da aids, com a invenção do sexo seguro, a camisinha não apenas foi resgatada, como ganhou a cena.

PARTE III

6 Aids no Brasil: popularização da camisinha

Neste capítulo, apresento uma recuperação histórica da construção da camisinha como estratégia de prevenção de aids. Detenho-me no processo que transformou esse artefato escuso e impopular no principal elemento das ações de prevenção, tornando-o comum ao cotidiano dos brasileiros. Como ponto de referência, tomo, prioritariamente, o direcionamento de discursos preventivos ao público gay/MSM.

Esse resgate é embasado nas entrevistas realizadas e na literatura sobre enfrentamento da epidemia e prevenção, mais especificamente. Utilizo trechos das narrativas transcritas de forma demonstrativa e argumentativa. Recorro também à ilustração de materiais, campanhas e projetos de prevenção, produzidos pelo governo, sobretudo pelo Programa Nacional de DST/Aids, e pelos grupos/organizações dos movimentos sociais. Não se trata de um inventário exaustivo, mas de pontos de referências para situar o desenvolvimento dos discursos acerca da camisinha.

Cito também alguns artigos de jornais, que registraram eventos desse processo. Para tanto, não realizei uma pesquisa sistemática nos meios de comunicação midiáticos; as matérias utilizadas foram identificadas a partir das próprias entrevistas, da literatura ou de buscas pontuais.

6.1 Camisinha e homoerotismo antes da aids

Como descrito nos capítulos anteriores, no contexto pré-aids, tanto a camisinha quanto as relações sexuais entre homens dispunham de configurações bastante diferentes daquelas que passaram a ter em virtude da epidemia. Esses dois

elementos, inclusive, estavam muito pouco associados. No Brasil, assim como em outros países industrializados, a camisinha, além de não gozar da popularidade e da disseminação com as quais estamos familiarizados no século 21, restringia-se ao contexto das relações heterossexuais. Fazia parte do rol de estratégias contraceptivas e, em menor medida – ou de forma menos evidente – cumpria também uma função na prevenção de DST.

A ausência/escassez de uso da camisinha nas práticas sexuais entre homens, a despeito da existência de alguma preocupação com a ocorrência de DST no âmbito dessas relações, pode ser confirmada no depoimento de alguns/mas dos/as participantes entrevistados/as, que resgatam o cenário sexual gay que começou a se desenvolver nas grandes cidades brasileiras, na década de 1960, assim como o surgimento dos primeiros grupos/organizações do movimento gay brasileiro.

Antes, na verdade, era tão comum ter doença sexualmente transmissível. (...) Mas, realmente, da camisinha não se falava, não se usava e era uma coisa restrita ao universo secreto heterossexual. (...) Eu nunca vi ninguém, até o começo da aids, falar ou usar a camisinha, que se chamava camisa de Vênus, não se chamava camisinha. O termo usado era camisa de Vênus. E, tanto aqui no Brasil, em São Paulo, quanto pelas cidades que eu viajei pelo Brasil e na França, que eu vivi de 69 a 72, em Portugal também, nunca a camisinha esteve presente [nos cenários gays]. (...) Só se falava em preservativo, na época, para controle da natalidade (Luiz Mott, entrevista).

Algumas dessas narrativas oferecem indicativos de como era realizada a abordagem dos casos de DST, ressaltando que a camisinha não fazia parte do arsenal utilizado para combate de tais agravos:

[Antes da aids, o preservativo era] ignorado. Pelo menos, no ambiente que eu frequentava. Porque, por exemplo, no Somos¹, a gente discutia sobre DST – gonorreia, sífilis, cancro mole, chato – e conhecia o básico disso, ou seja, o que precisa tomar. Inclusive, a gente ia... Muitas vezes, a gente encontrava alguns amigos aí no serviço de Dermatologia Sanitária, (...) na Faculdade de Saúde Pública [da USP], (...) que tratava DST. Era muito legal, porque diagnosticava na hora. Às vezes, você saía com o remédio ou, senão, com a receita. (...) Porque colhia amostra, observava no microscópio

¹ O Somos: Grupo de Afirmação Homossexual foi o primeiro grupo do então Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), fundado em São Paulo em 1978 (Ver Green, 2000; Trevisan, 2007).

na hora, era muito simples. (...) A coisa das DSTs era presente, mas ninguém falava de usar preservativo para se prevenir de DST. Em ambiente gay, claro (E11, entrevista).

Então, assim, a camisinha ainda não existia, né? Era algo completamente... (...) Eu comecei a ir a São Paulo também, em 81, por aí. E, naquela época, ainda basicamente não se falava sobre a aids, mas, assim, DST era uma preocupação. Tanto é que o pessoal brincava muito com aquele serviço lá da [Av.] Dr. Arnaldo, da Medicina, na Dermatologia, eu acho. (...) Então, assim, camisinha não tinha. Tinha a profilaxia pra sífilis, profilaxia pra gonorreia, coisa que hoje em dia a gente até escuta falar pouco. Aí, o pessoal ia, tomava um Bactrim ou um ou dois não-sei-o-quê ali na hora, dependendo da quantidade, fazia os exames, tanto o exame clínico, como o exame de sangue, e era recomendado voltar depois pra fazer as contagens e ver a coisa da sífilis. E o pessoal brincava muito assim: “ah, eu te encontro segunda-feira na fila do [serviço] lá na Dr. Arnaldo, lá na Dermatologia.” (...) Então, o Paulo Teixeira já era um dos símbolos dos médicos que atendia a pessoas gays. Eu acho que ele atendia lá (Veriano Terto Jr., entrevista).

Quando fundamos o Grupo Gay da Bahia, em 1980, logo a primeira ação foi... Tínhamos um médico que era membro do grupo. Então, fomos lá no Pelourinho, que ainda era uma área de prostituição (...) e havia muitas travestis que viviam lá. E daí o médico foi, fez consultas em geral e deu requisição pra elas irem ao serviço público para fazer o VDRL, quer dizer, tentando detectar a sífilis. De modo que a única ação de saúde pública para a população LGBT que eu me lembro foi essa iniciativa do próprio Grupo Gay da Bahia. (...) Mas no posto médico, na verdade, na região do Pelourinho e do Maciel, que era onde se concentravam as casas e os cortiços com maior número de prostitutas e travestis... Esse posto de saúde era muito frequentado por profissionais do sexo, tanto travestis quanto putas. E havia, sobretudo, uma médica, cujo nome eu me esqueço agora, e um enfermeiro (...) que era gay e que eram os grandes experts em atender travestis, pela experiência adquirida, pela frequência delas lá, porque as travestis se sentiam bem acolhidas. (...) Mas, que houvesse antes qualquer preocupação governamental, em nível municipal, estadual e federal, eu não me lembro, mas eu creio que não, nunca houve (Luiz Mott, entrevista).

Nesse sentido, é importante lembrarmos que a saúde de gays/HSH ou de travestis² ainda não configurava um foco de atenção ou de ações nas políticas públicas. Além disso, a própria estruturação do cuidado à saúde desse segmento estava marcada pela compreensão de que a homossexualidade (ou o “homossexualismo”) configurava uma patologia, a julgar pelo fato de que, no código de Saúde do INAMPS, por exemplo, ela ainda constava como “desvio e transtorno sexual” (Mott, 2011).

Que eu lembre, não [havia nenhuma ação em saúde] (...) especificamente voltada para a população [gay/HSH], a não ser as ações de caráter mais de intervenção médica com um recorte estritamente preconceituoso, estigmatizante, colocando como desvio. Quer dizer, a marca que você tem do discurso formado pelo campo da saúde, nesse período, (...) é o discurso do desvio, o discurso do outsider, é um discurso do que não se encontra integrado no âmbito da sociedade. Então, esse discurso é o que vai prevalecer como norma nesse período (Ivo Brito, entrevista).

No trabalho de Fry e MacRae (1985), podem ser encontradas algumas construções teóricas de médicos que se debruçaram, na primeira metade do século 20, sobre a configuração patológica do desejo e do comportamento homossexuais, assim como sobre possíveis tratamentos para essa doença.

Tal como descrito na realidade dos Estados Unidos, essa perspectiva médica se revertia em barreiras ao acesso de gays/HSH aos serviços de saúde no Brasil, quando a demanda estava relacionada ou remetia, de alguma forma, às práticas sexuais. Todavia, diferentemente do que ocorreu naquele país, onde grupos gays desenvolveram iniciativas comunitárias para cuidar das DSTs que acometiam esse segmento e contrabalancear a dificuldade de acesso que ele enfrentava nos serviços de saúde de forma geral (Batz, 2011), o desenvolvimento de ações nessa direção por parte dos ativistas brasileiros foi incipiente. A preocupação do GGB, descrita acima, configurou um caso isolado, condizente com a própria particularidade desse grupo no cenário do movimento gay brasileiro no início da década de 1980. Esse período é marcado pelo fim da “primeira onda” do movimento, caracterizada pelo

² Embora entendamos atualmente que as travestis não devem ser incluídas na categoria gays e/ou HSH, trato tais segmentos de forma conjunta nesse ponto, dado que os limites entre eles eram menos demarcados no período em questão, tal como podemos ver no depoimento transcrito, e que o argumento defendido os agrupa como segmentos marginalizados no sistema de saúde.

envolvimento com projetos de transformação social, e início da “segunda onda”, liderada pelo GBB e pelo Triângulo Rosa e marcada por uma atuação mais pragmática, voltada para as questões dos direitos civis, da discriminação, da violência e, apenas no caso do primeiro grupo, questões relacionadas à saúde (Facchini, 2005).

Também configuram exceções os serviços de saúde lembrados nos depoimentos. São serviços que se destacavam na rede de saúde de São Paulo e de Salvador, assim como possivelmente ocorria em outras cidades brasileiras, que porventura dispusessem de algum serviço que acolhesse esse segmento. Nesse sentido, é interessante notar que, nos dois casos, a referência à facilidade de acesso e ao acolhimento aos segmentos específicos aparece vinculada à atuação de profissionais sensíveis às especificidades do atendimento a tais pessoas. No “posto médico” de Salvador, desenvolveu-se uma expertise (mais relacional do que propriamente técnica, vale ressaltar) na atenção a travestis (e mulheres) trabalhadoras do sexo. O serviço referido nas outras duas narrativas pertencia à Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (São Paulo, 2015). Originalmente direcionado ao tratamento de hanseníase, ao incorporar a assistência a DST, passou a receber uma quantidade significativa de gays/HSB e se tornou referência no cenário gay de São Paulo. O médico Paulo Teixeira, que atuava nesse serviço, descreve tanto a escassez de aparelhos públicos como este na disposição do sistema de saúde, quanto a propagação da indicação do mesmo, que o constituiu como uma referência entre os gays/HSB:

Na verdade, [a população gay/HSB] não tinha [outras possibilidades de assistência a DST]. Eram serviços de saúde em geral: ou consultórios particulares ou os serviços públicos universitários ou serviços públicos em geral, mas absolutamente nada de específico. Eram poucos os serviços dedicados a DST. Com essa caracterização, existia o serviço da Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Em geral, em cada hospital universitário, na maioria das vezes nos departamentos de dermatologia, havia, digamos, um ambulatório ou períodos em que havia atendimento a doenças sexualmente transmissíveis. Na maioria das vezes, com uma capacidade de atendimento muito limitada. (...) Não havia grandes serviços ou serviços caracterizados pra DST em grande escala e, certamente, não havia serviços específicos destinados à população ou pra grupos

gays. De uma maneira geral, havia um boca a boca, que canalizava informalmente, muito de acordo com [a] maior ou menor facilidade de acesso, de acordo com o grau maior ou menor de acolhimento, mas absolutamente informal... (...) Eu digo, entre as pessoas, entre os gays, havia uma certa difusão de informações boca a boca a respeito de “olha, vá nesse serviço; eu fui, fui bem atendido; não é tão difícil, você procura etc., etc.” Mas tudo de maneira absolutamente informal, sabe? (Paulo Teixeira, entrevista)

A excepcionalidade desse serviço como um espaço de atendimento a DST de gays/HSB torna-se emblemático diante do fato de que, quando foram identificados os primeiros casos de aids no Brasil, ele foi escolhido para estabelecer e coordenar a estratégia de enfrentamento da epidemia, que veio a ser estruturada como o Programa de Aids do estado de São Paulo. Certamente, esse era um dos poucos espaços onde já se havia dado algum passo na direção da aproximação entre saúde sexual e homoerotismo/homossexualidade que a abordagem da aids veio demandar.

6.2 Primeiros discursos preventivos e proposição da camisinha

A aproximação entre camisinha e população gay/HSB começou a ser desenvolvida, de forma expressiva, na era da aids. Como descrito no capítulo 5, a aids foi construída, desde o início, em associação com a homossexualidade e, já nos primeiros anos da epidemia, a indicação do uso da camisinha emergiu como uma das estratégias de prevenção.

No Brasil, essa aproximação seguiu a tendência dos países aonde a epidemia já vinha se devolvendo. Quando os brasileiros conheceram a aids, entre 1981 e 1982, por meio das notícias veiculadas basicamente pela mídia privada, que difundia informações das agências de notícias dos Estados Unidos, a doença também foi descrita em referência aos gays/HSB: “doenças dos homossexuais”, “câncer gay” etc. Diante da falta de uma literatura médica disponível, emergiam, no entanto, no contexto brasileiro, as mais diversas hipóteses para explicar a relação explícita entre

a doença e a homossexualidade (Galvão, 2000; Silva, 2001; Nogueira da Silva, 2011).

Com a identificação dos primeiros casos, a doença, que parecia ser um problema distante, tornou-se presente de forma mais concreta no Brasil, o que coincidiu com o desenvolvimento de uma grave crise social, política e econômica no país. De forma geral, os primeiros anos da epidemia brasileira (1982-1985) – nos quais o país passava pelo momento de abertura política, após a ditadura militar – foram marcados por uma grande onda de pânico e preconceito, assim como pela negação e omissão por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal. No entanto, de forma mais pontual, foi também nesse período que se desencadeou o início de uma resposta brasileira à epidemia (Parker, 1994, 1997).

A prevenção esteve presente desde o início dessa resposta, dado o caráter incurável da doença, a ausência de uma vacina e a escassez de informações sobre as formas de transmissão e de período de latência, durante o qual a pessoa pode estar infectada e permanecer sadia (MacRae, 1987; Parker, 1994). Dessa forma, os discursos preventivos, de forma mais ampla, e a proposição do uso de camisinha, mais especificamente, remetem a esse cenário inicial de pânico moral, de desconhecimento generalizado acerca da aids e de poucos protagonistas empenhados com seu enfrentamento. Assim, eles podem ser situados a partir das primeiras estratégias de enfrentamento à epidemia. No âmbito do governo, destacam-se as ações e articulações que deram origem, ainda em 1983, ao programa de aids do estado de São Paulo e cujos referenciais éticos, legais e políticos foram, paulatinamente, adotados por outros estados e, mais tarde pelo Ministério da Saúde (Teixeira, 1997). A resposta governamental foi desencadeada e acompanhada pela atuação de militantes gays, que exerceu – conforme consenso na literatura brasileira sobre aids e nos depoimentos colhidos – um papel fundamental no enfrentamento da epidemia no Brasil (Parker, 1994; Galvão, 2000; Granjeiro *et al.*, 2009)³.

³ Galvão (2000) argumenta que a produção de notícias sobre a aids na mídia pode ser considerada como uma primeira parte da resposta brasileira à epidemia. Em virtude do objetivo deste trabalho, centrado nos discursos do governo e dos grupos/organizações do movimento social, considero a atuação da mídia apenas de forma acessória na construção deste panorama histórico.

A mobilização desses ativistas foi possível graças, primeiramente, à recente organização político-identitária de gays/HSB e, em segundo lugar, à identificação dessa epidemia como um problema de tal segmento da população. Esse último motivo, no entanto, configurou ponto de divergência entre os ativistas gays brasileiros, de modo que não se constituiu uma resposta coesa do movimento social homossexual/gay frente à aids nesses primeiros anos. Alguns grupos, tais com o Triângulo Rosa, enxergaram a vinculação da aids com os gays/HSB de forma negativa, como algo prejudicial à militância empunhada, caracterizada pela busca de legitimidade para a homossexualidade. Outros grupos, como o GGB e o Dialogay (SE), conseguiram conjugar a atuação contra a epidemia com a almejada legitimidade (Facchini, 2005). Além disso, a própria aids teve um impacto no movimento, sobretudo em virtude de seu potencial de desmobilização das propostas de liberação sexual. Assim, houve uma redução drástica do número de grupos e muitas lideranças gays direcionaram-se para a luta contra aids (Facchini, 2005; Granjeiro *et al.*, 2009). A fundação de ONGs/aids, embora encabeçada, inicialmente e em grande medida, por ativistas que tinham atuado no movimento gay, delineou a marca de uma militância específica, não coincidente com a militância LGBT, embora vinculada a ela em muitos aspectos. Essa militância foi inaugurada com a criação do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA/SP), em 1985.

Os primeiros casos foram identificados em 1982 em alguns serviços, em alguns consultórios. As primeiras notícias na imprensa surgiram no final de 82, outras em 1983. Essa divulgação provocou um certo tumulto, uma certa comoção no meio gay. E, na verdade, foi uma iniciativa de alguns ativistas homossexuais que procuraram a Secretaria de Saúde solicitando providências que desencadeou a organização do que veio a ser o Programa de Aids da Secretaria de Saúde do estado e, na verdade, o primeiro programa de aids do Brasil. (...) Porque, como eu disse, [n]a organização do serviço, [n]a preparação desse programa para o enfrentamento da aids, dessa doença nova, desse agravo inusitado, como foi caracterizado na época, a grande justificativa epidemiológica para toda a mobilização da Secretaria da Saúde foi por conta dessa demanda [dos ativistas] e por uma questão de formação dos profissionais todos envolvidos, pessoas do movimento sanitário em sua maioria. Essa demanda se desdobrou numa convivência muito intensa com os ativistas, tanto na formulação do Programa, como no desenvolvimento das ações, (...) além, digamos, dessa convivência quase que cotidiana através do diálogo cotidiano, de reuniões, de debates, de trabalho conjunto

efetivamente. A Secretaria da Saúde, muito cedo, organizou debates públicos semanais, que eram divulgados por esses ativistas, por pessoas do mundo gay, vamos dizer, e que passaram a ser uma espécie de fórum permanente de debate. E, neste fórum, assim, se iniciaram as primeiras articulações na sociedade civil, nesse grupo, que vieram a culminar com a criação da primeira organização não governamental [de aids], que foi o GAPA[SP]. Portanto, a construção tanto do Programa como a organização da sociedade civil se deram num cenário de convivência muito estreita (Paulo Teixeira, entrevista).

Mais especificamente, em relação à compreensão das duas frentes de militância, podem ser considerados tanto aspectos que as vinculam entre si e ao enfrentamento da aids, de forma mais abrangente, quanto elementos que ressaltam a demarcação entre uma e outra:

Se você pensa movimento LGBT e movimento de aids como coisas estanques, sim, [há uma separação]. Mas eu acho que não foi assim que funcionou. (...) Eu acho que as pessoas que fizeram o programa de aids de São Paulo são pessoas que tinham envolvimento com o primeiro grupo gay brasileiro, gay/homossexual – não era só de homens –, que era o Somos. (...) Assim, várias pessoas que foram protagonistas no movimento de aids são homossexuais que passaram pela experiência do Somos (Regina Facchini, entrevista).

Quer dizer, [nas ONGs/aids,] a ideia sempre foi muito crítica em relação às questões de identidade. A ideia era a solidariedade, entende? (...) Eu acho que essa é a diferença, né? As ONGs[aids] não seriam gays no sentido de que o seu interesse último não é a luta por uma afirmação de uma identidade, como nos movimentos gays muitas vezes acabou sendo. Quer dizer, mostrar, construir uma identidade social e política. Ali não. Ao contrário, era até um lugar de desconstrução dessas identidades (Veriano Terto Jr., entrevista).

Nessa primeira fase da epidemia, portanto, o programa de aids do estado de São Paulo, os ativistas da aids e parte dos grupos gays compuseram a corrente mais empenhada e comprometida com o cuidado dos doentes e a defesa de seus direitos. De outro lado, estavam algumas “autoridades médicas”, legitimadas pela imprensa, que encaravam a aids como uma consequência ou punição de quem transgrediu alguma lei moral ou “natural”. A ameaça da aids e a acusação das pessoas doentes estavam no centro de sua retórica (Paiva, 2000). As informações a respeito da doença

e de como lidar com ela, além de disporem de pouca sistematização e de respaldos científicos insuficientes, estavam atravessadas por preconceitos que atualizavam a tradição de estigma da homossexualidade e elaboravam os termos daquilo que Galvão (1992) identificou como novos “mecanismos de acusação”. A identidade forjada para a pessoa “aidética” ou pertencente a um “grupo de risco” tornava-se chave para a compreensão da própria prevenção.

Nesse contexto, a despeito das formulações mais conservadoras ou discriminatórias, a prevenção – e a promoção do uso de camisinha, mais especificamente – foi elaborada e conduzida de forma incipiente, uma vez que a necessidade de adoção de medidas emergenciais fez com que os esforços dessa primeira corrente fossem prioritariamente investidos em outras direções, em especial, a assistência às pessoas doentes. Mesmo o GAPA, cujo título faz referência ao trabalho preventivo, teve como atuação principal a cobrança de ampliação dos serviços de assistência e de condições mínimas de atendimento aos pacientes infectados com a aids (Contrera, 2000).

Na verdade, nos primeiros anos, (...) como não havia um conhecimento sistematizado do ponto de vista do que de fato [era] a epidemia da aids, havia uma ignorância por parte do próprio setor saúde, uma ignorância por parte dos médicos, quer dizer, ninguém sabia direito o que estava, de fato, acontecendo. Então, você tinha ali uma situação inédita. (...) E as primeiras medidas que você tem não estão relacionadas diretamente à proteção individual por uso, por exemplo, de métodos de barreira. O discurso não está voltado pra essa questão. (...) Elas estão voltadas muito mais pra assegurar direitos, assegurar basicamente a solidariedade às pessoas, amparar as pessoas, (...) responder a um discurso oficial, basicamente médico, que achava que a epidemia [não] era um [problema] real ou [que] a população gay era o reservatório, por exemplo, da epidemia da aids. Então, basicamente, ela é voltada pra resguardar essa questão de combater o estigma, combater o preconceito e de resguardar os direitos das pessoas. Eu acho que o primeiro movimento é nesse sentido e [também no sentido] de se organizar de tal modo a dar uma garantia de proteção social, de apoio social às pessoas que ficavam doentes. Então, tem um lado de solidariedade, de apoio social e esse lado da defesa dos direitos, o que marca esse início. Logo em seguida, quando os mecanismos de transmissão são melhor conhecidos, sobretudo o mecanismo de transmissão sexual, começa a se trabalhar um pouco mais a questão da proteção individual através do uso do preservativo. Mas eu acho que isso leva, pelo menos, uns dois anos, mais ou menos (Ivo Brito, entrevista).

A camisinha era algo que entrava no discurso, mas não era o tópico principal do discurso, sabe? Era o estigma, era o medo da morte. Era como a rede hospitalar, que não estava nada organizada – até hoje não está –, tratava as pessoas que chegavam dentro desses hospitais. Então, era a ânsia de querer viver, era a ânsia das descobertas de medicamentos (Vagner de Almeida, entrevista).

A contextualização dos primeiros discursos preventivos remete, nesse sentido, ao emaranhado das relações estabelecidas entre as poucas instâncias que atuavam na construção de uma resposta à epidemia. Essas relações envolvem o trânsito de atores sociais entre tais instâncias, o processo de pressão política e cooperação entre os movimentos sociais e o governo e, ainda, as aproximações e divergências dos grupos e organizações do movimento gay e do movimento de luta contra aids.

Nessa época, ela [a prevenção] é muito politizada. Ela é colocada quase que em oposição, por exemplo, à anomia por parte do Estado ou à total indiferença por parte do Estado em relação à epidemia, ao tamanho da epidemia. Tanto é que o Estado só vai se organizar, do ponto de vista institucional, quase que quatro, cinco, seis anos depois, pra poder, num nível federal, responder à epidemia. Então, todo esse período é um período muito tenso, do ponto de vista dos atores que estão envolvidos e das pessoas que estão sendo ameaçadas por essa epidemia (Ivo Brito, entrevista).

Uma parte do movimento [gay] preferiu a estratégia da avestruz, meteram a cabeça dentro da terra, dizendo: “se a gente começar a falar de aids, vamos perder os nossos parceiros; os moleques, os rapazes vão ficar com medo de transar com gay”. Ou, então, outra ala do movimento dizendo que, como eu disse, a aids é uma invenção médica pra controlar, reprimir a sexualidade gay, no estilo mais ou menos de Foucault. E a terceira postura é dizendo que o alvo principal do movimento era os direitos humanos, que a aids é uma questão de saúde pública e o governo que se encarregue. Há grupos que nunca se envolveram com a prevenção da aids, grupos gays (Luiz Mott, entrevista).

Nesta análise, enfatizo os materiais de prevenção, como representativos do início do trabalho preventivo, por considerar que consistem em discursos minimamente estruturados, além de fixados (na linguagem escrita) e veiculados como mensagem.

Dessa forma, a preocupação com a prevenção pode ser identificada já nas primeiras propostas do grupo de trabalho à frente da iniciativa desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Esse grupo produziu, ainda em 1983, seu primeiro material técnico informativo, contendo uma síntese dos conhecimentos sobre a aids disponíveis na literatura internacional, dentre os quais constavam questões relacionadas especificamente à prevenção. Uma grande quantidade (5.000 cópias) desse material foi distribuída nos serviços públicos do estado e nas secretarias de saúde do Brasil. Embora direcionados à população em geral, seu objetivo consistia em atingir os grupos considerados de maior risco (Teixeira, 1997).

Em entrevista, Paulo Teixeira descreve, mais propriamente, a produção de orientações preventivas relacionadas à camisinha, embora o discurso preventivo não fosse centrado nessa estratégia:

Que eu bem me recorde, o primeiro folheto – que é com o que nós trabalhávamos, folhetos impressos, mimeografados – onde nós começamos a nos referir ao preservativo data de 84. Ou seja, é um atraso razoável, mas o nosso primeiro impresso, o nosso primeiro folheto, onde nós recomendamos o uso do preservativo é de 1984. Não era ainda, como eu disse, uma recomendação enfática, porque era um leque de possibilidades e a ênfase na camisinha realmente só veio a acontecer mais tarde, a partir de 85, 86 (Paulo Teixeira, entrevista).

Segundo Paiva (2000), embora esse grupo fosse composto por profissionais comprometidos com o combate à epidemia e formados na tradição da Saúde Coletiva, a prevenção esbarrava na falta de experiência com educação em saúde ou com o trabalho no campo da sexualidade e do abuso de drogas. Com a estruturação do programa de aids, um dos focos de atuação foi destinado à informação e à educação da população, operacionalizadas, especialmente, por meio de uma linha telefônica, o “disque-aids”. Assim, o serviço da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, que coordenou o desenvolvimento do programa, tornou-se referência de informação sobre a doença (Granjeiro *et al.*, 2009).

Do lado do movimento social, os materiais preventivos inaugurais são atribuídos ao grupo gay Outra Coisa⁴:

E foi a partir da experiência do Somos (...) que existiu, acho que [em] 83 ou 84, um dos rachas, que foi a criação do Outra Coisa. Uma das questões tinha a ver [com] o posicionamento em relação àquela epidemia... Não se falava em epidemia ainda, se falava na peste gay. Se faziam um material educativo ou não pra distribuir foi uma das coisas que marcou tensões entre o grupo Somos e o racha dele, que era o Outra Coisa. O povo do Outra Coisa fez o primeiro material (Regina Facchini, entrevista).

Eu acho que [um d]os grupos que começaram a falar de prevenção (...) foi o grupo Outra Coisa, que (...) foi uma dissidência do Somos, que aconteceu lá pelo início dos anos 80. (...) O famoso racha do Somos de São Paulo acontece por uma (...) acusação, vamos dizer assim, a crítica de que ele era um grupo que prestava menos atenção às coisas da homossexualidade ou jogava as questões da homossexualidade dentro de uma luta mais ampla das esquerdas. (...) Enquanto que o pessoal do Outra Coisa reivindicava que, em vez de olhar pras questões mais, vamos dizer assim, amplas e fora, na sociedade, olhassem para as questões da homossexualidade, entende? De coisa de sexualidade, de amor, de afeto, de família, amigos, as coisas mais – vamos dizer assim, não sei se seria a palavra – “intestinas” da vida cotidiana da homossexualidade. Não tanto essa coisa do lugar político da homossexualidade. (...) E, aí, eu acho que, por isso, eles [do Outra Coisa] são quem talvez assumam mais rápido a questão de aids e de DST e as coisas de saúde, porque, vamos dizer assim, essa seria uma das questões, sabe? (...) A gente coloca assim, isso é quase meio que um consenso que a prevenção teria começado com o Outra Coisa, que é esse grupo, por essa relação, por chamar a atenção das boates... Parece que os primeiros panfletos, enfim, são produzidos pelo Outra Coisa, lá por volta já de 83, 84, 85. (...) [O material] talvez podia falar de camisinha, assim, alguma recomendação. Mas nunca foi uma campanha. Não tinha dinheiro naquela época, não tinha como imprimir material, tudo era muito difícil. Então, não acho que tenha sido, assim, algo muito sistemático e com um discurso bem estruturado sobre o que seria a prevenção. Acho que a gente tem que dar o crédito porque foi a primeira tentativa. Mas qual foi o seu impacto, em que medida, eu não saberia te dizer. (...) Tanto é que o Outra Coisa, apesar de ter iniciado esse trabalho, vamos dizer assim, que a gente chamaria [de] uma prática comunitária em prevenção, esse grupo não sobreviveu muito tempo depois (Veriano Terto Jr., entrevista).

⁴ Denominado, primeiramente, de Grupo de Ação Homossexualista.

Segundo Granjeiro *et al.* (2009), o grupo Outra Coisa começou a produção de material com informações sobre a aids no início de 1983. Seu material era destinado à distribuição em locais públicos e de encontro gay/HSB. Perlongher (1987, p. 51) também registra a distribuição de “panfletos de advertência nas esquinas do gueto [gay] paulistano”, realizada pelo Outra Coisa. Segundo ele, esse trabalho foi feito em combinação com a Secretaria de Saúde de São Paulo.

Em artigo da Folha de S. Paulo, esse trabalho é descrito como “iniciativa própria” de um militante vinculado ao Outra Coisa (e ao Somos), realizada a partir de informações trazidas dos Estados Unidos a respeito da doença:

(Luís Carlos) vai elaborar uma espécie de apostila com todas as informações possíveis sobre a deficiência imunológica e suas relações com homossexuais masculinos. A apostila será “xerocada” e distribuída de mão em mão, nos locais mais frequentados por homossexuais assumidos. Devido à falta de recursos, Luís Carlos sugerirá que quem receber uma apostila faça novas cópias estabelecendo uma corrente de divulgação na comunidade “gay” (Rocha, 1983).

Iniciativa semelhante foi encampada pelo GGB. Segundo Mott (1988), a partir de 1984, o grupo passou a distribuir panfletos que estimulavam o uso de camisinhas em Salvador. Em entrevista, o autor e fundador do grupo descreve a produção de material e a realização de trabalho preventivo antes mesmo dessa data:

Nós, desde a fundação do Grupo Gay da Bahia, em 1980, começamos, percebemos, numa época ainda sem xerox, sem fax, sem internet, que era fundamental produzir material explicativo, esclarecedor e cientificamente inspirado a respeito da homossexualidade, de direitos humanos e da sexualidade. Quando surge a aids, então, a gente já tinha um pequeno know-how, que era extremamente artesanal. Tínhamos um mimeógrafo a álcool, que era a maneira de reproduzir mais barata e, quando precisava distribuir material de melhor qualidade e [em] maior quantidade, tinha que se pagar um mimeógrafo à tinta. O texto era impresso, era datilografado em estêncil, um trabalho artesanal, difícil de corrigir. (...) Fizemos, várias vezes, distribuição no centro da cidade, em frente ao Elevador Lacerda, que era uma área de grande concentração de pessoas. (...) Logo no primeiro carnaval, que, se eu não me engano, já [data] de 82, quando se detecta o primeiro caso de aids no Brasil, nós já divulgamos material alertando os gays sobre o risco de relações sexuais com pessoas que vinham de grandes cidades ou do exterior, que era onde era o foco original da aids. Dizíamos: “namorar pode;

mas manter relação sexual, não”. Não se falava ainda em camisinha (Luiz Mott, entrevista).

Em 1985, o GAPA/SP produziu o cartaz “Transe numa boa” (Figura 1), destinado à exposição em lugares de frequência e encontros sexuais entre gay/HSB (MacRae, 1987; Contrera, 2000). Esse material costuma ser bastante lembrado (inclusive entre os/as entrevistados/as desta pesquisa) como um dos primeiros materiais de prevenção de HIV/aids que fazem referência à camisinha. Talvez algum destaque em relação aos anteriores se justifique pelo fato de ter contado com uma grande divulgação e circulação, tendo sido, por exemplo, reproduzido na Folha de S. Paulo (1985). Segundo o jornal, o cartaz contou com evento de lançamento e foram impressos 3.000 mil exemplares. Comparado à produção “artesanal” dos demais materiais citados, esse cartaz resguarda ainda certa sofisticação, o que transparece no fato de ser frequente a referência à autoria de sua criação, atribuída ao artista plástico Darcy Penteado.

A matéria da Folha (1985) conta também que, de acordo com o presidente do GAPA/SP, Wagner Fernandes, os cartazes deveriam ter sido “bancados pelo Estado”, mas, como a Secretaria de Saúde não dispunha de verba para isso, eles foram financiados por “particulares simpatizantes” que não quiseram ser identificados, tendo partido as maiores contribuições de empresários da indústria farmacêutica.

Os materiais preventivos desse período, mesmo que pontuais, oferecem um panorama dos discursos acerca da prevenção no início da epidemia. Em primeiro lugar, dada a associação entre a doença e gays/HSB e a atuação dos ativistas gays, os discursos preventivos foram direcionados prioritariamente para tal segmento.

FONTE: University of Rochester (NY/EUA)

Figura 1 - Cartaz “Transe numa boa”. Produzido pelo GAPA/SP, 1985. Disponível em: <http://aep.lib.rochester.edu/node/46690> (Acesso 20 dez 2014).

Nesse direcionamento e na própria proposição das orientações, eles refletem também uma mistura e, às vezes, sobreposição de perspectivas técnico-conceituais da prevenção. Assim, a noção epidemiológica de grupo de risco, predominante na compreensão da doença nesse momento (Ayres *et al.*, 2006), é articulada na tensão entre o reconhecimento de determinados grupos populacionais, especialmente os gays/HSB, como os mais atingidos ou mais expostos à infecção e o compromisso com a luta contra a discriminação e violência sofridas em função da orientação sexual. Essa tensão pode ser vista, por exemplo, na matéria da Folha de S. Paulo que divulga a iniciativa do grupo Outra Coisa (Rocha, 1983). Contrastam-se, nesse artigo, as preocupações de militantes e de outros gays, que, de um lado, ressaltam a

necessidade de se divulgar informações para o público gay/HSB e, de outro, temem os efeitos estigmatizantes da reprodução de discursos que reforçassem a associação entre a aids e a homossexualidade.

Em alguma medida, houve a incorporação da lógica de isolamento sanitário (Ayres *et al.*, 2006) das pessoas ou grupos mais expostos. Se, para a população geral, essa lógica implicava em determinar que o risco restringia-se a gays/HSB (assim como usuários de drogas, profissionais do sexo etc.), entre esses, ela destacava alguns gays/HSB como mais expostos do que outros. Assim, algumas orientações preventivas, como podemos ver na iniciativa do GGB, embasavam-se na identificação de uma espécie de roteiro geográfico-moral⁵ como via de disseminação da doença no Brasil. Evitar o sexo com pessoas associadas a esse roteiro consistia, portanto, em uma medida preventiva. Para a construção desse roteiro, foi central a percepção de um circuito gay que ligava as grandes cidades brasileiras a cidades em outros países, onde se desenvolveram as políticas de liberação e o arsenal mercadológico-cultural das comunidades gays. Combinam-se, nessa perspectiva, a identificação da aids como uma doença estrangeira e a descrição do perfil desse doente estrangeiro em função, em especial, de sua “promiscuidade” (Galvão, 1992; Silva, 2001; Nogueira da Silva, 2011).

Ao mesmo tempo, essa lógica foi criticada por meio da recusa de medidas como a abstinência/castidade ou a monogamia, identificadas como contrárias ao horizonte almejado tanto na Saúde Coletiva, quanto no movimento social, mesmo quando tais medidas pareciam promissoras do ponto de vista técnico. Isso fica explícito no trabalho de MacRae (1987), quando o autor afirma: “havia sérias dificuldades práticas e políticas na implementação da proposta de uma monogamia estrita, embora ela aparentasse indicar a maneira mais eficiente de reduzir o alastramento dessa síndrome” (p.75).

Nesse sentido, foi significativo o vínculo entre a elaboração de discursos preventivos e as posturas político-ideológicas daqueles que se empenharam na

⁵ Utilizo esse termo inspirado nos estudos sobre sexualidades que discutem a noção de “região moral” (por exemplo, Facchini *et al.*, 2014). Recorro à grafia *roteiro geográfico-moral*, em vez de simplesmente *roteiro moral*, para enfatizar o caráter espacial da noção e reforçar a diferença em relação ao uso do termo *roteiro sexual*, utilizado na teoria dos *scripts* sexuais e presente também neste estudo.

produção de recursos que permitissem às pessoas se protegerem da doença. Os profissionais do programa de São Paulo estavam orientados pelas discussões relativas à reforma sanitária e, mais especificamente, herdavam a experiência da política para o controle da hanseníase, que, nos anos anteriores, abolira o isolamento de pacientes, incorporara medidas de redução de estigma e marcadores sociais nas ações de promoção e saúde (Granjeiro *et al.*, 2009). Os grupos/organizações do movimento gay, por sua vez, resguardavam um comprometimento com a reflexão política acerca da liberdade sexual e dos direitos gays, iniciada anos antes e levada para a militância da aids.

Se as ONGs de aids do Brasil foram reconhecidas por uma posição tão aberta, tão aguerrida, tão questionadora em relação à sexualidade, de falar abertamente, de jogar as coisas, eu acho que vem... Eu acho que não dá pra tirar [desvincular] exatamente do que foi essa filosofia, vamos dizer assim, libertária, compartilhada por pessoas tão emblemáticas, tão fortes e que, de alguma maneira, orbitaram ou participaram diretamente do Somos (...): o Jorge Beloqui, o Darcy Penteado, o Edward [MacRae], enfim, que, bem ou mal, continuaram, ou não, engajados com a aids. Cada um depois tomou o seu caminho, outros morreram. Mas que, de alguma maneira, criou uma base para um contradiscurso da repressão que a aids possa ter trazido, do higienismo, da caretice, que fez com que a gente aqui no Brasil tivesse uma posição de não aceitar esses discursos assim tão fácil. Mas isso [aconteceu] dentro das ONGs/aids, porque [essas pessoas] vieram para as ONGs/aids. E eu acho que, nas ONGs/aids, em algumas pelo menos, esse discurso libertário sexual, vamos dizer assim, ele vai encontrar alguma coisa, alguma continuidade (Veriano Terto Jr., entrevista).

Agora, poucos eram os (militantes e grupos) que tinham um discurso articulado em termos de uma ideologia de prevenção... O discurso científico, sobretudo de prevenção, passou a ser do domínio público, porque era fácil saber uma dezena de termos, de sintomas da síndrome, método de prevenção. Então, o bê-á-bá existia. Inclusive, [havia] cartilhas [com] o bê-á-bá sobre aids. Isso, então, se tornou fácil. Agora, quanto a políticas governamentais, estratégias, poucas eram as lideranças que tinham capacidade de questionamento, de crítica e, aí, então, os que tinham maior formação, leitura e acesso à informação é que comandaram esse eventual questionamento. E a ABIA [Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids] e os GAPAs tiveram uma papel importante. O Grupo Gay da Bahia, o Grupo de Resistência Asa Branca, lá de Fortaleza, também questionaram certas [coisas]: ou a letargia governamental ou eventuais publicidades que

não ocorressem, que não correspondiam exatamente às nossas expectativas, ou ainda a timidez, a omissão em falar em sexo anal, em falar em relações homoeróticas (Luiz Mott, entrevista).

Adicionalmente, a perspectiva do sexo seguro, descrita no capítulo 5, foi nitidamente incorporada no Brasil e inserida nesse contexto de mistura técnico-conceitual e tensões político-ideológicas. O cartaz “Transe numa boa” sintetiza alguns dos principais termos dessa construção: afirmação do sexo e do prazer (*sex positive*), incorporação da orientação de redução do número de parceiros sexuais, incentivo à informação, reavaliação e reorientação das práticas sexuais em função do risco relativo de cada uma delas. Nesse último ponto, destaca-se a inserção da camisinha como uma medida protetora possível.

No entanto, a incorporação do sexo seguro no Brasil não parece ter abarcado a discussão conceitual mais pormenorizada dessa proposta, que fez parte de sua elaboração na comunidade gay estadunidense. Em parte, isso se justifica pela significativa diferença de proporções e capacidade de articulação entre essa comunidade e aquela recém-desenvolvida aqui. Os ativistas brasileiros não dispunham, por exemplo, de uma rede comunitária bem estabelecida de comunicação, o que viabilizaria um debate acerca de como responder à epidemia ou, simplesmente, de como se proteger da doença. Além disso, esse debate mais amplo sobre o sexo seguro foi marcado por certa fluidez e por divergências dentro da própria comunidade estadunidense, o que tornou mais difícil sua apropriação pela comunidade de outros países. A partir da identificação do HIV, em 1984, ele foi se tornando cada vez menos encorpado e deu lugar à avaliação do risco relativo das práticas sexuais e à recomendação simplificada do uso de camisinha. Parece ter sido basicamente nos termos desses dois elementos que o sexo seguro foi divulgado no Brasil, a partir das informações que os ativistas brasileiros foram adquirindo na interlocução internacional com outros movimentos.

O manejo das práticas sexuais com propósito de controlar o risco não configurava propriamente uma proposta inédita, ao menos em alguns cenários sexuais mais específicos, como aquele dos locais (públicos e privados) utilizados ou destinados à interação sexual entre homens. A camisinha, por outro lado, foi

encarada como um elemento estranho por diversos gays/HSB. Entre alguns ativistas, inclusive, destacou-se a desconfiança de que a recomendação de uso da camisinha tinha, como objetivo ou consequência, o controle da sexualidade gay. Essa compreensão era potencializada pela necessidade de se reafirmar essa sexualidade diante dos constantes discursos que culpabilizavam os gays/HSB pelo surgimento da epidemia e apontavam, como solução para o problema, a extinção das práticas sexuais entre homens ou da dita promiscuidade gay.

Nessa época, eu convivia com pessoas muito assim, com essa coisa de gente engajada, com alguma reflexão e o que se falava nesses círculos era que também era uma forma de repressão a camisinha. Ela vinha como uma forma de controlar, de diminuir, era algo imposto para controlar a sexualidade gay, pra controlar as liberdades que se tinham conseguido. Tinha uma resistência que ia nesse caminho. (...) A gente ouvia as pessoas falando, eu mesmo era um deles, de dizer: “não, mas isso [a camisinha] é uma forma de controle, é uma forma de cerceamento, é uma forma de repressão; será que é assim mesmo, que isso [a aids] se transmite dessa forma?” Ou começava a resistir, tipo: “então tá, é melhor não fazer sexo anal; então, vai só no sexo oral.” (...) Eu acho que, entre os meus amigos, entre as pessoas, era um pouco essa realidade. Havia uma certa resistência em cima da questão de política, de repressão, [d]os médicos... Tinha a coisa da medicina, da coisa americana, né? Tinha essa [questão]: “ah, isso é coisa de americano, é coisa que vem dos Estados Unidos, é uma moral puritana, é uma moral higienista, que vem pra...” Essa coisa [do] higienismo vinha um pouco forte. Então, são os médicos, que sempre foram assim. A relação entre a medicina e a homossexualidade nunca foi boa. Então, isso é mais um capítulo dessa longa história. “Então, isso é controle. A gente tem que manter as nossas liberdades, manter as nossas conquistas que passam por aí também, os nossos espaços. Isso é pra evitar que as pessoas frequentem o cinema, que as pessoas frequentem as saunas, enfim.” (...) E, aí, logo depois, se começa a escutar sobre o que vinha acontecendo nos Estados Unidos: fechamento de sauna em São Francisco, em Nova York. E, aí, [surge] aquele pavor de que isso pudesse chegar aqui (Veriano Terto Jr., entrevista).

Nesse depoimento, podemos notar que, na rejeição à camisinha, colavam-se ainda outros argumentos, o que reforça a descrição dos primeiros anos da epidemia com base na falta de conhecimentos precisos sobre a doença e as formas de se prevenir, o que, em outros termos, significa a profusão de elucubrações e hipóteses explicativas, oriundas de diversas partes. Entre esses argumentos, fica evidente uma

rejeição a essa “coisa de americano”, tal como ocorreu com outros elementos que simbolizavam a imposição da ideologia estadunidense. No movimento brasileiro, a recusa inicial ao termo *gay* serve de exemplo da tentativa de resistência ao “imperialismo americano” nesse momento de efervescência política de reabertura e redemocratização.

Junto a isso, havia também a associação da camisinha com a medicalização ou, mais especificamente, com o discurso médico que condenava a homossexualidade e a “promiscuidade” gay. Essa relação contrasta com o teor libertário que a camisinha adquiriu no contexto estadunidense frente justamente às indicações preventivas que propunham restrições ao sexo gay, oriundas, sobretudo, dos oficiais de Saúde Pública e demais setores médicos e políticos conservadores. No entanto, considerando a complexidade desse mosaico de compreensões relativas à aids dos primeiros anos, é importante atentar para o fato de que a percepção de que o sexo seguro ou a camisinha poderiam representar uma forma de regulação de sexualidade gay também esteve presente na comunidade estadunidense, embora com menor evidência do que o discurso da camisinha como algo libertário (Escoffier, 1998). Além disso, esse último teve lugar também no movimento brasileiro, como ficaria mais evidente em alguns discursos e materiais preventivos dos anos seguintes.

Por fim, no relato de resistência à camisinha, aparece ainda certa desconfiança em relação à própria aids. Independentemente das hipóteses conspiratórias sobre a existência da aids, que se tornaram conhecidas em diferentes meios, havia um estranhamento em relação a sua associação com a homossexualidade, sobretudo por parte daqueles que estavam no alvo nas acusações, tal como é descrito também nas narrativas seguintes:

Então, quando você via isso e você estava num grupo gay, [que] é uma coisa [vista de forma] sempre tão preconceituosa, e (...), ainda por cima, vem uma doença gay... O que que tem a ver isso, né? Ou seja, é doença só de marcianos, entende? A gente não é humano como os outros? É um primata superior? O que que é isso? Então, a gente também observava com muita desconfiança (E11, entrevista).

Logo que a Revista Manchete publicou no Brasil “peste gay”, “câncer cor de rosa”, a reação generalizada no Brasil e, certamente, no resto do mundo gay, foi de questionamento. Ao mesmo tempo, uma

preocupação, mas [com] questionamento, como se aquilo fosse mais uma manifestação de homofobia, como [havia acontecido] um pouco antes [e eu cito] no meu artigo “Os gays e as doenças sexualmente transmissíveis”⁶, em que o presidente da Associação Brasileira de Dermatologia, Dr. Newton Guimarães, disse e foi publicado na coluna nacional do Ibrahim Sued: “os gays são ‘cem’ vezes mais contaminados de DST do que as prostitutas”. Sem nenhuma base estatística. Eu, então, questioneei mostrando, através de alguns índices, que era equivocada essa [afirmação], era preconceituosa. Então, quando surgiu a aids, também houve uma grande descrença de que era uma peste gay. Teve médico que chegou a dizer que era um vírus. O irmão de Tancredo Neves, o médico, diz que era um vírus gay. E, daí, a primeira reação nossa foi de descrédito, de negar (Luiz Mott, entrevista).

O relato de Vagner de Almeida, que oferece um paralelo entre a epidemia dos Estados Unidos e a brasileira, sintetiza, entre outros elementos analisados, o impacto da entrada da camisinha no cenário sexual gay e as reações a esse novo elemento. Aqui, a resistência à camisinha aparece de forma menos fundamentada do que nos argumentos dos ativistas, descritos por Veriano Terto Jr. Parece se tratar mais de uma recusa à camisinha como um catalizador do estigma e do medo da aids ou da própria reflexão acerca da vida sexual gay que ela demandava:

Eu estava em São Francisco, no epicentro da aids, cara. Eu estava, assim, no momento histórico da aids, que foi de 83 e meio a 89. (...) Estava em São Francisco e vendo a epidemia chegar no Brasil de uma maneira avassaladora, sem que ainda a população tivesse a noção dessa chegada da epidemia. Porque a aids-aids-aids é pra quem foi nos Estados Unidos, aids-aids-aids é coisa de viado, é coisa de gente rica, é coisa do branco de olhos azuis, é coisa assim de comissário de bordo, sabe? É coisa de estilista, é coisa de artista. Porque, na verdade, quem veio à mídia foram artistas, que deram um pouco a cara ou que foram notificados. Os seus óbitos foram vendidos na mídia. (...) [Em] Nova Iorque, em São Francisco já tinha essa noção grande [de] que o uso do preservativo poderia, de alguma forma, evitar o contágio, a infecção pelo HIV. (...) E já tinha muitos centros e a aids já era, assim, uma coisa muito... Você ia nos bares, você ia em padaria, você ia em supermercado, já tinha cartazes “Stop Aids, Stop Aids, Stop Aids”. (...) Era 84, 85. (...) E todos os bares [do bairro Castro] tinham camisinhas de graça, coisa que eu nunca tinha visto, camisinha de graça na minha mão. (...) Cara, parecia bala em dia de São Cosme e São Damião para mim, tá me entendendo? Porque, [em] todo lugar que eu ia, eu pegava uma camisinha. E eu pegava de uma

⁶ Mott L, Assunção AHF. p.1.

maneira que... Isso é muito interessante falar contigo sobre a camisinha: eu pegava de uma maneira muito assim, receoso [de] que eu estava pegando muito; então, as pessoas podiam pensar que eu trepava muito. Então, assim, eu já tinha uma concepção, o conceito de que quem trepa muito é pessoa promíscua, tá me entendendo como que é? Então, eu peguei a primeira vez umas quatro. Aí, passei num outro kit, peguei mais umas quatro. Aí, comecei a esconder as camisinhas pra poder pegar mais. (...) E, de repente, o Richard falou assim: “não, pega quantos você quiser, isso aqui é pra pegar mesmo, é pra distribuir com as pessoas, tem que ir distribuir camisinha com as pessoas”. Cara, eu sei que, no primeiro verão que eu vim, do verão dos Estados Unidos [para o] inverno no Brasil, eu vim para o Brasil, cara, eu vim com um saco desse tamanho, cheio de preservativos, porque eu fiquei com medo de chegar na alfândega aqui e me pararem como contrabandista de preservativo, entende? E trouxe uns panfletinhos, [por]que já faziam panfletos. (...) Isso que é interessante, eu me senti um traficante com drogas ilícitas entrando no país, tá me entendendo? (...) Olha, o discurso da camisinha não existia [no Brasil], sabe? Se existia, estaria à moita... Existia sim, minto. (...) Quem falava em preservativo, camisinha, eram pessoas que estavam diretamente envolvidas com HIV, parceiros, amigos, irmãos, que já estavam infectados. (...) Já tinham falecido alguns; muitos, aliás, por sinal. E só. Porque o resto das outras pessoas não queria falar sobre o preservativo, porque, ao falar sobre o preservativo... Isso foi uma coisa muito interessante, que eu e o Richard íamos pra praia e as pessoas queriam saber sobre São Francisco, a putaria de São Francisco, mas, se nós entrássemos no tema HIV/aids – aids, não era nem HIV/aids – e o uso do preservativo, as pessoas não queriam falar, [diziam:] “ih, então, vocês estão [infectados] também; ih, vocês que moram lá, então, também já que vocês falam que é assim, então, vocês também estão”. Então, tinha esse preconceito com a gente, sentado, assim, na areia da praia, amigos tomando cerveja com a gente, sabe? E as palavras eram palavras de acusação, entende? Por você morar em São Francisco, por você falar em aids, em preservativo... Aí, eu levava preservativo pra dar na praia; aí, as pessoas pegavam, porque os labels eram bonitinhos, tinham alguns labels muito bonitinhos (Vagner de Almeida, entrevista).

6.3 Desenvolvimento da prevenção e promoção da camisinha

Nos anos seguintes (1985-1989), expandiram-se as estratégias de enfrentamento à epidemia. Apesar dos restritos recursos financeiros e das inúmeras barreiras no debate público e na convivência das organizações, esse período, em virtude das diversas iniciativas surgidas, foi denominado por Galvão (2000) como “anos heroicos”.

Com as discussões para implantação do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, consolidado em 1988, e as demais medidas que deram unidade às ações referentes à aids na política pública e nos serviços de saúde (Galvão, 2000; Facchini, 2005), foi desenvolvida a estrutura governamental, em nível federal, para o enfrentamento da aids. No entanto, sobretudo em função do contexto político e econômico do país, o governo não conseguia oferecer uma resposta efetiva condizente com o crescimento da epidemia. Em consequência, tornava-se cada vez mais importante o papel exercido pela sociedade civil no que diz respeito ao controle social das ações governamentais, à defesa dos direitos das pessoas infectadas e à elaboração de iniciativas de combate à epidemia (Parker, 1994).

Nessa direção, foram criadas novas e importantes ONGs de luta contra a aids, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA, 1986), o grupo Pela Vida (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS, 1989) e mais uma centena de organizações espalhadas pelo Brasil. Adicionalmente, mais ONGs gays passaram a atuar na luta contra a aids, destacadamente o Lambda (SP) e o Atobá (RJ). Outros grupos, como ONGs de mulheres profissionais do sexo e de travestis, incrementaram a mobilização social. Emergiram também respostas em novos formatos – como as casas de apoio às pessoas com HIV/aids – ou oriundas de outras instâncias, como entidades religiosas. Teve início ainda o apoio da cooperação internacional por meio de organizações estrangeiras, como a Fundação Ford (Galvão, 2000; Facchini, 2005).

Nesse processo, expandiram-se também os discursos preventivos, que agora seguiam – de forma mais evidente, porém pouco coesa – a tendência internacional de encarar a camisinha como a melhor estratégia de prevenção da infecção pelo HIV por

via sexual. As crescentes proporções da epidemia, a maior visibilidade que ela alcançava e o desenvolvimento de estruturas e ações de enfrentamento permitiram a profusão de mensagens e materiais relativos à camisinha, tornando-a um elemento mais presente ou mais expressivo na vida dos brasileiros, ao menos, discursivamente.

Até o final dos anos 80, é isso... Aí, a camisinha entrou de uma maneira chocante e, pela proximidade com o HIV, aí, já com esse significado: como uma estratégia eficaz e a melhor pra se prevenir (Cristiane Gonçalves, entrevista).

Ela [a camisinha] chega quando, por exemplo, você tem, primeiro, a agenda da aids se tornando efetivamente uma agenda de política de saúde pública. Quer dizer, nesse momento, em que ela se constitui enquanto um problema geral de saúde pública. Até então, era um problema de grupos, segundo o discurso oficial, um problema de um grupo muito específico; estava ocorrendo em alguns lugares, alguns estados. Ainda não era colocado como um problema de saúde pública de âmbito nacional. Na medida em que isso é colocado como um problema de saúde pública e que se constituem as bases pra poder responder a essa epidemia, a questão do conhecimento sobre os métodos, os meios de transmissão, fazem com que o preservativo entre na agenda, na agenda política, por exemplo, do governo (Ivo Brito, entrevista).

O foco na camisinha é porque não tinha onde colocar outro foco, porque só tinha aquilo. (...) Eu acho que [a camisinha se torna o foco da prevenção] a partir do momento em que, primeiro, claro, fica acordado que a camisinha é o melhor método de prevenção. (...) [Isso ocorre] lá fora, com a comunidade científica internacional. E isso começa nas Conferências Internacionais. (...) E, também, as oficinas de sexo seguro – que elas viram uma certa moda no exterior – também chegam no Brasil. E vêm nos manuais. Do que chega. Quer dizer, muito do que vem da aids é o que vem de fora (Veriano Terto Jr., entrevista).

Os discursos acerca da camisinha foram produzidos de forma mais sistemática nas ações de educação e informação, que, como avalia Parker (1994), partiram, mais significativamente, de três fontes: os meios de comunicação de massa, as campanhas montadas em nível nacional sob direção do Programa Nacional de DST/Aids e as atividades desenvolvidas em nível local e estadual, principalmente por meio do trabalho de ONGs gays e de aids.

O artigo *A penetração do preservativo no Brasil pós-AIDS* (Mott, 1988, p.1) retrata a profusão de discursos sobre a camisinha, como estratégia de prevenção de HIV/aids, nesse período. Com base em matérias de jornais, o autor sintetiza, em especial, a abordagem da camisinha realizada pela primeira dessas fontes, a mídia:

Considerada até pouco tempo como objeto-tabu, seu nome impronunciável em público, as “camisinhas” alcançaram nos últimos meses tamanha notoriedade que seu consumo cresceu de 50% a 177% entre 1985 a 1986 (O Globo, 1987a)⁷, invadindo lares e repartições públicas, seu nome sendo prenunciado por Ministros de Estado e Cardeais, sua imagem nua e seu uso veiculados por todas as emissoras de televisão. (...) Governadores e até Presidente da República são mostrados nos jornais em charges ou chistes, seja como usuários, seja fazendo propaganda deste insólito objeto (Folha, 1987; Pasquim, 1987)⁸; artistas famosos, quando entrevistados, devem agora invariavelmente dar sua opinião sobre o uso de preservativos (O Globo, 1987b)⁹. Camisinhas são distribuídas gratuitamente junto a ingressos de “shows”, em capas de revistas e até em Juizados de Menores e aldeias indígenas, como ocorreu entre os índios Fulniô, de Pernambuco (O Globo, 1987a)¹⁰.

Mott (1988) identifica, nessa descrição, um marco na popularização da camisinha no país, que, a jogar pelo tom do texto, alcançava um ponto surpreendente e definitivo. Essa perspectiva pode ser encontrada também em matéria da Folha de S. Paulo (Pinheiro, 1987), que reporta o crescimento das vendas de camisinha e reúne opiniões de figuras públicas sobre o então tema da atualidade. Entre elas, o jornalista e político Fernando Gabeira afirma que, “apesar dos conservadores”, a carreira da camisinha estava em ascensão e sua “penetrante presença” iria transformá-la no “símbolo do ano” de 1987.

Os meios de comunicação de massa, particularmente a televisão, com seu destacado potencial de transmissão de informações nas diversas camadas da sociedade e nas diferentes regiões brasileiras, foi o meio prioritário para divulgação das campanhas federais de prevenção. Embora com menor destaque, também foram utilizados outros materiais: pôsteres, folhetos, panfletos, *outdoors* etc (Parker, 1994).

⁷ O Globo, 26/7/1987a.

⁸ Folha de S. Paulo, 12/9/1987; Pasquim, agosto 1987.

⁹ O Globo, 14/6/1987b. Entrevistas com Cazuzu, Monique Evans, Elke Maravilha e Hebe Camargo.

¹⁰ O Globo, 1987a. op. cit.

No arquivo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (antigo Programa Nacional de DST/Aids), do Ministério da Saúde, na internet, podemos identificar que as campanhas federais de prevenção mais antigas datam justamente de 1987. Trata-se de uma série de vídeos intitulada “Aids, você precisa saber evitar”. Cada vídeo se detém a um tema específico, relacionado à infecção pelo HIV: uso de drogas injetáveis, doação de sangue, contato físico-afetivo com a pessoa infectada e práticas sexuais. A recomendação do uso de camisinha aparece, com destaque, nas peças dedicadas a esse último tema, demarcado sob o slogan “a aids e o sexo”.

Em um desses vídeos, a atriz Irene Ravache pronuncia o seguinte discurso:

A aids é uma doença sexualmente transmissível. Ela passa de homem para homem, homem para mulher e de mulher para homem. O vírus no esperma contaminado pode invadir a corrente sanguínea mais facilmente pela mucosa do reto do que pela vagina. Porém, a secreção vaginal contaminada, em contato com qualquer ferimento no órgão genital do homem, também possibilita a infecção. E, se houver algum ferimento na boca, o esperma contaminado pode transmitir o vírus. Por isso, a forma mais segura que se conhece para evitar o contágio é o uso do preservativo de borracha, a camisinha. Com ela, o vírus não entra em contato com o órgão genital do parceiro. E, claro, o risco de transmissão é menor quanto mais você reduzir o número de parceiros. Converse com seu parceiro. É um ato de respeito mútuo. A camisinha afasta o vírus da aids, mas não afasta você de quem você gosta¹¹.

Outro vídeo dessa mesma série, cujo discurso é semelhante a esse, apresenta a imagem de uma fila de peças de dominó caindo em cadeia. Em seguida, aparecem duas mãos, em close, abrindo uma das peças, retirando dela uma camisinha (referida no vídeo também como *camisa de Vênus*) e vestindo um dedo com ela¹².

Segundo Mott (1988), essas primeiras campanhas do Ministério da Saúde, que seguiam a orientação das autoridades sanitárias internacionais de recomendação da camisinha como medida mais eficaz de prevenção da aids, foram as principais responsáveis pelo anunciado “boom da camisinha”. Essas campanhas, de fato, representam uma ruptura no padrão discreto e/ou marginalizado de referência à camisinha, tal como havia ocorrido até então na grande mídia. Tratava-se, agora, de

¹¹ Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-irene-ravache> (Acesso 27/12/2014).

¹² Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/1987aids-voce-precisa-saber-evitardomino> (Acesso 27/12/2014).

um discurso de caráter oficial promovendo, de forma explícita, o uso dessa estratégia preventiva.

Em outra campanha, veiculada no Dia Mundial de Luta Contra a Aids, 1º de dezembro de 1989, a promoção da camisinha assume contornos mais explicitamente políticos. Depois da imagem de vários manifestos populares, aparecem pessoas aglomeradas sacudindo camisinhas gigantes e gritando o nome desse artefato silábica e repetidamente. Enquanto forma-se o nome *camisinha* na tela, o narrador afirma: “Mais uma vez, a gente vai ter que resolver as coisas no grito. Este grito de alerta pode ser seu grito de liberdade.”¹³

Imagem e *slogan* semelhantes foram reproduzidos na contracapa da edição de dezembro de 1991 do Boletim do GGB (Figura 2). Aqui, a camisinha é apresentada como um elemento de reivindicação coletiva, fundamentada nos termos da mobilização política, tão representativa do contexto brasileiro do momento. O mote libertário, ao qual ela é associada, é proposto de forma vaga e abrangente. Não se explica a que se refere essa liberdade. Uma análise despretensiosa pode conduzir à conclusão de que se trata de livrar-se da aids. Entretanto, a ideia de liberdade remete facilmente a bandeiras dos movimentos sociais, especialmente do movimento gay, e pode ainda ser entendida como posicionamento contrário à repressão sexual contida em propostas preventivas como abstinência ou a monogamia ou ainda em relação ao próprio cerceamento que se impunha sobre os discursos preventivos.

¹³ Campanha “Meu grito de liberdade, a camisinha!”. Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/1989-tv-meu-grito-de-liberdade-camisinha>. (Acesso 27/12/2104).

Fonte: Arquivo GGB (cedido por Luiz Mott)

Figura 2 – Anúncio “Camisinha: seu grito de liberdade”. Contracapa do Boletim do GGB (edição dez/1991).

Essa nova forma de se referir à camisinha, no entanto, não foi constante nos materiais de prevenção do governo. O mosaico que se construía como discurso oficial da Saúde Pública foi constituído por mensagens contraditórias e posicionamentos divergentes. Há campanhas desse período, por exemplo, que sequer fazem referência a ela. O próprio termo *camisinha* foi abandonado pelo Ministério, cedendo à pressão de líderes religiosos que o consideraram inapropriado. A linguagem mais explícita reapareceria apenas depois nas campanhas (Parker, 1994). A expressão “apesar dos conservadores”, que aparece na fala de Gabeira (Pinheiro, 1987), demarca que o processo de popularização da camisinha foi acompanhado por inúmeras e expressivas resistências.

A esse respeito, são emblemáticas as campanhas que investiram na ameaça e no terror vinculados à aids. Elas apareceram já no período da primeira gestão de Lair Guerra na coordenação do Programa Nacional (1986-1990): um dos vídeos da série

de campanhas “Aids, pare com isso!” (1988)¹⁴ apresenta o desmonte de uma cena de carnaval e de um personagem festivo, que gradativamente dão lugar a uma nova cena, a do adoecimento e anúncio da morte. A mensagem é fúnebre e pouco precisa: “Mas, existe uma outra face [da folia] que não tem nada de iluminada. É a face trágica de uma doença mortal chamada aids. Ela se transmite pelo sexo, pelas seringas e agulhas contaminadas e até pelas transfusões clandestinas de sangue”. Juntamente a outras expressões téticas e ao já bastante criticado slogan “quem vê cara, não vê aids”, veicula-se a recomendação: “Faça da camisa-de-Vênus a sua companheira inseparável, qualquer que seja o seu parceiro”.

O discurso de ameaça se agravou no período 1991-1992, na gestão do presidente Fernando Collor, quando o então ministro da saúde, Alcení Guerra, e o então coordenador do Programa Nacional, Eduardo Cortês, executam a proposta de uma “nova” e “mais agressiva” resposta à aids. Esse período foi caracterizado pelo desmantelamento da estrutura do programa, que vinha sendo construída durante o governo José Sarney, com Lair Guerra em sua coordenação (Parker, 1994). Essa investida “agressiva” foi concretizada, mais expressamente por meio de *slogans* de campanhas – tais como “*Se você não se cuidar, a aids vai te pegar*” – que, em vez fornecer orientações de prevenção, enfatizavam o caráter incurável da aids.

Esse período contou também com avanços no enfrentamento da aids: o início da distribuição de medicamentos antirretrovirais na rede pública de saúde e o pronunciamento de Collor sobre a aids, no dia 1º de dezembro de 1991. Apesar de reconhecidamente importante, o discurso do presidente sequer mencionou a camisinha. As orientações preventivas refletiram o conservadorismo do momento. No que refere à transmissão por via sexual, recomendou-se não trocar de parceiro sexual com frequência ou ter um relacionamento sexual seguro (Ver Folha, 1991).

A atuação dos movimentos sociais também esbarrou em diferenças político-ideológicas que dificultaram uma atuação mais coesa e unificada, apesar das ONGs/aids e algumas ONGs gays terem tentado se articular em rede (Parker, 1994). Diante das controvérsias e insuficiência das ações governamentais, no entanto, essa cresceu em quantidade e importância na segunda metade da década de 1980. As

¹⁴ Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/1988-tv-aids-pare-com-isso> (Acesso 09/01/2015).

frentes de militância estavam relacionadas ao controle social sobre a resposta do governo, à assistência às pessoas infectadas e, de forma menos expressiva, à produção de trabalhos preventivos.

Nesse sentido, a elaboração e divulgação de materiais de prevenção por parte das ONGs – boa parte deles traduzida de materiais de outros países – partia do diagnóstico de que as informações fornecidas pelas agências governamentais eram poucas, superficiais e muitas vezes equivocadas. Góis (2003) denominou de “fase campanhista” da prevenção, essa atuação baseada na perspectiva de que a informação sobre a infecção e suas formas de transmissão constitua o elemento chave na possibilidade das pessoas se prevenirem.

O foco na informação é encontrado, por exemplo, no primeiro material preventivo confeccionado pela ABIA, em conjunto com o GAPA/RJ, intitulado “Sexo sem riscos: entre homens”. Sua proposta explicita a abordagem dada ao trabalho informativo: “Este folheto não pretende ‘ensinar’ ninguém a trepar. Quer apenas fornecer o máximo de informações sobre a aids, para que você possa usar ou não, de acordo com sua consciência e vontade”. Em relação à camisinha, esse material destinado a gays/HSB, apresenta orientações mais detalhadas e menos cerceadas, em comparação às campanhas do governo:

Nas trepadas é preciso tomar alguns cuidados, senão os riscos de ser contaminado são muito grandes. A maioria das pessoas pega aids trepando. O jeito de trepar faz diferença. Existem formas mais perigosas. Mas há sempre um jeito de se prevenir. (...) Para reduzir os riscos, use camisinha. As camisinhas devem ser fortes para não arrebentarem. Existem várias marcas nas farmácias – consulte o farmacêutico. Prefira camisinhas lubrificadas e, se puder, ajude na lubrificação lambuzando com um creme não oleoso. Vaselina e cremes oleosos estragam a camisinha; óleos, cremes, manteiga, etc., também – não use. Prefira cremes à base de água, ou a sua própria saliva, quando for dar. Se puder, mesmo usando camisinha, goze fora. (...) O jeito 100% seguro é chupar com camisinha. Já sei, você vai dizer que é como chupar bala com papel. Mas isto pode significar você continuar vivo, cara.¹⁵

¹⁵ Panfleto “Sexo sem riscos: entre homens”. Concebido por Cláudio Mesquita, publicado por ABIA e GAPA/RJ, 1988.

É interessante notar que, mesmo em formulações preventivas mais progressistas, como essa, a ameaça de morte estava presente em alguma medida. Mesmo para os movimentos sociais, impunha-se o paradoxo entre a necessidade de alertar as pessoas para a necessidade da adoção de práticas preventivas e o compromisso ideológico de promover a prevenção sem disseminar o medo e a discriminação ou reforçar o controle e condenação de certas expressões de sexualidade.

Não parecia se tratar, nesse caso, de sustentar um discurso com base na ameaça e no medo. No entanto, sobretudo diante das resistências à camisinha, muitos militantes e organizações ressaltavam a gravidade do problema na tarefa de alertar os pares gays/HSH a respeito da prevenção.

Na direção do aprofundamento das informações e da busca de estratégias não repressivas de prevenção, a perspectiva do sexo seguro foi mais bem explorada nos materiais das ONGs do que nas mensagens do governo. Nestas, tal perspectiva foi mesclada ou sobreposta a propostas mais conservadoras de prevenção.

O GAPA/SP publicou, junto com o grupo de sexólogos do Instituto de Estudos Avançados da Sexualidade Humana, o “Guia Completo de Sexo Seguro” (IEASH e GAPA/SP, 1991), tradução da versão original estadunidense de 1987, que detalha a lógica do risco relativo das práticas sexuais, agora não mais restritas às relações entre homens¹⁶. A camisinha é referida em diversas dessas práticas. Mais

¹⁶ O guia classifica as práticas sexuais em três categorias de risco. Como “sexo seguro ou de baixo risco”, lista: “fantasias sexuais de qualquer espécie; conversa sexual; flertes; abraços; beijos sociais (secos); conversa erótica pelo telefone (*fone-sex*); banho acompanhado (incluindo banhos eróticos); massagem corporal (incluindo a erótica e não genital); cheirar corpos e seus fluídos; lambar o corpo (em pele limpa e saudável); exibicionismo e voyeurismo consensual (mostrar-se e ver); masturbação (mútua ou solitária no pênis, vagina, clitóris); usar produtos eróticos individuais; jogos sadomasoquistas (sem machucar ou sangrar); atitudes provocantes; fitas cassete, vídeos e filmes pornográficos; livros e revistas eróticas; espetáculos de sexo explícito”. Como sexo “provavelmente seguro, possivelmente arriscado: beijos de língua (onde há troca de saliva); sexo oral sem ejaculação (mais seguro com camisinha); sexo oral com ejaculação usando camisinha; sexo vaginal (mais seguro com uma barreira de látex e/ou espermicida); sexo pênis-vaginal com camisinha (mais seguro com espermicida, mais seguro ainda se combinado com uma barreira cervical – diafragma, tampão ou esponja); sexo anal digital com luva (manipulação do ânus com luva plástica ou de látex); sexo anal com camisinha (mais seguro retirando-se o pênis antes da ejaculação); sexo anal-oral com uma barreira de látex (através de uma barreira de borracha ou camisinha); contato com urina (qualquer atividade sexual com urina desde que esta não entre em contato com pele machucada)”. Finalmente, como sexo “arriscado”, consta: “sexo vaginal sem camisinha, sexo anal sem camisinha, engolir sêmen, receber sêmen na vagina, contato anal-oral sem proteção, contato anal-manual sem proteção (introdução do punho sem luva de látex); contato vagina-manual sem proteção (introdução do punho

especificamente, propõe-se que: “As camisinhas são armas extremamente importantes na guerra contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Para melhor usar estas ‘guardiãs do amor’, precisamos escolher a mais adequada, usar apropriadamente e ter prazer com ela.” (p.38)

Outro elemento que se destaca na atuação das ONGs foi a promoção do acesso à camisinha. O panfleto *Sexo sem riscos: entre homens*, por exemplo, era acompanhado de uma camisinha, doada, segundo consta no próprio material panfleto, pela BEMFAM (Grupo Bem-Estar Familiar no Brasil) do Rio de Janeiro. Considerando que esse insumo ainda não era disponibilizado pelo governo, o fornecimento de camisinhas por entidades como a BEMFAM possibilitou que algumas ONGs realizassem atividades de distribuição gratuita.

Eu não me recordo exatamente como foi o procedimento, mas a BEMFAM, a Sociedade do Bem Estar Familiar, tinha sedes aqui em Salvador e outras cidades do Brasil: Rio de Janeiro, Aracaju e outras. (...) Como a sede era no Rio de Janeiro, então, foi lá que iniciou esse primeiro diálogo da BEMFAM com o movimento homossexual. [Já] que eles recebiam grandes estoques de camisinha dos Estados Unidos, começou haver convênios. Assinamos convênios com a BEMFAM, recebendo todo mês uma quantidade que eu... Deve ter registro disso. E que essas camisinhas passaram a ser sistematicamente distribuídas pelo GGB, na sua própria sede. (...) Ou na sede ou em locais da cena gay de Salvador, em boates, bares, na rua etc. Eram camisinhas norte-americanas e havia toda uma prestação de contas para a BEMFAM, um controle de que [as camisinhas] estavam sendo realmente distribuídas gratuitamente. Na época, a camisinha era um bem raro e tabu. (...) Então, a BEMFAM colaborou bastante com o movimento, ela foi fundamental na prevenção da aids para a população de homossexuais e travestis, sobretudo. Também trabalhava com prostitutas, na nossa área (Luiz Mott, entrevista).

E, daí, aqui em Salvador, a Fiocruz, através do LACEN, Laboratório Central [de Saúde Pública] de Salvador, (...) conseguiu um financiamento com alguma universidade norte-americana, que realizou pesquisas aqui, e (...) fez anualmente, antes do carnaval, um dia antes, um trio [elétrico], que era o trio da camisinha. Várias ONGs, de várias áreas de atuação, eram capacitadas previamente e, depois, [montava-se] um trio com muitos cartazes e bonecos e balões

na vagina sem luva de látex); compartilhar sangue menstrual; compartilhar agulhas ou sangue ao picar-se ou injetar drogas” (IEASH e GAPA/SP, 1991, p.24).

gigantescos com a camisinha e farta distribuição à população, (...) o bloco vestido com o abadá da camisinha, com pano na cabeça, de modo que, durante os anos seguidos, o GGB participou do Bloco da Camisinha no carnaval (Luiz Mott, entrevista).

O caráter de festividade da distribuição de camisinhas, presente na segunda narrativa, arremata a abertura inédita na abordagem desse elemento que se popularizava no Brasil. Nessa época, também era possível ver esse tom festivo em um dos programas mais populares na televisão aberta, o Cassino do Chacrinha, no qual se apresentava a marcha de carnaval *Bota a Camisinha*¹⁷. Essa parecia ser a antítese da relação entre aids e morte; relação que, curiosamente, aparece na campanha “Aids, pare com isso!” associada ao carnaval, sinalizando que alguma festa (liberdade sexual?) teria acabado.

6.4 Projetos de prevenção com públicos específicos

O processo de expansão dos discursos preventivos foi acompanhado da ampliação da própria compreensão sobre a aids, que passou, então, a configurar um problema não mais restrito aos limites dos “grupos de risco”. O pronunciamento de Collor, por exemplo, foi dirigido à “família brasileira” e ressaltou que a questão dizia respeito a todos – “rico ou pobre, velho ou moço, homem ou mulher” – e que não se situava apenas nas grandes cidades (Folha, 1991). Em especial, em função do que foi identificado com uma “desomossexualização” da epidemia, emergiu uma ambivalência no direcionamento dos discursos e campanhas de prevenção, polarizada entre população em geral e públicos específicos.

A despeito da sensibilização de novos atores para a luta contra a aids, o reconhecimento de que a epidemia e, portanto, a prevenção diziam respeito a toda população operou, segundo Parker (1994), na direção de desviar as atenções e a

¹⁷ A marcha foi composta em 1987 por João Roberto Kelly (compositor de outras marchas famosas de carnaval), em parceria com Chacrinha e Leleco. Letra: Bota a camisinha / bota, meu amor / hoje tá chovendo / não vai fazer calor / Bota a camisinha no pescoço / bota geral! / não quero ver ninguém sem camisinha / prá não se machucar no carnaval.

responsabilidade da sociedade e, em particular, das autoridades governamentais perante a população gays/HSB. Se no início, a aids fora negligenciada por ser problema exclusivo de um (ou alguns) grupo(s) específico(s), com a “desomossexualização”, ela teve grande parte de sua resposta desvinculada da necessidade de se encarar a questão das diferenças e da diversidade sexual.

A outra questão que eu acho importante, gravíssima – que eu acho que é um erro histórico (...) e, aí, é de 94 em diante, (...) – é epidemiológica, porque, de fato, você teve toda uma pegada da desomossexualização da aids. Então, [dizia-se]: “a aids agora é um problema de todos nós; a aids está se heterossexualizando, se interiorizando, se pauperizando.” Então, assim, esse discurso epidemiológico domina mais de uma década, quinze anos. (...) Ele vem [afirmando:] “aids não é problema de gay”. (...) Ele vira um discurso oficial, o governo assume umas posturas, de, enfim, só fazer a epidemiologia com o número de casos, o número absoluto de casos, não investe em estudos de prevalência. (...) A epidemia entre gays, do ponto de vista epidemiológico, fica invisível, assim. Ela um pouco fica ali adormecida. Nunca deixou de existir, mas ela fica ali (Mario Scheffer, entrevista).

Adicionalmente, a percepção de que o problema da aids permaneceria produziu mudanças na forma de construção das respostas: as ONGs deixaram de atuar como “bombeiros” e a noção de programa institucional foi, cada vez mais, dando lugar à prestação de serviços e elaboração de projetos específicos (Galvão, 2000). Nesse sentido, a partir da volta de Lair Guerra para a coordenação do Programa Nacional, em 1992, investiu-se em uma articulação entre governo e movimento social, direcionada para a execução de projetos de prevenção e atividades mais sistematizadas.

O governo se capacitou utilizando[-se] das lideranças [dos movimentos sociais], convidando as lideranças nacionais e algumas internacionais pra debaterem o tema. Então, ele se capacitou no sentido de saber todas as nuances do submundo LGBT: a diferença entre uma travesti e uma transexual, como é a sexualidade das lésbicas... Quer dizer, então, nós fornecemos, através de conferências, de seminários, todo esse arsenal de informações que ele utilizou, inclusive, incorporando lideranças de aids e do movimento gay no Departamento de Aids. Algumas com mais sucesso, outras com menos (Luiz Mott, entrevista).

No restante da década de 1990 e nos anos 2000, portanto, o trabalho de prevenção de HIV/aids foi se tornando mais estruturado. As ONGs passaram a contar com mais recursos, graças aos financiamentos concedidos pelo Banco Mundial (Aids I, 1993-1998; Aids II, 1998-2002; Aids III, 2003-2006), cujo repasse era feito pelo governo e que, diferentemente daqueles concedidos por outras agências estrangeiras, contemplavam não apenas as ONGs/aids, mas também as ONGs/LGBT.

Porque as ONGs[aids], logo que começam a surgir, (...) começam a receber recurso do exterior pra o seu funcionamento. A Fundação Ford, por exemplo, começa o seu financiamento pra aids nos anos 80. Entre outras agências: Ford, Inter American Foundation... Mas, não financiavam grupos gays. (...) Quer dizer, é um momento de encolhimento muito grande dos grupos gays. Os grupos gays só vão começar a se reestruturar a partir de 92, com o dinheiro da aids, diga-se de passagem (Veriano Terto Jr., entrevista).

Então, o material [era] simples inicialmente e, depois, quando o Ministério da Saúde começa, ele próprio, através das Secretarias de Saúde do estado e município, a abrir concursos para a prevenção e produção de material, aí começamos a produzir material cada vez em maior quantidade e mais sofisticado (Luiz Mott, entrevista).

Ao passo que as campanhas governamentais mantiveram discursos mais generalizados¹⁸, os projetos de prevenção acabaram por concentrar os discursos dirigidos a públicos específicos. Antes da década de 1990, quando a articulação entre governo e movimentos sociais ainda era bastante restrita, destacou-se o desenvolvimento do Projeto Previna, iniciado em 1989 e retomado em 1994 com nome de “Projeto de prevenção de DST/AIDS para populações sob maior risco” (Galvão, 2000).

Esse projeto tem uma característica importante, porque ele é o primeiro projeto que dá ênfase à focalização das ações de prevenção em grupos populacionais específicos. E ele define as ações pra população indígena, define as ações pra populações de áreas de garimpo, define as ações pra prostitutas, pra gays, pra usuários de drogas injetáveis. É o primeiro, eu diria, o primeiro arcação de um projeto em que você focaliza as ações. Ele dá uma certa priorização a certos segmentos populacionais. Então, é um projeto interessante pra

¹⁸ Embora algumas campanhas governamentais tenham sido dirigidas a grupos específicos (mulheres e crianças vivendo com HIV, por exemplo), grande parte foi dirigida à população geral. As escassas campanhas dirigidas ao público gay/HSB serão abordadas nos próximos capítulos.

época, porque ele organiza e sistematiza a estratégia de prevenção. (...) Então, o Projeto Previna nasce nessa época. Ele nasce nesse período, nesse interregno aí entre 89 e 92. E ele baliza, ele dá as primeiras estruturas ou uma resposta mais estruturante ao campo da prevenção, a partir do momento em que ele focaliza as populações, estabelece estratégias mais claras de prevenção, introduz a questão do preservativo. (...) Paulo Teixeira acho que faz referência (...) [a] qual é o elemento importante desse trabalho: é que ele vai trazer, mais adiante, a incorporação do conceito de vulnerabilidade. É esse projeto que induz à reflexão [sobre] o deslocamento do conceito de risco, que, no início do projeto, está muito pautado, porque ele escolhe populações específicas e, aí, ele migra para o conceito de vulnerabilidade. (...) O foco é conceito de risco no Projeto Previna. Mas, as discussões que o projeto provoca até início de 92... Ele já provoca uma discussão sobre a questão da vulnerabilidade. (...) Então, o Projeto Previna, que te falo, que dá esse start para a orientação das ações de prevenção, eu diria que esse é o pilar do que vai orientar as estratégias de prevenção posteriormente. Então, você tem um período marcado pelo Projeto Previna, vai ter um refluxo durante o Collor e esse projeto depois vai orientando todas as estratégias que vão estar basicamente no corpo dos acordos que o Brasil vai fazendo, dos acordos e empréstimos com o Banco Mundial (Ivo Brito, entrevista).

O próprio Projeto Previna, que é o primeiro projeto de prevenção que o Brasil tem, que é do ano 88/89, é um projeto que contou... Ele tinha três cartilhas (...): “rapazes da noite”, que é uma cartilha pra michê; “damas da noite”, [que] eu acho que é um material pra prostitutas e travestis e outro... É um material pra prostitutas, travestis e eu acho que pra gay. É um material do governo. Ainda nem tinha direito um programa nacional. Esse material não tem uma postura careta. Também tu tem figuras como a Gabriela [Leite] e como o Néstor Perlongher, imagina. Nestor, que é uma pessoa sempre muito avesso à aids por [causa d]essa coisa libertária, participou das reuniões, enfim, como uma série de outras pessoas (...), o pessoal Atobá, (...) acho que o [Luiz] Mott participou também, do GGB (Veriano Terto Jr., entrevista).

Nos anos seguintes, diversos outros projetos foram desenvolvidos, grande parte no âmbito dos movimentos sociais:

E aí quando chegou em 92 pra 93, (...) Richard [Parker] montou o projeto que seria o Projeto Homens, um grande projeto de prevenção à aids pra HSH. E aí foi o início, vamos dizer assim. (...) Esse seria um projeto mais no estilo clássico de projeto, com pesquisa formativa, componente de avaliação, assim, um projeto de atividades

sistemáticas. Não era pra ser mais uma coisa esporádica, quer dizer, era um projeto já com uma previsão inicial de quatro anos de desenvolvimento, com possibilidade de renovação, como coisa de complemento. E ali era um projeto que já cobria tanto as questões de aspecto comportamentais, como aspectos culturais e aspectos que, hoje em dia, a gente chama de programático, ou seja, de política e de coisa assim. (...) E eu acho – se eu não me engano – que deve ter sido o primeiro projeto de prevenção, assim sistemático, organizado a longo prazo. Porque, antes, o que tinha eram atividades esporádicas, uma cartilha, um seminário, uma pequena campanha. (...) O GAPA/Ceará tinha um projeto também, ainda ia começar um projeto. Na realidade, tinha atividade só, mas era um GAPA que queria trabalhar forte a questão da homossexualidade em Fortaleza e eles tinham um material que a gente reproduziu aqui, que era de camisinha, justamente ensinando a usar a camisinha. E, aí, é o que eu te digo, aí começa mais sistematicamente essa questão assim, incentivando o uso da camisinha (Veriano Terto Jr., entrevista).

A reflexão sobre o embasamento teórico da prevenção foi galgada, sobretudo, em função da tensão entre o direcionamento dos discursos à população geral e a públicos específicos. A superação da perspectiva dos “grupos de risco” está relacionada à crítica ao viés discriminatório a partir do qual foram abordados os públicos específicos. Como apontado no relato de Ivo Brito, o desenvolvimento do quadro da vulnerabilidade (descrito no capítulo 2), partiu da focalização da prevenção, vindo a enfatizar, mais à frente, condições que tornam determinados públicos ou contextos mais ou menos expostos. Entre essas perspectivas, no entanto, teve lugar o modelo comportamental de prevenção, incorporado, especialmente, no desenvolvimento de projetos de prevenção, muitos dos quais foram reproduzidos no Brasil a partir de experiências internacionais.

A abordagem comportamental está na base da perspectiva do sexo seguro, ancorada na noção de práticas mais ou menos seguras, em contraposição aos comportamentos de risco. Nos Estados Unidos, ela ultrapassou o cenário da construção comunitária gay e foi incorporada, em especial, pelos sexólogos. Nesse país e também no Brasil, essa perspectiva representou um salto qualitativo em relação à ideia de que o risco estava atrelado a certos tipos de pessoas. Possibilitou, como ilustrado nos materiais referidos acima, o detalhamento das informações sobre

a transmissão por via sexual e legitimou a ênfase no uso da camisinha e a necessidade de se ensinar as pessoas, de forma geral, como usá-la (Paiva, 2000).

E eu acho que foi aí que esses modelos, essas coisas de sexo seguro, oficinas, materiais, esses materiais de... As pessoas vão nas conferências, trazem pro Brasil e aqui se começa também a usar. Eu acho que o Brasil começa a adotar, porque as agências e os financiamentos... Isso é importante também ter em mente. As agências e os financiamentos também trazem embutidas uma proposta de projeto, um paradigma de prevenção, que vem embutido e que as ONGs também acabaram aceitando, também um pouco em função de poder acessar o dinheiro, de poder receber o dinheiro, ainda que isso fosse adaptado aqui e que tu pudesse adaptar, dependendo da tua vontade política, enfim. E, assim, isso começa a ser adotado por essa via. [A matriz dessa proposta] é centrada na camisinha. Ela vem de um modelo comportamentalista, behaviorista. (...) Só que, nos Estados Unidos, os profissionais de saúde que trabalham com educação e saúde estão dentro do modelo comportamentalista, behaviorista. Então, quer dizer, adaptam também aquilo que a comunidade traz pra eles [em termos] de oficinas de sexo seguro e tal para o modelo comportamental. E é o modelo que produz evidências, que é, vamos dizer assim, consensuado, aprovado cientificamente. (...) Então, [o modelo comportamental] chega no Brasil por via dos financiamentos, chega no Brasil via o discurso científico das Conferências Internacionais e [ocorre] a adaptação aqui dentro das políticas públicas. (...) Quando a ABIA aceita o financiamento... O Aids Care financia... A USAIDS, quer dizer. Eles trazem um projeto que vem fortemente marcado pelo modelo comportamentalista. E, então, a gente trabalha comportamento. Tanto é que a gente tinha como indicadores, assim... Nos surveys, antes de iniciar as intervenções, as coisas, quando a gente fazia os primeiros assessments, [o critério de avaliação] era dizer assim: “ah, então tá, a gente quer que as pessoas identifiquem três formas de risco e três formas de prevenção.” Se elas conseguissem fazer isso, o nosso trabalho tinha sido bem sucedido, entende? E, de uma certa maneira, era um determinado sucesso, mas não [se] pode restringir a prevenção a isso. Então, claro, as pessoas diziam: “ah, eu uso camisinha; eu não [uso] em todas as relações sexuais; eu não... tal, tal e coisa.” (...) “Há risco, assim, no sexo anal sem camisinha passivo, ativo ou receber sêmen na boca”, enfim. Então, quer dizer, se a pessoa identificava essas coisinhas, ela... É aquela coisa da informação: eu sou estimulado e gero um comportamento saudável. Então, assim, eu acho que a camisinha entra nessa mudança, nessas passagens, sabe? E, é claro, as agências também vão às Conferências Internacionais, onde elas escutam os trabalhos propostos e desenvolvidos por esses modelos e acabam adotando isso também nos seus financiamentos e levando isso para os países onde elas têm convênios e pra organizações. E eu acho que essa movimentação acontece muito nos anos 92, 90, numa

Conferência Internacional de Aids de Amsterdã, lá na Holanda. (...) Ao contrário, eu acho que [em] 92, 93, o modelo comportamentalista já começa a ser sacudido por uma maior participação comunitária, [de] mais antropólogos, mais questões culturais aparecendo (Veriano Terto Jr., entrevista).

As críticas lançadas à abordagem comportamentalista consistiram basicamente na identificação de seu enfoque individualizante, com tendência à culpabilização das pessoas que não adotam as práticas recomendadas. Além disso, alinhavam-se com a percepção de que o provimento de informação aos indivíduos não era suficiente para a incorporação do uso de camisinha (Paiva, 2000). Uma política de prevenção condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde, instituído em 1988, e à altura das reivindicações dos movimentos sociais demandava um maior refinamento teórico e ideológico, o que se buscou alcançar com a adoção do quadro da vulnerabilidade como referencial das ações governamentais e, por desdobramento, dos projetos realizados pelas ONGs.

Considerando, no entanto, a falta de coesão das estratégias de enfrentamento da epidemia como um todo, não seria inapropriado concluir que os limites entre essas perspectivas têm sido pouco precisos na condução dos trabalhos de prevenção. Mesmo o quadro da vulnerabilidade, que atingiu grande aceitação em diferentes instâncias, tem sido apropriado de formas diversas; em alguns casos, tem sido combinada ou confundida com as outras perspectivas. Isso pode ser visto na análise das produções acadêmicas acerca da camisinha que se dizem orientadas pelo quadro da vulnerabilidade, mas o descrevem, por exemplo, a partir de aspectos ou termos da abordagem comportamental (Pinheiro *et al.*, 2013).

Especificamente em relação à camisinha, atingiu-se, finalmente, um patamar mais estruturado em 1994, quando essa se tornou um insumo de prevenção da política pública de saúde. Nesse processo, o governo brasileiro passou a importar camisinhas, a distribuí-las gratuitamente nos serviços de saúde e a fornecê-las para as ONGs.

Eu acho que vai [se] falar muito sobre camisinha na década de 90. (...) Aí, a camisinha entra pesado como um discurso mais frequente e mais presente nas campanhas publicitárias do governo federal. (...) É

o início da discussão sobre a necessidade de ampliação do acesso ao preservativo (Ivo Brito, entrevista).

A gente é que foi lá para o Ministério [da Saúde] tentar ver como o Ministério poderia fazer pra importar preservativos, começar a comprar preservativos de outros países para que nós pudéssemos começar... [Para que] as ONGs pudessem fazer o trabalho que o Estado deveria fazer com essa coisa de distribuição dos preservativos. (...) Mas, foi através da gente. Foram as ONGs realmente – era o GAPA/São Paulo, GAPA/Rio Grande do Sul, era o GAPA/Rio de Janeiro, que, na época, tinha uma força muito grande – que começaram a fazer essa distribuição, exigir camisinha das secretarias de saúde, sabe? As secretarias tiveram que acabar sendo envolvidas com a gente, porque a pressão que colocamos em cima delas sobre o preservativo... (...) Então, o que eu lembro [é] como os preservativos chegaram nas minhas oficinas. Eram preservativos que chegavam de Brasília, entende? Então, vinham malotes muitos grandes pra ABIA e a ABIA repassava com as prevenções que nós fazíamos. (...) Teve uma resistência muito grande [do governo]: “Da onde vai comprar? Quem vai pagar? O preservativo não pode ser distribuído gratuitamente. Isso vai ser um custo muito grande pro governo”. (...) Só pra falar em números: tinha uma cota assim muito segura, sabe? Os próprios meninos [que participavam das oficinas] trouxeram uma demanda na época que foi muito interessante: “mas, Vagner, eu num fodo só duas vezes por semana, ou só como duas vezes”. Porque nós tínhamos que pegar duas camisinhas. Teve épocas que só tinha uma camisinha para dar, (...) porque o governo queria que você desse um preservativo, sabe? Pra entrar bem naquela [ideia] assim: “agora, você vai e compra”. E, ainda mais se você vai trabalhar com uma comunidade carente, sem dinheiro, como que ele vai comprar esse preservativo? Ele não vai. Se usar já é difícil, agora imagina eles sair para comprar, né? (Vagner de Almeida, entrevista).

A despeito de resistências oriundas de diferentes setores, enfrentadas ao longo dessa história, a camisinha efetivou-se como o elemento central da prevenção de HIV/aids no Brasil. Desde que foi implementada, a distribuição pública de camisinhas vem se tornando cada vez mais ampla. Em 2008, o governo brasileiro inaugurou a primeira fábrica de camisinhas do Estado. Idealizada no final da década de 1990, como parte de uma série de políticas públicas de valorização dos produtos extrativistas brasileiros, a fábrica, localizada em Xapuri/AC, utiliza látex da floresta

Amazônica e passou a abastecer parte da distribuição de camisinhas¹⁹. Além da camisinha originalmente distribuída, identificada como “masculina”, passaram a compor os insumos de prevenção da política pública de saúde a “camisinha feminina” e o gel lubrificante. Em 2013, o governo brasileiro distribuiu mais de 600 milhões de unidades de insumo, sendo a grande maioria “camisinhas masculinas” (Brasil, 2015).

À popularização da camisinha e à expansão de sua distribuição como insumo da política pública de saúde, somou-se o desenvolvimento dessa estratégia como uma tecnologia de saúde. Além disso, nas etapas seguintes de sua história, a promoção da camisinha como prevenção de HIV/aids tem esbarrado em entraves e limites que acometem o enfrentamento da epidemia de forma mais ampla. Esses aspectos são tratados nos capítulos seguintes.

¹⁹ Ver “Preservativos Natex”. Disponível em: <http://www.preservativosnatex.com.br/online/> (Acesso 10/01/2015).

7 Camisinha e uso tecnicista da prevenção

Neste capítulo, analiso o desenvolvimento dos discursos de promoção da camisinha a partir da centralização da prevenção de HIV/aids nessa estratégia preventiva. Detenho-me em alguns aspectos que determinaram o trabalho preventivo ao longo dessas três décadas de enfrentamento da epidemia de aids.

Mais especificamente, enfatizo a dimensão da construção da camisinha como tecnologia médica; sua relação com a representação da sexualidade, isto é, com o erotismo e a pornografia; assim como o caráter impositivo empregado na recomendação dessa conduta preventiva. Na abordagem da terceira temática, situo a discussão no contexto, mais recente, de desenvolvimento de novas estratégias de prevenção.

Embase-me, predominantemente, nas narrativas dos/as participantes entrevistados/as. Dessa forma, utilizo trechos de seus depoimentos para explicitar e fundamentar os argumentos propostos.

7.1 Redução dos discursos preventivos à recomendação da camisinha

Como descrito nos capítulos anteriores, no desenvolvimento dos discursos preventivos relativos ao HIV/aids, houve uma convergência para a recomendação do uso da camisinha. No Brasil, apesar das resistências e questionamentos, pronunciados por diferentes setores da sociedade, a camisinha se tornou o principal recurso da política pública de prevenção e dos trabalhos preventivos executados pelos movimentos sociais gay e de aids.

Esse direcionamento seguiu consensos acadêmicos e sanitários internacionais, incorporados pelos brasileiros, sobretudo, a partir das conferências sobre aids, do intercâmbio com os movimentos sociais de outros países e por meio dos projetos

desenvolvidos no Brasil com financiamento estrangeiro. Em sentido mais estrito, o destaque para a camisinha foi impulsionado pela confirmação das formas de infecção pelo HIV por via sexual e pela comprovação da eficácia preventiva desse método. Foi reforçado ainda pela abrangência de seu espectro de aplicação, que congrega a prevenção de HIV, de outras DSTs, como sífilis e alguns tipos de hepatites, e a contracepção – referida, na lógica preventivista, como prevenção de gravidez indesejada. Posteriormente, para além da prevenção da infecção inicial pelo HIV, a camisinha foi apontada como resposta à preocupação relativa à reinfecção das pessoas que vivem com o vírus – prevenções primária e secundária, respectivamente (Brasil, 2015).

Todavia, a proeminência da camisinha foi acompanhada de uma simplificação da discussão e das orientações acerca da prevenção de HIV/aids. Quase unanimemente, os/as entrevistados/as apontam que, notadamente nas décadas de 1990 e 2000, os discursos preventivos foram sendo reduzidos a uma indicação mais automatizada ou prescritiva do uso de camisinha. Esse fenômeno é descrito nos depoimentos com diferentes ênfases, de modo que as narrativas, mesmo apresentando alguns pontos de divergência, podem ser entendidas como complementares na caracterização do que passo a denominar como um uso tecnicista da prevenção.

Como o termo sugere, o tecnicismo configura uma característica primordial desse fenômeno. Ele pode ser identificado, já de partida, no argumento que a fundamentou, isto é, na conclusão de que a camisinha consistia na estratégia mais eficaz de prevenção. Os termos dessa formulação refletem a racionalidade sistêmica e instrumental que orienta ações, políticas, programas e serviços de saúde na era da ciência e da tecnologia. Em outras palavras, recorreu-se ao saber técnico, relativo à produção de artefatos (objetos) e validado na medida em que estes produzam o efeito que prometem (eficácia) e da maneira mais econômica (Ayres, 2008a).

Em torno desse argumento, então, foi desenvolvida a retórica que justificava a escolha da camisinha como principal aposta no campo da prevenção. Isso pode ser visto no material “Preservativo masculino: hoje, mais necessário do que nunca”, produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1997) com intuito de sistematizar o

conhecimento acerca da camisinha e embasar, nos termos do saber técnico, a promoção dessa estratégia:

Excetuando-se as medidas comportamentais tomadas no âmbito individual – essenciais em qualquer campo da saúde preventiva – o preservativo é o único método eficaz de prevenção das DST e da AIDS de transmissão sexual. É consenso, também, que a camisinha não dá 100% de proteção, seja na prevenção da gravidez não desejada, das DST ou da AIDS sexualmente transmitida. Porém, seu uso correto e consistente contribui, de forma concreta e mensurável, para a prevenção dessas enfermidades e em relação à gravidez não desejada. (...) Neste trabalho, analisam-se os níveis de confiabilidade dos preservativos masculinos produzidos no Brasil e, também, dos importados – em suas funções contraceptiva e profilática (p.9, grifos meus).

É interessante ressaltar que, como descrevem os capítulos anteriores, a proposição inicial da camisinha para prevenção de HIV/aids não foi baseada exclusivamente em razões técnicas. A criação do sexo seguro pela comunidade gay estadunidense parece ter sido apoiada, em grande medida, no saber prático¹ acerca das relações sexuais e da histórica utilização da camisinha na prevenção de DST (ou doenças venéreas, termo ainda utilizado nas primeiras décadas do século 20). Além disso, a defesa da camisinha foi vinculada a uma postura político-ideológica liberacionista, apresentada em contraposição às estratégias repressivas da sexualidade (abstinência e monogamia).

No entanto, foi o saber técnico que serviu para impulsionar a promoção da camisinha, sobretudo em detrimento das estratégias repressivas, cuja defesa também recorria a argumentos pretensamente técnicos. Nesse caso, demonstrar, de forma cientificamente embasada, que a camisinha era a melhor alternativa preventiva consistiu, adicionalmente, em confrontar a opinião de alguns profissionais de saúde, jornalistas e religiosos que condenavam essa estratégia sob a justificativa de ela ser ineficaz. A discussão acerca da eficácia/ineficácia da camisinha se tratava, em última análise, de um confronto discursivo em relação aos caminhos a serem seguidos na prevenção.

¹ Uma discussão sobre as diferentes dimensões da racionalidade no contexto das práticas em saúde pode ser encontrada em Ayres (2008a).

Apesar destas constatações, ainda há quem se oponha à promoção do uso de camisinha, sobretudo para a prevenção da AIDS. Alega-se que, por muitos motivos, os riscos de infecção pelo HIV numa relação protegida são elevados. Para os que assim pensam, em vez de promover o sexo seguro, os órgãos de saúde deveriam estimular outras mudanças comportamentais de caráter preventivo. Em sua maioria, os argumentos utilizados por essa corrente de pensamento são de natureza técnica, mas deixam entrever o seu caráter ideológico. Os que defendem o uso do preservativo, por sua vez, reconhecem que ele não dá proteção completa contra as DST nem contra a AIDS. Insistem, todavia, em sua eficácia como uma alternativa confiável à abstinência sexual e à fidelidade permanente (Brasil, 1997, p.11).

Nesse processo, a estratégia do uso da camisinha adquiriu a legitimidade necessária. Todavia, o argumento acerca de sua eficácia tornou-se hiperbolizado, ao passo que a discussão foi se tornando menos aprofundada.

[O uso de camisinha] foi veiculado como sendo 100% eficaz. (...) Muitos, não sei, médicos ou até pesquisadores etc. se negavam a sair desse negócio de 100% de [eficácia]. Quer dizer, provavelmente a camisinha até pode ter 100%, só que isso é uma coisa que a gente não vai saber, porque, se você usar estatística para suas análises em uso por humanos, por pessoas, então, a estatística te dá um intervalo de confiança, um intervalo de valor. (...) A rigor, não dá pra falar 100%. (...) [Mas esse era um tema difícil de abordar] porque, na verdade, inclusive, quem falava contra eficácia, quem era? A igreja. E então, mas a igreja por quê? Porque é contra o preservativo. (...) Então, como essa [era a] arena [em] que você estava, você também fazia a opção (E11, entrevista).

O grande alcance atingido pela promoção da camisinha converteu a recomendação dessa estratégia na norma preventiva e, logo, em um discurso popular. Nesse uso tecnicista da prevenção, a necessidade de adoção da camisinha passou a ser tratada como uma obviedade ou como a coisa certa a ser feita. Isso se refletiu na progressiva reprodução da mensagem “use camisinha”, em detrimento de outras dimensões relativas ao uso dessa estratégia ou à prevenção de HIV/aids de forma mais ampla.

Ao mesmo tempo, a conformação da camisinha como tecnologia de prevenção, empreendida, sobretudo, no discurso dos profissionais e gestores de saúde, redundou em uma desconexão em relação ao teor político que esteve

associado à prevenção como construção comunitária e à própria mobilização social em prol do enfrentamento da epidemia. A abordagem da camisinha como, prioritária ou puramente, uma recomendação médica demandou sua inserção na lógica biomédica das intervenções em saúde, seguindo a tendência de expansão social dessa racionalidade, que está atrelada ao processo de medicalização do social (Tesser, 2006). Desse modo, o debate preventivo foi se tornando mais simplista e o significado da camisinha como objeto da medicina ou da saúde passou a ser preponderante em relação a outras dimensões semânticas possíveis.

Bom, então, eu acho que o preservativo teve um sentido liberador [libertário], mas, depois, se transformou em norma. (...) Então, eu acho que foi se tornando asséptico, foi se tornando normativo (E11, entrevista).

Na luta contra a aids, a prevenção, ao longo do tempo, vai perdendo a sua densidade política em trazer as questões que estão sendo pautadas pelo debate de enfrentamento da política de aids. Então, ao longo do tempo, você vai vendo que ela vai se tornando mais técnica, mais tecnocrática e menos politizada. (...) O que marca também essa questão é que você tem ainda uma cultura ainda muito permeada, muito forte, até meados dos anos 90, (...) [por] uma medicalização, quase, do preservativo. Você não tem uma visão de que o preservativo é um bem (...) de consumo, do dia a dia, da hora a hora. Ele é visto ainda como uma estratégia biomédica de prevenção, a ponto de você ter barreiras no acesso nos serviços de saúde que dizem respeito justamente a pedir receita pra poder ter acesso ao preservativo. (...) Até hoje, em alguns serviços, ainda há essa barreira da exigência da prescrição médica pra pegar o preservativo, que é um absurdo. Que é um absurdo! Mas existem notas técnicas. (...) Uma dessas notas técnicas diz respeito justamente a flexibilizar; a dizer “ó, não é necessário [prescrição]” aos serviços; a fazer um chamado aos serviços de saúde pra não fazerem essa exigência. (...) Então, quando isso [a camisinha] entra em pacotes de políticas específicas do Ministério da Saúde, isso passa a ser visto como um insumo, por exemplo, uma tecnologia no campo da saúde, que é de corte do serviço ou da visão biomédica da questão. Quer dizer, tem uma representação dessa tecnologia ou desse insumo, que é permeada pela questão biomédica. Então, acho que essa carga é que faz com que ainda hoje você tenha essas exigências com relação à questão do preservativo. Enquanto você vai na farmácia e pode comprar livremente o preservativo, no serviço ainda você encontra barreiras, que são marcadas por essa conduta aí da visão que se tem dessa tecnologia que está à disposição da população. Não sei direito te dizer, mas tem aí alguma coisa que pode estar relacionada ao fato do

preservativo ser distribuído gratuitamente, à necessidade do serviço ter que comprovar que [esse insumo] está sendo utilizado para determinada situação e, como tem que fazer comprovação, relatórios e não-sei-o-quê, talvez isso induza a essa burocracia. (...) Quer dizer, tem algum mecanismo aí que me parece que é coisa burocrática. E tem outra coisa que parece que é um pouco essa representação da tecnologia mesmo em relação à questão do método (Ivo Brito, entrevista).

Em comparação a outras intervenções em saúde, a prescrição da camisinha envolve indiscutivelmente particularidades relativas ao fato de esta dizer respeito ao que consideramos culturalmente como uma parte íntima da vida. É óbvia a diferença entre o que implica a indicação do uso de camisinha e, por exemplo, a de ingestão de um analgésico. O que está em questão, no primeiro caso, é a orientação/prescrição a respeito de como as pessoas devem fazer sexo, isto é, de como devem usar seus corpos, ter prazer, se reproduzir etc.

Assim, a abordagem medicalizada da camisinha envolveu uma descontextualização da prevenção em relação aos cenários e práticas sexuais a que essa estratégia preventiva está inevitavelmente vinculada. Nessa perspectiva, a recomendação do uso de camisinha foi muitas vezes descolada da abordagem da sexualidade, como se, de fato, correspondesse a uma orientação mais trivial, tal como a ingestão de um analgésico.

O depoimento de E11, transcrito logo acima, faz referência ao fato de a camisinha ter se tornado asséptica. A ideia de assepsia ajuda a vislumbrarmos essa descontextualização, uma vez que situa a camisinha como um objeto ou instrumento de intervenção que passou por algum processo de despoluição. Nessa analogia, os fatores poluidores podem ser entendidos de forma genérica como os elementos do mundo prático e das relações que ultrapassam o âmbito da intervenção em saúde, bem como podem ser vinculados, mais propriamente, aos significados da sexualidade que remetem à sujeira ou à imoralidade.

Em todo caso, trata-se de uma tendência a abordar a camisinha sem se deter nos aspectos contextuais de sua inserção nas relações sociais e práticas sexuais.

E, nesse sentido, eu diria, há uma outra lacuna também do governo de que o discurso nosso foi muito prescritivo de “use, use, use”, “se

proteja, se proteja, se proteja”, sem levar em conta os contextos em que o indivíduo, muitas vezes, numa relação, seja homoafetiva ou seja uma relação hétero, se envolve. Então, nem sempre os contextos vão ser com a possibilidade de ter acesso ao preservativo. [A relação] vai se dar em condições as mais diversas possíveis. Então, eu acho que é papel da política, no caso pública, colocar à disposição, facilitar isso para que ele possa tomar a decisão mais adequada possível, mais justa possível. Mas, em última instância, é a decisão individual que prevalece nessa condição, nesse contexto. Então, eu acho que o que nós temos que fazer é facilitar o acesso, criar as condições e disponibilizar o preservativo pra essas pessoas. E o ideal é que pudéssemos chegar a esses lugares aonde os encontros ocorrem. (...) Mas eu diria [que], nos dez anos, nesses últimos dez anos, você tem uma tendência de (...) ver o método de barreira, o preservativo, como método estritamente técnico – uma visão tecnicista do método – sem associá-lo ao contexto mesmo da questão da sexualidade (Ivo Brito, entrevista).

Como te disse, fomos em boates pra fazer [oficinas] e tinha boates que eram mais abertas, boates que não. (...) Então, [depois, o trabalho preventivo se tornou] asséptico e normativo. Então, [a prevenção] deixou de ser uma ocasião de falar de sexo e começou a haver o horror a não usar preservativo. [Tornou-se] normativo. (...) E, então, isso prevalece acho que até agora. Inclusive, as pessoas (...) com HIV têm muito medo de falar que não usam preservativo, mesmo sendo consensual com o parceiro ou parceiros que não vai usar. (...) [Elas] se sentem culpadas. Então, é difícil admitir, mas... E os médicos, também, não querem ouvir falar disso. (...) Como se transformou em norma, ficou chato e abriu muito a porta para a hipocrisia, para que não se falasse “eu gosto de porra”, “eu gosto de transar com quatro, cinco”, por exemplo. Como te disse, há limitações: você está numa suruba; então, [para] cada um que você for comer, você vai colocar um preservativo diferente? Ou, para cada um que você for dar, você vai verificar se ele colocou um preservativo diferente e [se] só usou com você? Na verdade, se você vai a fundo, você tem que falar com as pessoas disso: “olha, meu querido, se você for pra uma suruba, vai ter que fazer isso com preservativo”. A pessoa talvez não pense que ela vai pegar não do cara [com] quem está transando e sim do cara com o qual [esse já] transou e o do meio não vai pegar. Então, bom, abriu muito lugar pra hipocrisia. Eu acho que se transformou nisso (E11, entrevista).

Como sinalizam as narrativas apresentadas, o uso tecnicista da prevenção pode ser identificado nos dois âmbitos enfatizados nesta pesquisa, isto é, tanto na política pública de saúde, quanto na atuação dos movimentos sociais.

Em primeiro lugar, os discursos acerca da camisinha veiculados nas campanhas governamentais de prevenção, grosso modo, resumiram-se à mensagem prescritiva “use camisinha”. Mesmo havendo esforços de se abordar diferentes nuances da epidemia em algumas campanhas e de se utilizar apelos diversos na elaboração dessa mensagem, o tom da recomendação do uso de camisinha não apresentou grandes variações ao longo do tempo.

Nossas campanhas públicas governamentais são insuficientes. Nós temos campanhas nacionais, duas grandes campanhas por ano e, depois, duas menores. A veiculação é pequena. Quando você fala numa campanha estadual, na verdade, você tá falando em x mil folhetos, vídeos, etc., porque as campanhas são muito caras. As campanhas são extremamente caras. (...) [E] você tem sempre a questão do tempo e do impacto. Então, aí sim, normalmente é “use camisinha”. A coisa que ouço sempre: “use camisinha”, “a camisinha pode te proteger”, “a camisinha tá-tá-tá”. Não se entra em detalhes. (...) [Há] a necessidade de resumir a mensagem (Paulo Teixeira, entrevista).

Faz sentido reconhecer que a proposição de orientações menos prescritivas e mais contextualizados esbarra na necessidade de se formular mensagens diretas e sintéticas, apropriadas à lógica da propaganda. Esse aspecto, no entanto, só reforça a identificação de uma simplificação do conteúdo relacionado à camisinha.

No que diz respeito especificamente à abordagem da camisinha, poucas campanhas parecem ter ultrapassado a sintética mensagem “use camisinha”. As peças “Viva com prazer, viva o sexo seguro!”, também conhecidas como “campanha do Bráulio”², veiculada em 1995, talvez sejam as que mais claramente se debruçaram sobre os temas relacionados ao uso desse insumo. Elas apresentam diálogos entre um homem e seu pênis (apelidado de Bráulio), nos quais são mencionados alguns temas como sexo anal, a colocação da camisinha e o medo de perder a ereção.

² Disponíveis em <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro>, <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro-1>, <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro-2>, <https://www.youtube.com/watch?v=bRbPRk6H74M> (Acesso 22/02/2015).

Nesse sentido, pode ser lembrada ainda a campanha “Pela camisinha não passa nada”³, veiculada em 2004. Ela expande a discussão para além da mensagem preventiva básica, porém seu conteúdo se atém apenas à questão da eficácia e demonstra a impermeabilidade da camisinha.

A pouca consideração dos cenários e práticas sexuais específicos conduziu as campanhas governamentais a um direcionamento mais generalizado, voltado para a população em geral. Dessa forma, com algumas exceções (que abordarei no capítulo seguinte), praticamente não foram produzidas campanhas preventivas dirigidas ao público gay/HSB, ao menos no que diz que respeito às campanhas mais amplas, veiculadas na televisão. Houve, vale reconhecer, campanhas específicas para mulheres, pessoas idosas, jovens. Mas, dada a importância do segmento gay/HSB, podemos afirmar que manteve-se uma perspectiva heterossexual nesse canal de prevenção.

É no âmbito dos atendimentos em saúde⁴, no entanto, que a postura prescritiva e descontextualizada da abordagem à camisinha parece se tornar mais evidente. Nestes, o tecnicismo é ainda mais acessado e acaba sustentando a autoridade dos profissionais de saúde sobre as pessoas que recebem as orientações preventivas – emblematicamente, os/as pacientes.

Eu acho que tinha muito, por parte das autoridades, parte do pessoal de saúde, esse conforto pela norma: “ah, não, eu falei o que o Ministério mandou”. (...) Ou seja, você não ouve mais as pessoas. Você não está interessado no que ela traz. Você tá interessado em vomitar a norma. Eu não sei se também o conselheiro fica com medo de, em se saindo da norma, se a pessoa se infectar, que [ela] fale que ele permitiu, ou seja, autorizou (E11, entrevista).

Acho que os profissionais de saúde, (...) que fazem essa prescrição, de algum modo, devem sair desse lugar de tornar a camisinha como remédio, de receitar a camisinha sem entender o indivíduo, de (não) contextualizar. Acho que isso a gente faz muito. Acho que os profissionais de saúde têm medo de dar essa responsabilidade para o

³ Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/2004-tv-pela-camisinha-nao-passa-nada> (Acesso 22/02/2015).

⁴ Nesse contexto, podemos considerar, como atendimentos em saúde, desde os serviços de atenção primária, onde as camisinhas são destruídas, e aqueles direcionados ao atendimento em DST/HIV/aids, como os Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA, até as atividades realizadas em locais públicos, tais como as conduzidas pelos agentes de prevenção

indivíduo, [essa responsabilidade] do uso ou não do preservativo. Então, acho que [os profissionais de saúde pensam]: “eu não vou dar essa responsabilidade pra ele porque, se ele não usa e se infecta, a corresponsabilidade vai ser minha” (E13, entrevista).

Os discursos e atuação das ONGs LGBT e de aids, por sua vez, mesmo tendo composto inicialmente a linha de frente das posturas mais libertárias, foram se tornando mais institucionalizados e reprodutores da pura recomendação do uso da camisinha. Em contrapartida, contrabalancearam a escassez de campanhas governamentais dirigidas ao público gay/HSB. Diferentes organizações desenvolveram projetos e materiais claramente direcionados a esse segmento e buscando se aproximar das especificidades de seus cenários e práticas sexuais.

É que eu me envolvi em atividade de prevenção que eram atividades que hoje em dia, talvez, não existam mais. (...) Então, assim, era um outro nível de discussão, diferente do “entregar pizza”, que é o que a maior parte das ONGs acabam fazendo no período. (...) Vai pra rua, entrega camisinha na mão... É, tá feita a atividade de prevenção. (...) Não se discute, não se fala como é isso em várias situações, como é isso com o uso de drogas, sem uso de drogas, com uma pessoa soropositiva, com uma pessoa não soropositiva. (...) Eu acho que, desde que eu comecei a circular pelas ONGs, tem uma coisa de “use camisinha”, que foi se intensificando. Foi cada vez mais ficando “use camisinha, use camisinha”, até ficar uma coisa meio chata e não muito produtiva também, porque, lá pelas tantas, era um discurso impositivo, sem nenhum espaço pra diálogo a respeito da dificuldade de uso, do que funcionava, do que não funcionava, do que era impossível de... Até o que você pode fazer se você não usou. Acho que foi num crescendo. Essas atividades que eram mais de discussão e de reflexão sobre prevenção mesmo, elas vão sendo trocadas por coisas muitos superficiais e se reduzindo a esse “use camisinha” que é meio improdutivo. (...) Eu acho que, assim, tudo bem fazer a camisinha chegar na mão das pessoas, mas [não] essa coisa tão impositiva (Regina Facchini, entrevista).

De forma semelhante à política pública de saúde, os/as ativistas e trabalhadores das ONGs incorporaram uma postura prescritiva, tributária ao lugar de educador, conselheiro ou *expert* em prevenção.

Muito dessa coisa de prevenção também estava imbuído nessa ideia de que: “bom, a gente tem que salvar, a gente não pode deixar as pessoas morrerem; as pessoas tem que ter (...) uma oportunidade pra que elas conheçam [as formas de prevenção], pra que elas...” Então,

era assim, tinha tanto esse lado, vamos dizer assim, salvacionista, porque, à época, as condições da aids, naquele momento, te colocavam isso e foi uma coisa que eu acho até [que eu falei]: (...) “não sei se dava pra fazer muito diferente, a gente fazia o que dava, o que o tempo [ou] o que a época permitia, [o que] o ambiente, a conjuntura que se estava permitia”. E, aí, é uma ênfase “camisinha, camisinha, camisinha”, mas, ao mesmo tempo, tentando preservar uma coisa de não cair numa caretice, não cair num discurso tipo “vamos diminuir o número de parceiros”. [A gente dizia:] “Não! Vamos transar com todo mundo que queira, desde que se use a camisinha. Ah, vamos ter relacionamentos. Tá tudo bem, mas, mesmo no relacionamento, usa camisinha.” [Se alguém dissesse:] “ah, não vou mais chupar, não vou mais fazer sexo anal”, [a gente respondia:] “não, continua fazendo sexo anal, mas se usar a camisinha, dá certo.” Era um pouco essa a ideia (Veriano Terto Jr., entrevista).

E, depois, a gente teve também uma mudança no perfil das pessoas que faziam parte das ONGs. Eu acho que isso pode ser uma das explicações do porquê que a gente perde essa conexão que tinha no início da epidemia. Que eu acho que é claro que a camisinha era a pedra de toque fundamental da prevenção, inclusive pra HSH, mas não era só isso. (...) Eu acho que essa estratégia das escolhas, da autonomia, do respeito a eu querer, inclusive, não usar camisinha, eu acho que isso era conversado. Isso acho que era mais conversado nas oficinas de sexo seguro (...) [Mas] isso não tinha alcance, isso não tinha cobertura no sentido de... Era levado ali aonde era possível chegar. Então, se a gente for falar da tecnologia das oficinas, que eram dentro da ONG, quando muito, conseguia fazer no local. Imagina quantas pessoas tinham acesso a isso (Mario Scheffer, entrevista).

Além disso, com a expansão das ONGs e do financiamento de projetos por parte do governo, ocorreu uma proliferação de trabalhos preventivos e, concomitantemente, a discussão se tornou mais superficial e mais protocolar. Isso ocorreu, sobretudo, em função do fato de a prevenção configurar uma das únicas possibilidades de captação de verba por parte das organizações. Assim, algumas organizações passaram a desenvolver projetos preventivos mesmo quando essa questão não fazia parte propriamente de seu escopo de preocupações e atuação, como ilustra o exemplo abaixo:

Porque, no projeto, a gente tinha uma dificuldade de trabalhar a prevenção de uma forma mais sistemática. (...) Quando eu entrei no projeto, era disponibilizado o preservativo, mas era de uma forma

mecânica, sem relação com as pessoas. E, aí, depois, eu entendi que era porque, como era um projeto em parte financiado pelo Programa de DST, então, como contrapartida, eles exigiam que se distribísse a camisinha, o preservativo. (...) Então, assim, era disponibilizado porque tinha uma regra que dizia que, para ter verba, tinha que disponibilizar. Então, não tinha nenhuma relação com... Não tinha uma discussão, não tinha um diálogo com as pessoas a respeito daquele insumo (E13, entrevista).

7.2 Camisinha e erotismo/pornografia

O uso tecnicista da prevenção também pode ser caracterizado em função de uma desconexão entre a recomendação do uso de camisinha e o inerente conteúdo sexual dessa estratégia preventiva. Nesse sentido, a descontextualização da prevenção em relação aos cenários e práticas sexuais é exacerbada, conformando uma tendência à apresentação da camisinha como um elemento que não diz respeito à sexualidade.

Para me debruçar sobre esse aspecto, recorro à discussão acerca do erotismo e da pornografia como formas de representação da sexualidade. Como descrito no capítulo 2, essas categorias têm contornos pouco precisos e mutáveis de acordo com a perspectiva ou a situação. Suas definições e até mesmo as diferenças ou equivalência entre elas estão delimitadas, sobretudo, por questões de ordem moral, que tentam demarcar hierarquicamente tipos diferentes de expressão da sexualidade. Por esse motivo, trato as duas de forma conectada sempre que possível.

À primeira vista, o tecnicismo da prevenção pode ser atrelado à conclusão, presente na literatura, de que, no desenvolvimento do trabalho preventivo, houve pouca aproximação com essa dimensão do erotismo/pornografia. Parker (1994), por exemplo, ressalta, ao fim da primeira década de prevenção, que a educação sobre aids, baseada na disseminação de informações objetivas com vistas à promoção de uma mudança racional de comportamento e redução de riscos, desconsiderava os significados eróticos que moldam as práticas sexuais e a percepção de risco. Segundo o autor, a dimensão do erótico/pornográfico, em vez de ser abordada como uma

barreira irracional ao processo decisório e à mudança comportamental, deveria ser encarada como um guia para a criação de estratégias mais significativas de intervenção contra a aids.

Em direção semelhante, Marinho (2000) aponta que a significação dada à camisinha carece de vinculação com a imagem do prazer (e da ludicidade), o que se converte na dificuldade de sua incorporação nas práticas sexuais.

Trata-se de uma percepção recorrente também no depoimento de parte dos/as entrevistados/as:

Assim, de novo, eu acho que [o erotismo/pornografia] é um campo desconhecido para as respostas oficiais, vamos dizer assim, tanto de programas, quanto de ONGs. É um campo totalmente desconhecido. (...) [Elas] não chegam perto, eu acho (Mário Scheffer, entrevista).

Essa perspectiva, no entanto, é contraposta pela existência de iniciativas que buscaram, ao longo dos corridos anos de enfrentamento da epidemia, elaborar a promoção da camisinha de forma erótica e/ou pornográfica. Dessa forma, na relação entre promoção da camisinha e erotismo/pornografia, configura-se uma ambiguidade que, possivelmente, está arraigada na história da prevenção.

A esse respeito, vale lembrar que a própria história da camisinha, anteriormente à aids, transita nos limites entre as práticas sexuais socialmente marginalizadas e aquelas aceitas ou até recomendadas. Ao largo de diferentes contextos culturais, o imaginário acerca da camisinha abrangeu desde a associação com a prostituição até sua inserção, como contraceptivo, na saúde reprodutiva.

No início da era da aids, é importante situar que as recomendações do uso da camisinha, mesmo quando não investidas de uma apresentação com teor erótico/pornográfico explícito, foram encaradas como imorais por instâncias sociais mais conservadoras, como alguns segmentos religiosos (Mott, 1988; Parker, 1994). A proposição da camisinha, por si, continha um caráter transgressor por implicar na anuência das relações sexuais condenadas por boa parte das igrejas, isto é, aquelas não destinadas à reprodução.

Os discursos proferidos pela política pública de saúde certamente foram os que mais sofreram as pressões contrárias à promoção da camisinha, uma vez que estavam sujeitos à avaliação pública do que é adequado ao governo ou a uma mensagem oficial. Isso pode explicar porque, de forma geral, esses foram pouco explícitos na aproximação com o erotismo/pornografia.

Após a primeira série de campanhas de prevenção divulgada pelo Ministério da Saúde (descrita na página 96), que fazia referência às práticas sexuais e seu risco para a infecção pelo HIV com certo detalhamento e franqueza, sucederam-se campanhas mais genéricas e alusivas. Houve, assim, um recuo em relação à abordagem de conteúdos sexuais mais explícitos, que conduziu a prevenção a discursos superficiais, descontextualizados ou, utilizando a expressão de E11, assépticos.

Por outro lado, há quem afirme, como expressa o depoimento a seguir, que, em alguma medida, um tom de erotismo esteve constantemente presente nas campanhas governamentais:

Todas as campanhas sempre foram... A maioria delas sempre foi maliciosa, no mínimo. Tinha, assim, um certo erotismo. Todas elas foram maliciosas, sabe? Então, você tinha sempre uma mulher tentando seduzir o cara pra camisinha. Acho que, raras vezes, não havia. Era sempre uma mulher sedutora tentando, [dizendo]: “vem, olha...” A maioria delas sempre teve esse caráter. Até eu lembro uma que nós fizemos quando eu era diretor [do Programa Nacional de DST/AIDS], que era [com] a Kelly Key, que, na época, era uma cantora de maior popularidade, assim, muito sensual etc., em que ela brincava com os balconistas [de uma farmácia], dizendo exatamente: “onde você põe a camisinha?” Uma brincadeira assim.⁵(...) E andei vendo esses dias os cartazes de algumas campanhas e todas elas são com esse caráter (Paulo Teixeira, entrevista).

As figuras 3 e 4 apresentam materiais impressos que, em consonância com o argumento acima, apresentam uma tentativa de aproximação com o erotismo. A primeira consiste em um cartão-postal com logomarca do Ministério da Saúde; a segunda é um adesivo confeccionado pelo Programa Municipal de DST/Aids de Campinas/SP. Em ambos, notamos a utilização de mensagens alusivas à sexualidade.

⁵ Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/2003-tv-mostre-que-voce-cresceu-e-use-camisinha> e <https://www.youtube.com/watch?v=sYLB4nvvQeU> (Acesso 22/02/2015).

Figura 3 – Cartão-postal “Muito prazer, camisinha” (frente e verso). Produzido pelo Ministério da Saúde, Governo Federal (material impresso).

Figura 4 – Adesivo “Bom de cama”. Produzido pelo Programa Municipal de DST/Aids de Campinas/SP (material impresso).

Nesse ponto do texto, faz sentido frisar a referência apenas ao erotismo (em detrimento da pornografia), considerando que a diferença entre as representações implícita e explícita (ou vulgar) tem sido uma das formas de se tentar diferenciar as duas categorias. Assim, é possível ressaltar, a partir de tais exemplos, o esforço de que, na elaboração da maioria das campanhas governamentais, o conteúdo sexual fosse, no máximo, insinuado de forma sutil ou ambígua.

Isso não significa que os discursos e materiais produzidos pela política pública de saúde não tenham ultrapassado, em alguns momentos, tais limites que tentam demarcar a divisão entre o sutil e o mais explícito da sexualidade. No âmbito federal, podem ser lembrados os dois cartazes produzidos em 2008, como parte do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis (Brasil, 2008; 2015). O primeiro cartaz⁶ apresenta um homem nu deitado sobre uma superfície repleta de camisinhas (embaladas). Há também algumas camisinhas em cima de seu corpo, cobrindo, inclusive, a região genital. O título diz “Faça o que quiser, mas faça com camisinha”. O segundo⁷ mostra um homem sem camisa, com as mãos repousadas sobre a calça, que deixa à mostra os pelos pubianos. No título, afirma-se: “Vale até tirar pedaço, só não vale transar sem camisinha”. Em ambos, há uma referência à necessidade de se usar o gel lubrificante. O depoimento seguinte faz referência ao primeiro deles:

Olha, saiu um [cartaz]... Eu lembro que era um cara deitado, um cara bem bonito deitado em um monte de camisinha. Ele tá com o dorso nu. (...) Bem sensual. (...) Então, esse [cartaz] era pra qualquer um que achasse o cara bonito, na verdade (Cristiane Gonçalves, entrevista).

Materiais sexualmente mais explícitos também foram produzidos em nível estadual ou municipal. No estado de São Paulo, por exemplo, foram produzidas pelos menos duas iniciativas, como descrito abaixo:

⁶ Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos_campanhas/2011/49766/hsh_cartaz.jpg (Acesso 22/02/2015).

⁷ Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos_campanhas/2011/49768/hsh_cartaz_44x64.pdf (Acesso 22/02/2015).

E aí, no pacote, a gente fez três vídeos. (...) Na época, era isso, a gente tinha mais maleabilidade pra fazer essas coisas, o recurso era mais fácil de ser usado. (...) A sociedade civil ajudando, dando palpite e tudo. (...) [Um dos vídeos chamava-se] “Exibicionistas”, que era só pra cinemão, que esse era bem explícito e pra trabalhos com essa população [gays/HSH], feitos pelas ONGs. Uma coisa bem mais focada mesmo. Porque, no “Exibicionistas”, a historinha se passa num banheiro⁸. É uma cena de banheiro. Bem legal! É bem legal esse. (...) As ONGs receberam um pouco [de exemplares] e cinemões também, por algum tempo, um pouco e só. (...) A gente fez, antes disso até, um folder pequenininho, dobradinho assim, que era pra trabalhar em darkroom. (...) Ele trabalhou com fotografia de pessoas de verdade, tinha cenas de nus, era foto de... Era material pra quem frequenta darkroom. Ele era super explícito (E12, entrevista).

A gente fez uma campanha super explícita, que era um folderzinho com um monte de meninos de pau duro, em situações [de sexo] ou no darkroom ou no parque ou na sauna, que eram esses lugares de encontro rápido. E a gente já sabia que, em algumas condições, especialmente parque e darkroom, é difícil botar o preservativo, pelas próprias condições aí do ambiente. Então, a gente focou essa campanha pra esses lugares. (...) E foi uma campanha ótima. Fez um baita sucesso porque era especificamente voltada pra isso. Quem ia fazer campo em boate, quem ia fazer campo nesses lugares, tinha um material que dialogava diretamente com a população. Eram homens bonitos e diferentes. Teve todo um processo de seleção, de colocar bonitos, mas não necessariamente no padrão, naquele padrão estético e tal. Foi bem legal essa campanha. E eu gostei muito do resultado⁹ (Cristiane Gonçalves, entrevista).

Esses materiais configuram casos isolados no que diz respeito à aproximação com o erotismo/pornografia. Além disso, representam exceções enquanto materiais produzidos pela política pública direcionados para o público gay/HSH.

No âmbito dos movimentos sociais, por sua vez, desde os primeiros discursos e materiais referentes à camisinha como estratégia de prevenção de HIV/aids, a aproximação com o erotismo/pornografia tem sido acessada e reforçada de forma

⁸ As categorias êmicas *cinemão* e *banheiro* são utilizadas para designar a prática de sexo anônimo entre gays/HSH em locais como salas de cinema pornô e banheiros públicos. Esses cenários, em conjunto com parques públicos, *darkrooms* de casas noturnas e saunas (*bathhouses*) compõem a denominada prática da *pegação*.

⁹ O folder intitulado “darkroom”, referido nos dois depoimentos, carrega as logomarcas do Projeto Bela Vista e do Fórum de ONGs & OGs DST/AIDS – HsH de SP.

mais evidente. Isso pode ser visto, por exemplo, nos primeiros materiais do GAP/SP e da ABIA: respectivamente, o cartaz “Transe numa boa” e o panfleto “Sexo sem riscos: entre homens” (apresentados nas páginas 85 e 100). No primeiro caso, o título, assim como outras partes do texto (“sexo é bom”, “masturbação a dois é gostoso”), apresenta explicitamente conteúdo que estimula o sexo. Além disso, utiliza linguagem coloquial, contextualizada com a representação senso comum do sexo (no caso, das transas). O segundo é ainda mais provocativo e coloquial que o primeiro: “seja qual for o jeito como você trepa – dando, comendo, chupando, lambendo – basta se prevenir”. Adicionalmente, é ilustrado por imagens de homens nus e fazendo sexo.

E tanto é que o primeiro material que a ABIA faz, [material] gay, em 89, (...) é um material que é um escândalo. Ele escandalizou ou talvez escandalize até hoje, porque são aquelas figuras de sexo explícito, de sadomasoquismo. (...) É um material que chama “Entre homens”, (...) um folheto que tem as ilustrações (...) do Tom of Finland, esse desenhista gay que foi parte do imaginário leather da Europa e dos Estados Unidos. (...) E o primeiro material do GAP, para o contexto da época de aids, é um material bem provocativo, erótico, assim. (...) Era um material de prevenção, mas não era um material careta, assim, que (...) [pregava]: “não transe”, “mostre que você é saudável”. Não tinha um discurso higienista, como a gente foi ver depois (Veriano Terto Jr., entrevista).

Seguindo essa direção, outro material preventivo erótico/pornográfico que se tornou bastante conhecido é o cartaz “Não importa com quem”, também produzido pela ABIA e reeditado em parceria com outras ONGs. Nesse cartaz, reproduzido no artigo de Manzelli e Pecheny (2003), aparece a imagem de um homem nu, na penumbra, deitado e com o pênis ereto, vestido por uma camisinha.

Num primeiro momento, as ONGs/aids destacam-se em relação às ONGs/LGBT na aproximação com o erotismo/pornografia, sobretudo porque o movimento gay, ainda preocupado com a legitimidade social da homossexualidade, apostou em discursos menos ousados ou mais aceitáveis. Não obstante essa diferença ser perceptível, ela não se perpetuou na prevenção, uma vez que, em certo momento, as ONGs/LGBT passaram a produzir materiais igualmente eróticos/pornográficos. Um exemplo são as cartilhas intituladas “Eros”, confeccionadas pelo GGB, em cujas

capas adverte-se: “leitura para adultos”. Inclusive, devido à articulação desenvolvida entre governo e movimentos sociais, alguns desses materiais foram produzidos em parceria.

Os direcionamentos do trabalho preventivo apresentados nesse tópico sintetizam a referida ambiguidade na relação entre os discursos acerca da camisinha e o(s) campo(s) do erotismo/pornografia: de um lado, é expressiva e recorrente a percepção de que essa orientação preventiva tem sido descontextualizada de seu conteúdo sexual e, de outro lado, existem significativos esforços para torná-la mais erótica/pornográfica, isto é, mais condizente com tal conteúdo.

Esse panorama aponta para a impossibilidade de tomarmos qualquer um dos dois polos de tal ambiguidade como uma verdade capaz de caracterizar a história da camisinha como prevenção de HIV/aids. Para compreendermos como a prevenção tem se relacionado com o erotismo/pornografia se faz necessário abordá-los de forma articulada.

A princípio, não podemos caracterizar a prevenção e, mais especificamente, a recomendação da camisinha apenas com base na ausência de teor erótico/pornográfico. Isso implicaria em desconsiderar a existência das diversas iniciativas que imprimem tal teor nos discursos preventivos. Ao mesmo tempo, os esforços e produtos dessas iniciativas não têm sido suficientes para superar as marcas do tecnicismo da prevenção. Desse modo, também não podemos afirmar que a dimensão erótica/pornográfica foi incorporada, de forma significativa, na promoção da camisinha. Ao contrário, a despeito das reações que produziram, essas iniciativas parecem ter tido pouca força frente a processos sociais tão arraigados, como a medicalização do social e, grosso modo, a forma carregada de pudores e cerceamentos com que lidamos (ao menos, publicamente) com a sexualidade. Assim, não surpreende que os discursos mais eróticos/pornográficos acerca da camisinha não tenham encontrado tanta visibilidade e sejam pouco lembrados historicamente, mesmo entre as pessoas que atuam no campo da prevenção.

Adicionalmente, essa polaridade poder ser articulada em diferentes perspectivas. Em outras palavras, a distância ou proximidade dos discursos acerca da

camisinha e o erotismo/pornografia pode ser compreendida em função de, pelo menos, três motes ou objetivos diferentes.

Em primeiro lugar, no contexto de criação da proposta de sexo seguro, a apresentação erótica/pornográfica da camisinha estava especialmente atrelada à intenção de se demarcar uma postura positiva em relação ao sexo (*sex positive*) e ao(s) cenário(s) erótico(s) da comunidade gay, caracterizado(s) por uma linguagem e uma imagética sexuais explícitas e um rebuscado repertório de práticas (King, 1993). Essa intenção foi desenvolvida também no Brasil, quando os ativistas (sobretudo das ONGs/aids) imprimiram nos discursos preventivos tons libertários e de valorização do sexo e do prazer, assim como quando questionaram posturas que definiram como higienistas ou medicalizantes.

Essa aproximação com o erotismo/pornografia tinha como principal alvo a contraposição às propostas preventivas baseadas em posturas que condenavam o sexo não reprodutivo. Nesse escopo, eram enfrentados diversos discursos conservadores e discriminatórios. É nesse sentido que o uso tecnicista da prevenção ou a elaboração de discursos preventivos eróticos/pornográficos assumem a condição de ser menos ou mais politizadas.

No início, se fosse pelo discurso médico, a gente estaria na abstinência total. (...) Até que veio a questão do preservativo. (...) Foi mais uma coisa da comunidade homossexual dos Estados Unidos. E, então, ele teve um sentido muito liberador [libertário]. Então, começou a se falar de sexo seguro, sexo mais seguro, erotizar o sexo seguro. Para tudo isso, a gente fez oficinas. Eu me lembro que a gente fazia oficinas em boates, sabe? Antes do horário de abertura. Aí, as pessoas que estavam na oficina podiam ficar [para a festa depois], não pagavam ingresso, essas coisas. E a gente falava bastante em sexualidade. Porque [a ideia era] falar pra avaliar o risco, a gente levar em conta a rota, seja de onde saía pra onde chegava, [se] tinha intercâmbio, não tinha. Então, isso levava necessariamente a falar de sexualidade (E11, entrevista).

Algumas referências a essa perspectiva podem ser encontradas ao longo desse e dos capítulos anteriores.

Outro objetivo da aproximação com o erotismo/pornografia diz respeito a uma tática de sensibilização ou convencimento das pessoas a respeito do uso de

camisinha. Nesse sentido, configurou-se a tentativa de apresentar a camisinha de forma mais atrativa, de modo que os possíveis usuários conseguissem percebê-la como algo excitante (ou, ao menos, compatível com a excitação sexual) e inseri-la em seus *scripts sexuais*.

Esse direcionamento teve como alvo combater a proposição de que a camisinha poderia comprometer o prazer ou que consistia em uma espécie de elemento anti-erótico.

E, depois, veio a camisinha como uma das coisas [com] que você poderia evitar a infecção do HIV e aids, que todo mundo falava: “ah, eu não vou usar isso, porque isso vai me brochar, isso me brocha”. Toda aquela série de coisas que você escutou na vida, “chupar bala com papelzinho”, sabe? “Isso não é coisa de homem, homem que é homem mete rola mesmo sem camisinha” (Vagner de Almeida, entrevista).

As pessoas advogam que o prazer sem camisinha é maior, é mais profundo. E eu pesquisei muitos consumidores de pornografia [material pornográfico] e encontrei muito... Como as pessoas falaram: “tira todo o tesão você estar vendo pornografia e o cara, de um momento para outro, [aparece] usando camisinha”. Até porque, na pornografia, a camisinha aparece de um momento pra outro, cortam a cena e, quando aparece a penetração, já tem camisinha por arte de mágica. “Então, tira todo o prazer”, falavam os consumidores para mim. “Poxa, quando a gente quer comer uma mulher daquelas, imagina, é pele com pele.” Também tem uma coisa estética aí, cosmética, pele com pele é mais bonito, é mais real. (...) Então, de alguma maneira, a camisinha tira um pouco desse realismo que as pessoas procuram, porque as pessoas estão procurando prazer mesmo. (...) Para mim, isso demonstrava que, mesmo depois de inúmeras campanhas a favor do uso da camisinha, ainda não está realmente incorporada no nosso dispositivo de prazer a camisinha. O fato [de] que a gente possa pensar que a camisinha tira o prazer está demonstrando que a camisinha não está completamente incorporada nos dispositivos de prazer, como se a camisinha, de alguma maneira, não só diminuísse como negasse o prazer (Maria Elvira Díaz-Benítez, entrevista).

Assim, em relação à primeira perspectiva de aproximação com o erotismo/pornografia, tal sentido se mostra mais condizente com a expressão “erotização da camisinha”, que se tornou comum no campo da prevenção. A rigor, a

expressão significa tornar a camisinha algo erótico/pornográfico; parte, portanto, da premissa de que ela, a princípio, não o é. Assim, o erotismo/pornografia é referido como uma dimensão que, apenas depois, foi agregada à prevenção.

Então, eu acho que, quando a gente fala de preservativo, não tem nada de erótico. Pelo contrário. (...) A gente tem que vender a ideia de que [a camisinha] não muda absolutamente nada [no sexo], que é a mesma coisa. E acho que mais: em alguns discursos de prevenção, a camisinha cai como... Parece que ela sempre existiu ali no palco. Acho que, talvez, a gente pudesse ter ou pensar mais na possibilidade de talvez erotizar este uso, trabalhar mais com essa possibilidade, porque, de fato, é muito estranho. Você está no clima e, aí, você tem que parar – por mais que sejam 30 segundos, seja um minuto – para colocar o preservativo. Então, tem uma quebra. (...) Eu posso talvez tornar um pouco mais inter-relacional, por exemplo, o colocar o preservativo, naquela coisa de colocar o preservativo com a boca. Mas, de qualquer jeito, eu vou precisar tirar o preservativo de algum lugar. Tem uma cisão do momento. Por mais que, depois que eu tire o preservativo, eu erotize, mas tem uma parte que é uma quebra do momento. (...) Eu acho que [a tentativa de erotização da camisinha é] bastante adequada. Porque o preservativo, ele é o chato. Então, porque ele é um elemento frio, seco, que tem que entrar num momento que é o oposto disso, [que] é uma relação sexual, [que], então, não tem nada, necessariamente, de fria, de seca. Eu acho que, quando você consegue colocar ela dentro desse contexto, torná-la algo atrativo, (...) como as iniciativas de colocar sabor... Porque é isso, você tem um conjunto de sensações ali e que a camisinha vai, de algum modo, tirar parte dessas sensações. Então, nem adianta falar que é a mesma coisa fazer sexo oral com camisinha e sem camisinha, porque não é a mesma coisa. (...) Tá, é importante fazer o sexo oral com a camisinha, mas, se tem sabor, por exemplo, faz com que a pessoa (...) chupe a borracha, mas que tenha sabor, tenha uma sensação ali, que não é a mesma que sem [camisinha], mas, sei lá, que provoque alguma coisa (E13, entrevista).

Nessa direção, Góis (2003), por exemplo, situa a proposta de erotização da camisinha na década de 1990, a partir da percepção, pouco fundamentada, segundo ele, de que as trabalhadoras do sexo haviam incorporado definitivamente a camisinha em suas práticas. A ideia era de que, para alcançarem tal façanha, elas haviam

recorrido a formas mais excitantes de inserir a camisinha na cena sexual, tal como a emblemática colocação da camisinha com a boca.

A erotização da camisinha seria, nessa acepção, um complemento aos esforços de informação e conscientização das pessoas acerca da prevenção, de modo que aos argumentos racionais poderia ser somado o potencial erótico/pornográfico da camisinha. Tal proposta pode encontrar fundamentação naquilo que Parker (1991) define como *ideologia do erótico*, o sistema de significados no qual as interações sexuais tornam-se uma finalidade em si mesmas. Trata-se da realização do que nós, brasileiros, chamamos de desejo ou, mais comumente, de tesão. Esse sistema apresenta um caráter transgressor em relação aos outros, uma vez que toma forma na brecha que os demais abrem ao definirem uma ordem (um repertório de práticas sexuais, algumas aceitáveis, outras proibidas) criando, ao mesmo tempo, a possibilidade de subversão dessa ordem. Desse modo, o caráter da vida sexual é transformado, sobretudo, na esfera íntima. O mundo das regras e da racionalidade é invertido e as pessoas são guiadas pelas noções de sensualidade, de desejo e de “impulso sexual”.

Nesse contexto, a inserção da camisinha precisaria ser encarada não apenas como uma opção racional e consciente, o que esbarraria na dificuldade de se manter o controle e de se interromper o fluxo desse movimento tido como impulsivo ou até mesmo diante da possibilidade de transgressão, considerada muitas vezes como excitante. Ao contrário, a camisinha teria de ser investida de características compatíveis com a *ideologia do erótico* para que pudesse fazer parte do desenrolar das *cenais sexuais* quando esse sistema de significados as conduzisse.

Uma terceira via de aproximação com o erotismo/pornografia pode ser definida como uma reação aos limites identificados no trabalho preventivo. Esse sentido é historicamente mais recente, uma vez que parte de uma avaliação crítica aos caminhos trilhados na prevenção centrada na camisinha. É, portanto, encontrado menos em novas propostas de erotização da camisinha e mais em opiniões acerca da prevenção.

Trata-se, mais especificamente, de uma perspectiva de superação dos discursos prescritivos e/ou descontextualizados acerca da camisinha, assim como das dificuldades de erotização da camisinha.

Nos trabalhos de intervenção de campo, eu acho que isso sempre aparece, mas não se sabe como lidar, como usar. (...) Porque, assim, nas ONGs, acho que a gente lida com os pares que vão às ruas, que tentam entrar nos lugares... Então, assim, as pessoas acabam tendo, às vezes, um discurso muito conservador. Então, assim, é muita incompreensão de que isso poderia ser uma oportunidade. (...) Então, o erotismo, o não uso da camisinha, essa questão do prazer, do risco, o erotismo que envolve o prazer e risco é algo que a gente não conseguiu acho que trabalhar. A atribuição às decisões das pessoas de se prevenir ou não é, justamente, acho que uma falta da compreensão do que envolve a sexualidade, o erotismo. E, quando a gente trabalha com esses locais, também, – aí, é uma percepção também muito minha, individual – eu acho que há [uma] mudança, ao longo do tempo, do erotismo, da pornografia, também. Acho que isso vai mudando um pouco na cultura, no perfil dos espaços de sociabilidade. Então, assim, você tem uma característica dessa comunidade HSH, (...) [que] é uma renovação muito grande de perfis mesmo de lugares, de possibilidades. (...) Hoje os meninos que vão pra rua voltam falando. (...) Tem novidades que a gente não conseguiu conversar sobre isso. Então, assim, [para] a prática do sexo coletivo, que eu acho que sempre existiu nos locais, nas praças, (...) agora você tem uma profusão de casas em que você tem... Ou ela é uma casa de sexo grupal coletivo ou são baladas em que você tem ambientes, darkrooms de sexo coletivo. Acho que isso é uma coisa [que], assim, em massa, desse jeito, é um fenômeno, digamos, recente, da última década. O que que você faz? Você olha pra isso? É possível pensar alguma coisa sobre isso? (...) Assim, acho que é uma nova cultura do erotismo, da pornografia, que acho que a gente não conseguiu acompanhar, assim como os espaços online também, da internet. Tanta coisa acontecendo, tanta possibilidade de estar falando... Gente, aplicativos! Por que não tem um aplicativo de prevenção pra gays, se hoje é uma comunidade que tá totalmente usuária desses aplicativos de encontro, por exemplo? Que é algo que virou uma febre, todos usam e, enfim, nunca [se] conversou sobre isso. É possível? Não é? Essa é uma discussão que nem sei se alguém já fez (Mário Scheffer, entrevista).

Isso é que eu achei bacana nessa coisa que saiu sobre a reinvenção da camisinha. É impossível a gente ter tanto desenvolvimento de tecnologia para comunicação e a gente continuar com a mesma camisinha que a gente tinha. Porque o que a gente tem hoje? De boa, não varia nada ou quase nada do que tinha (...) em 87, entendeu? O

que varia? Fizeram umas coisinhas que, supostamente, são mais anatômicas, umas com texturazinhas, outras com saborzinho e aquele saborzinho é “o ó”. É muito pouco investimento de tecnologia. (...) [E] eu acho que tem uma demanda, sabe? Acho que tem gente que usa preservativo e que o simples fato de dizer “alguém está pensando em melhorar essa porra” pode animar as pessoas. Mas não. Assim, eu sinceramente, depois da camisinha feminina, eu nunca vi as pessoas se perguntando sobre estranhamento com material, alergia, passa calor, não passa calor, coisas fundamentais pra quem vai, de fato, usar. E acho que isso faz parte também, [isso] de pensar, não só você vender aquilo como uma coisa erótica e tentar inserir nos roteiros sexuais da pessoa aquilo como algo que faz parte da situação do sexo e do que excita – que eu acho que isso é bem mais difícil de conseguir – mas, assim, você tentar ouvir o que as pessoas têm a dizer sobre as dificuldades de uso e tentar melhorar mesmo a camisinha como... Não tem investimento nisso, [o] que eu acho que é bem complicado. (...) E por que tão pouco dinheiro investido na melhoria do método de barreira? E, sim, isso tem a ver com o erótico. Outra coisa [que] tem a ver com o erótico é a caixa preta que virou essa coisa de HSH, que junta coisas muito diferentes. (...) Alguém tem que prestar atenção que tem elementos eróticos muito diferentes, que não é uma questão... Tudo bem, HSH significa o homem penetrando, [isto é], um corpo com anatomia masculina fazendo sexo com outro corpo de anatomia masculina. Mas não é disso que se trata. E, se você quer explorar mesmo essa coisa mais do erótico, de fazer funcionar, de fazer com que aquilo [a camisinha] possa ser, de fato, incorporado nas práticas das pessoas, você tem que saber o que as pessoas fazem. Elas fazem coisas muito diferentes. E, aí, nesse sentido, misturar travestis com gays e misturar pessoas que têm uma vida predominantemente heterossexual, mas tem sexo com homens, com uma outra que tem uma vida exclusivamente homossexual, eu não sei se isso ajuda a desenvolver material. (...) É aí que fica a minha coisa [percepção] de que se deixou de discutir isso com densidade, porque, pra mim, é fundamental, para você poder fazer discursos de prevenção, você pensar em tecnologia, você pensar em prevalência, você pensar do ponto de vista epidemiológico, mas tem que pensar do ponto de vista do uso que as pessoas fazem dos corpos e, afinal de contas, como é que elas significam e, portanto, como que elas erotizam o sexo (Regina Facchini, entrevista).

Para além do reforço à importância de se tornar a camisinha um elemento mais relacionado ao erotismo/pornografia, as narrativas acima apresentam um aprofundamento a respeito dessa possível relação. Agregam novas nuances ao que seria uma erotização da camisinha ou da prevenção, chamando a atenção para a

necessidade de uma atualização da reflexão acerca dos cenários e das práticas sexuais, bem como dos significados atribuídos ao prazer e à identidade sexual.

Nesse panorama que carece de avanços teóricos e técnico-metodológicos, destaca-se a necessidade de ampliação da compreensão acerca do público gay/HSH. A complexidade e a diversidade das relações sexuais entre homens têm apontado para a insuficiência da abordagem que agrupa diferentes segmentos nas categorias gay e/ou HSH. Desse modo, o homoerotismo tem sido encarado como uma característica homogênea, com práticas e cenários sexuais bem delimitados. Tal abordagem tem fundamentado também a lógica da prevenção por pares, que, muitas vezes, desconsidera a existência de diferenças significativas entre os supostos iguais.

Adicionalmente, ressalta-se, nessa perspectiva, o pouco investimento realizado nas tecnologias de erotização da camisinha, evidente frente às poucas respostas e alternativas oferecidas aos diversos motivos apresentados pelas pessoas para o não uso da camisinha.

Ao desenvolver esse argumento, Regina Facchini faz referência, em seu depoimento, à ideia de “reinvenção da camisinha”, divulgada em uma das poucas iniciativas desenvolvidas nessa direção. Empreendida, em 2014, pela Fundação Bill e Melinda Gates, por meio de um concurso de inovação tecnológica da camisinha, a iniciativa foi fundamentada na ideia de tornar a camisinha algo erótico/pornográfico ou, usando os termos divulgados no concurso, “transformá-la em objeto do desejo” (Ver Bernardo, 2014; Bort, 2014).

A esse respeito e na direção do desenvolvimento reflexivo reclamado, a entrevistada conjectura ainda sobre o paradoxo que se produziu entre a abordagem da camisinha como insumo médico e, ao mesmo tempo, um elemento que pertence ao campo da sexualidade.

...que porra de produto é esse que é a camisinha, que não tem uma pesquisa de mercado, que não tem desenvolvimento de tecnologia? É um produto pra sexo que tá cercado... Vamos pensar nos produtos de sex shop, eles são produtos que têm desenvolvimento e tecnologia, mas eles não têm controle de qualidade. (...) Muita gente diz que dildo e etc., muitas vezes, são feitos com materiais que provocam ou alergia ou que podem ser, em alguma medida, cancerígeno ou... [É] estranho o nível de controle que a gente tem sobre os produtos pra alimentação e a forma meio clandestina que marca todo um mercado de produtos

que têm a ver com sexo. E a camisinha, ela entra aí. A camisinha é vendida em farmácia, depois dessa coisa do HIV, mas ela continua sendo vendida em sex shop. E, das coisas que vendem em sex shop, ela é a mais sem graça, é a que menos evolui. (...) Tem uma coisa interessante pra pensar sobre a camisinha: eu acho que é impossível uma coisa ser tão sem graça, assim, em relação às outras coisas que são produzidas pra sexo, sabe? (...) Ainda que ela seja distribuída pelo governo e que tenha muito também dessa coisa – isso também eu andei ouvindo – [de] que a camisinha que o governo dá não presta, que o governo também muitas vezes sacaneou... Assim, eu lembro de reuniões do Fórum de ONGs/Aids que [alguém] dizia: “porra, essa camisinha que o governo tá distribuindo tem um lubrificante que tem um cheiro horrível”. Tipo, o povo reclama. Começa a transar e o negócio fede, sabe? (...) Pô, não combina nada com sexo isso, né? (...) E ela [a camisinha] fica num limbo. Ela não é nem um produto de saúde e, portanto, limpo e que [tem] desenvolvimento tecnológico e nem um produto erótico. Ela fica num limbo. Ela é de saúde. Por isso, o governo pode distribuir uma camisinha sem menor preocupação com quem vai usar, inclusive, sob a reclamação de que tem um lubrificante que cheira mal e que atrapalha as pessoas no uso. É como se fosse “ah, já tô dando, não reclama” (Regina Facchini, entrevista).

As três perspectivas apresentadas estão atreladas entre si, embora expressem configurações e objetivos diferentes nos momentos específicos em que se inserem. A última delas permite reconhecermos que, a despeito dos limites identificados, os esforços de erotização da camisinha obtiveram algum sucesso. Em outras palavras, foi possível se agregar algum valor erótico/pornográfico ao uso dessa estratégia preventiva. Mesmo que esse reconhecimento pareça óbvio, dada a inerente relação entre as dimensões envolvidas, ou insuficiente, frente à amplitude do desafio enfrentado na prevenção, trata-se de uma ponderação sobre a qual foram lançados questionamentos e suspeitas nas décadas anteriores.

Eu acho que [os discursos de erotização da camisinha] colam sim, porque eu acho que, de qualquer maneira, são mais pessoas [que] fazem sexo com camisinha, entendeu? (...) Eu não acho que seja uma coisa de que as pessoas tiraram a camisinha do seu roteiro de prazer não. Eu acho que as pessoas podem sentir maior prazer sem camisinha. (...) Mas eu acho que, sim, colou. Se não colou a ideia do prazer, colou a ideia da saúde. E, dentro desse discurso da saúde, as pessoas acabam incorporando e, mesmo assim, claro, sentem prazer, porque se não, enfim... O fato é que a própria indústria das camisinhas está sofisticando as camisinhas, fazem com bolinhas, sei

lá como, criam uma camisinha mais prazerosa, e as pessoas vão pesquisando qual camisinha é melhor pra seu gosto, cheiro, as texturas. (...) Ou seja, mesmo que não colaram profundamente no âmbito do prazer, mas sim no âmbito da saúde, do risco, as pessoas a usam sabendo que, mesmo assim, obterão prazer. Se não, ninguém usaria, entendeu? Eu acho que o prazer poderia acabar sendo um grande impulso. Se as pessoas não sentissem nenhum prazer com camisinha, eu acho que mais pessoas não usariam. E as pessoas usam sim. Existe algum prazer, é obvio, ou bastante prazer, enfim... Eu falei no começo que as pessoas, quando consomem pornografia e falam que é muito melhor, mais gostoso sexo sem camisinha, eu acho que existe uma maioria de pessoas acreditando nisso, ou seja, que é muito mais gostoso sem camisinha. Mas, de qualquer maneira, o fato [de] que as pessoas achem que é mais gostoso sem camisinha não tira o fato de que as pessoas possam achar que é gostoso com camisinha. [É] só uma questão de quantidade, de grau (Maria Elvira Díaz-Benítez, entrevista).

A terceira perspectiva pode ainda ser entendida como um amadurecimento e uma ampliação da segunda, apesar de ter menos expressividade e praticamente não ser revertida em projetos, materiais ou outras intervenções, tal como ocorreu com a anterior. Isso pode ser justificado pela disparidade do contexto atual (que explorarei no capítulo seguinte), em relação aos momentos anteriores, marcados pela efervescência e maior articulação nas respostas à aids.

A primeira perspectiva, por sua vez, parece, de alguma forma, ser repercutida nas demais, se considerarmos que houve uma supremacia da promoção da camisinha sobre as propostas preventivas repressivas. Em uma análise mais atenta podemos identificar que a defesa de direitos e a luta contra as desigualdades, horizontes que fundamentavam a bandeira da liberdade sexual, têm permanecido na pauta da discussão e disputas no campo da prevenção. Parte do avanço da terceira perspectiva em relação à segunda, inclusive, é tributária dessa herança. Isso não significa que sejam estas questões devidamente reconhecidas e garantidas nesse e em outros campos de atuação. Ao contrário, como se reflete na pouca expressividade da terceira perspectiva, elas carecem de um reinvestimento.

7.3 Camisinha e outras estratégias preventivas: entre a autonomia e a imposição

Outra dimensão central no uso tecnicista da prevenção que merece discussão diz respeito à relação entre a recomendação da camisinha e outras possíveis estratégias de prevenção de HIV/aids. Essa discussão demanda uma comparação entre o início da prevenção e o momento mais atual, marcado pelo surgimento de novas possibilidades preventivas.

Já descrevi que, nos anos iniciais da epidemia, antes de a camisinha se tornar a estratégia central da prevenção, ela foi encarada como parte de um arsenal de recursos preventivos. Além das estratégias repressivas, que não obtiveram legitimidade significativa, e do uso de camisinha, enxergava-se o manejo das práticas sexuais (priorização de práticas não penetrativas, eliminação ou redução do contato com espermatozoides etc.) como a principal fonte de estratégias preventivas.

Assim, embora não houvesse muita clareza das alternativas disponíveis, da efetiva capacidade preventiva de cada uma e, em muitos casos, a camisinha já dispusesse de certo destaque, parece ter havido uma maior abertura na discussão acerca das decisões tomadas pelas pessoas para se prevenirem da infecção pelo HIV. Se o rol de alternativas não estava bem estruturado, delineava-se, pelo menos, uma pretensão de que a prevenção não se restringisse a uma única estratégia.

Como eu te disse, nesses projetos [em] que eu me envolvi no começo... É engraçado isso, porque é claro que a camisinha sempre aparece: “precisamos de camisinha, precisamos de camisinha”, “é um insumo” e “o governo tem que oferecer camisinha para a gente levar”. Mas é interessante porque ela não tinha talvez esse lugar que depois passou a ter como sendo o único e mais importante forma [de prevenção de HIV/aids]. Nas oficinas de sexo seguro, eu acho que ela era coadjuvante, entendeu? (...) Eu fico pensando como que nós deixamos de evoluir na discussão da prevenção pra HSH e como que, no início, era muito mais rico isso. (...) Mas eu me lembro que, na questão das oficinas de sexo seguro e do projeto em si que nós fizemos lá naquele início, não era assim. A gente pensava, a gente tinha muito claro que as pessoas podiam não querer usar a camisinha e podiam não poder usar camisinha e que tinha a autonomia das pessoas. Então, isso era interessante, assim. (...) A gente trabalhava

muito com essa coisa de – sem esse nome – hierarquizar os riscos, de reduzir os danos, mas de um jeito... O que a gente depois perdeu. Acho que perdeu isso. Aí, depois veio um pouco a camisinha, só a camisinha, só a camisinha (Mário Scheffer, entrevista).

Uma diferença importante desse momento inicial da prevenção em relação ao cenário configurado, posteriormente, pelo tecnicismo da prevenção diz respeito à consideração da autonomia dos sujeitos sexuais diante da escolha pela inserção ou não da camisinha em suas práticas sexuais. O reconhecimento dessa dimensão, no primeiro momento, pode ser compreendido à luz do debate e sensibilidade relativos à liberdade sexual, desenvolvidos, em especial, pelos movimentos gay e de aids.

Na direção contrária, conforme a camisinha foi se destacando em relação a outras possíveis estratégias preventivas, as recomendações foram adquirindo um tom que, além de prescritivo, era, em muitos casos, impositivo. O uso de camisinha foi, então, elevado à condição de norma e a compreensão de que essa estratégia deveria ser adotada eclipsou a ideia de que era uma opção a ser oferecida às pessoas e que elas que poderiam incorporá-la ou não de acordo com sua avaliação ou vontade. Assim, a noção de escolha cedeu lugar à de conscientização ou responsabilidade em relação à norma a ser adotada.

Junto ao consenso geral a respeito do que deveria ser feito em termos de prevenção, emergiu uma condenação, ora velada, ora explícita, da não adoção ou da utilização não consistente dessa prática. Tornou-se comum as pessoas reconhecerem a imprescindibilidade do uso de camisinha e até reproduzirem a recomendação, mesmo quando estas não realizavam tal prática.

E aprender a prática de usar, ter consistência no uso, não foi uma coisa tão simples, porque, se num primeiro momento fomos nós gays que dissemos “olha, a gente pode fazer o uso do preservativo”, (...) “então, vamos usar preservativo porque uma via de transmissão é sexual”, e, aí, depois, isso foi assumido pelos programas de prevenção, etc., etc., depois virou uma condenação, no sentido de que o discurso [é] focado no preservativo e o não uso te remete a uma culpa, sabe, assim? Uma culpabilização se você não usa. (...) Tem pessoas que (...) falam: “ok, eu sei de tudo; eu sei absolutamente todas as formas de transmissão, só que eu não consigo usar, eu não consigo usar.” Ela é culpada porque ela não consegue usar? Não! (Beto de Jesus, entrevista)

Obviamente, não podemos desconsiderar que posturas taxativas permearam as recomendações preventivas também nos primeiros anos de enfrentamento da epidemia. Essas, no entanto, não eram representativas do conjunto (ou mosaico) de discursos preventivos desse período; alternavam-se ou se misturavam a projetos ou materiais que contemplavam, em alguma medida, o respeito à autonomia frente ao uso da camisinha e a consideração de outras possibilidades preventivas.

A tensão entre autonomia dos sujeitos e prescrição/imposição de condutas está no cerne dos desafios da atuação em Saúde Coletiva. Seguindo uma lógica biomédica da Saúde Pública, os profissionais e formuladores de políticas públicas de saúde, no intento de cuidar da saúde das pessoas e das populações, investem-se, em geral, da responsabilidade por esse cuidado e passam a indicar o que se deve fazer para se proteger de uma determinada doença. Nessa direção, configura-se um controle sobre as condutas das pessoas e populações.

E o profissional [de saúde], nas melhores das boas intenções, é lógico, tem muita resistência em abrir mão do controle. Isso é uma característica [que] é super ilusória. Embora a gente saiba disso o tempo todo, a gente tem essa tendência de querer controlar, mesmo no discurso. Às vezes, é muito mais discurso do que na prática mesmo. (...) E essa coisa do controle passa por tudo. Tanto no sentido de que o profissional quer ter controle sobre a situação... Então, ele tem que garantir que a figura vai fazer aquilo. É uma ilusão que a gente tem de que a pessoa vai fazer aquilo que você quer, [aquilo] que você acha que é o melhor pra ela. Então, você não pode esquecer de dar nenhuma informação, você tem que entupir a criatura de informação, você tem que ensinar como pôe... Tudo bem, é tudo válido, mas assim vira, num determinado momento, quase que uma imposição. Uma imposição no sentido de você repetir o mesmo processo, às vezes, pra mesma pessoa, que já passou por isso tantas vezes. Então, não precisaria mais. Ou mesmo de virar automático [de modo] que você já não escuta se a pessoa... Será que é aquilo que ela veio procurar? Porque você já tem o discurso pronto, o pacote completo. Isso [ocorre] muito na rotina do atendimento do CTAs, por exemplo, que são os Serviços de Testagem e Aconselhamento, uma tecnologia que foi super investida, super difundida, mas que, de certa forma, também houve um apego muito grande a isso. E os profissionais viraram militantes, acho que nesse sentido, mas também engessaram a prática, na perspectiva de que é isso: você faz aquela anamnese, pergunta tudo, aí dá um monte de orientação para as pessoas e a camisinha é o produto principal que você quer vender. E a gente vai demorar pra perceber que isso já não está sendo suficiente. (...) Na verdade, ele não tem a intenção de ser impositivo.

Se você for perguntar para qualquer profissional do atendimento que está lá recebendo a população, que vai lá querer fazer o teste e tal, todo mundo vai dizer que não faz isso e [vai argumentar]: (...) “Mas tem um monte de informações que a pessoa precisa saber e, se eu não disser isso tudo pra ele, ele pode fazer alguma coisa errada; [se isso ocorrer], foi porque eu não falei tudo o que eu precisava falar. (...) E, então, eu não posso deixar de passar nenhuma informação importante, porque eu acho que a pessoa pode ter um custo muito alto” (E12, entrevista).

Mas, por exemplo, eu coordenei um programa – ainda coordeno uma parte dele – de testagem aqui no Brasil e eu tenho vários casais que eu acompanho que são sorodiscordantes, que mantêm a carga viral indetectável e que transam sem preservativo. Então, isso é uma opção que eles fizeram, a partir de uma evidência científica. Você sabe que uma pessoa que está com carga viral indetectável não [transmite o HIV¹⁰]. E você incrementa utilizando outras situações: não ejacular dentro, uso maior [quantidade] de gel lubrificante, circuncisão. Quer dizer, (...) você aumenta esse componente de prevenção por uma opção que as pessoas têm. E, muitas vezes, é um arbítrio dessas pessoas e as outras pessoas não conseguem entender [e dizem:] “mas são loucos”. Não. É um direito que essa pessoa tem a partir de evidências científicas de falar “nessa situação, eu não quero usar [camisinha], eu quero estabelecer essa conduta.” São situações particulares. Eu não estou dizendo que seja universal. Mas eu acho, hoje, por exemplo, que, se você não colocar o componente de gerenciamento do risco e fizer somente o discurso do preservativo, você perde as pessoas nessa coisa de buscar frear a propagação da infecção. Então, hoje, você tem muito mais informações, mas você ainda tem, às vezes, um discurso que beira um conservadorismo. Eu não estou falando nada contra a camisinha, mas [contra o discurso] que beira um conservadorismo (Beto de Jesus, entrevista).

Como uma forma de dar ênfase ao caráter impositivo e, em alguns casos, opressor dessa tendência, algumas pessoas têm a identificado como uma espécie de “ditadura da camisinha”:

Essa ditadura de achar que, então, [a mensagem] “use camisinha” ou “levar a camisinha”, [dirigida] para o gay, é algo que vai dar uma resposta. [Acredito] que só isso não basta. A ditadura desse discurso

¹⁰ Esta informação se baseia no consenso produzido por especialistas suíços, segundo o qual pessoas com HIV em terapia antirretroviral eficaz e sem DST não são sexualmente infecciosas (Ver Vernazza *et al.*, 2008; Bernard, 2008). Adicionalmente, estudos como o de Rodger *et al.* (2014) têm confirmado que o risco de transmissão sexual do HIV de pessoas HIV positivas em tratamento antirretroviral e com carga viral indetectável é extremamente baixa.

único de que, só porque [a camisinha] é o que é visível, é palpável... Então, acaba que isso vira um pouco o que é possível fazer. O que que é possível fazer? Se você for lá hoje, vamos falar, na Prefeitura [de São Paulo], [no] Programa Municipal de Aids, que é um programa que tem recurso, um programa de longa data e que está cravado numa cidade onde esse problema é um problema, (...) aí você vai [ver]: o que é feito? Eles têm, sei lá, 50 agentes de prevenção que distribuem camisinha e folheto. Então, assim, a ditadura do binômio folheto/camisinha é uma ditadura... Não é ditadura, mas [a abordagem d]essa prática como se isso fosse a única coisa possível (Mário Scheffer, entrevista).

Vamos começar pela ditadura da camisinha, quando você vai fazer a distribuição do preservativo e as pessoas que estão pseudotreinadas dizem: “você tem que usar o preservativo”. Não, você não tem que usar o preservativo; você usa o preservativo, se você quiser. Essa é a primeira questão. Até porque tem situações [em] que você não precisa usar preservativo, entende? Então, eu não vou divulgar isso publicamente, porque eu quero que as pessoas tentem, de alguma forma, que façam o uso do preservativo. Mas eu chegar para as pessoas e falar “não, você tem que usar preservativo”, eu não faço. Porque essa é a primeira questão que eu levanto muito com as pessoas sobre a ditadura desse preservativo, que ela é cruel porque muitas pessoas não querem usar. Muitas pessoas não vão usar preservativo. Muitas vão mentir para você: “eu uso”. E não vai usar, sabe? (...) Porque o preservativo passou [a ser] uma coisa que, se você vira pra mim e fala assim “ah, com o meu parceiro eu não uso o preservativo”, aí eu venho com um monte de questionamentos em cima de você: “Ah, mas você não sabe o que o teu parceiro faz lá quando ele sai pra rua. Ah, o teu parceiro não sabe quem é você. Ah, vocês tem um pacto? Vocês não tem pacto? Ah, vocês quebram o pacto? Você está botando o teu parceiro em risco.” Entende quanto julgamento surge quando eu entro em teu mundo pessoal e você passa a ser uma pessoa até honesta comigo, falando assim “não, eu não uso o preservativo com o meu companheiro, mas [uso] com relacionamentos ocasionais” [ou] “ah, com relacionamentos ocasionais, eu também não uso”? Você entra numa lista de ser julgado. Você passa para a lista de ser criminoso. Então, a ditadura da camisinha também trouxe esse senso das pessoas acusarem as outras, analisarem as outras, apontarem as outras pessoas como erradas. É certo ou não, a vida te pertence. Eu sempre falo isso com as pessoas: “o teu corpo te pertence” (Vagner de Almeida, entrevista).

Além de estar presente nos contextos de atendimento em saúde ou, mais especificamente, de aconselhamento em HIV/aids, essa intenção de controle e de

imposição da norma preventiva foi expressa em alguns materiais e campanhas preventivas. Por exemplo, a campanha governamental veiculada no carnaval de 2002, intitulada “Sem camisinha, nem pensar”¹¹ apresenta uma cena em que um homem jovem é repreendido por não ter usado camisinha. O personagem que representa consciência do rapaz reprova seu comportamento e lhe diz: “Tem que usar camisinha! Está pensando que é super-herói? Tem que usar!” Ao fim, ele se desculpa e é convocado a conversar com seu juízo.

Essa perspectiva de controle possibilita identificarmos que, na história da prevenção, esteve presente a expectativa de que a camisinha fosse incorporada de forma consistente e unânime pelos brasileiros ou, pelo menos, por parte dos grupos mais expostos à infecção.

Parte das pessoas tinha essa ideia de que todo mundo e os gays... Que, num cenário ideal, (...) você ia ter todas as pessoas usando camisinha em todas as relações sexuais por toda a vida. Então, assim, esse era um (...) ideário que sempre passou na cabeça dos técnicos, dos ativistas. Isso é algo que algumas pessoas sempre tiveram como um ideal e passaram a colocar isso nas suas práticas, nos projetos, nas suas ações (Mário Scheffer, entrevista).

Embora a adesão ao uso de camisinha tenha crescido consideravelmente com o desenvolvimento do trabalho preventivo, a pretensão de alguns militantes e trabalhadores da saúde de que essa estratégia fosse totalmente incorporada pelo universo de pessoas sexualmente ativas ou de alguns grupos específicos esbarrou em limites desafiadores. Dentre outros diversos aspectos que se impuseram como barreiras a essa expectativa, destacou-se a identificação de situações nas quais as pessoas, mesmo informadas, conscientes e com acesso à camisinha, optavam por não usá-la ou tinham dificuldade de fazê-lo. Essas, inevitavelmente, demandaram que os horizontes da prevenção fossem repensados.

A gente acreditava, naquela época, que era possível, que todo mundo iria usar a camisinha, que seria possível usar a camisinha sem maiores problemas desde que as pessoas se acostumassem, ouvissem, falassem. Enfim, a gente não imaginava que as pessoas trariam os questionamentos que trazem hoje no barebacking ou nas novas

¹¹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-tv-sem-camisinha-nem-pensar> (Acesso 30/01/2015).

tecnologias de prevenção de que “bom, tá, tudo bem, a gente usa [camisinha] numa época, usa numa fase da vida, mas não é sempre; a gente quer se prevenir também com outras maneiras”. Naquela época não, até porque [a camisinha] era a única coisa que existia (Veriano Terto Jr., entrevista).

Tanto é que, naquela época, naquela década de 1990 a 2000, a maioria dos meninos que já frequentavam a ABIA saía com o estoque de preservativo para fazer a distribuição e ficava com a cota deles. Muitas semanas mais tarde, meses mais tarde, um ano, um ano e meio mais tarde, chegava para mim na ABIA dizendo “eu estou infectado, eu me infectei”. Aí, ficava um gap pra saber se ele se infectou antes dessas oficinas ou se ele se infectou durante essas oficinas ou se ele se infectou depois que ele absorveu todas essas informações, mas não fez uso das informações. (...) Nos três casos, aconteceu esse tipo [de coisa]. Uns já chegavam, não sabiam, eram assintomáticos, (...) soropositivos interrogativos. Outros vieram através de incentivo, [com a intenção] de fazer [o teste], [já que] todos deveriam fazer o seu exame pra entender a sua sorologia etc. e tal. Os que tiveram a coragem fizeram e descobriram-se positivos, outros não. Outros avisam mesmo que, numa dessas saídas até, distribuindo preservativo, no final, deu pra não sei quantos com o preservativo, mas dois ou três comeram eles sem preservativos. E outros também se infectaram depois das oficinas com os seus parceiros fixos, que estavam já infectados. Então, tem muitas histórias, sabe? Tem muita história, porque a história do preservativo comigo, principalmente no percurso dele para mim [como trabalhador da prevenção], foi uma coisa assim, muito de step by step. Step by step, sabe? Às vezes, você subia um degrau, [mas] tinha que descer três. Aí, você tinha que se esforçar pra subir cinco, porque você desceu três, tá me entendendo? (...) No sentido de você descobrir: “Cara, você com o preservativo na mão, você deu o cu sem camisinha? Por que isto?” Aí, você tem que trabalhar a autoestima, tem que trabalhar [a situação em] que o cliente disse que, sem preservativo, dava vinte reais a mais, dava dez reais a mais. [Ou] que, em um final de semana em Cabo Frio, o cara que levou ele comeu ele sem camisinha. Entende também a história do poder e da camisinha? (Vagner de Almeida, entrevista)

A tendência à imposição da camisinha certamente não ocorreu exclusivamente do Brasil. No cenário internacional, ela foi posta em evidência, sobretudo, a partir da discussão acerca do *barebacking*. Definido como a prática intencional e contínua de sexo anal sem uso de camisinha por parte de gays/HSB com parceiros casuais, o *barebacking* passou a definir modos de contatos e encontros

organizados comercialmente, assim como uma construção identitária. Nessa acepção, representa, a rigor, uma vertente ideológica, embora não aluda necessariamente a um tipo de filiação política crítica (Garcia, 2009).

Mais genericamente, o termo *barebacking* ou sexo *bareback* tem se popularizado nas duas últimas décadas como um ícone do sexo sem camisinha. No mercado de sites e filmes pornográficos, em particular, passou a configurar uma modalidade sexual, o que lhe reserva o lugar de uma categoria erótica. Isto é, além do posicionamento explícito contra o uso de camisinha, essa categoria revela o consumo do exercício e da exibição de práticas sexuais livres da camisinha.

A circulação dessa categoria no Brasil tem sido notável o suficiente para demarcar a contestação da norma preventiva e a expressividade de situações e circuitos marcados pelo não uso da camisinha. A discussão, no entanto, ainda é incipiente e o próprio termo é usado de forma dispersa e variada (Silva, 2010), bem como é associado ao pânico frente à ideia de transmissão proposital e possivelmente criminosa do HIV¹².

Ademais, em função da percepção dos limites da prevenção, passou a se falar de uma fadiga da camisinha ou do modelo de prevenção centrado na camisinha (Adam *et al.*, 2005; Ostrow *et al.*, 2008). Tal lógica está associada à identificação de quedas ou de interrupções no crescimento das taxas de adesão ao uso de camisinha. Desse modo, mostra-se vinculada à expectativa de uma expansão contínua do uso de camisinha, similar à pretensão de adesão total.

A esse respeito, podemos pensar que, nos últimos anos, tem sido possível identificar os posicionamentos contrários ao uso da camisinha e os circuitos de promoção e consumo dessas posturas com uma clareza maior do que nos períodos anteriores, nos quais se fortaleciam tendências impositivas e normalizadoras da prevenção. Além disso, as expectativas de que a propagação de informações e a conscientização a respeito da importância da prevenção garantiriam a massiva expansão do uso de camisinha foram, em alguma medida, frustradas. Desse modo, não surpreende que se configure uma impressão de interrupção no avanço da prevenção.

¹² Ver Maciel (2015), por exemplo.

A compreensão dos referidos limites e da suposta fadiga da camisinha demandam, de todo modo, uma reflexão acerca do paradigma que tem sustentado a prevenção ao longo dessas três décadas, tal como apontam as questões levantadas nas páginas anteriores. Além disso, merece atenção a existência de aspectos que entravam a expansão do uso de camisinha e que, não necessariamente, coincidem com os contextos de escolha pelo não uso desse insumo, tal como na prática do *barebacking*.

Mas, seguramente, nós não esgotamos... Nós não atingimos esse tal patamar, esse tal limite, esse teto. Nós não utilizamos todo o potencial do preservativo. De forma alguma. Não atingimos. E eu diria que, ao lado dessas outras considerações, nós não podemos considerar o preservativo um assunto liquidado. Quando me lembro que (...) as escolas não distribuem preservativo para os adolescentes ou que não se distribui preservativo nos presídios ou que o acesso ao preservativo para jovem, para menina adolescente, no sistema público de saúde, é absolutamente limitado e assim por diante, eu não posso dizer que nós atingimos ou que nós tiramos o maior proveito do preservativo. [Acredito] que nós não deveríamos desistir de um instrumento tão fácil, barato, acessível, sem contra indicações, sem efeitos secundários. E que isso não é feito ainda por questões de ordem moral, absolutamente. Claro, por falha geral dos diferentes sistemas, mas ainda por uma decisão, uma questão moral (Paulo Teixeira, entrevista).

As barreiras configuradas em função de questões de ordem moral estão, de muitas formas, atreladas à discussão da descontextualização da prevenção e de seu conteúdo sexual, assim como da consequente dificuldade de erotização da camisinha. No capítulo seguinte, tratarei das barreiras que emergem na prevenção em função das questões morais relativas à abordagem das relações sexuais entre homens.

Antes disso, é importante situar a temática da prevenção centrada na camisinha no contexto, mais recente, de desenvolvimento de novas possibilidades preventivas, inscritas, sobretudo, como estratégias biomédicas. Destacam-se, nesse sentido, os microbicidas, a profilaxia pré-exposição (PrEP, do inglês *pre-exposure prophylaxis*), profilaxia pós-exposição (PEP, do inglês *post-exposure prophylaxis*), o “testar e tratar”, o tratamento como prevenção e as vacinas.

O surgimento dessas alternativas, mais do que atualizar a ideia, presente no início da prevenção, de um arsenal ou repertório de estratégias, pode lhe fornecer maiores concretude e estruturação, propiciando que as escolhas dos sujeitos possam vir a ser efetivamente equacionadas em função de sua autonomia.

O depoimento abaixo questiona a crítica de que a prevenção centrada na camisinha implicou na imposição de uma norma, tomando como argumento a necessidade de estratégias comprovadamente eficazes para a composição desse possível repertório preventivo. Em outras palavras, ele afirma que a preponderância normativa da camisinha apenas poderá ser superada com a disponibilização de alternativas que se equiparem a essa estratégia em termos de eficácia.

As pessoas querem uma solução, eu quero também. O problema é que não há opções. Normativo significa o quê? Seria normativo eu dizer: “o melhor para as pessoas é casar e ter filhos; ter vários parceiros está errado; não casar está errado; ter três esposas tá errado; casar é o certo”. Se eu pudesse dizer “isso tá errado, isso tá errado, isso tá errado, a norma é o preservativo”, eu seria normativo. Agora, se eu só tenho o preservativo, eu sou normativo por falta absoluta de opções, percebe? Então, na verdade, essa afirmação que se faz, ela é inócua e é um falso, digamos, é um falso dilema que me apresentam. Eu não tenho outras opções. Agora, se o truvada virar uma opção absolutamente segura, eficaz etc., eu posso começar a dizer: “olha, o preservativo tem essas e essas vantagens; o truvada tem essas, essas e aquelas vantagens; chupar tem essas e essas e aquelas vantagens etc.” Aí, eu deixo de ser normativo, mas, nesse momento, eu não tenho [como fazê-lo], sabe? (...) As pessoas querem uma alternativa para o sexo com penetração. Para o sexo com penetração eu só posso falar em camisinha, não tenho mais o que falar, sabe? Então, é uma discussão inócua. Uma discussão sem conclusão e improdutiva. No dia em que houver opções (...) e eu continuar dizendo “não, é camisinha, é camisinha, é camisinha”, eu serei normativo. Nesse momento, eu não sou, porque não tem alternativa, não tem opção. [A camisinha] é a única coisa que eu posso oferecer, a única coisa que eu posso oferecer. Agora, a partir daí, a decisão... Mas não tem. Não tenho alternativa. Ninguém mais do que eu ou qualquer outro formador que faz parte da elaboração de políticas públicas etc. gostaria de ter outras opções, mas, nesse momento, não tem. Eu não posso, com segurança, de maneira nenhuma dizer: “olha, existe o preservativo ou o truvada ou a circuncisão...” Então, quer dizer, eu não posso fazer isso com segurança, de maneira nenhuma. A circuncisão pra homossexuais foi... Os resultados foram ruins, [ela] foi descartada. A única [opção] que tem, com um grau de sucesso

alto, é o preservativo, não tem outra. Não tem mais nada, nesse momento, não é? (Paulo Teixeira, entrevistado)

Outros/as entrevistados/as já consideram a configuração de um novo panorama de prevenção como uma realidade próxima, caracterizada, notadamente, a partir da imagem de um cardápio preventivo. Nessa perspectiva, as novas estratégias têm sido encaradas como ferramentas que devem se integrar à promoção do uso da camisinha nas políticas de prevenção de grande alcance populacional. Dessa forma, a então prevenção combinada se apresenta como a aposta mais promissora de fazer com que esta quarta década da epidemia de aids seja a última (UNAIDS, 2012; ONU, 2011).

...com o advento de novas tecnologias no campo da prevenção, por exemplo, [e com] o movimento social argumentando essa ideia da ditadura do preservativo (...), em função de um dado que era divulgado pelo próprio Programa Nacional [acerca] da queda no uso do preservativo na população... Então, a PCAP de 2008¹³, ela mostrava que havia uma tendência de queda do uso do preservativo. Com base nisso, houve também uma iniciativa, uma forte pressão do movimento social pra pressionar o governo no sentido de tomar outros caminhos, outras iniciativas pra além [da estratégia] única e exclusivamente [desenvolvida], por exemplo, em relação à questão do preservativo, mostrando que o governo federal estava muito centrado numa proposta mono... Como é que chama? Única. Sem a perspectiva de trazer à tona o debate que estava [emergindo] no campo da prevenção (Ivo Brito, entrevista).

E hoje, pra mim, na prevenção, ou você oferece um cardápio... Cardápio mesmo: “Ó, você pode combinar isso com isso, você pode fazer isso, você pode fazer aquilo. Numa situação como essa, você pode fazer isso. Ok, você quer manter sexo sem proteção com o seu parceiro fixo, ok. Como que os heterossexuais fazem? Certo, eles fazem... E porque que nós não podemos fazer também? Então, qual que é o protocolo? O que que a gente deve fazer? Ok, vamos estabelecer, então, que a gente vai fazer junto os exames, a gente vai fazer período de janela [imunológica], a gente vai fazer os exames de novo e vai fazer um pacto. Se a gente transar fora, a gente vai...” Então, eu acho que, quando você dá uma única receita e fala “é camisinha, ponto, acabou”, você está perdendo muita gente, porque as pessoas vão fazer de outras formas. Elas vão fazer de outras

¹³ Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos - 2008 (Brasil, 2011).

formas sem a informação adequada para ela fazer o seu projeto de prevenção. Então, assim, não dá, não tem um modelo só. Então, a questão do “use camisinha” é obvio que você... Ninguém tá dizendo “descarte a camisinha”. Mas você tem hoje várias outras possibilidades conjugadas com a camisinha, sabe? Não conjugadas. Então, cada caso é um caso. Então, se você não desenhar quais são as possibilidades desse cardápio, como isso se combina, [atuar] sem trabalhar com a dimensão do medo, sem trabalhar com a dimensão da culpa, você vai ter um projeto fracassado de prevenção. (...) Você vai ter que lançar mão de quais são as estratégias, o que é que você vai usar, o que que você combina com o quê. Então, essa é uma coisa que eu acho que a gente precisa rever, então; [a coisa] dessa responsabilidade da comunidade especificamente gay em relação à questão da aids, que a gente não tem feito mais. E acho que uma outra é como incorporar as novas tecnologias, entendendo que as coisas não são pra todo mundo. Então, se eu falo, por exemplo, de PrEP, eu não estou falando que eu vou pegar, botar uma banca na praça e distribuir truvada pra todo mundo. Então, quem são as pessoas que precisariam ou estariam mais aptas ou que eu deveria pensar com mais cuidado em relação à questão do truvada? (...) PEP é uma coisa que (...) todo mundo tem que saber, todo mundo tem que saber. Tem protocolo, tem rede e, muitas vezes, as pessoas não sabem. Eu não posso deixar, muitas vezes, que o preconceito de quem pode me disponibilizar a PEP fale mais alto na hora de me dedicar ou não à entrega da medicação (Beto de Jesus, entrevista).

O aprimoramento e expansão das estratégias biomédicas de prevenção, apesar terem o potencial de, de fato, estabelecerem um sistema de alternativas preventivas, pode também resvalar em parte dos limites que marcaram a recomendação da camisinha. Nesse sentido, as restrições oriundas da acentuada medicalização do uso das estratégias, da descontextualização em relação aos cenários, práticas e identidades sexuais e, por fim, a falta de respeito e promoção da autonomia tendem a ser reproduzidos nesse novo panorama.

E, agora, tem esse atalho, que eu não sei também... Ao invés de “use camisinha”, fica “faça o teste rápido”. Então, você muda a palavra mágica, a palavra, a varinha de condão (Mário Scheffer, entrevista).

De tal forma, a reflexão acerca dos caminhos trilhados na promoção da camisinha se torna imprescindível. O avanço efetivo da prevenção, de modo a fortalecer a proteção dos indivíduos contra o HIV/aids para além do sentido estritamente técnico, promovendo a autonomia e os direitos humanos, demanda a

problematização dos aspectos paradigmáticos do trabalho preventivo e a superação das barreiras apontadas. O próximo capítulo segue na direção de refletir sobre os limites da prevenção, especificamente no tocante ao direcionamento dos discursos para o público gay/HSB.

8 Prevenção entre gays/HSB: limites e contexto atual

Este capítulo completa a sessão de análise das narrativas. Nele, abordo o direcionamento dos discursos preventivos para o público gay/HSB, enfatizando as contribuições da perspectiva da vulnerabilidade para essa questão.

Em seguida, delinco os aspectos que caracterizam e interferem no cenário atual da prevenção direcionada a tal público. Como base para a análise, detenho-me em exemplos de discursos preventivos e de acontecimentos que se destacaram nos depoimentos colhidos.

Por fim, tento traçar os contornos do atual momento de crise da prevenção, que configura uma inflexão na história dos discursos preventivos ou, mais especificamente, da construção da camisinha como prevenção de HIV/aids.

8.1 Vulnerabilidade de gays/HSB ao HIV/aids: estigma e preconceito

Na história da prevenção de HIV/aids com segmentos populacionais específicos, particularmente com gays/HSB, o quadro da vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 2006; 2012) e seu embasamento nos direitos humanos tiveram um papel fundamental. Eles forneceram uma superação do dilema que emergiu entre a lógica que vinculava o pertencimento a determinado grupo como um fator de risco à infecção (os, então, grupos de risco) e a dispersão dos discursos preventivos oriunda da noção de que o risco estaria atrelado a práticas sexuais específicas (comportamentos de risco). Assim, a necessidade de direcionamento dos discursos preventivos passou a ser equacionada a partir da abordagem articulada das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade ao HIV/aids.

Assim, além dos elementos já considerados no trabalho preventivo (tais como acesso à informação e aos insumos de prevenção), passaram a receber atenção o

estigma e a discriminação enfrentados por gays/HSB e outros segmentos marginalizados. Nessa, tais elementos foram encarados como fatores que potencializam as chances de infecção e de adoecimento. Eles estariam mais relacionados às dimensões social e programática da vulnerabilidade ao HIV/aids, uma vez que dizem respeito ao âmbito das relações sociais e dos padrões culturais. Ao mesmo tempo, o combate a eles deve ser entendido como parte da tarefa de proteção aos indivíduos por parte do governo, orientada pelo comprometimento com os direitos humanos e com o princípio de equidade.

Entretanto, pouco se avançou na articulação da atenção a tais questões com os aspectos mais propriamente relacionados ao uso de camisinha e a outras possíveis práticas preventivas. Essa desarticulação pode ser entendida como a outra face do uso tecnicista da prevenção, que conduziu os discursos acerca da camisinha em desconexão com os cenários e práticas sexuais específicos.

Olha, eu acho que o discurso que prevaleceu como sendo o relevante, principal – e eu concordo [com ele], mas acho que não pode ser o único – é esse discurso de trabalhar em torno da desconstrução do preconceito, do estigma, de valorizar o sujeito homossexual ou a pessoa que faz sexo com outro homem [e] assim por diante, [de] valorizar travesti, valorizar em termos de interferir diretamente na violação de direitos ou [no] não acesso a determinados direitos básicos. Esse foi o discurso priorizado durante o meu percurso nos dois programas [Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo e Programa Nacional de DST/Aids] e que, para mim, faz todo sentido. Só que, com isso, a linguagem mais direta do uso do preservativo acaba sendo algo que vai ser utilizado no trabalho de face a face, ou seja, lá na rua, ou com alguém do próprio meio ou alguém da atenção básica ou agente de prevenção do Programa Municipal. Então, a gente tem dois níveis de discurso aí, que deveriam atuar juntos e combinados, de maneira complementar: um discurso que vem tanto do governo federal [e] estadual, de investir nessa desconstrução da discriminação, mais um discurso da ponta, que é o discurso do “use preservativo”. Eles deviam trabalhar juntos, mas há uma desconexão nesse trabalho. Acho que quem está lá na ponta e, portanto, executando a ação de prevenção diretamente não necessariamente está apropriado desse discurso maior de desconstruir o preconceito. E, mais do que isso, eu acho que ele demonstra todas as falhas anteriores que houve no próprio programa, quando te falei da dificuldade do município de executar o recurso, da dificuldade do município de fazer com que o agente da atenção básica também trabalhe em prevenção e, mais que isso, trabalhe em prevenção com olhar específico pra população gay, ou seja, que tenha ali a

capacidade de ouvir determinadas questões e poder dialogar com esse gay lá nos bairros. Eu acho que isso não acontece, efetivamente, no nosso serviço de saúde hoje. Obviamente que existem equipes treinadas que podem fazer isso, mas não é uma coisa que acontece no geral. Então, o discurso da saúde tem essa defasagem, porque não é o técnico que está lá pensando em grandes questões mais [relacionadas à necessidade] de trabalhar linguagem do discurso pra desconstruir o preconceito. [Esse discurso] não dialoga diretamente com quem está lá na ponta fazendo trabalho de prevenção, distribuindo preservativo ali no tête-à-tête, direto com quem está na rua, está no serviço ou mesmo na boate. Então, acho que há pouca conexão entre os dois discursos (Cristiane Gonçalves, entrevista).

Ele [o trabalho em prevenção] ficou no campo dos direitos humanos. (...) Porque, assim, além do risco ou da vulnerabilidade biológica, digamos assim, que é esquecida, que é [oriunda], de fato, de relações sexuais, que têm risco acrescido de infecção pelo HIV, (...) [destacadamente o] sexo anal desprotegido, (...) [e que] seria uma vulnerabilidade pessoal mesmo, você tem também essa vulnerabilidade da rede em si, que acho que a gente deixou de conversar e de criar tecnologias pra isso. Quer dizer, é uma vulnerabilidade comunitária, né? (...) A gente poderia ter desenvolvido comunicações, tecnologias pra intervir na comunidade, porque isso é um fator da propagação da epidemia. E acho que [há] até um terceiro bloco que talvez seja aonde nós avançamos mais, que é a vulnerabilidade social. Isso foi muito importante, incorporar a noção da vulnerabilidade social como um fator da... Mas essas outras duas nós esquecemos, assim. Então, eu acho que as respostas ficaram muito em cima da questão da vulnerabilidade social. E que é importantíssima. (...) Mas ficou só nisso, a gente não conversa mais sobre essas coisas (...) [relacionadas à] vulnerabilidade individual, enfim, toda a discussão da sexualidade, da gestão do risco, do prazer. Acho que tudo isso era possível [de] a gente ter incorporado mais na prevenção e não fizemos (Mário Scheffer, entrevista).

Nesse ponto, percebemos que a perspectiva multidimensional proposta pelo quadro da vulnerabilidade não necessariamente foi convertida na junção das dimensões relevantes para o trabalho preventivo de forma geral e com públicos específicos. De um lado, conquistou-se alguma clareza acerca do fato de que a prevenção com gays/HSB, em particular, demanda a abordagem das questões relacionadas à forma como a sociedade lida com o homoerotismo e outras expressões sexuais marginalizadas. No entanto, seguindo o argumento das narrativas

apresentadas acima, a condução dessa abordagem demanda uma aproximação com a compreensão dos cenários e práticas sexuais dos diferentes agrupamentos gays/HSH e o aprofundamento do debate estratégico acerca da inserção da camisinha nos mesmos.

Historicamente, foi em busca de tal aproximação com as especificidades do mundo gay que as instâncias governamentais investiram na condução de iniciativas mediadas ou encabeçadas pelos movimentos sociais. Todavia, desse modo, a abordagem das questões relacionadas ao estigma e preconceito, assim como a criação de estratégias de prevenção que propiciassem a diminuição da vulnerabilidade dos grupos específicos, foi alocada pela política pública de saúde, quase que exclusivamente, no espaço de articulação com as ONGs LGBT e de aids.

A prevenção, aqui, entra numa fase que se diferencia de uma estratégia governamental para uma estratégia de apoio a projetos de organizações da sociedade civil, que fazem a prevenção. É como se o Estado se isentasse de fazer prevenção e repassasse [essa tarefa], por meio de projetos e financiamentos de projetos, para (...) a sociedade civil (...). Então, você vai ter um período, que é um período marcante, com um volume muito grande de financiamento de projetos da sociedade civil. (...) Foi um período em que o Estado, não sei se [em] consequência do período político anterior, mas o Estado se ausenta da intervenção direta das ações de prevenção e gerencia basicamente um conjunto de ações que são executadas pela sociedade civil. Basicamente, a prevenção, nesse período, é predominantemente executada por atores sociais, pelo movimento social, por um conjunto de organizações da sociedade civil (Ivo Brito, entrevista).

Eu sempre senti, ao longo da epidemia da aids e da política de prevenção pra HSH, de fato, essa dificuldade de dosar as duas necessidades: de alcançar a vulnerabilidade social por meio de campanhas inclusivas, campanhas de promoção da cidadania, dos direitos, de luta contra homofobia, e campanhas mais voltadas mesmo para prevenção e, no caso, para promoção do preservativo. (...) E as poucas [iniciativas realizadas] sempre [foram] de curto alcance, com pouco... (...) Mas a gente tem uma percepção de que eram campanhas e atividades, quando existiram, de curto alcance, de baixo impacto, de curta duração. Então, sempre essa impressão [de] que, quando [se] furava o bloqueio, [se] conseguia alguma coisa, ela parecia que não ia muito bem. E acho que o trabalho de prevenção para esse público, em termos de políticas assim, oficiais, e de campanhas mais globais, sempre foi pífio do meu ponto de vista. E me parece que (...), [na] prevenção para públicos específicos, no nosso caso pra HSH, também

é parte da política delegar isso pras ONGs (Mário Scheffer, entrevista).

Em entrevista a Lemes (2013), Mário Scheffer endossa sua avaliação ao afirmar que, na parceria estabelecida entre governo e sociedade civil, “as ONGs [LGBT e] de aids foram reduzidas a mão de obra barata para prestação de serviços que o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde não conseguem realizar”.

Assim, nas duas primeiras décadas da epidemia, o direcionamento da prevenção para gays/HSH e o combate ao estigma e ao preconceito acabaram por ser pouco inseridos, efetivamente, nos discursos mais representativos das posturas e mensagens oficiais (como as grandes campanhas e os pronunciamentos das autoridades governamentais). A partir dos anos 2000, no entanto, emergiu um posicionamento governamental mais inclinado a assumir a pauta da discriminação por orientação sexual e as questões relacionadas à saúde dos segmentos LGBT. De um lado, essa inflexão fez parte de um processo de reestruturação dos direcionamentos da política pública. De outro, ela ocorreu a partir de reivindicações dos movimentos sociais, sobretudo frente à maior visibilidade da concentração da epidemia entre gays/HSH e à necessidade de se repensar a própria abordagem destinada pela política a esse público.

Nessa direção, foi lançado o “Brasil Sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual” (Brasil, 2004). Seu objetivo, traçado de forma ampla em torno dos temas da homofobia e da cidadania, foi distribuído em diferentes setores (saúde, educação, justiça, segurança, trabalho etc.) e destinado à atuação junto a instituições públicas e não-governamentais. O programa propôs ações voltadas: (a) ao apoio a projetos de fortalecimento de instituições; (b) à capacitação de profissionais e representantes dos movimentos sociais; (c) disseminação de informações; e (d) incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos.

Nessa iniciativa, a prevenção de HIV/aids não configurou um tema em destaque. Em contrapartida, em 2007, veio a público o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros HSH e Travestis”.

Esse documento se propõe a expressar o reconhecimento de vulnerabilidades dos grupos específicos ao HIV/aids, refletidas nas taxas de prevalência superiores às encontradas na população geral, e o compromisso das três esferas de governo e da sociedade civil com o direcionamento de ações da política pública de prevenção a essas especificidades (Brasil, 2007).

Mais no Aids III é que você tem uma conjunção de aproximação para que a resposta à aids seja parte constituinte também das mudanças que estão sendo realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Até então, quase que eram concorrentes, quase que um paralelo. As ações [em prevenção] ocorriam em paralelo, ainda que estivessem dentro do próprio sistema de saúde, mas (...) como se fosse um programa mesmo, um programa verticalizado, estruturado de modo independente das transformações que vinham ocorrendo no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tanto é que todas as estratégias de prevenção eram feitas basicamente fora do sistema, eram realizadas pelas organizações da sociedade civil. Não que isso fosse ruim ou, na verdade, talvez fosse até uma necessidade, tendo em vista a incapacidade ou a dificuldade do próprio poder público de acessar essas populações aí. Então, como você não tinha estratégias mais gerais de governo pra essas populações, não tinha uma política voltada pra essas populações, as ações eram executadas mediante o apoio a projetos de organizações que trabalhavam com essas populações: (...) as ONGs/Aids, as ONGs de movimento de gays, de prostitutas, de... Quer dizer, eram essas ONGs que eram apoiadas por projetos e que realizavam, de algum modo, as ações pontuais de resposta à epidemia. (...) A partir do Aids III já começa a ter uma mudança substantiva no discurso oficial. Isso coincide também com uma presença maior, por exemplo, do Estado em relação à questão da discussão sobre a equidade em saúde e a incorporação dessas populações no âmbito do Sistema Único de Saúde. Isso vai ocorrer justamente no [período de] 2000 pra frente, com o “Brasil sem homofobia”, a política de saúde da população negra, política de saúde indígena, políticas... (...) Isso em decorrência de uma abertura do Estado em relação às demandas e às necessidades dessas populações nesse período, (...) mas, ao mesmo tempo, por também uma necessidade do Estado de ampliar o escopo das políticas públicas pra esses segmentos. Então, você tem aí uma mudança, que é uma mudança substantiva na questão da prevenção. (...) Isso muda a prevenção. A prevenção começa a trabalhar já o conceito, por exemplo, de redes, de resposta em rede, resposta articulada. Você não exclui a atuação do movimento social, você incorpora essa experiência que foi acumulada anteriormente, mas agrega a ela outras estratégias no campo da prevenção (Ivo Brito, entrevista).

Aí, só quando a coisa [a concentração da epidemia em HSH] começa a mostrar a cara nos dados, [é] que começa a haver uma certa cobrança, que eu acho que é legítima. (...) Acho que a cobrança deveria acontecer o tempo todo. (...) Mas ainda tem essa coisa de dificuldade. (...) A gente tem (...) o Plano de Enfrentamento da Epidemia entre Gays e Travestis (...) desde 2008. (...) Olha que absurdo! Depois de tantos anos, tem que chamar a atenção, de novo, dos estados e municípios [para o fato de] que essa população é importante, é prioritária. Então, vamos fazer plano prioritário de atenção pra essa população (E12, entrevista).

Seguindo essa inclinação, no período inicial dos anos 2000, o governo – tendo Barjas Negri como ministro da Saúde e Paulo Teixeira, como coordenador nacional do Programa de DST/Aids – encabeçou a produção de alguns materiais e campanhas de prevenção dirigidos ao público gay/HSH. Podem ser citados a peça “Campainha”¹, produzida pelo Ministério da Saúde para a televisão aberta; o anúncio “Use camisinha com seu namorado: também é uma conversa de pai para filho”, divulgado em revistas de grande circulação (Figura 5); a vinheta “Fantasias”, produzida pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, para veiculação em salas de cinema convencional, e o vídeo “Exibicionistas”, destinado à exibição nas salas de cinema pornográfico frequentados por gays/HSH (“cinemão”) e referido no capítulo anterior (Ver Brasil, 2002).

Essa lista pode ser complementada por outras iniciativas, tais como o vídeo “Pra que time ele joga?”, produzido pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo e distribuído nacionalmente na rede escolar, e os demais exemplos citados no capítulo anterior. Alguns materiais também foram produzidos em nível local por diferentes municípios. Ainda assim, em conjunto, trata-se de uma coletânea incipiente e com visibilidade limitada.

¹ Disponível em

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos_campanhas/2010/42739/filme_sem_marca1.wmv e <https://www.youtube.com/watch?v=ZMV7iw6rs10> (Acesso 02 mar2015).

FONTE: Portal do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais

Figura 5 – Anúncio “Use camisinha com seu namorado: também pode ser uma conversa de pai para filho”. Produzido pelo Ministério da Saúde, Governo Federal (2002). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanhas/2002/38288> (Acesso 5 mar 2015).

A análise do vídeo “Campainha” – que seria, em tese, o material de maior abrangência nessa lista – nos permite vislumbrar os limites e entraves impostos à produção de tais iniciativas. Essa campanha mostra uma situação de conflito no relacionamento afetivo-sexual entre dois rapazes. Um deles vai à casa do outro na tentativa de uma conciliação, mas não obtém sucesso. Na casa, a família do segundo rapaz lhe oferece consolo e suporte. Sua mãe, por exemplo, afirma: “Filho, você vai encontrar um rapaz que te mereça”. Ao fim, o narrador conclui: “Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças”.

Essa campanha configura uma das raras vezes em que o homoerotismo foi abordado de forma evidente nos discursos governamentais veiculados na televisão aberta. Segundo os Cadernos Pela Vidda (2006), até então, os gays/HSB nunca haviam sido alvo de campanhas oficiais.

Ao mesmo tempo, a campanha consiste em um dos poucos casos em que os discursos do combate ao estigma/preconceito e da prática preventiva aparecem juntos. O conteúdo da cena apresentada mostra uma ênfase clara no enfrentamento da

homofobia e na promoção do respeito às minorias sexuais, mas a camisinha aparece, mesmo que de forma pontual, apenas no encerramento.

Eu, lá no Ministério [da Saúde], tive o privilégio de acompanhar a produção da campanha que eu considero a mais ousada, que foi aquela propaganda da campanha de 2003, (...) primeiro de dezembro de 2003, que era [para] TV aberta, horário nobre, (...) que o menino tocava a campanha procurando o namorado, a família atendia e era muito bonita. (...) Por que eu considero ela legal? Porque uma campanha de televisão aberta, de horário nobre, é muito cara. E eu acho que, se o governo [ou], no caso, o Programa e o Ministério escolhem bancar – inclusive bancaram tudo o que aconteceu depois, os questionamentos e tal – demonstra prioridade, aponta prioridade pra esse tema, coisa que, depois, a gente nunca mais conseguiu uma campanha como essa. (...) Mas que, mesmo assim, ainda foi pouco. Eu considero que o investimento explícito da linguagem de prevenção para população gay foi muito pequeno, porque sempre teve que enfrentar essas resistências todas. (...) Inclusive, parte de alguns militantes (...) discordavam de ir ao ar uma campanha dessa que não falasse diretamente. Mas outros, ao contrário, achavam que essa era a estratégia ideal mesmo, falar da desconstrução do preconceito. E, ao final, a gente tinha lá a camisinha, fazia referência à camisinha (Cristiane Gonçalves, entrevista).

A campanha e, em especial, as repercussões que produziu na sociedade são emblemáticos na compreensão dos desafios enfrentados na abordagem da temática das relações não heterossexuais e sua articulação com a prevenção.

...[a campanha] ficou pouco no ar. O CONAR² pediu pra retirá-la do ar, porque as pessoas, [os] cidadãos, reclamaram, mas ela chegou a ser veiculada bastante. Mas reclamaram que estava ofendendo a família. (...) O CONAR deu um parecer contrário à veiculação da [campanha], mas ela já tinha sido veiculada (Mário Scheffer, entrevista).

Então, eu tive essa oportunidade de acompanhar esse trabalho lá da campanha, que eu considero um trabalho revolucionário, se a gente olhar para o que aconteceu depois. (...) Essa campanha foi objeto de várias [denúncias], muita gente entrou no Ministério Público. Não

² O CONAR (Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária) é uma ONG que se propõe defender as prerrogativas constitucionais da propaganda comercial. Sua missão consiste em “impedir que a publicidade enganosa ou abusiva cause constrangimento ao consumidor ou a empresas e defender a liberdade de expressão comercial” (CONAR, 2015).

tinha nada na campanha, veja você, era uma campanha bonitinha. (...) Mesmo assim, teve muita gente que entrou no Ministério Público. A gente, depois, enfrentou, [por] um tempão, uma briga, porque queriam, inclusive, deixar a campanha indisponível. Queriam sumir com a campanha. Sabe, assim? [Queriam] que ninguém tivesse acesso. (...) A gente queria repetir e, aí, o CONAR tinha sido notificado de que não era pra veicular mais. (...) O CONAR tinha [afirmado algo] tipo assim: “Arquivei, ok, não é pra veicular mais, eu vou arquivar essa imagem e não vai ser mais veiculada”. E sem entrar em contato com quem tinha produzido, ou seja, com o Ministério [da Saúde]. Então, a gente entrou numa briga com o CONAR pra deixar a... Tudo bem, a gente desistiu de veicular, porque ia dar muito trabalho, porque, portanto, tinha caído num arquivo de coisas que não iam mais ao ar por parte do CONAR. Mas a gente entrou numa briga com o CONAR pra liberar a imagem, pra deixar a imagem disponível pra quem quisesse, [já] que ele tinha cometido aí uma falha, ao arquivar a imagem, ao achar que não era mais de interesse por parte de quem produziu utilizar a imagem. (...) A gente conseguiu reverter, na época. Mas foi uma briga chata assim (Cristiane Gonçalves, entrevista).

Ah, ela não foi tirada de circulação, não. Ela não foi tirada de circulação. Ela passou, tudo direitinho. (...) Mas alguém [ou] alguma instituição fez uma queixa junto ao CONAR e o CONAR acatou e ela não poderia voltar à circulação se a gente quisesse. Mas ela não ia voltar à circulação. [Então], nem mexemos no assunto (Paulo Teixeira, entrevista).

Diferentemente de outros exemplos citados no capítulo anterior, esta campanha não apresenta conteúdo sexualmente explícito, não podendo ser considerada como um material de teor erótico/pornográfico. Logo, a ocorrência de denúncias contra ela tem como alvo a exibição mais branda do homoerotismo, considerada imoral ou, no mínimo, imprópria. Tal inadequação não se restringe à apresentação de rapazes gays ou de uma relação entre iguais. Ela é conformada, especialmente, pelo fato de apresentá-los sem a demarcação de marginalidade, desigualdade ou mesmo descrição que eram habituais nas aparições dessa temática na mídia mais popular nessa época. Como afirmou Mário Scheffer, em entrevista, a campanha apresenta “um ambiente totalmente acolhedor, de aceitação”. Parte da transgressão, nesse caso, consistiu em propor que a relação entre dois rapazes deveria ser encarada com as mesmas “naturalidade” e trivialidade de uma relação entre

homem e mulher. Embora haja a reprodução de um padrão convencional heteronormativo, tal equiparação teve efeito revolucionário, segundo a pontuação de Cristiane Gonçalves, na narrativa acima.

Esse episódio deixa evidente como o enfrentamento da homofobia e das consequentes opressão e violência implica no confronto dos padrões morais arraigados na sociedade, sobretudo nos valores relacionados ao tradicional modelo de família. Não surpreende, nesse sentido, a dificuldade enfrentada pelo governo diante da necessidade de confrontar tais barreiras. A despeito da existência de significativos esforços dos/as trabalhadores/as da política pública de saúde e do investimento em projetos desenvolvidos pelos movimentos sociais, tais lacunas da atuação governamental têm se convertido em fatores de aumento da vulnerabilidade dos indivíduos à infecção e ao adoecimento pelo HIV/aids.

Então, tem uma resistência muito grande de fazer com que os programas consigam ousar, porque precisa ser ousado pra trabalhar com sexualidade e precisa ser mais ousado ainda pra trabalhar com gay. Então, é difícil vencer essas resistências. É muito difícil. Mas da minha experiência, de verdade, assim, eu tenho plena convicção de que existia, sim, o interesse de fazer com que isso acontecesse. Só que não foi suficiente. Não é e não foi suficiente pra responder à altura de uma epidemia como a gente tem. (...) Não é o suficiente e a gente faz parte dessa sociedade que resiste a essas coisas mais ousadas, resiste a enfrentar explicitamente essas questões de saúde pública que fogem ao padrão heteronormativo, que rompem com as certezas que alguns setores querem que continuem dominando (Cristiane Gonçalves, entrevista).

No que diz respeito a materiais mais eróticos/pornográficos, as reações têm sido ainda mais contundentes. Se a exibição mais branda do homoerotismo tem sido encarada por parte da sociedade como algo imoral, a resistência aos materiais que exibem conteúdo sexualmente explícito atinge um patamar mais alto no campo da transgressão. Isso pode ser visto no exemplo a seguir, referente ao panfleto “*Darkroom*”, produzido pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (descrito na página 128):

Ele [o panfleto] trabalhou com fotografia de pessoas de verdade, tinha cenas de nus, era foto de... Era material pra quem frequenta darkroom. Ele era super explícito e (...) sofremos vários processos.

Assim, não chegou a ser processo, mas, várias vezes, o Ministério Público nos interpelou, por conta deste material. (...) Você vê que é tão assim que quando a gente começou a trabalhar com esse material, a gente era super cuidadoso e era só pras ONGs que tinham trabalho nas casas noturnas. A gente não mandava pra todo mundo, já preocupados com isso. (...) Não porque a gente achasse que o material... Mas pensando nas consequências, (...) [já] que qualquer movimento que a gente fizesse no sentido da visibilidade pra essa questão de uma maneira positiva, de querer desmistificar essas coisas, de falar sobre a questão do direito dessas pessoas e tal, ele sempre... A gente sempre trabalhou em cima de uma linha muito tênue, porque as pessoas (...) [e] a sociedade de modo geral (...) usam da mesma estratégia, do mesmo material, no sentido inverso, para gerar mais preconceito, pra tirar direito, porque ou faz uma leitura torta do material ou tira aquilo do contexto e joga num outro contexto [em] que perde todo o significado e, aí, vem com um discurso moralista pra cima da gente ou de quem tiver... Muitos municípios tiveram problemas sérios (...) com esse material, com outros materiais. O mesmo tipo de problema. Esse material específico deu muito problema, mas a gente nunca desistiu de trabalhar com ele. Mas era isso. Aos poucos, a gente foi soltando mais mesmo, porque era isso, a gente sentia que vinha num crescente de coisa avançando, melhorando. Aí, os municípios usavam o material em oficinas, avaliavam o contexto e usavam sem muitos problemas. Mas, vira e mexe, um ou outro, porque não está todo mundo igual, no mesmo tempo e tal, um ou outro acabava tendo algum problema. Ou assim, eu me lembro desse caso da escola, que acho que a pessoa viu o material na mesa do colega no serviço de saúde, sei lá, aí pegou e levou pra casa. E, sem querer, o filho pegou e levou pra escola. (...) Aí, leva pra escola para mostrar para os amiguinhos. (...) Daí, a professora fica indignada, todo mundo indignado e aí [questionam]: “como esse material vem parar aqui?” E [é] aí que já questiona a legitimidade do material, se isso é coisa que uma secretaria de saúde faça, entendeu? Vem todo esse questionamento. Você vai encontrar argumentos moralistas nos mais diferentes lugares, desde no serviço de saúde, na escola [ou] no Ministério Público, que acata a denúncia e aciona o Poder Público, (...) aciona lá o Secretário [de Saúde] e diz: “o que que é esse material?” Eu cansei de fazer carta-justificativa, argumentação pra explicar o porquê desse material, qual é o contexto, não-sei-o-quê. (...) Nunca deu em nada, você sempre consegue justificar mais formalmente. Mas prejuízos locais ou para o trabalho existem, porque, muitas vezes, o Secretário, só pra não arrumar confusão, ele fala: “tira esse material, recolhe esse material, não quero ver mais esse material”. (...) Nem me lembro, na época, se teve [alguma reação por parte] de igreja, não. Lembro que teve de coisa de escola, que material que foi acabar em escola. Lembro de pessoa comum, pessoas que acabam pegando o material e achando aquilo um absurdo, cidadãos. (...) E a gente teve as coisas mais

formais de Ministério Público e teve as informais. Por exemplo, como o nosso material sempre teve os nossos contatos, (...) aí a pessoa [liga e] fica dizendo milhões de desaforos, (...) [questiona] se é papel do governo fazer esse tipo de material, ba-ba-ba, entendeu? Tem de tudo, e-mails que a gente recebe. Então, isso também tá presente. E, então, tem isso, você fazer um material mais arrojado também tem consequências. Uma que já é mais difícil você conseguir autorização para fazer dentro da máquina pública. (...) E, quando você consegue isso, depois de pronto, você ainda tem que lidar com tudo isso (E12, entrevista).

A despeito desses limites, que se traduzem em restrições ao avanço do trabalho preventivo e no aumento da vulnerabilidade de gays/HSB ao HIV/aids, o panorama apresentado contempla um inegável avanço na abordagem do homoerotismo e na prevenção específica. Os esforços e os produtos desse período constituíram uma parte da resposta às demandas identificadas pelos movimentos sociais e pelos próprios profissionais e gestores de saúde. Tal avanço se mostra ainda mais relevantes diante do retrocesso que caracteriza o período seguinte, que se estende do final da década de 2000 até os dias atuais.

8.2 Dias atuais: moralismo e endurecimento político

Nesses últimos anos, no Brasil, temos presenciado um reforço dos entraves que se impuseram ao trabalho preventivo, ao longo dessa história, no que diz respeito à abordagem das (homo)sexualidades e no direcionamento dos discursos para o público gay/HSB. Esse fenômeno faz parte da configuração de um cenário político geral mais endurecido e moralista, resultante de dois fatores principais.

O primeiro deles está relacionado à expansão do fundamentalismo religioso na política brasileira, vinculado, notadamente, à frente parlamentar do Congresso Nacional composta por políticos evangélicos, predominantemente representantes da Assembleia de Deus. Embora exista desde 2003, a denominada bancada evangélica atingiu proporções mais significativas a partir das eleições de 2010, quando passaram

a representar 14,2% dos deputados e 5% dos senadores eleitos (Castro e Mattos, 2013). Nas eleições de 2014, a bancada cresceu 14% (Bacelar e Carvalho, 2014). O posicionamento contrário à promoção dos direitos dos segmentos LGBT e ao combate à homofobia configura uma das principais bandeiras que pautam suas ações, juntamente com a criminalização do aborto e das drogas.

O segundo fator diz respeito ao painel governamental mais amplo, que congrega uma complexidade de arranjos e tensões político-partidários. Esse panorama parece ter assumido proporções críticas com o fim do segundo mandato do presidente Lula e a eleição de Dilma Rousseff para o cargo. Ambos pertencem ao Partido dos Trabalhadores, que foi o primeiro partido a incorporar a discussão das questões LGBT dentro de seu escopo (Facchini, 2005). Em conjunto, a gestão desses dois governantes representou a entrada da esquerda na instância governamental máxima de um sistema político estruturado historicamente pela direita. Consequentemente, dentro de tal sistema, houve uma desconfiguração de parte dos posicionamentos originais desse partido.

Segundo Marcos Nobre (Mendonça, 2011), o governo Dilma tem sido caracterizado por uma “tática de queda de braço”, que, na negociação entre as diversas forças políticas, consiste em eleger prioridades e prescindir de determinadas conquistas. Nas palavras de Nobre, a tática se resume a escolher as brigas que se vai perder e, assim, distinguir o que é fundamental do que não é tão fundamental.

Em tal conjuntura, a defesa das questões LGBT tem figurado entre aquilo que parece ser menos fundamental. Nessa direção, as investidas dos políticos religiosos conservadores têm conseguido avançar de forma significativa, havendo um recrudescimento de discursos que encaram o homoerotismo como patologia ou pecado³.

³ O avanço da interferência do fundamentalismo religioso nas políticas públicas relacionadas à sexualidade ou, mais propriamente, a questões LGBT ficou evidente, por exemplo, no episódio de veto ao “*kit* anti-homofobia”, em 2011. Esse material foi desenvolvido por diversas entidades não governamentais, com a supervisão do Ministério da Educação, para ser distribuídos nas escolas da rede pública. O *kit* foi considerado inadequado, sob a justificativa de fazer “propaganda de orientações sexuais”. Outro exemplo emblemático ocorreu com o “projeto da cura gay”, descrito no capítulo 4. Nesse sentido, pode ser lembrado ainda o veto à campanha “Eu sou feliz sendo prostituta”, produzida pelo Ministério da Saúde, em 2013. Destinado à redução do preconceito contra as profissionais do sexo e à orientação sobre prevenção de DST/aids, esse material também foi considerado inapropriado.

Então, é uma coisa absurda o que a gente vive hoje. Eu acho que, do jeito que a gente tá caminhando, a gente tá calçando um caminho para que a gente tenha um presidente evangélico em pouco tempo nesse país. E, aí, toda a questão da laicidade do Estado é uma coisa que [se] coloca em risco. (...) A gente, teoricamente, é um Estado laico, mas, na realidade, a gente sofre uma influência fundamentalista muito grande. (...) E, então, assim, acho que o grande problema desse governo é que [ele] está negociando direitos humanos. E direitos humanos você não negocia. Quando você começa a negociar direitos humanos, você tá degradingando absurdamente o sistema. Porque, sempre que você negocia direitos humanos, você está colocando pessoas ou grupos ou segmentos em detrimento a outros, não garantindo acesso à saúde, à educação ou a qualquer coisa. Então, é muito delicado. (...) A gente tá voltando para um controle muito forte dos corpos, da sexualidade, dos desejos, da autonomia das pessoas. (...) Eu tenho muita briga com algumas pessoas [que dizem]: “ah, mas você precisa perceber que esse governo conseguiu tirar as pessoas da linha da pobreza.” Não se compara. Ótimo que tirou as pessoas da linha da pobreza. Eu acho fantástico e tem que fazer isso mesmo e tem todo o meu apoio. Agora, não cerceiem a sexualidade das pessoas, não aprisionem os seus corpos, não definam o que elas devem fazer com os seus corpos, achando que isso é uma concessão pra você ter mais benefícios para outra parte da população. (...) Então, eu acho que a gente nunca esteve tão ruim. Eu acho, porque, por um lado, então, tem isso; por outro, você tem uma estrutura, você tem uma Secretaria de Direitos Humanos com status de Ministério [e], nessa secretaria, você tem uma Coordenação de Assuntos LGBTs, você tem um coordenador, você tem uma equipe, que é pra inglês ver. (...) [É] uma coordenadoria que não tem recurso, uma coordenadoria que tem uma clara designação de frear as questões, de botar freio nas questões. Então, é muito perverso isso. É extremamente perverso. E isso se replica (Beto de Jesus, entrevista).

De uns anos pra cá, acho que os contextos, de um modo geral, social, têm melhorado: a conquista dos direitos, a partir das conferências; maior visibilidade... As coisas têm melhorado no âmbito de conseguir alguma legislação protetiva, conseguir alguns direitos, mas a gente não está vivendo um momento muito bom de novo, porque, nesse cenário, está todo mundo lá cheio de... As frentes parlamentares, tudo, os evangélicos dominando tudo. (...) Isso tudo é perigosíssimo, porque direitos que já foram conquistados estão correndo o risco. Têm projetos sendo apresentados no legislativo para tirar direitos, coisa que a gente já conseguiu (E12, entrevista).

A prevenção de HIV/aids foi um dos campos em que o endurecimento político relativo à questões LGBT se mostrou influente. Além dos entraves já existentes, o direcionamento de discursos preventivos para o público gay/HSH passou a esbarrar na postura fundamentalista de políticos religiosos defensores de uma heterossexualidade compulsória. Em contraste ao avanço dos direitos LGBT em algumas instâncias sociais (como a aprovação da união estável e, depois, do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo no âmbito do Poder Judiciário), a prevenção específica consta entre as áreas mais imobilizadas ou retrocedentes em relação a tais direitos.

Tem esse problema que vem da influência da bancada religiosa não só no legislativo, mas no executivo e nas políticas públicas e, mais especialmente, nas políticas públicas de saúde. Tem na [política] de direitos humanos, na de educação também, [em] todas as políticas que vão lidar com direitos sexuais. Os caras estão de marcação cerrada. (...) Acho que tudo isso tem um impacto muito grande na prevenção. (...) Cara, eu não vejo coisas boas pela frente não, nessa coisa de prevenção e HSH, sabe? Por conta da desmobilização do movimento [social e] por conta do cenário político em âmbito nacional, que acaba [repercutindo] também nos outros níveis de governo. Eu acho que tem um jogo tenso entre mostrar e ocultar as políticas que se faz pra LGBT. Quer dizer, você [o governo] tem que fazer porque o movimento demanda, mas você não pode mostrar porque, senão, você vai apanhar dos evangélicos ou dos religiosos conservadores, dos políticos religiosos conservadores. Acho que, [devido a] tudo isso, assim, logo a gente vai ver coisas feias, sabe? Não sei. É pessimista, mas (...) eu acho que [pode ocorrer] uma piora mesmo nessa coisa dos dados epidemiológicos (Regina Facchini, entrevista).

Eu acho que começa a haver mudanças onde o governo vai perdendo a sua ousadia. Ele já vai perdendo a capacidade de reagir às pressões evangélicas; cresce a pressão evangélica, cresce a bancada evangélica. O governo se alia com esses setores também. Então, eu acho que tudo isso são mudanças em que o governo vai criando terreno para que essa tensão de forças [e] esses conflitos vão acontecendo dentro do próprio Programa Nacional [de DST/Aids]. Só que acho que o que está vencendo é o lado mais careta, mais conservador, mais afiado em manter as alianças, em pensar mais na governabilidade da administração atual do que na prevenção mesmo. Outros interesses vão entrando (...) e a prevenção, hoje em dia, vai virando um lugar de disputa mesmo para as coisas de valores e, também, por questões de barganhas políticas, enfim. E eu acho que é

isso que, [em relação] à prevenção, está acontecendo atualmente no Brasil. Eu acho que nem é uma coisa de conservadorismo tão explícito que a gente vai [desenvolvendo]. Eu acho que o conservadorismo é o que impulsiona, em certo sentido. Mas, na verdade, é coisa de jogadas, barganhas políticas (Veriano Terto Jr., entrevista).

Eu acho que [é] absolutamente importante – para que, primeiro, qualquer discurso seja mais aderente – que a sexualidade gay seja um direito, que hoje não é. (...) E acho que isso passa por questões de responsabilidade em várias esferas. Então, tem a responsabilidade mais macro, que talvez seja mais governamental, de reconhecer isso como um direito para que os diferentes discursos de prevenção se conectem a isso, porque a gente ainda vive, de algum modo, num contexto onde a sexualidade gay não é um direito. Se não é um direito, como é que eu vou permitir que se faça uma campanha direcionada pra essa população? Se eu não reconheço isso. (...) Então, como que eu vou erotizar, como que eu vou falar que gay faz sexo numa campanha, como que eu vou erotizar este uso [da camisinha]? Eu preciso dizer que ele faz sexo, que ele tem vida sexual, que ele pode ter vida sexual (E13, entrevista).

A inércia que tem comprometido o avanço da prevenção se torna mais expressiva frente à configuração epidemiológica da epidemia evidenciada nos últimos anos. A identificação de que as taxas de incidência revelam uma epidemia concentrada em populações chave, dentre as quais estão os gays/HSB (Brasil, 2000; Fonseca e Bastos, 2007; Malta *et al.*, 2010), reforçou a demanda por atenção a esse público e, em especial, por campanhas preventivas dirigidas a ele.

No que diz respeito mais especificamente às campanhas governamentais, alguns episódios expressam restrições oriundas desse panorama político, que vão desde o refreamento da produção de discursos preventivos específicos até casos mais explícitos de contenção de algumas iniciativas.

Eu acho que antes, sei lá, nos últimos cinco, dez anos, a gente tinha algo mais contextualizado. [Ainda] não era o que a gente pensa como interessante pra prevenção, de fato, [que é a proposta] de contextualizar as relações, mas tinham campanhas muito mais específicas, mais direcionadas, que dialogavam, de algum modo, com os grupos. Então, dialogava com os gays. E, agora, o que eu tenho acompanhado é que [a política de prevenção] tenta dialogar com

todo mundo ao mesmo tempo, como se as relações se dessem do mesmo modo (E13, entrevista).

Beloqui e Terto Jr. (2012) registram uma sequência de fatos emblemáticos que se organizaram em torno de tais restrições nas campanhas de massa do Ministério da Saúde, destinadas à veiculação na televisão aberta. Primeiramente, os autores ressaltam que, em 2011, o governo anunciou que a campanha do Dia Mundial de Aids seria direcionada aos jovens gays/HSB e, em seguida, “apresentou peças consideradas pouco eficientes, confusas e superficiais, (...) que não falavam nem de HIV, nem de jovens, nem de homossexuais” (p.2).

No carnaval de 2012, a campanha já produzida sofreu um processo de redirecionamento, entendido por vários representantes dos movimentos sociais como veto ou censura. Dentre os vídeos que compunham essa campanha, destaca-se a peça que exhibe a cena de uma paquera entre dois rapazes em uma festa. Depois de se conhecerem, os dois começam a se acariciar com toques no rosto, no pescoço e no peito, sempre na iminência de um beijo. Um deles pergunta se o outro tem camisinha e este responde negativamente. Há uma interrupção da cena, de modo a indicar que o sexo não irá acontecer devido à falta do insumo de prevenção. Surge, então, uma fada e lhes oferece uma camisinha. Assim, eles voltam às carícias. O vídeo é concluído com a seguinte mensagem: “Isso [a paquera] rola muito. Já isso [a fada trazendo a camisinha] é difícil. Na empolgação, rola de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua”.

A campanha contou com evento de lançamento no Rio Janeiro, no qual os vídeos foram exibidos. Além disso, estes foram disponibilizados no site do Ministério da Saúde. No entanto, foram retirados nos dias seguintes. Houve também uma retificação por parte do ministro da saúde Alexandre Padilha e de demais representantes do governo acerca da veiculação da campanha. Eles explicaram que o vídeo não estava destinado à circulação em televisão aberta, mas em ambientes fechados específicos, tais como boates. Apresentou-se também a justificativa de que a peça havia sido suspensa em razão de incorreções técnicas (mais especificamente, uma suposta falta de legendas). Nesse ínterim, foi produzido um vídeo mais simples

e genérico. Este foi, então, veiculado na televisão em substituição ao primeiro⁴ (Beloqui e Terto Jr., 2012).

Era a batalha [das ONGs] com o governo pra ter campanha de massa com conteúdo dirigido a gays. Isso foi feito, ao longo do tempo, umas [ou] duas [vezes] e a terceira foi essa que deu polêmica. (...) [Essa] da fadinha entregando a camisinha pros gays, (...) que, aí, ela foi censurada para veiculação de massa (Mário Scheffer, entrevista).

Então, teve censura da campanha para população vulnerável e isso devido à aliança governamental. (...) Então, naquele momento [anterior], não tinha e hoje a gente vê, por esse quadro, que a religião entrou no Estado, inclusive – a gente fala – ameaçando direito à saúde das pessoas. Ou seja, à custa do direito à saúde, da equidade, porque esse grupo, que é mais vulnerável, está mais exposto. (...) Isso mostra a incapacidade do governo de alcançar publicamente as populações vulneráveis, a incapacidade do governo de se preocupar com as minorias, com [o] direito à saúde das minorias. Incapacidade por causa da sua política de alianças (E11, entrevista).

O possível veto dessa campanha foi apontado em quase todas as entrevistas como um indicativo do fortalecimento do conservadorismo na política brasileira e do cerceamento da prevenção específica. Tal percepção foi expressa como uma preocupação com as consequências desse cenário em relação ao aumento da vulnerabilidade de gays/HSB ao HIV/aids e, de forma mais ampla, à ameaça às conquistas alcançadas ao longo do enfrentamento da epidemia.

Bom, eu acho [a restrição a campanhas direcionadas ao público gay/HSB] o maior absurdo porque o conteúdo das campanhas não está falando nada que não esteja dentro do script de uma epidemia concentrada. Então, apesar de ser uma (...) [campanha] que fala para um público geral (...), tem um efeito também importante na população específica. Ela tem, na verdade, um efeito duplo. Ela tem um efeito de combater estigma e preconceito, por um lado, e o outro de dar informação correta sobre o uso do preservativo para aquelas populações que, de fato, às vezes, necessitam dessa informação. E, muitas vezes, isso [essa informação] não é veiculado, por exemplo, em veículos de massa. (...) Através do meio de massa, você consegue uma abrangência muito maior com a população. (...) E a omissão em

⁴ Ambos os vídeos estão disponíveis no artigo de Beloqui e Terto Jr. (2012), em <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=9212&sid=4> (Acesso em 5 mar 2015).

relação a isso é um prejuízo enorme do ponto de vista do controle da epidemia. Não haja dúvida nenhuma. Disso não tenho nem uma dúvida. (...) Apesar das estratégias terem possibilitado outras alternativas em mídias, vamos dizer, mais fechadas, mais dirigidas, o fato de você fazer esse apelo de comunicação (...) é extremamente importante. Eu acho que esse é o ponto. E eu acho que isso foi marcado ao longo desses [anos]. Desde que houve a mudança do foco para uma epidemia concentrada e que você tenta fazer campanhas específicas, a gente vem se confrontando com essa situação de resistência e de recuo em relação à forma como o governo trabalha essa informação. Então, eu acho que, de fato, há um retrocesso nessa questão. (...) Quer dizer, há um avanço na medida em que você amplia a representação do movimento [social] nas instâncias do Sistema Único de Saúde, [que] você tem um programa de saúde pra população GLBT. Quer dizer, tudo isso são ganhos importantes e significativos. Mas, no que diz respeito à questão das campanhas para população específica, há um recuo tremendo (Ivo Brito, entrevista).

Aí, tu vê o modelo retomando o seu lugar como produtor de discurso sobre prevenção e indo contra a tradição que vinha se estabelecendo, que era trabalhar uma prevenção muito mais ligada a uma visão ampla de sexualidade, a uma ideia de prevenção como saúde integral, onde direitos humanos, comportamentos, tudo isso estaria junto. Agora, as coisas estão do jeito que estão (Veriano Terto Jr., entrevista).

Nos anos seguintes, as campanhas seguiram a direção do discurso generalizado, sem fazer referências claras ao público gay/HSB. Uma tentativa sutil de aproximação com esse direcionamento pode ser identificada na campanha veiculada em 2015. O vídeo mostra primeiro um compilado de cenas rápidas nas quais as pessoas festejam o carnaval e, em seguida, a realização da testagem para HIV em um serviço de saúde. Na primeira parte, uma das cenas apresenta a paquera entre dois rapazes⁵.

No carnaval desse mesmo ano, uma campanha de prevenção dirigida expressamente ao público gay/HSB foi produzida pelo deputado Jean Wyllys, que tem empunhado a defesa dos direitos LGBT no Congresso Nacional e demarcado uma polarização em relação à postura conservadora dos políticos fundamentalistas. Esse vídeo apresenta o desenrolar de um encontro entre dois rapazes (um negro e um

⁵ Disponível em <https://www.facebook.com/video.php?v=10152981748777159&fref=nf> (Acesso 6 mar 2015).

branco). A interação é marcada por um teor de sensualidade: há beijos, abraços e o convite ao sexo com camisinha⁶. O caráter independente dessa iniciativa e o nítido direcionamento de seu conteúdo acentuam a dificuldade do Ministério da Saúde de abordar o homoerotismo em suas campanhas.

Outras formas de divulgação de materiais e de atuação em prevenção não necessariamente têm sido cerceadas na mesma medida que as campanhas de massa, especialmente por se tratarem de discursos e ou posturas mais localizados ou com menor alcance. A análise das campanhas de massa, no entanto, torna evidentes as forças repressoras às quais o trabalho prevenção e abordagem da vulnerabilidade do público gay/HSB, em particular, estão sujeitos.

8.3 Crise da prevenção: limitações do governo e dos movimentos sociais

As dificuldades de direcionamento dos discursos preventivos para o público gay/HSB, provenientes da expansão do moralismo e do endurecimento político, assim como os limites relacionados ao uso tecnicista da prevenção, podem ser somados a outros fatores conjunturais que têm justificado a afirmação de que o enfrentamento da epidemia encara um momento de crise.

Segundo Mário Scheffer, em entrevista a Lemes (2012), trata-se de uma crise sem precedentes na história da epidemia brasileira. Ela envolve tanto a atuação do governo quanto dos movimentos sociais e se expressa, especialmente, na defasagem da relação entre essas duas instâncias.

No que diz respeito ao governo, a atuação no campo da aids e a prevenção, de modo particular, vêm sofrendo, nos últimos anos, o impacto de mudanças na estrutura da política pública de saúde. Nesse sentido, os setores governamentais responsáveis pelo enfrentamento da epidemia têm perdido a posição de destaque da qual gozou em períodos anteriores. Tal posição, justificada pela ideia de excepcionalidade da aids, foi questionada ou criticada com certa recorrência ao longo

⁶ Disponível em <https://www.facebook.com/video.php?v=831706700210672> (Acesso 6 mar 2015).

da história da epidemia. Conforme o Programa Nacional foi sendo desenvolvido e adquirindo visibilidade, fortaleceu-se o argumento de que muito dinheiro era destinado à aids, ao passo que o país teria doenças mais sérias para tratar. Na segunda metade da década de 1990, essa crítica passou a ser sustentada por alguns profissionais e pesquisadores da área da saúde, como mostra Galvão (2000).

Com a diminuição e, depois, o encerramento dos investimentos do Banco Mundial na resposta brasileira à aids, impôs-se gradativamente a necessidade de se equacionarem os recursos direcionados ao enfrentamento da epidemia em conjunto com as demais demandas da política pública de saúde.

Na medida em que foi saindo o dinheiro do Banco Mundial, [isto é, na medida em que, n]os AIDS I, II, III e tal, eles foram diminuindo o dinheiro, (...) o governo foi pondo mais dinheiro nosso [brasileiro]. Foi paulatino. (...) Ao longo dos anos, foi [se] perdendo [recurso]. (...) Enfim, a aids vem num movimento de perder espaço dentro da política pública como um todo, na medida em que ela vai se tornando uma doença mais crônica e tal, [além d]o impacto social que diminuiu um pouco, enfim. Já não tem mais aquele... As luzes não estão brilhando aqui em cima da gente mais. E começou a haver um movimento também de nível nacional e tal pra acabar com isso [de existir um] dinheiro marcado pra nós, porque é também uma briga por recursos no âmbito da saúde de um modo geral. Aí, cada um puxa a sardinha pro seu lado. Ah, tem a política [d]o câncer, tem a hipertensão, tem os idosos, tem os portadores de deficiência... Cada um quer puxar a sardinha pro seu pedaço (E12, entrevista).

Desse modo, tem se processado um enxugamento da infraestrutura dos programas e ações de HIV/aids. Além disso, as mudanças nas formas de aplicação e repasse dos recursos tem se convertido, muitas vezes, em dificuldades no acesso aos mesmos.

Eu sinto, também, que há pouca gente. Eu tenho a impressão [de] que os programas estaduais e municipais estão com menos gente. Pode ser só impressão minha, mas o Ministério [da Saúde], com certeza, tem menos gente, já não é de hoje. Mas eu vejo as equipes mais reduzidas e isso é um problema sério da prevenção, trabalhar com menos gente. (...) Eu acho que é problema mesmo do SUS, de como vincular, manter as pessoas, manter as equipes. Eu acho que reflete aquilo que o SUS já vem vivendo [há] alguns anos e [que] os programas de aids não tinham porque contavam com a possibilidade de contratação fora do SUS, coisa que já não é mais possível hoje. Isso é uma diferença relevante. Então, eu, inclusive, e outros

profissionais trabalhamos para os programas estaduais e municipais e mesmo [para] o Programa Nacional com um tipo de vinculação que era de consultoria, coisa que não é mais possível. Manter alguém na equipe como consultor já não é mais possível, o que, por um lado, é ótimo. Quer dizer, você tem que ser funcionário público, do ponto de vista de entender o programa de aids como parte do SUS. Faz todo sentido. Só que, por outro lado, o que acaba ocorrendo [é que] você, daí, tem as mesmas lacunas que tem nos outros serviços do SUS: uma equipe que gira muito, acaba trocando de serviço ou não vincula ou fica com uma equipe reduzida. Então, eu acho que essa questão foi importante para a aids. Deu um impacto relativo, assim, no trabalho de prevenção, não poder contar com uma equipe ampliada (Cristiane Gonçalves, entrevista).

Assim, o dinheiro também se escasseou bastante e também os programas foram ficando bem mais amarrados, porque, agora, o dinheiro não vem direto, ele entra no fundo municipal de saúde, entra no fundo estadual e, aí, é tudo o mesmo saco. Embora tenha lá um documento, uma pactuação, não-sei-o-quê, que o dinheiro é para tal coisa, mas ele acaba tendo que obedecer, de novo, aos mesmos fluxos de qualquer outro dinheiro dentro do município. (...) Então, hoje em dia, embora o dinheiro exista, o jeito de gastar está mais difícil. Então, o que a gente observa é [que] muitos municípios não conseguem gastar o dinheiro, porque ele está, atualmente, totalmente preso dentro das mesmas regras de todo o resto. Então, às vezes, é por incompetência do setor financeiro do município, que não consegue ver as brechas, as possibilidades. (...) E, por enquanto, tem o dinheiro. Ele continua sendo repassado, mas é isso o que eu te falei, ele entra no (...) Fundo Estadual de Saúde [e] (...) no Fundo Municipal de Saúde. É uma moeda que cai dentro de um saco de moedas. Virou uma moeda a mais. Antigamente, era uma moeda que tinha um carimbo [da aids]. Ela não tem mais esse carimbo. Está ainda pactuado que ela deve ser usada prioritariamente para as ações disso. Mas nada garante mais. (...) O dinheiro não vem pra você fazer aquilo que você previu, porque foi usado pra outra coisa. Então, cadê a prioridade? Ou porque não conseguiu se definir uma estratégia para dar conta de alguma coisa mais complexa, por exemplo, que envolve outras secretarias ou outras áreas dentro da própria Secretaria, sei lá. Mas por quê? Por que não consegue? Porque, também, não teve investimento o suficiente naquilo (E12, entrevista).

As mudanças relativas à disponibilização de recursos atingem também as ONGs LGBT e de aids, de forma significativa. Essas organizações, que se desenvolveram a partir de investimentos de instituições estrangeiras e do

financiamento de projetos proveniente dos empréstimos do Banco Mundial, passaram a contar com menos fontes de recursos. Adicionalmente, nessa nova configuração, tornaram-se críticas as dificuldades de acesso e utilização dos recursos disponibilizados para a realização de ações preventivas.

...infelizmente, o movimento LGBT foi diminuindo. Tipo, quando eu pesquisei, nos anos 90, sei lá quantas ONGs eu vi, sabe? (...) Algumas tinham sede ou tinham expectativa de ter. Elas tinham atividades abertas. Hoje em dia, não tem uma ONG com atividade aberta em São Paulo. Tem uma ONG que tem sede, que é a Associação da Parada. Acho que a gente entra num momento de refluxo da institucionalização do movimento, um pouco pelo refluxo das políticas focalizadas. Então, se as políticas focalizadas emergem no pós-redemocratização, elas têm um auge nos governos do Lula e, a partir daquela tensão toda no processo eleitoral da Dilma, das necessidades do governo de coalisão, do que ela faz em relação aos evangélicos, que é muito pior, e da ofensiva por parte dos políticos religiosos, que passa a ser muito maior a partir de 2010... Eu acho que, assim, a gente tem hoje um cenário meio de desolação em relação aos grupos, porque, afinal de contas, a gente é um país rico, então agências internacionais já não botam dinheiro aqui em ONG, certo? As políticas também não existem, a expectativa de obter políticas também não. (...) E, com tudo isso, tem a coisa de que o financiamento era centralizado, depois teve a descentralização. Algumas ONGs se perdem no processo de descentralização. Aí, o dinheiro vinha carimbado para a aids. Hoje em dia, nem isso mais. Então, além de não ter a política, ainda tem toda a coisa que é própria do SUS. (...) É muita coisa minando as ações de prevenção naquele modelo (Regina Facchini, entrevista).

O movimento social de aids, que foi poderosíssimo nos anos 90 e começo do ano 2000, perdeu muito em número – muitos grupos deixaram de existir – [e] em financiamento. Um exemplo: o financiamento da prevenção nas paradas gays esse ano [de 2014] foi restrito a apenas dez grupos pelo Brasil todo e [com a disponibilização] de verbas pequenas, diferentemente de anos anteriores, que chegavam talvez quase a uma centena de grupos que tinham projetos aprovados. Não se produz mais material de prevenção pela própria comunidade e isso redundou nesse acréscimo, nesse crescimento do HIV entre a população homossexual masculina no Brasil (Luiz Mott, entrevista).

Adicionalmente, os movimentos sociais têm sofrido um processo de desmobilização política, sobretudo no que tange à militância relacionada à aids.

Diversos fatores parecem compor esse processo. A maioria deles se relaciona ao fato de que, em comparação ao momento atual, nas fases anteriores da epidemia, havia mais pessoas dedicadas à causa do enfrentamento à epidemia. Além de existir uma atmosfera favorável às lutas políticas, proveniente do período de redemocratização do país, a aids exercia um maior impacto na sociedade e nos grupos mais atingidos. O contraponto do pânico moral e da omissão governamental, frente à dimensão devastadora de epidemia, eram a mobilização e o ativismo.

Nos últimos anos, também se acentuou a dispersão dos movimentos sociais, que passaram cada vez mais a se envolver com outras frentes de atuação. Nesse sentido o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros HSH e Travestis” (Brasil, 2007) abriu o leque de possibilidades de financiamento governamental para projetos executados pelas organizações. Assim, a prevenção deixou de configurar a via única de obtenção de recursos, em especial, para as ONGs/LGBT.

...as ONGs são feitas muito de engajamentos pessoais, de militância, de ativismo, de voluntários... O fermento motor das ONGs sempre foi esse e isso foi se desidratando, ao longo do tempo. Então, houve um envelhecimento, digamos assim, dos ativistas, dos quadros. Então, hoje, acho que tem uma grande crise, que é uma crise de pessoal, uma crise física, de pessoas que se interessem em se envolver com ONGs. (...) Como no governo, como em qualquer [instituição], não se faz nada sem recursos humanos, sem pessoas ou ativistas, voluntários ou remunerados. Então, a aproximação [dessas pessoas] tem muito a ver com os trabalhos remunerados. Aí, com esses modelos de financiamento, (...) muito engessados e muito sazonais, [com] projetos que duram um ano ou duram dois anos, (...) e, nesse perfil novo, em que as pessoas se aproximam quando há essa possibilidade de remunerações pontuais, que são remunerações muitas vezes simbólicas, (...) não se consegue, hoje, montar uma equipe de voluntários que vá... Isso, nos anos 90, nos anos 2000, era só voluntário. Isso não existe mais. (...) As ONGs não têm condição de manter as suas estruturas, as ONGs não conseguem compor uma diretoria formal. (...) Algumas ONGs tradicionais fecharam as portas. Boa parte das ONGs [está] funcionando dois, três dias na semana, não tendo dinheiro para o aluguel. Eu acho que houve, recentemente, nos três últimos anos, (...) pela dramaticidade da situação, alguns movimentos tentando recompor possibilidade de financiamento, novas parcerias. Eu acho que tem uma certa recuperação. Mas é um enfraquecimento nítido, mas que eu acho que faz parte mesmo da história, faz parte da história de uma epidemia que mudou de perfil.

Algo que era extremamente mobilizador antes, era a urgência da causa. Não tem mais esse sentido, esse apelo. Acho que tinha muito esse envolvimento das pessoas que vivem com HIV. E acho que isso era algo, de fato, mais mobilizador. Atingiu outro patamar [com] o fato de ter tratamento, o fato das pessoas irem cuidar das suas vidas. (...) A gente tá falando de ONG como uma resposta comunitária política, de ativismo, reivindicatório, de denúncia, de fiscalização, de proposta de alternativa. Também não se tem pernas para cobrir isso. Assim, os ativistas que tinham uma liderança um pouco mais substantiva de formulação são pessoas que foram ficando velhas, como eu, que assumiram outros rumos. (...) As pessoas foram saindo pra cuidar de suas vidas, mas também outras se desmobilizando desse tema (Mário Scheffer, entrevista).

...o evoluir do movimento [social], que começa junto com a aids, se desloca muito e eles não querem mais discutir aids. Eles não querem. E aí começa a (...) aparecer políticas voltadas pra população LGBT, de direitos civis e tal, uma coisa mais ampla. E, ao mesmo tempo em que nós estamos querendo, de novo, chamar a atenção deles para a aids, (...) eles estão empolgados com as outras coisas que estão rolando e que estão começando a dar fruto finalmente. É uma coisa que também não acho que é ilegítimo. (...) É lógico que você vai ter exceções, você vai ter pessoas que sempre olharam pra isso [aids]. Isso sem contar que a gente tem uma coisa histórica também de que tem um movimento de aids, luta por direitos na aids. (...) E [que] não dialoga com esse outro movimento aqui que é de LGBT, que briga por direitos e que saúde é um deles, mas tem um monte de outros. (...) Mas você tem instituições e pessoas realmente comprometidas dos dois lados e o oposto também. Só que, no geral, os movimentos sociais estão muito enfraquecidos no Brasil. E aqui não é diferente. Tudo muito enfraquecido. Muito! Então, não vem grande ajuda nesse sentido, tanto da cobrança, da militância... Ah, a qualidade da militância mudou muito. A gente contribuiu, com certeza, porque o governo, com essa política forte de financiamento, (...) aparelhou todo esse povo. Assim, eles trabalham pra nós. Assim, de um modo geral, no país, a maioria das ONGs recebe financiamento (E12, entrevista).

A pauperização e a desmobilização, que têm caracterizado o cenário atual dos movimentos sociais LGBT e de aids, se expressam não apenas na diminuição do número de organizações e na dispersão de suas bandeiras, mas também no próprio enfraquecimento de sua atuação em relação à prevenção de HIV/aids.

Houve uma perda, ao longo do tempo, da capacidade técnica. (...) Nós perdemos também essa capacidade de reflexão, de criação, de criatividade. Isso é muito notório. A gente não tem mais aquelas

mentes, cabeças, pessoas... Então, você vai nas ONGs, hoje, as ONGs estão praticamente pauperizadas. Você não tem mais (...) as pessoas que possam pensar essas coisas. Não tem. É outro momento. (...) Essa crise é notória na última década. É uma crise impressionante, uma crise de quadros, de pessoas, de voluntários. Tornou-se uma causa muito pouco mobilizadora. (...) Então, as ONGs perderam, inclusive, essa capacidade de executar projetos, de renovar. [Há] muito problema [oriundo] de financiamentos sazonais. Então, as equipes necessárias para projetos de intervenção direto na comunidade são constantemente trocadas, porque o projeto acaba. Enfim, muita dificuldade de execução e, ao mesmo tempo, assim, as ONGs deixaram de ser criativas, de renovar estratégias de diálogo de prevenção pra esse público [gay/HSH]. É impressionante que, no começo dos anos 90, [existia] essa capacidade, ainda que [fosse] de curtíssimo alcance, quase experimental, quase que piloto. Mas, pelo menos, você tinha uma energia, uma disponibilidade de conversar estratégias possíveis, de diálogo na prevenção. Isso se perdeu totalmente (Mário Scheffer, entrevista).

Em consequência, os movimentos sociais passaram a ter menos influência na condução da resposta brasileira. Seus posicionamentos e reivindicações, embora ainda contem com alguma expressividade, têm perdido espaço e força na formulação dos discursos preventivos e em outros âmbitos do enfrentamento da epidemia.

Isso pode ser visto, principalmente, na produção de campanhas e outros materiais de prevenção. O empobrecimento das ONGs e a economia dos recursos disponíveis tem se revertido na centralização da produção dos discursos nas instâncias mais centrais da política pública de saúde. Assim, tem sido reforçado o lugar do governo como o principal produtor dos parâmetros teóricos e técnicos da prevenção. Esse quadro, inclusive, ratifica a importância de se tomar as campanhas do Ministério da Saúde como indicativos do contexto atual da prevenção.

Hoje em dia, eu acho que o governo produz os seus discursos de prevenção e a gente [ONGs] atua pouco. Tem sido pouco, assim. E, então, eu acho que (...) ter colocado certas maneiras de pensar a epidemia, por exemplo, via solidariedade, via o conceito da cura, morte civil, ter conseguido introduzir isso na agenda de governos, das instituições, de outras instituições pra além da aids, eu acho que isso foi muito legal, assim. Eu acho que isso é uma marca que o Brasil vai ter em relação a outro [país] e que deveria ser mantida, deveria ser melhor cuidada. Mas, infelizmente, nesses últimos anos, com essa hecatombe das ONGs, (...) não sei até que ponto é possível continuar

[a atuação d]a ONG como um lugar de formulação de conhecimento, de conceitos, de discurso ou apenas um executor de tarefas e de atividades pagas pelo governo. Eu acho que esse é o grande risco. (...) [Hoje], o discurso é mais formulado pelo governo (Veriano Terto Jr., entrevista).

Foi uma decisão de que o recurso que ia pra ONG não deveria ser usado pra produzir material educativo, porque [já] havia vários materiais que poderiam ser usados. (...) Eu acho que era gestão de recursos, mesmo. Porque, pra produzir material, é muito dinheiro, é muita grana. Isso é uma coisa que se aplicou não só para ONGs, viu? Isso se aplicou também pra estados e municípios. Então, qual era a orientação quando os municípios faziam seus planos orçamentários para os recursos da aids? É que eles, preferencialmente, não fizessem material educativo, se já tivesse um material disponível; que eles apenas reproduzissem. (...) Ou utilizar aquilo que já tá pronto, que é uma coisa que pode estar pronta [e ser] do próprio município ou um material que a ONG já fez antes. Em vez de fazer um novo, reedita. (...) O que se argumentava é que é caro. E é mesmo. E, como a gente dizia que para fazer material tem que ter participação do público alvo, torna[-se] mais caro ainda, porque implica em fazer reuniões. Se for, por exemplo, material estadual, vai ter que trazer pessoas do interior e isso tudo tem gasto (Cristiane Gonçalves, entrevista).

A configuração dessa crise, que atinge governo e movimentos sociais de formas diferentes, compromete, em especial, o direcionamento de discursos preventivos para o público gays/HSH. O combate à elevada vulnerabilidade desse segmento ao HIV/aids encontra-se, assim, em um momento de defasagem, de impedimentos e, portanto, de desafios relevantes a se enfrentar.

A superação da epidemia implica uma atenção voltada aos grupos nos quais se concentra a incidência da infecção. Tal tarefa parece hercúlea mediante o contexto de entraves político-ideológicos. No entanto, o percurso realizado desde o início da década de 1980, o arcabouço teórico-técnico desenvolvido, assim como os desacertos cometidos, permitem que se tracem algumas linhas do norte a ser alcançado.

Acho que [agora] é outro momento, que tem que ser construído. Acho que não há outra alternativa. No caso da prevenção pra HSH, não há outra alternativa a não ser juntar os cacos. E, aí, eu defendo uma aliança mesmo entre o movimento homossexual, as ONGs/Aids e o governo. O que sobrou desses três movimentos, de pessoas, de estruturas, que possam contribuir para a busca de uma política

pública de prevenção pra HSH. (...) E, claro, óbvio, uma academia, por conta das pesquisas. (...) Então, [com] essa aliança dessas quatro forças, pode ser que a gente consiga ter (...) novos parâmetros de uma política. Porque não existe, acho que não existe uma política pública de prevenção pra HSH. Existe, hoje, uma consciência de que algo novo precisa ser feito (Mário Scheffer, entrevista).

Como destaca o depoimento acima, parte importante do caminho a ser percorrido está relacionado ao fortalecimento e à rearticulação dos atores e instâncias sociais que têm historicamente se empenhado na luta contra a aids e cujos conflitos e fragmentação são ressaltados nesse, então, momento de crise.

9 Considerações finais

Neste trabalho, tento narrar um percurso histórico que começa com a proposição inicial da camisinha como estratégia de prevenção de HIV/aids, passa pela ascensão dessa estratégia como o principal (ou o único) recurso preventivo recomendado e se estende aos dias atuais, nos quais emergem outras possibilidades preventivas, mas se fala também de “crise da prevenção”. Tal trajeto tem como referências a relação do segmento gay/HSB com a prevenção e o direcionamento de discursos preventivos para esse público.

Além de paradoxal, é elucidativo o fato de o percurso iniciar pela mobilização de ativistas gays no enfrentamento da epidemia e findar nas dificuldades de se promover a prevenção específica e de se enfrentar a vulnerabilidade de gays/HSB ao HIV/aids. O ponto de partida, marcado pela associação estabelecida entre a infecção e as relações sexuais entre homens e pelo protagonismo desse grupo nas primeiras respostas à epidemia, nos conduz à expectativa de que, após três décadas, a prevenção direcionada a esse público dispusesse de uma boa estruturação e acumulasse resultados favoráveis no enfrentamento da aids. O ponto de chegada, no entanto, aponta para a não concretização dessa expectativa, que se acentua frente ao possível recrudescimento da epidemia em gays/HSB. Entre esses dois pontos, situam-se diferentes entraves que se impuseram ao trabalho preventivo realizado pela Política Pública de Saúde e pelos movimentos sociais LGBT e de aids.

Como discutido, tais entraves estão relacionados ao modo como a prevenção foi conduzida enquanto tecnologia de saúde e, mais especificamente, à abordagem direcionada aos gays/HSB. Esses dois aspectos estão interligados e parecem se somar na configuração das limitações e dos desafios identificados na prevenção.

O primeiro deles se refere ao tecnicismo que caracterizou a condução da prevenção centralizada na recomendação da camisinha. Esse fenômeno pode ser entendido de forma abrangente, uma vez que não se restringe a um público específico. A falta de especificidade, inclusive, constitui um dos traços que marcam

os discursos identificados como genéricos e prescritivos. No entanto, ao considerarmos o caso do segmento gay/HSB, a descontextualização da orientação preventiva em relação às práticas e cenários sexuais mostra-se especialmente acentuada, se considerarmos a participação desse público na concentração da epidemia.

O uso tecnicista da prevenção caracteriza-se como barreira na abordagem da sexualidade (em especial, de determinadas expressões sexuais), o que pode ser visto com mais nitidez nos casos em que a sexualidade é apresentada de forma mais explícita, ou seja, nos materiais preventivos considerados eróticos/pornográficos. Em função dessa barreira, tem-se operado, na prevenção, uma desconexão entre a dimensão pública da vida (política pública de saúde, controle epidemiológico, veiculação de campanhas etc.) e aquela considerada íntima (práticas sexuais; desejo e excitação sexual; negociações, combinações ou coações entre parceiros etc.). Desse modo, os discursos preventivos têm tendido a se restringir a essa dimensão pública e tratar a íntima superficialmente: recomendar o que deve ser feito na intimidade (“use camisinha”), mas não aprofundar a compreensão e a discussão dos elementos que compõem as particularidades das pessoas e dos grupos em relação às cenas sexuais e às possibilidades de uso e recusa da camisinha.

Mais do que isso, trata-se de uma barreira que tem como propósito moral separar, de um lado, o que é aceitável para a sociedade em termos de mensagem preventiva e de referência à sexualidade, isto é, que discursos são publicáveis e defensáveis e, de outro lado, o que pode ultrajar algumas pessoas ou até mesmo desencadear reflexões ou posturas que ameacem os ditos “bons costumes”.

O segundo aspecto diz respeito às dificuldades relacionadas, mais diretamente, à abordagem do homoerotismo. Não se trata, apenas, de dificuldades e tensões frente à apresentação erótica/pornográfica de relações sexuais entre homens. Certamente, nos casos em que ocorre essa sobreposição, há uma potencialização das repercussões que cada um desses aspectos (homoerotismo e erotismo/pornografia) produz isoladamente. Ademais, é possível que ocorra um efeito de contaminação de um aspecto em relação ao outro, nesses casos. Por exemplo, diante de um material erótico/pornográfico que retrata o público gay, uma pessoa ou instituição mais

conservadora pode afirmar que esta seria uma ilustração de que os gays/HSB são pessoas pornográficas e, portanto, imorais.

Todavia, as restrições nas campanhas que apresentavam o homoerotismo de forma branda mostram que as relações sexuais entre homens ainda representam um conflito em relação ao que é ou não socialmente aceitável. Na atual conjuntura de moralismo e endurecimento da política brasileira, as diferentes manifestações de homofobia e os entraves que elas produzem na prevenção são preocupantes. Essa barreira parece contraditória se considerarmos que tem sido possível, sobretudo em virtude do enfrentamento da epidemia, debater mais abertamente as questões LGBT. Os últimos anos, em particular, têm sido marcados por uma exibição mais evidente de personagens e relações não heterossexuais na televisão brasileira, assim como por uma maior reivindicação de respeito às manifestações de afeto entre casais do mesmo sexo em locais públicos (exemplificada pelos “beijos”¹). Por outro lado, as expressivas reações a essa visibilidade e a outras conquistas no campo dos direitos têm conformado um reforço e uma atualização das posturas que relegam o homoerotismo à marginalidade: algo que não deve ser apresentado nas campanhas de prevenção, nas telenovelas, nos *shoppings* ou bares, na educação escolar etc.

A construção da camisinha como estratégia de HIV/aids, portanto, tem sido marcada pela imposição dessas duas barreiras, assim como por algumas tentativas de ultrapassá-las. Desse modo, os programas e serviços de DST/aids e as organizações dos movimentos sociais têm arregimentado em seus discursos preventivos as seguintes polaridades: (a) tecnicismo *versus* contextualização, erotismo/pornografia e autonomia; (b) heteronormatividade *versus* combate ao estigma/discriminação por orientação sexual, promoção dos direitos LGBT, prevenção específica.

É importante ressaltar que tais aspectos não são exclusivamente intrínsecos à camisinha. Para além das características que compõem propriamente esse insumo, eles dizem respeito às dimensões que são mobilizadas na promoção dessa estratégia preventiva e no direcionamento da prevenção aos gays/HSB. Em outras palavras, as questões que têm se destacado na produção de discursos acerca da camisinha estão associadas, em especial, ao lugar simbólico que ela ocupa na Saúde Pública ou no

¹ Sobre “beijo”, ver Simões e França (2005).

enfrentamento da epidemia e às questões morais com as quais se relaciona. Isso reforça a possibilidade de que tais questões e as barreiras que elas implicam se perpetuem ou se reproduzam nas novas tecnologias preventivas.

Nesse sentido, talvez pouco adiante dispormos de novos recursos de prevenção se tais barreiras não forem superadas. Essa superação implica, de um lado, em uma reavaliação da preponderância dos aspectos técnicos sobre outras dimensões que caracterizam as práticas preventivas (aspectos práticos e contextuais). Não se trata de negar que o investimento no aporte e na retórica técnicos é imprescindível para a condução da prevenção, tampouco de esquecer que a fundamentação da proposição da camisinha em argumentos da racionalidade técnica foi fundamental para que essa estratégia se impusesse sobre as propostas preventivas repressoras. Trata-se, antes, de dosar o acentuado caráter técnico que tem guiado o trabalho preventivo, de incorporar melhor outras dimensões da prevenção (em especial, a consideração dos diferentes cenários e práticas sexuais e a relação com o erotismo/pornografia) e de desconstruir algumas posturas enredadas no poder da medicalização e na autoridade dos *experts* em saúde.

Mais especificamente, em relação à dimensão do tecnicismo que remete ao reconhecimento da autonomia dos sujeitos frente às práticas preventivas, tem se configurado uma dificuldade na promoção da liberdade sexual e no fortalecimento das pessoas como sujeitos sexuais. Para além do fornecimento de informações e insumos, o trabalho preventivo deve instrumentalizar e apoiar tais sujeitos para que esses tenham condições de realizar suas escolhas a respeito da sexualidade e da saúde.

De outro lado, é imperativa a abertura para que os discursos preventivos abordem livremente as relações sexuais entre homens e para que as especificidades da prevenção entre gays/MSM possam ser discutidas de forma ampla e eficaz. Ademais, em um horizonte de combate à discriminação e de promoção da equidade, parte da tarefa a ser alcançada por discursos preventivos consiste em ultrapassar a referência genérica da sexualidade, embasada na heteronormatividade. Ficar restrito a essa referência implica em reforçar as diferenças hierárquicas existentes na sociedade de forma geral e, mais especificamente, no que diz respeito à epidemia.

Em compartida, abordar as sexualidades LGBT, reconhecendo-as no campo da legitimidade, significa oferecer algumas das condições necessárias para que as pessoas possam exercer seu direito à prevenção.

A primeira parte desse desafio implica em uma reestruturação dos parâmetros do trabalho preventivo. Portanto, envolve, mais diretamente, as pessoas e instituições que atuam na prevenção: gestores e profissionais dos programas de DST/aids, profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas. Já a segunda, além de intervenções nesse âmbito, demanda modificações no cenário macropolítico. Depende do enfrentamento das forças conservadoras e de uma reordenação dos fatores que interferem na produção dos discursos e ações preventivas, de modo a livrar o trabalho preventivo e a promoção dos direitos humanos, em particular, das influências do fundamentalismo religioso.

De todo modo, em consonância com as referências à crise da prevenção, podemos dizer que o trabalho preventivo e, mais especificamente, a promoção da camisinha encontram-se em um momento histórico ímpar, marcado pelo perigo de retrocessos tanto nos dados epidemiológicos quanto nas conquistas político-ideológicas. O panorama apresentado neste trabalho oferece, espero, a possibilidade de uma avaliação da história e do cenário atual da prevenção, bem como direções que podem ser percorridas no intuito de se avançar no enfrentamento da epidemia.

Referências

- ABGLT - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Manual de Comunicação LGBT*. Curitiba: Aliança Paranaense pela Cidadania LGBT, UNAIDS; 2010.
- Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *J Sex Res*. 2005;42(3):238-48.
- Altman LK. New homosexual disorder worries health officials. *The New York Times*, New York. 1982 mai 11.
- Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*. 2008a;4(2):159-72.
- Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008b.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p.375-417.
- Ayres JRCM, Paiva V, França Jr I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. 1v. p.71-94.
- Bacelar C, Carvalho C. Bancada evangélica cresce 14% e deve prejudicar causas LGBT. *O Globo* [internet] 2014 out 8 [citado 5 mar 2015]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/bancada-evangelica-cresce-14-deve-prejudicar-causas-lgbt-14178049>.
- Batza CP. *Before AIDS: gay and lesbian community health activism in the 1970s* [dissertação]. Chicago: Graduate College – History, University of Illinois; 2011.
- Becker HS. *Método de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Beloqui J, Terto Jr. V. A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do carnaval de 2012. *CLAM: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos* [internet]. 2012 [citado 5 mar 2015]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=9212&sid=4>.
- Berger P, Luckmann, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes; 1976.
- Berkowitz R, Callen M. *How to have sex in an epidemic: one approach*. New York: NFTF Publications; 1983.
- Bernard E. Especialistas suíços afirmam que os indivíduos com carga viral indetectável e sem DST não podem transmitir o HIV por via sexual. *GIV – Grupo de*

- Incentivo à vida* [internet]. 2008 jan 30 [citado 25 fev 2015]. Disponível em: http://www.giv.org.br/divulgacao/indetectavel_05.htm.
- Bernardo A. A reinvenção da camisinha. *Revista Galileu* [internet]. 2014 mai 19 [citado 20 fev 2015]. Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Revista/noticia/2014/05/reinvencao-da-camisinha.html>.
- Bleicher J. *Hermenêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70; 1992.
- Bort J. Take A Look At This Fantastic New Condom Funded By Bill Gates. *Business Insider* [internet]. 2014 jun 5 [citado 20 fev 2015]. Disponível em: <http://www.businessinsider.com/bill-gates-funded-this-new-condom-2014-6>.
- Bozon M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2004.
- Branco LC. O que é erotismo. São Paulo: Brasiliense; 2004.
- Brandt AM. *No magic bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York: Oxford Univ Press; 1987.
- Brasil. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Bela Vista e Horizonte: estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids; 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Combate à Discriminação; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos – 2008*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Preservativo masculino: hoje, mais necessário do que nunca*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais [internet] s/d. [citado 11 jan 2015]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Homens que fazem Sexo com Homens (HSH). Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais [internet]. 2002 [citado 20 fev 2015]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanhas/2002/38288>.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS/DST (2010-2011)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS (2013)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS (2013-2014)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Plano nacional de enfrentamento da epidemia de aids e das DST entre gays, HSH e travestis*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brier J. *Infectious ideas*: U.S. political responses to the AIDS crisis. Chapel Hill: UNC Press; 2009.

Grupo Pela Vidda/SP. Única campanha foi censurada: primeiro filme do Ministério da Saúde sobre homossexuais está vetado pelo Conar. *Cadernos Pela Vidda*. 2006;42:20.

Callen M, Berkowitz R. We know who we are: two gay men declare war on promiscuity. *New York Native*, New York. 8-21 nov 1982, p.23-9.

Camargo Jr. KR. Aids e a aids das ciências. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 1994;1(1):35-60.

Castro G, Mattos M. Vinde a mim os eleitores: a força da bancada evangélica no Congresso. *Revista Veja* [internet]. 2013 mar 23 [citado 5 mar 2015]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/a-forca-dos-evangelicos-no-congresso>.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Current Trends Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Precautions for Clinical and Laboratory Staffs. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1982;31:577-80.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. HIV among gay and bisexual men [internet]. 2014 [citado 5 out 2014]. Disponível em: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/msm_fact_sheet_final_2014.pdf.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among homosexual men – New York City and California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1981a;30(25):305-8.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1981b;30(21):250-2.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. RESOLUÇÃO CFP Nº 001/99: Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual [internet] 1999 mar 22 [citado 15 dez 2014]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf.

Chronister CL, Gurwood AS. Literature review of hepatitis B: should eye care practitioners receive a hepatitis B vaccine? *Optom Vis Sci*. 1992;69(11):898-903.

CONAR – Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária [internet]. s/d [citado 20 fev 2015]. Disponível em: <http://www.conar.org.br/>.

Contrera WF. *GAPAs: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Costa JF. A construção cultural da diferença entre os sexos. *Sexualidade, gênero e sociedade*. 1995;2(3):3-8.

Costa JF. Os amores que não se deixam dizer. In: Lancetti A, diretor. *SaúdeLoucura*. São Paulo: HUCITEC; 1991. 3v. p.21-37.

Dalsimer IA, Piotrow PT, Dumm JJ. O preservativo: um velho método para uma nova necessidade social. *Population Reports* (Washington). 1976;H(1):1-20.

Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Cap.1, p.15-41: Introdução - a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.

Deverrel K, Prout A. Sexuality, identity and community: the experience of MESMAC. In: Parker R, Aggleton P, editors. *Culture, society and sexuality: a reader*. London: UCL Press; 1999. p.337-54.

D'Emilio J. *Sexual politics, sexual communities: the making of a homosexual minority in the United States, 1940-1970*. 2nd ed. Chicago: The Univ. of Chicago Press; 1998.

Escoffier J. The invention of safer sex: vernacular knowledge, gay politics and HIV prevention. *Berkeley Journal of Sociology*. 1998;43:1-30.

Facchini R. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Facchini R, França IL, Braz C. Estudos sobre sexualidade, sociabilidade e mercado: olhares antropológicos contemporâneos. *Cad. Pagu*. 2014;42:99-140.

Fernandes S. Leis polêmicas põem Rússia no centro do debate sobre direitos homossexuais. *Terra* [internet]. 2013 ago 21 [citado 13 set 2014]. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/mundo/europa/leis-polemicas-poem-russia-no-centro-do-debate-sobre-direitos-homossexuais,bfc81495551a0410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>.

Folha de S. Paulo. *Grupo lança cartaz para prevenir Aids*. 24 jul 1985. p.16.

Folha de S. Paulo. *Leia o discurso do presidente*. 1 dez 1991. p.4.

Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(supl.3):S333-44.

Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007a. 1v.

Foucault M. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007b. 2v.

Foucault M. *História da sexualidade: o cuidado de si*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007c. 3v.

Fry P. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982. Cap.4, p.87-115: Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil.

Fry P, MacRae E. *O que é homossexualidade*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense; 1985.

Gadamer HG. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Univ. São Francisco; 2013.

Gadamer HG. *Verdade e método II: complementos e índice*. Petrópolis: Vozes; 2002.

- Gagnon J. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamon; 2006.
- Galvão J. *AIDS e imprensa: um estudo de antropologia social* [dissertação]. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
- Galvão J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
- Garcia EA. Políticas e prazeres dos fluidos masculinos: *barebacking*, esportes de risco e terrorismo biológico. In: Díaz-Benítez ME, Fígari CE. *Prazeres dissidentes*. Rio de Janeiro: Garamond; 2009. p.537-66.
- Gergen KJ. *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2010.
- Góis JBH. A mudança no discurso educacional das ONGS/AIDS no Brasil: concepções e desdobramentos práticos (1985-1998). *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2003;7(13):27-44.
- Granjeiro A, Silva LL, Teixeira PR. Repostas à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Pan. Am. J. Public Helath*. 2009;26(1):87-94.
- Green JN. “Mais amor e mais tesão”: a construção de um movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cad. Pagu*. 2000;15:271-95.
- Grondin J. *Introducción a Gadamer*. Barcelona: Herder; 2003.
- Hacking I. *The social construction of what?* Cambridge (US), London: Harvard University Press; 1999.
- Himes NE. *Medical history of contraception*. New York: Schocken books; 1936/1970.
- Hunt L, organizador. *A invenção da pornografia*. São Paulo: Hedra; 1999. Cap.1: Obscenidade e as origens da modernidade, 1500-1800.
- IEASH – Instituto de Estudos Avançados da Sexualidade Humana, GAPA/SP – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids. *Guia completo de sexo seguro*. São Paulo: GAPA; 1991.
- ILGA Portugal - International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association. Uganda anti-gay: história e retórica de uma lei marcha-atrás [internet]. 2014a mar 3 [citado 10 set 2014]. Disponível em: <http://ilga-portugal.pt/noticias/530.php>.
- ILGA Portugal - International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association. Tribunal do Uganda revoga lei anti-homossexualidade [internet]. 2014b ago 1 [citado 10 set 2014]. Disponível em: <http://ilga-portugal.pt/noticias/590.php>.
- Itaborahy LP, Zhu J. State-sponsored homophobia: a world survey of laws: criminalisation, protection and recognition of same-sex love. International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association – ILGA [internet]. 2014 [citado 10 set 2014]. Disponível em: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_SSHR_2014_Eng.pdf.

- Kalichman AO. *Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1993.
- King E. *Safety in numbers: safer sex and gay men*. London: Cassell; 1993.
- Koop CE. Surgeon general's report on Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Public Health Rep.* 1987;102(1):1-3.
- Lalande A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
- Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
- Lawn C. *Compreender Gadamer*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Leite Jr. J. *Das maravilhas e prodígios sexuais: a pornografia "bizarra" como entretenimento*. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2006.
- Lemes C. Mário Scheffer: "vivemos uma crise sem precedentes na resposta à epidemia de HIV/Aids" [entrevista]. *Blog da Saúde* [internet]. 2013 [citado 25 fev 2015]. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/blog-da-saude/saude/mario-scheffer-vivemos-uma-crise-sem-precedentes-na-resposta-a-epidemia-de-hivaids.html>.
- Lionço T, Diniz D. Homofobia, silêncio e naturalização: por uma narrativa da diversidade sexual. *Rev. Psicol. Polít.* 2008;8(16):307-24.
- Lipton M. The condom in history: shame and fear. In: Anijar K, DaoJensen T, editors. *Culture and the condom*. New York: Peter Lang; 2005. Chap. 8, p.93-104.
- Maciel E. Polícia investigará homens que transmitem HIV de propósito. *O Estado de S. Paulo* [internet]. 2015 fev 24 [citado 27 fev 2015]. Disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,policia-investigara-homens-que-transmitem-hiv-de-proposito,1638495>.
- MacRae, E. AIDS – prevenção ou novo tipo de segregacionismo? *Temas IMESC, Soc. Dir. Saúde*. 1987;4(1):73-81.
- Malta M, Magnanini MMF, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a aystematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010;10(317):1-16.
- Manzelli H, Pecheny M. HIV/AIDS prevention in men who have sex with men. In: Cáceres CF, Pecheny M, Terto Júnior V, editors. *AIDS and Male-to-Male Sex in Latin America: Vulnerabilities, strengths and proposed measures*. Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS; 2003. p.99-132.
- Marinho MB. Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2000;4(6).
- Martin JL. The impact of AIDS on gay male sexual behavior patterns in New York City. *Am J Public Health*. 1987;77(5):578-81.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Cronos* (UFRN). 2010;11(2):163-73.

Melo M. Estado perseguiu movimento gay na ditadura. *Carta Capital* [internet]. 2014 mar 30 [citado 31 set 14]. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/perseguido-do-estado-e-desprezo-da-esquerda-prejudicaram-movimento-gay-9956.html>.

Mendonça R. O quadro político brasileiro, por Marcos Nobre [entrevista]. *GGN: Blog de Luis Nassif* [internet]. 2011 ago 24 [citado 5 mar 2015]. Disponível em: <http://jornalgggn.com.br/blog/luisnassif/o-quadro-politico-brasileiro-por-marcos-nobre>.

Moraes ER, Lapeiz SM. *O que é pornografia*. São Paulo: Abril Cultural, Brasiliense; 1985.

Mott L. A penetração do preservativo no Brasil pós-AIDS. *Publicações Técnicas, BEMFAM*. 1988;14(fev).

Mott L, editor. *Boletim do Grupo Gay da Bahia* (1981-2005). Salvador: Ed. GGB; 2011.

Mott L. Os filhos da dissidência: o pecado de sodomia e sua nefanda matéria. *Tempo*. 2001;6(11):189-204.

Mott L, Assunção AHF. Os gays e as doenças sexualmente transmissíveis. 1982. p.1-14 [Comunicação apresentada na 34ª Reunião Anual da SBPC, Campinas].

Nogueira da Silva GS. Aids: da estigmatização ao acolhimento da vida. In: Vilvar RLA, Souza ECF, Milan EP, Castro JL, Freitas MR, Macedo MRC. *O contexto da Política para as DST, AIDS e Hepatites Virais*. Natal: EDUFRN; 2011. p.76-90.

ONU - Organização das Nações Unidas. The Secretary-General Message on World Aids Day [internet] 2011 dez 1 [citado 26 fev 2015]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/speech/2011/20111128_UNSG_message_WAD2011_en.pdf.

Ostrow DG, Silverberg MJ, Cook RL, Chmiel JS, Johnson L, Li X, Jacobson LP, multicenter AIDS cohort study. Prospective Study of Attitudinal and Relationship Predictors of Sexual Risk in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS Behav*. 2008;12:127-38.

Paiva V. Analisando cenas e sexualidade: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: Cáceres CF, Petcheny M, Frasca T, Careaga G, organizadores. *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafios para el acceso a la salud en America Latina*. Lima, Peru: FAPS/UPCH; 2006. p.23-52.

Paiva V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C, coordenadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. 1v. p.165-207.

Paiva V. *Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de aids*. São Paulo: Summus; 2000.

Parker RG. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ; 1994.

Parker RG. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller; 1991.

Parker RG, organizador. *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., ABIA; 1997. Introdução, p.7-15.

Parker RG. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. São Paulo: Ed. 34; Rio de Janeiro: ABIA; 2000.

Parker RG. Reinventing sexual scripts: sexuality and social change in the Twenty-First Century (The 2008 John H. Gagnon distinguished lecture on Sexuality, Modernity and Change). *Sex Res Soc Policy*. 2010;7:58-66.

Patton C. *Inventing AIDS*. New York: Routledge; 1990.

Perlongher N. *O que é AIDS*. São Paulo: Brasiliense; 1987.

Peters JW. The decline and fall of the 'H' word. *The New York Times* [internet]. 2014 mar 21 [citado 20 set 2014]. Disponível em:

http://www.nytimes.com/2014/03/23/fashion/gays-lesbians-the-term-homosexual.html?action=click&module=Search®ion=searchResults%238&version=&url=http%3A%2F%2Fquery.nytimes.com%2Fsearch%2Fsite%2F%3Fac tion%3Dclick%26region%3DMasthead%26pgtype%3DHomep&_r=0.

Pinheiro M. Campanhas elevam as vendas de preservativos no varejo. *Folha de S. Paulo*, São Paulo. 1987 jul 7, p.54.

Pinheiro TF. *A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Pinheiro TF, Calazans GJ, Ayres JRCM. Uso de camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/aids (2007-2011). *Temas em Psicologia*. 2013;21(3):815-36.

Plummer K. Organizing AIDS. In: Aggleton P, Homans H, editores. *Social aspects of Aids*. Londres: The Falmer; 1988. p.20-51.

Rasera EF, Guanaes C, Japur M. Psicologia, Ciência e Construcionismos: dando sentido ao self. *Psicol Reflex Crit*. 2004;17(2):157-65.

Ricoeur P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Rio de Janeiro: Edições 70; 1987.

Ricoeur P. *Do texto à acção: ensaios de hermenêutica II*. Porto (Portugal): Rés; 1991.

Rocha P. Homossexuais divulgarão informações sobre Aids. *Folha de S. Paulo*, São Paulo. 1983 jun 12, p.22.

Rodger A, Bruun T, Cambiano V, Vernazza P, Estrada V, Van Lunzen J, Collins S, Geretti AM, Philips A, Lundgren J. HIV Transmission Risk Through Condomless

Sex If HIV+ Partner On Suppressive ART: PARTNER Study. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections: program and abstracts [internet]; 2014 mar 3-6 [citado 25 fev 2015]. Boston: International Antiviral Society; 2014. p.112-3. Disponível em:

http://croi2014.org/sites/default/files/uploads/CROI2014_Final_Abstracts.pdf.

Rohden F, editora. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

Rohden L. *Hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Unisinos; 2002.

Rubin GS. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Parker R, Aggleton P, editors. *Culture, society and sexuality: a reader*. London: UCL Press; 1999. p.143-78.

Sacconi LA. *Grande dicionário Sacconi: comentado, crítico e enciclopédico*. São Paulo: Nova geração; 2010.

Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Rev Crít Ciênc Soc*.1997;48:11-32.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Sobre o Programa Estadual DST/Aids [internet]. s/d. [citado 11 jan 2015]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/crt/sobre-o-programa-estadual-dstaidsp>.

Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução de S. R. Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.193-218.

Sherris JD. Update on condoms – products, protection, promotion. *Population Reports* (Population Information Program of The Johns Hopkins University, Baltimore). 1982;H(6):121-56.

Silva GSN. *A Construção do adolescer masculino e o uso do preservativo* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.

Silva LAV. A cibersexualidade e a pesquisa online: algumas reflexões sobre o conceito de barebacking. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2010;14(34):513-27.

Simões JA, França IL. Do Gueto ao mercado. In: Green JN, Trindade R, organizadores. *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Ed. Unesp; 2005. p.309-36.

Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts. *Society*. 1984;22(1):53-60.

Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts: permanence and change. *Arch Sex Behav*. 1986;15(2):97-120.

Soares L. Gays são torturados na Rússia. *Pragmatismo político* [internet]. 2013 ago 12 [citado 12 set 2014]. Disponível em: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/08/gays-sao-torturados-na-russia.html>.

Sonnabend J, Witkin SS, Purtilo DT. Acquired immunodeficiency syndrome, opportunistic infections, and malignancies in male homosexuals - a hypothesis of etiologic factors in pathogenesis. *JAMA*. 1983;249(17):2370-4.

Sousa Filho A. Por uma teoria construcionista crítica. *Bagoas*. 2007;1(1):27-59.

Teixeira PR. Políticas públicas em AIDS. In: Parker RG, organizador. *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., ABIA; 1997. p.43-68.

Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2006;10(19):61-76.

Treichler PA. *How to have theory in an epidemic: cultural chronicles of aids*. Londres: Duke University Press; 1999. Chap.1, p.11-41: AIDS, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification.

Treichler PA. How to use a condom: bedtime stories for the transcendental signifier. In: Nelson C, Gaonkar DP. *Disciplinarity and dissent in cultural studies*. New York: Routledge; 1996. p.347-96.

Trevisan JS. *Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 6ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record; 2007.

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UN Secretary-General issues recommendations to bolster AIDS response in order to meet 2015 targets [internet]. 2012 abr 30 [citado 25 fev 2015]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pressrelease/2012/04/20120430_PR_SG_Report_en.pdf.

Vance CS. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis*. 1995;5(1):7-31.

Veras MASM, Calazans GJ, Ribeiro MCSA, Oliveira CAF, Giovanetti MR, Facchini R, França IL, McFarland W, The SampaCentro Study Group. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav*. 2014(nov).

Vernazza P, Hirschelb B, Bernasconic E, Fleppd M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses*. 2008;89(5):165-9.

Villela WV, Arilha M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó E, organizadora. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP; 2003. p.95-150.

Watney S. *Practices of freedom: selected writings on HIV/AIDS*. Durham: Duke Univ. Press; 1994.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 2010. p.35-82.

Wein, D. *Sex positive: what if you knew a deadly epidemic was coming... and no one would believe you?* [filme]. Washington; 2008. 75min.

WHO - World Health Organization. *Defining sexual health*: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: WHO; 2006.

Youssef H. The history of the condom. *J R Soc Med*. 1993;86(4):226–8.

APÊNDICES

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **28/09/2011**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **262/11** intitulado: **“A CAMISINHA NO CENÁRIO SEXUAL BRASILEIRO: APROXIMAÇÕES ENTRE PREVENÇÃO DE IST/AIDS E EROTISMO”** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Pesquisador (a) Executante: Thiago Felix Pinheiro

CEP-FMUSP, 29 de Setembro de 2011.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 18 de Junho de 2014, **APROVOU** o(s) documento(s) abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº 262/11, intitulado: “A camisinha no cenário sexual brasileiro: aproximações entre prevenção de IST/AIDS e erotismo” apresentado pelo DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA.

- Adendo ao projeto datado de 09.06.14
- Mudança do título para: CAMISINHA, HOMOEROTISMO E OS DISCURSOS DA PREVENÇÃO DE HIV/AIDS.

Pesquisador (a) Responsável: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Pesquisador (a) Executante: Thiago Felix Pinheiro

CEP-FMUSP, 23 de Junho de 2014.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº: 262/11	Data de entrada: 11/06/2014
	Data sessão: 18/06/2014

TÍTULO: A camisinha no cenário sexual brasileiro: aproximações entre prevenção de IST/AIDS e erotismo.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: José Ricardo de Carvalho M. Ayres

PESQUISADOR (A) EXECUTANTE: Thiago Felix Pinheiro

DEPARTAMENTO: Medicina Preventiva

CONSIDERAÇÕES DO RELATOR APROVADAS PELO PLENÁRIO:

Tipo de pesquisa

Prospecção observacional por meio de entrevista única e análise de conteúdo entre usuários de UBS. Projeto de Doutorado.

Descrição da pesquisa

Estudo sobre interpretações (significados, imagens e sentidos) relacionados ao uso de preservativos (camisinhas) e o papel desse instrumento de prevenção no contexto do erotismo e sexualidade – eventualmente reduzindo o interesse em seu uso pela descontextualização entre erotismo e sexualidade. Serão utilizadas: entrevista e exercícios de interpretação.

Objetivos, justificativa e método descritos com clareza. A amostra será de conveniência com análise qualitativa de entrevistas gravadas e definida por “saturação”, ou seja, o recrutamento se encerra quando as respostas se tornam repetitivas entre os entrevistados. Cronograma apresentado. Financiamento declarado como sem custos. Referências apresentadas.

Risco para os sujeitos:

Risco mínimo.

Carta de 09/junho/2014

Solicitando modificações nos objetivos gerais e específicos da pesquisa: prevenção de HIV/aids no contexto das práticas homossexuais entre homens. TCLE adaptado para permitir divulgar identidade ou manter sigilo, decorrente de eventual desejo da identidade pública ser relevante para o tema no âmbito social.

Termo de consentimento

Apresentado. Requer adaptações:

1. Paginar (exemplo: pag. 4/5)
2. Incluir espaço para rubricas dos pesquisadores e do participante da pesquisa
3. Modificar o texto “... você receberá uma cópia...” para “... você é convidado a assinar este termo de consentimento em duas vias...”

CONCLUSÃO:

Aprovar.

ENVIAR À CONEP	SIM () INFORME A ÁREA TEMÁTICA:	NÃO (X)
-----------------------	---	------------------

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IDENTIFICAÇÃO DO/A PARTICIPANTE	
NOME: _____	
DATA NASCIMENTO: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____
ENDEREÇO: _____	COMP. _____
BAIRRO: _____	CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE: (____) _____	E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA
<p>TÍTULO: Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids</p> <p>OBJETIVO: Traçar um panorama dos discursos preventivos acerca da camisinha direcionados ao público gay/HSH no contexto do enfrentamento da epidemia de aids no Brasil.</p> <p>PESQUISADOR: Thiago Félix Pinheiro</p> <p>VÍNCULO INSTITUCIONAL: Esta pesquisa faz parte do estudo de doutorado do presente pesquisador, realizado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.</p> <p>AValiação de RISCO DA PESQUISA: Risco mínimo</p> <p>DURAÇÃO: 48 meses</p>

CONSENTIMENTO
<p>Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa, por meio de uma entrevista, com duração média de duas horas e meia, que poderá ser realizada em uma ou duas tomadas, de acordo com sua disponibilidade. A entrevista será gravada e transcrita para registro das informações. Seu conteúdo será utilizado para a produção de trabalhos científicos e possivelmente será armazenado em repositório de acesso público.</p> <p>A identificação da entrevista e a citação de seus depoimentos serão feitas conforme sua preferência:</p> <p style="padding-left: 40px;">☐ com identificação de sua autoria;</p> <p style="padding-left: 40px;">☐ sem identificação, sendo garantido seu anonimato.</p> <p>Caso deseje, você terá acesso à transcrição da entrevista e poderá fazer alterações ou retirar trechos que não queira tornar públicos.</p> <p>Essa participação é voluntária, não propiciará nenhuma compensação financeira, nem benefício direto. Também não acarretará despesa, nem riscos físicos, econômicos ou sociais. Caso sinta algum incômodo ou constrangimento, isso será respeitado.</p> <p>A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo.</p> <p>Fique à vontade para fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante nossa conversa.</p> <p>Você é convidado a assinar este termo de consentimento em duas vias com dados da pesquisa e da instituição onde é realizada, de modo a facilitar o contato para eventuais dúvidas ou solicitação de informações sobre a pesquisa. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Av. Dr. Arnaldo, 455, Instituto Oscar Freire, 1º andar; tel.: (11)3061-8004, fax: 3061-8004, e-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br.</p>

PARTICIPANTE:

Como participante desta pesquisa, declaro que li e entendi as informações desse termo de consentimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de esclarecimentos permanentes e o respeito à minha opção por confidencialidade ou identificação do meu depoimento. Minhas dúvidas foram devidamente respondidas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo.

_____, _____ de _____ de _____

(assinatura do/a participante)

PESQUISADOR:

Como responsável por esta pesquisa, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste/a participante para realização de entrevista e registro das informações obtidas.

_____, _____ de _____ de _____

(assinatura do pesquisador)

Thiago Félix Pinheiro
tfpinheiro@usp.br - (11)93237591
Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César - CEP: 01246903 - São Paulo/SP
Departamento de Medicina Preventiva, telefone: (11)30617091

Roteiro de entrevista

Apresentação: você pode me contar um pouco sobre o seu envolvimento com a área de prevenção de HIV/aids e com o público gay/HSH?

Qual sua formação? Qual é o seu campo de atuação?

Há quanto tempo você pesquisa/atua na área de prevenção de HIV/aids?

Quais os principais trabalhos/estudos você já fez nessa área? O que faz hoje?

Você lembra como a camisinha era tratada no Brasil antes da epidemia de HIV/aids?

Que sentidos eram atribuídos a ela? A que cenários ou situações ela remetia?

Havia algum discurso que relacionasse a camisinha às práticas homossexuais?

Como os homens que faziam sexo com outros homens lidavam com a camisinha?

Na política pública de saúde, havia alguma menção à camisinha?

Havia alguma ação em política pública de saúde voltada para gays/HSH?

Com a aids, o que mudou?

Inicialmente, que estratégias preventivas apareceram nas respostas brasileiras à epidemia?

Quem as produziu/disseminou?

Quando e como a camisinha foi inserida no contexto da prevenção de HIV/aids?

Quem começou a falar sobre a camisinha no Brasil (seguir pontos A, B e C na sequência apontada pelo/a entrevistado/a)?

A) política pública de saúde

No início da epidemia, o que as instituições/representantes governamentais diziam sobre a camisinha?

Que lugar foi dado às relações entre homens nesses discursos?

As mensagens destinadas ao público gay/HSH tinham alguma particularidade, se comparadas àquelas destinadas a outros grupos ou à população geral?

Como o público gay/HSH era caracterizado nos discursos da prevenção?

Ao se dirigirem a esse público, os discursos se referiam a que pessoas ou práticas especificamente?

Você identifica algum tipo de padrão na produção dos discursos preventivos dirigidos a gays/HSH? O que os fundamentava?

Havia algum tipo de controle a respeito do que poderia/deveria ser dito sobre a camisinha?

B) ONGs

Que organizações produziram/utilizaram os primeiros discursos sobre a camisinha?

O que diziam esses discursos?

Que repercussão/alcance eles tiveram?

Que lugar foi dado ao público gay/HSH nesses discursos?

Havia estratégias específicas para esse público? Como eram?

Roteiro de entrevista (continuação)

Como o público gay/HSH era caracterizado nos discursos preventivos? Ao se dirigirem a ele, esses discursos se referiam a que pessoas ou práticas especificamente?

Você identifica algum tipo de padrão na produção dos discursos preventivos dirigidos aos gays/HSH? O que os fundamentava?

Havia algum tipo de controle?

C) mídia

Em que mídias começaram a aparecer os discursos sobre a camisinha?

O que diziam esses discursos?

Quem/que instituições os produziam?

Que repercussão/alcance eles tiveram?

Que lugar foi dado ao público gay/HSH nesses discursos?

Havia estratégias específicas para esse público? Como eram?

Como o público gay/HSH era caracterizado em tais discursos? Ao se dirigirem a ele, esses discursos se referiam a que pessoas ou práticas especificamente?

Você identifica algum tipo de padrão na produção desses discursos? O que os fundamentava?

Havia algum tipo de controle?

Desde esse período inicial até os dias atuais, o que houve com os discursos preventivos sobre a camisinha direcionados aos gays/HSH ?

O que mudou nesse tempo?

Que novos discursos surgiram?

Você identifica momentos de inflexão no padrão desses discursos?

E no controle, houve mudanças?

Tais mudanças são específicas das mensagens dirigidas ao público gay/HSH?

Como você montaria um panorama dos diversos discursos sobre a camisinha direcionados aos gays/HSH ao longo desse tempo?

Quais lhe parecem hegemônicos ou mais fortes?

E os discursos/sentidos dissidentes, quais são? De onde surgem? Como você os avalia?

Pensando no caminho seguido na construção social da camisinha, você identifica tendências? E avanços e/ou retrocessos?

Você consegue vislumbrar outros caminhos que poderiam ter sido seguidos?

Nesse panorama, que lugar foi dado ao erotismo e/ou pornografia?

Você identifica erotismo e/ou pornografia em algum(ns) discursos preventivos/acerca da camisinha? Qual(is)?

Por quem foram produzidos/divulgados?

De que forma foi feita a relação erotismo/pornografia e prevenção?

Roteiro de entrevista (continuação)

Como você avalia iniciativas como essa relação? Quais suas vantagens/desvantagens?

Nesse sentido, os discursos direcionados ao público gay/HSH diferem dos demais?

Você acha que é comum essa aproximação entre prevenção e erotismo/pornografia?

(Caso não) por quê? Que barreiras elas encontram? Você acha que deveriam ser mais frequentes?

Como os gays/HSH lidam com os diversos discursos sobre a camisinha? Como eles os adaptam ao contexto de suas práticas sexuais?

Como os diversos discursos sobre a camisinha favorecem o uso da camisinha pelos gays/HSH? E como dificultam?

Quais as principais dificuldades que os gays/HSH tiveram e têm em relação ao uso da camisinha?

Em relação ao modo como lidam com a camisinha, você percebe diferenças entre os gays/HSH que começaram a vida sexual antes das campanhas de incentivo ao uso da camisinha e os que só começaram depois?

Você acha que, de modo geral, as relações sexuais entre homens mudaram com a presença da camisinha nos discursos sobre o sexo?

E em relação a outros grupos, você vê essas diferenças?