

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

NOVOS DESAFIOS DA PREVENÇÃO DA EPIDEMIA PELO HIV/AIDS JUNTO AOS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

PROGRAMA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA
BRASIL-FRANÇA - SEMINÁRIO ANUAL - 2001
Rio de Janeiro/Dezembro

Série Anais; n. 4
Série D. Reuniões e Conferências

Brasília – DF – Brasil
2002

©2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Série Anais; n. 4 - CN-DST/Aids

Série D. Reuniões e Conferências - MS

Tiragem: 1000 exemplares

Barjas Negri – Ministro de Estado da Saúde

Silvandira Paiva Fernandes – Chefe de Gabinete

Cláudio Duarte da Fonseca – Secretário de Políticas de Saúde

Paulo R. Teixeira – Coordenador do Programa Nacional de DST e Aids

Eliane Izolan – Assessora de Comunicação CN-DST/AIDS

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte SEPN 511, bloco C

CEP: 70750-000, Brasília - DF

E-mail: aids@aids.gov.br

Comitê Editorial

Unidade de Prevenção : Denise Doneda

Unidade de Cooperação Externa : Rosemeire Munhoz

Responsável pela cooperação francesa : Bernard Larouzè

Organização : Lília Rossi

Publicação financiada com recursos do Projeto 914/BRAS 59 UNESCO e CN-DST/AIDS.

NOTA:

Os textos aqui apresentados são de inteira responsabilidade de seus autores. Esta publicação foi realizada graças a informações fornecidas pelos autores por meio das apresentações realizadas durante o seminário. Acreditamos não poder incluir os "slides" que determinados autores enviaram. A lista dos conferencistas e participantes possibilitará a troca de informações mais específicas sobre alguns temas que não foram abordados nesta publicação.

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids.

Programa de Cooperação Técnica Brasil-França: Seminário Anual 2001: Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens. / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

83 p.: il. - (Série Anais; n. 4) - (Série D. Reuniões e Conferências).

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV. 3. Homossexualidade Masculina. I. Brasil. Ministério da saúde. II. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. III Título. IV. Série.

NLM WC 503

Catálogo na fonte - Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília - DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
Capítulo I: Homossexualidade e Aids: a contribuição do Brasil e da França frente aos novos desafios da epidemia	
<i>Paulo Roberto Teixeira</i>	7
<i>Thierry Troussier</i>	11
Capítulo II: Transmissão do HIV/Aids entre Homossexuais - Situação Francesa	
Tendências Epidemiológicas	
<i>Veronique Massari</i>	19
Evolução do Comportamento	
<i>Philippe Adam</i>	23
Transmissão do HIV/Aids entre Homossexuais - Situação Brasileira	
Tendências Epidemiológicas	
<i>Draurio Barreira</i>	24
Evolução do Comportamento	
<i>Luiz Mott</i>	26
Capítulo III: Novos Paradigmas da Epidemia pelo HIV/Aids entre Homossexuais	
<i>Philippe Adam</i>	37
<i>Carlos Passarelli</i>	38
Capítulo IV: Homossexualidade e Bissexualidade: contribuição de pesquisas e estudos para a prevenção das DST/Aids	
<i>Alain Giami</i>	43
<i>Dirceu Greco</i>	46
Capítulo V: Dilemas sociais e científicos na abordagem da epidemia junto aos homossexuais	
<i>Fabrice Clouzeau</i>	55
<i>Roberto de Jesus</i>	56
Capítulo VI: Estratégias de prevenção e assistência das DST/HIV/Aids junto aos homossexuais dos países do Cone Sul	
UNAIDS e ASICAL - Cone Sul	
<i>Pedro Chequer - Ruben Mayorca</i>	
Argentina <i>Rafael Freda</i>	
Paraguai <i>Monica Garcia</i>	
Chile <i>Irene Escribano e Jimmy Esparza</i>	
Uruguai <i>José Vinales</i>	59

Capítulo VII:	O Desenvolvimento do campo do conhecimento e da pesquisa em relação à infecção pelo HIV junto aos homossexuais e bissexuais <i>Rommel Mendes Leite</i>67 <i>Expedido Luna</i>
Capítulo VIII:	Ações de comunicação enquanto estratégias positivas na prevenção do HIV/Aids junto aos Homossexuais <i>Tierry Troussier</i>69 <i>Artur Kalichman</i>
Capítulo IX:	Desafios para o Futuro e Novas Estratégias de Intervenção <i>Luis Felipe Rios</i>73
Anexo:	Lista de participantes79

APRESENTAÇÃO

Na trajetória da epidemia pelo HIV/AIDS observa-se alterações significativas nas tendências comportamentais e epidemiológicas, bem como na identificação de respostas efetivas no âmbito da prevenção e da assistência às DST/HIV/AIDS, por parte das instâncias governamentais e da sociedade civil organizada. Uma dessas tendências marcou de forma expressiva a história da epidemia no Brasil e no mundo, a partir da identificação do conceito de grupos de risco, onde os homossexuais masculinos foram inseridos como principais atores. Porém, a ampliação das redes de infecção e a própria evolução do perfil da epidemia foram fatores positivos para a desconstrução de conceitos e preconceitos nesse campo, possibilitando que os padrões de comportamento e de orientação sexual não fossem mais enfatizados como elemento determinante na infecção pelo HIV/AIDS. Após 20 anos, apesar dos avanços científicos, sociais, clínicos e laboratoriais alcançados no enfrentamento da epidemia pelo HIV/AIDS, muitas questões ainda se colocam como desafios para a sociedade e governo, exigindo de pesquisadores, ativistas e profissionais de saúde e educação novas posturas sociais e políticas, para o controle da epidemia.

Nessa perspectiva, os Seminários promovidos anualmente pelo Programa de Cooperação Técnica Brasil-França já são considerados como um fórum de discussão importante para a identificação de problemas e soluções aos desafios sociais impostos pela epidemia ao longo dos últimos seis anos. Esses Seminários priorizaram, ao longo de sua trajetória, o debate de temas e problemas epidemiológicos e comportamentais politicamente relevantes face à evolução da epidemia pelo HIV/AIDS, cabendo resgatar que os últimos encontros científicos promovidos tiveram como eixo temático a transmissão vertical do HIV, a prevenção e assistência das DST/AIDS para a população carcerária e a interface da epidemia com o uso de drogas e a redução de danos. Em 2001, o eixo temático priorizado foi a prevenção e assistência das DST/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens. Cabe salientar que as tendências epidemiológicas contemporâneas e o crescimento do número de casos de aids entre homossexuais/bissexuais jovens foram fatores determinantes na definição desse tema.

Dessa forma, dando continuidade às ações do Programa de Cooperação Técnica Brasil-França, o Seminário de 2001, realizado no período de 4 a 7 de dezembro, se constituiu, mais uma vez, como espaço de discussão e intercâmbio de experiências e informações, tendo como referencial empírico dados e conhecimentos produzidos no Brasil e na França. Os resultados das discussões promovidas contribuíram favoravelmente para a identificação de novos caminhos de enfrentamento da epidemia, propiciando também maior fortalecimento da parceria técnica e política estabelecida entre os dois países em questão.

A divulgação nacional do Seminário, principalmente no Estado do Rio de Janeiro onde foi realizado, viabilizou a participação de 80 profissionais brasileiros de diferentes áreas de atuação, bem como de uma equipe de experts franceses e de representantes dos países do Cone Sul (Argentina, México, Uruguai, Guatemala, Chile e Paraguai).

Sendo destinado aos profissionais das áreas de saúde, de direitos humanos e assistência social, lideranças homossexuais, agentes de saúde, multiplicadores de informação e todas as pessoas que trabalham na prevenção das DST e aids em organizações governamentais ou não-governamentais, essa publicação pretende subsidiar outros debates intersetoriais sobre a epidemia de HIV/AIDS, envolvendo, assim, organismos governamentais, organizações não-governamentais, entidades públicas e a academia do Brasil e da França. Para isso, a publicação foi estruturada a partir de informações disponibilizadas pelos autores das diferentes apresentações feitas durante o Seminário. Nesse sentido e visando a garantir o entendimento das discussões então promovidas, não se utilizou informações originalmente repassadas aos organizadores da publicação em forma de slides. Entendemos, no entanto, que o contato aqui fornecido de todos os participantes e/ou conferencistas do Seminário será um facilitador na busca de informações precisas sobre temas específicos não abordados textualmente nessa publicação.

Não podemos deixar de registrar que para a concepção e a elaboração dessa publicação, contamos com a contribuição efetiva de diversos profissionais brasileiros e franceses envolvidos na realização do Seminário, fator este considerado como fundamental para a construção de um documento que possibilite a difusão de informações teóricas e científicas produzidas por pesquisadores, ativistas e profissionais de saúde e de educação, do Brasil e da França, sobre questões relacionadas à prevenção e assistência das DST/HIV/AIDS na perspectiva da interface entre a sexualidade e a homossexualidade. Além de sistematizar e apresentar os principais eixos de discussão do Seminário, esperamos que essa publicação possa estender o diálogo e intercâmbio de informações para além dos participantes do evento, mantendo viva a reflexão iniciada em 2001.

Paulo Roberto TEIXEIRA
Programa Brasileiro de DST e Aids

Bernard LAROUZE
Coordenador do Programa Franco-Brasileiro de
HIV e Aids

HOMOSSEXUALIDADE E AIDS: A CONTRIBUIÇÃO DO BRASIL E DA FRANÇA FRENTE AOS NOVOS DESAFIOS DA EPIDEMIA

BREVE HISTÓRICO DAS ESTRATÉGIAS BRASILEIRAS DE PREVENÇÃO DAS DST/AIDS JUNTO AOS HOMOSSEXUAIS¹

Na trajetória da epidemia pelo HIV/AIDS observa-se alterações significativas nas tendências comportamentais e epidemiológicas, bem como na identificação de respostas efetivas no âmbito da prevenção e da assistência por parte das instâncias governamentais e da sociedade civil organizada.

Uma dessas tendências marcou de forma expressiva a história da epidemia no Brasil e no mundo, a partir da identificação do conceito de grupos de risco, onde os homossexuais masculinos foram inseridos como principais atores. Porém, a ampliação das redes de infecção e a própria evolução do perfil da epidemia foram fatores positivos para a desconstrução de conceitos e preconceitos nesse campo, possibilitando que os padrões de comportamento e de orientação sexual não fossem mais enfatizados como elemento determinante na infecção pelo HIV/AIDS.

Após 20 anos, apesar dos avanços científicos, sociais, clínicos e laboratoriais alcançados no enfrentamento da epidemia, muitas questões ainda se colocam como desafios para a sociedade e governo, exigindo novas posturas sociais e políticas, para o controle da epidemia. É nesse contexto que os Seminários promovidos anualmente pelo Programa de Cooperação Técnica Brasil-França se inserem, na medida em que priorizaram, por mais de dez anos, a reflexão de temas e problemas epidemiológicos e comportamentais politicamente relevantes face à evolução da epidemia pelo HIV/AIDS. Os últimos Seminários tiveram como eixo temático a transmissão vertical do HIV, a prevenção e assistência das DST/AIDS para a população carcerária e a interface da epidemia com o uso de drogas e a redução de danos. Tendo como base as tendências epidemiológicas contemporâneas e o crescimento do número de casos de aids entre homossexuais/bissexuais jovens foram fatores determinantes nessa definição do tema, priorizou-se como tema do Seminário de 2001 a prevenção e assistência das DST/AIDS junto aos homossexuais e bissexuais.

A aids é a principal causa de morte em adultos de 20 a 50 anos em mais de 15 países, ainda nesta primeira década deste século, deverá ser a principal causa de óbito nesta faixa etária em praticamente todo o mundo. A pandemia continua a progredir em todas as regiões do planeta, e está em franca ascensão nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, em especial na África.

No Brasil, a epidemia ainda cresce, mas cresce menos. De 1995 a 1998, a velocidade de crescimento foi de 1,8% ao ano. Podemos dizer que estamos alcançando

¹ Paulo Roberto Teixeira - Coordenador Nacional do Programa Brasileiro de DST e Aids

a estabilização. Até junho de 2001, foram notificados 215.810 casos de aids em todo o País. Destes, 74% entre homens e 26% entre mulheres. A estimativa do número de infectados pelo HIV, no ano de 2000, foi de cerca de 600 mil pessoas, na faixa etária de 15 a 49 anos.

No Brasil, no início da década de 80, a epidemia estava restrita aos homossexuais, usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90, a frequência de casos entre mulheres cresceu muito e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de infecção pelo HIV. Em 1984, 66% dos casos notificados no Brasil eram referentes a homens bi ou homossexuais. Hoje, estes grupos populacionais respondem por 21% dos casos.

Mas não podemos nos deixar enganar pelos números. Enquanto nos homo/bissexuais com mais de 24 anos observa-se uma forte desaceleração no crescimento do número de casos de aids, o mesmo não acontece entre os mais jovens. Por exemplo, entre 1995 e 1998, enquanto o número de casos de aids entre homossexuais com mais de 24 anos subiu 13,5%, entre os mais jovens o crescimento foi de 23%. Quando analisamos a evolução da epidemia na população geral, não vemos essa diferença de crescimento entre faixas etárias. A epidemia cresce em menor velocidade em todas as idades, inclusive entre os mais jovens.

Esse crescimento diferenciado da epidemia entre os homossexuais mais jovens nos levou a realizar uma pesquisa para conhecer melhor os fatores que estariam influenciando neste quadro. Nossa hipótese era de que, por causa dos anti-retrovirais, os homossexuais mais jovens não viveram a fase mais aguda da aids e por isso mesmo estariam relaxando na prevenção e deixando de usar a camisinha. Em junho de 2001, fizemos a pesquisa em sete capitais brasileiras, tanto nas paradas gays, quanto em locais reconhecidamente freqüentados pelos homossexuais.

A pesquisa provou o contrário: mostrou que 81% dos entrevistados usam o preservativo com os parceiros fixos, número que sobe para 95% com os parceiros eventuais. Outra boa notícia é que 73% dos entrevistados já haviam feito o teste do HIV, enquanto no restante da população este número não chega a 20%. Mas revelou também a percepção do grupo de que, de fato, é menor a frequência de uso do preservativo por parte dos homossexuais mais jovens. Entre os entrevistados que acreditam ter reduzido o uso da camisinha após o acesso aos anti-retrovirais, 52% acham que o uso é menor entre homossexuais com menos de 24 anos.

Essa pesquisa aponta o caminho e comprova o alto grau de informação e de percepção de risco dos homossexuais, mas não devemos nos esquecer que este segmento da população está inserido num contexto atual da epidemia que não distingue grupos. Todos são vulneráveis à infecção pelo HIV.

Foi pensando nisso, e baseado na estimativa de que a proporção de infectados homo/bissexuais é de 4,5% e entre heterossexuais de 0,41%, considerando, portanto, o fato de que a probabilidade de um homem que faz sexo com homem estar infectado pelo HIV é cerca de 11 vezes maior do que a de um homem heterossexual, que o Programa Nacional de Aids do Brasil traçou suas principais prioridades de ação e estratégias de prevenção das DST/AIDS para os homens que fazem sexo com homens.

Com o início da vida sexual cada vez mais precoce - 15 anos em média segundo a pesquisa realizada nas Paradas Gays de 2001 - num novo contexto da aids, em que a

doença deixa de ser tão letal, nos leva a refletir também sobre novas formas de ação. Não podemos usar hoje as mesmas abordagens de 20 anos atrás, mesmo porque o comportamento dos homossexuais mudou. A orientação sexual hoje é muito mais aceita e tolerada, e as abordagens devem acompanhar estas mudanças.

Desde o início da epidemia, as ações de prevenção foram efetivadas a partir das próprias comunidades atingidas. No Brasil, o movimento homossexual, mesmo que não fortalecido e mobilizado na época, rapidamente começou a incorporar novas tecnologias para divulgar informações sobre sexo mais seguro.

Por outro lado, o Programa Nacional de DST/AIDS do Brasil delineou uma política de intervenção, envolvendo os segmentos da população mais atingidos pela epidemia na época, entre eles, os homossexuais. Esta resposta conjunta de governo e sociedade tem dado a tônica da política de prevenção do Programa Nacional de DST/AIDS no Brasil.

No período de vigência do AIDS I, de 1994 a 1998, foi tímida a cobertura dessas ações. Do total de projetos da sociedade civil apoiados pelo Ministério da Saúde nesse período, apenas 5% (28 projetos dos 559 implantados no período) foram direcionados aos homossexuais. A partir do novo acordo de empréstimo, o AIDS II, que começou em 1999 e termina em 2002, houve um aumento expressivo do número de projetos apoiados pelo Programa Nacional: no período de 1999 até novembro de 2001, contabilizamos que 91 projetos de ONG voltados para a população homossexual foram ou estão sendo implantados com o apoio do Ministério da Saúde.

Também foi identificada a necessidade de implantação de estratégias específicas que possibilitem ampliar a cobertura das ações de prevenção junto aos homossexuais. Assim, a meta prioritária é garantir a ampliação de estados e municípios nas ações diretas com este público-alvo, a partir da efetivação de duas medidas: a revisão dos Planos Operativos Anuais para 2002, tornando obrigatória a inclusão de intervenções para as populações de práticas de risco acrescido - homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis - e a articulação com outros setores da saúde, como os programas de agentes comunitários e saúde da família.

Podemos destacar ainda seis ações básicas que integram as estratégias do Programa Nacional de Aids do Brasil direcionadas para a prevenção da epidemia pelo HIV entre os homossexuais, são eles:

- 1) a realização de pesquisas voltadas para a ampliação das informações sobre o comportamento sociocultural e econômico e as práticas sexuais dos homossexuais. E, nesse campo, salientamos a parceria estabelecida com a Agência Nacional de Pesquisa sobre Sida da França (ANRS) para a realização de pesquisa junto aos leitores de revistas gays e de usuários da internet;
- 2) a produção de campanhas educativas e de materiais informativos que forneçam subsídios para as intervenções desenvolvidas pelo governo e pelas organizações da sociedade civil (vale lembrar que neste momento estamos produzindo uma campanha educativa com foco nos homossexuais mais jovens, com o objetivo de promover a auto-estima e a prevenção. A ausência de uma campanha nacional para este público era talvez uma das maiores dívidas do Ministério da Saúde. Toda a campanha está sendo construída com a consulta e aprovação de representantes do movimento);

- 3) o apoio aos projetos de intervenção comportamental para prevenção das DST/AIDS;
- 4) o fortalecimento institucional de grupos homossexuais e do movimento homossexual do Brasil, para promover a sustentabilidade das ações de prevenção;
- 5) a ampliação da mobilização e participação social desse segmento como instrumento para o exercício da cidadania e para o cuidado com a saúde;
- 6) a distribuição de preservativos e gel lubrificante. Em 2000, foram comprados 200 milhões de preservativos masculinos. Já está em curso, neste ano, a compra de outros 200 milhões. Estamos distribuindo cerca de 12,3 milhões de preservativos/mês. Quanto ao gel lubrificante, à base de água, um insumo básico de Saúde Pública, imprescindível para as ações de prevenção das DST/AIDS destinadas aos homossexuais, nos últimos dois anos, a aquisição ficou por parte das ONGs e o governo de alguns estados. Em médio prazo está prevista a fabricação do produto pela Far-Manguinhos, com o objetivo, inclusive de reduzir o preço do produto no mercado.

Por fim, não podemos deixar de registrar nossa expectativa em relação a este Seminário de 2001 do Programa de Cooperação Técnica Brasil-França que, a exemplo dos anos anteriores, constitui-se num importante espaço para a discussão e intercâmbio de experiências e informações, tendo como referencial empírico dados e conhecimentos produzidos no Brasil e na França. Esperamos que o resultado das discussões a serem promovidas venham a contribuir favoravelmente para a identificação de novos caminhos de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS junto aos homossexuais e bissexuais, propiciando também maior fortalecimento da parceria técnica e política estabelecida entre os dois países em questão.

O PROGRAMA FRANCÊS DE LUTA CONTRA A AIDS ²

O objetivo geral do Programa Francês de Luta contra a Aids é conter o risco de retomada da epidemia HIV e diminuir a incidência da infecção pelo HIV e das DST. Seus objetivos específicos são:

- 1) ajustar as ações de prevenção às culturas homossexuais;
- 2) manter uma base geral de prevenção evitando a marginalização causada pela infecção pelo HIV, a rotulação dos *gays* e visando a atingir todos os HSH, principalmente os jovens homossexuais;
- 3) relançar o teste e o tratamento após exposição;
- 4) levar em consideração os problemas específicos dos homens soropositivos;
- 5) fazer uma prevenção, teste e assistência conjuntos das DST e do HIV ao mesmo tempo;
- 6) reconhecer e reforçar as intervenções centradas em pessoas ou grupos levando-se em consideração os fatores psicossociais pessoais e do ambiente em que a pessoa se encontra.

I – Contexto

- Aumento dos comportamentos de risco entre homossexuais masculinos - discurso sobre o bareback.
- Aumento das DST verificado principalmente entre jovens e homens em idade madura, também em Paris, zona de predomínio - caso de sífilis em Paris em 2001.
- O barômetro *gay* realizado em Paris confirma o relaxamento dos comportamentos de prevenção em relação aos anos precedentes em estabelecimentos *gays* e locais de paquera.
- Na pesquisa da imprensa *gay*, ficou demonstrada também a exclusão dos homens soropositivos marcados fisicamente pela doença e pelos tratamentos anti-retrovirais. Ficou comprovado também que a comunicação entre as gerações não acontece naturalmente e a discriminação sofrida pelos homossexuais no início da epidemia não foi transmitida às novas gerações.

²Thierry Troussier - Ministério de Saúde e da Solidariedade (França)

II – Ações para debelar o risco de retomada da epidemia do HIV e diminuir a incidência da infecção pelo HIV e outras DST

1. Ajustar as ações de prevenção de acordo com a evolução das culturas homossexuais. Este objetivo deve levar em consideração:

- as modificações dos estilos de vida dos homossexuais;
- as dificuldades de ordem psicossocial dos homens que fazem sexo com homens;
- a evolução das práticas sexuais levando-se em consideração o nível de risco e epidemiologia das DST;
- o princípio de uma responsabilidade individual não importando o estado sorológico;
- as situações de grande vulnerabilidade encontrado nos locais de sexo e de prostituição masculinas;
- a exposição entre casais;
- a dimensão do "prazer".

1.1. Manter o programa de ação através de uma comunicação visível e clara:

- as campanhas de mídias nacionais;
- as campanhas com público-alvo mantidas e desenvolvidas (parceria com os *sites* da internet e a imprensa especializada);
- negociação com os parceiros comerciais "X";
- nos Departamentos Franceses da América (DFA) e originárias da comunidade de imigrantes.

1.2. Agir diretamente através das redes nacionais que interferiam nos locais de encontro e de práticas sexuais e estabelecer o comprometimento dos donos de estabelecimentos comerciais com a prevenção e a higiene:

- uma convenção nacional entre as DGS e o SNEG;
- uma legislação de comprometimento dos responsáveis dos estabelecimentos;
- um recenseamento dos locais de encontro externos e de associações interventoras;
- material para os locais de práticas sexuais lembrando da necessidade de prevenção.

- 1.3. Favorecer e apoiar as ações de comunicação local através dos agentes associados:
 - melhorar a divulgação do apoio à prevenção;
 - locais específicos (informação e apoio individualizado);
 - nas DFA (as associações nacionais).
- 1.4. Agir através das redes associadas que intervêm junto aos homens que praticam a prostituição (juntamente como o programa de ação para situações de grande vulnerabilidade):
 - mobilização das redes associativas e das administrações (desenvolvimento de um grupo de trabalho e organização de encontros nacionais);
 - apoio ao colóquio europeu de associações;
 - em nível local, mobilização dos agentes (em função das necessidades, dos grupos de trabalho e de formação).
2. Manter uma linha geral de prevenção evitando a marginalização causada pela infecção HIV, a rotulação dos *gays* e se dirigindo a todos os HSH, principalmente aos jovens homossexuais.
 - 2.1. Lutar contra a homofobia e a rotulação dos bissexuais, em ações de saúde mais gerais em matéria de comunicação junto ao público, favorecer a visão dos homo e bissexuais, homens e mulheres, para aumentar a auto-estima e reconhecê-la graças a:
 - a elaboração de estratégias de luta contra a homofobia;
 - a participação e o apoio aos grandes eventos.
 - 2.2. Mobilizar as associações que intervêm junto aos imigrantes:
 - apoio das ações nacionais ou locais;
 - apoio à criação de espaços de expressão.
 - 2.3. Estabelecer uma parceria com as associações nacionais de jovens homossexuais, a federação das associações esportivas homossexuais (CGPIF):
 - criando mecanismos de informação pública sobre sexo seguro adaptados às diversidades sexuais;
 - desenvolver a promoção da Linha "Azur";
 - em nível local, promoção de atrativos locais associados;

- levar um apoio metodológico e divulgação do material de educação diversificado sobre a sexualidade.
- 2.4. Favorecer a diversidade sexual, principalmente no conjunto das ações públicas dirigidas aos jovens:
- através do desenvolvimento de programas de educação sexual nas escolas;
 - apoio às associações de pais de alunos e de associações de pais de homens e mulheres homossexuais.
3. Relançar o teste e o tratamento pós-exposição sexual.
- 3.1. Sensibilizar e comunicar a importância do teste em populações onde ocorra uma predominância do HIV através:
- da elaboração de documentos de informação e de divulgação sobre o teste;
 - da evolução das consultas de testes anônimos e gratuitos (CDAG) e dos laboratórios antivenéreos (DAV).
- 3.2. Melhoria de acesso ao tratamento após exposição (TAE) para otimizar a relação custo/benefício pela:
- elaboração de um documento sobre o modo de agir em caso de urgência após ocorrer o risco;
 - a produção e divulgação de suportes de informação;
 - atualização dos termos de referência;
 - estabelecimento de um local de acesso ao TAE em nível local.
4. Levar em consideração os problemas específicos dos homens soropositivos. A ação neste setor deve levar em consideração:
- a dificuldade de se manter durante muito tempo as práticas sexuais protegidas;
 - as necessidades específicas dos homens soropositivos em tratamento;
 - a necessidade de informar sobre o acesso ao tratamento pós-exposição e melhorar o seu acesso;
 - luta contra a rotulação dos soropositivos;
 - ligação entre vida sexual, prevenção e inserção social.
- 4.1. Informar os HSH soropositivos dos riscos de super contaminação pelo HIV e

pelas DST e os benefícios de uma prevenção individual entre pessoas soropositivas e seus parceiros:

- campanhas nacionais e mídias especializadas;
- documentos precisos sobre riscos de supercontaminação.

4.2. Apoiar as iniciativas ou os programas em favor dos soropositivos para redução do impacto dos efeitos secundários, acompanhamento das pessoas em tratamento e melhoria da qualidade de vida junto com o programa de pessoas atingidas:

- sexualidade e prevenção no grupo *Delfraissy*;
- programas direcionados a jovens soropositivos.

4.3. Nos hospitais, integrar a prevenção local e a maneira de cuidar das pessoas soropositivas:

- integrar a vida sexual e a prevenção, na assistência às pessoas soropositivas;
- ligação entre os serviços de cuidados e de prevenção;
- a formação baseada no apoio médico-psicossocial.

4.4. Em locais outros que os hospitais, apoiar os projetos baseados na necessidade das pessoas soropositivas em tratamento ou dos casais sorodiferentes pelo:

- grupo de palavra ou de apoio individual;
- a formação no âmbito das redes "cidade-hospital".

5. Fazer uma campanha conjunta de DST e HIV de prevenção, teste e assistência. Uma vez que o aumento das DST, particularmente em homossexuais soropositivos, impõe uma aproximação conjunta das DST e do HIV nos serviços de assistência e de ações.

5.1. Mobilização dos DAV, serviços de dermatovenerológicos e doenças infecciosas, os CDAG, os CISH para uma campanha conjunta das DST e do HIV:

- esta campanha deve associar a prevenção, o teste, a informação dos parceiros e a assistência;
- recomendações atualizadas do CSHPF;
- programação das DDASS que associam Conselhos Gerais e hospitais.

5.2. Informar sobre as DST aos HSH através da:

- elaboração de documentos e de campanhas sobre as DST;
- elaboração de documentos específicos sobre os sinais, o testes, o tratamento e a prevenção das DST;
- coerência das informações e dos documentos;
- início das intervenções incluindo as DST.

5.3. Melhoria do sistema de vigilância:

- vigilância dos gonocócitos e das uretrites;
- vigilância da sífilis.

5.4. Favorecer a formação de médicos em ligação com a FMC e as redes "cidade-hospital" sobre a importância do teste de DST, o diagnóstico e o tratamento (sífilis...):

- divulgando os dossiês específicos de alerta (DGS, BEH, InVS).

6. Reconhecer e reforçar as intervenções baseadas na pessoa, relatórios ou grupos levando-se em consideração os fatores psicossociais pessoais e o meio em que a pessoa se encontra. Desenvolver a escuta, o conselho e a assistência personalizada levando-se em consideração a pessoa no seu todo.

6.1. Desenvolver formações de apoio médico-psicossocial:

- estabelecimento de novas metas após o recenseamento;
- licitação junto aos organismos de formação;
- informações sobre os organismos e os conteúdos da formação.

6.2. Reforçar o dispositivo de formação de modo a sensibilizar os vários segmentos sexuais:

- comitê de direção DGS;
- temas sobre a sexualidade, identidades e tipos de relação serão diversificados.

6.3. Recensar formações e mecanismos para dar segmento ao projeto, as diferentes formas de intervenção e de avaliação:

- centros de recursos documentários para os interventores serão valorizados e os modos de avaliação serão definidos.

III - Avaliação

Definir e desenvolver indicadores necessários de acompanhamento e avaliação das ações, em nível nacional.

- 1) Acompanhamento do programa: dispositivo de acompanhamento e de avaliação e quadro de bordo
- 2) Analisar os dados recolhidos pelas administrações e os resultados da vigilância epidemiológica.

Indicadores epidemiológicos: conhecimento, atitudes, crenças e comportamentos.

Indicadores de atividade:

- acompanhamento da atividade dos CDAG;
- número de pessoas recorrentes aos TAE;
- estatísticas de chamadas ao Aids Info Serviço;
- número de preservativos distribuídos;
- alocação de financiamentos público e privado.

3) Acompanhar e avaliar as ações:

- avaliação pós-campanha feita pelo CFES ;
- frequência das comunicações institucionais;
- frequência das comunicações entre agências InVS, ANRS;
- balanço da parceria com os principais agentes associados;
- avaliação das formações de incentivo em nível nacional.

4) Avaliar os agentes do programa e o avanço dos programas:

- organização de encontros com os "encarregados do HIV" dos DDASS e dos DRASS;
- organização ao menos uma vez por ano de uma reunião com os agentes encarregados do programa para se fazer um balanço das ações.

Em nível local:

- 1) Barômetro *gay* em Paris.
- 2) Novos diagnósticos HIV nos CISIH e CDAG.
- 3) Dispositivo de alerta contra a sífilis e a gonococci junto a diferentes agentes.
- 4) Quadro de bordo das ações para os departamentos e regiões prioritárias.
- 5) Avaliação das ações locais pelos DRASS e DDASS.

TRANSMISSÃO DO HIV/AIDS ENTRE HOMOSSEXUAIS - - SITUAÇÃO FRANCESA -

*TENDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DA TRANSMISSÃO DO HIV/AIDS ENTRE HOMO E BISSEXUAIS*³

Não existe na França estudos específicos relativos às DST e à infecção pelo HIV em populações homo e bissexuais, mas a maioria dos sistemas de vigilância disponíveis, no âmbito de cuidados e de identificação, registram a orientação sexual dos pacientes e permitem assim estudar as tendências dos indicadores no tempo por subgrupos. Ainda que os resultados da declaração dos casos de aids demonstrem uma diminuição constante da proporção dos casos ligados às relações homo ou bissexuais masculinas, um certo número de indicadores objetivos revelam, desde 1998, um aumento recente dos comportamentos de risco entre a população homo ou bissexual, fazendo crer em uma retomada da epidemia. Este fenômeno é particularmente observado nas zonas predominantemente de aids: aumento dos gonócitos anais-retrais, aumento das uretrites masculinas, aumento da sífilis, aumento dos diagnósticos HIV positivos nos Centros de Testes Anônimos e Gratuitos (CDAG).

A vigilância epidemiológica das DST e da infecção pelo HIV na França

Fundada sobre o sistema regulamentar de declaração obrigatória, a vigilância das doenças sexualmente transmissíveis (DST) foi modificada uma primeira vez em novembro de 1986 e depois em julho de 2000. Esta última reforma instituiu uma assistência gratuita ao conjunto de DST nos laboratórios antivenéreos (DAV) e desaparece a obrigação de declarar toda DST às autoridades sanitárias.

A política de luta contra a infecção das DST/AIDS é baseada na informação, prevenção, solidariedade para com as pessoas atingidas e os testes voluntários. O teste obrigatório é feito somente para os doadores de sangue, de esperma ou de órgãos. Para facilitar o teste voluntário, ele é totalmente reembolsado pelo seguro de saúde desde 1992 e a proposta de teste é obrigatória para toda mulher grávida desde julho de 1993.

A oferta de assistência e de testes é variada. Os pacientes atingidos pelas DST podem consultar em várias instituições, principalmente nos laboratórios antivenéreos (DAV), bem como nos generalistas e os dermatovenerólogos na cidade ou no hospital.

Aqueles desejosos de conhecer o seu *status* sorológico podem pedir uma discriminação da sorologia anti-HIV a um médico generalista, ou ir a um teste anônimo e gratuito do HIV (CDAG) ou em um DAV. Os dados de segurança são transmitidos ao Instituto Nacional de Vigilância Sanitária (InVS), organismo do estado encarregado da vigilância e de intervenção em Saúde Pública.

³ Véronique Massari - Inserm U444

Os métodos de vigilância epidemiológica

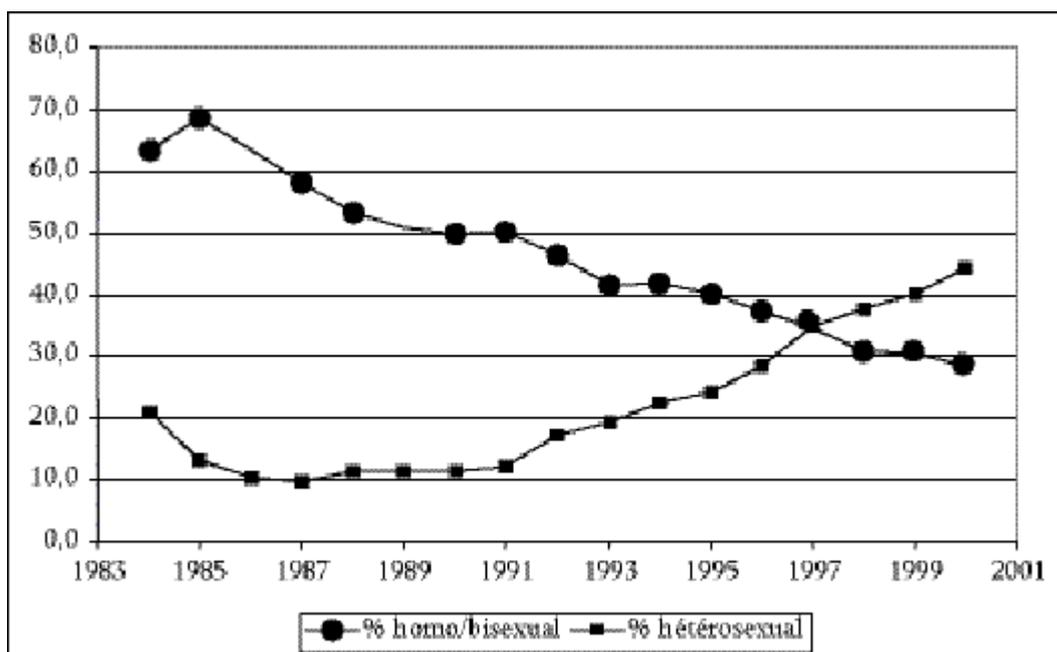
Após o abandono da declaração obrigatória (salvo nos casos de aids grave), a vigilância das DST se desenvolveu a partir de 1985 junto à rede de médicos generalistas da cidade (sentinelas) ou dos laboratórios de biologia (RENAGO para o gonococo, RENAVI para a infecção pelo HIV, RENACLA para a clamídia). Além disso, relativo à infecção pelo HIV, pesquisas transversais repetidas foram iniciadas junto às populações de risco, aos consultores dos DAV (PREVADAV) ou às populações bem definidas, como mulheres grávidas (PREVAGEST) ou o pessoal do exército. Em vários desses sistemas de vigilância ou de pesquisa, a orientação sexual dos casos é recolhida, permitindo uma diferenciação dos pacientes homo ou bissexuais em relação aos pacientes heterossexuais, mas nenhuma pesquisa centrada nos homo/bissexuais foi realizada. No primeiro semestre de 2001, a declaração obrigatória das infecções pelo HIV foi instaurada, mas os dados dessa vigilância ainda não estão disponíveis.

A demonstração da vigilância nos casos de aids

O sistema de vigilância da aids, desenvolvido em 1982, se baseia na declaração obrigatória anônima feita pelos práticos (decreto de 10 de junho de 1986). A declaração baseada na definição OCS/CDC da aids, revisada em 1993. A exaustão da declaração foi levantada: 80 a 90% dos casos de aids e 75 a 85% de mortes pela aids são notificadas.

A análise dos dados de 1999-2000 (figura 1) mostra que a parte das infecções por relações homossexuais entre os casos de aids segue a diminuição constatada desde 1992 (45%) e representa 28% dos casos de aids diagnosticados em 2000 (30% em 1999).

Figura 1: Percentual dos casos de aids ligados a uma contaminação por contato homo/bissexual ou heterossexual ao longo do tempo



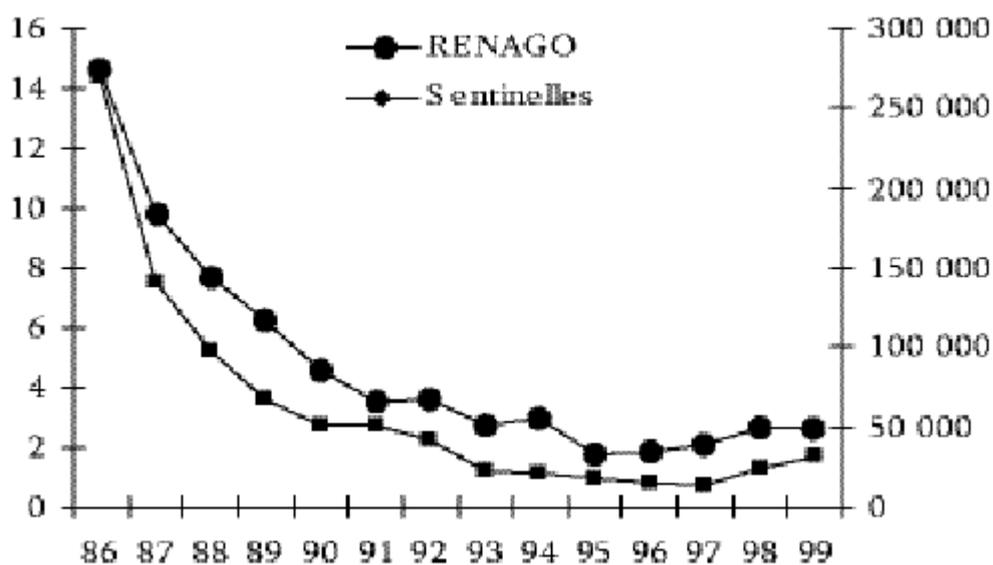
Metade dos casos diagnosticados em pacientes homossexuais, a soropositividade foi descoberta no momento do diagnóstico e os mesmos não receberam anteriormente qualquer tipo de tratamento anti-retroviral.

A vigilância das uretrites pelos generalistas sentinelas

Os sentinelas reagrupam em média 500 médicos generalistas voluntários exercendo a medicina no total do território metropolitano. Desde 1985, eles relatam toda semana os casos observados por nove temas de vigilância entre eles as uretrites masculinas agudas e as prescrições de sorologia HIV. Os casos de uretrite são definidos pela presença de uma disúria recente e/ou de um corrimento uretral purulento, mucopurulento ou mucóico recente. Para cada caso, a idade, a presença de corrimento, a preferência sexual declarada pelo paciente, e desde 1997, a noção de vários parceiros, os antecedentes de DST (ao longo dos últimos 12 meses), a prescrição de um teste de sangue e o seu resultado são registrados.

Após uma baixa contínua da incidência das uretrites entre 1986 e 1995 de 630 a 180 casos em cada 100.000 homens, observamos um aumento da incidência em 1996 e depois uma estabilização por volta de 270.000 casos para cada 1.000.000 de homens (figura 2). A população homo ou bissexual está bem representada, uma vez que a homo e a bissexualidade é vista entre 11% dos casos ainda que esta porcentagem seja estimada em 4% na população em geral e esta porcentagem atinge 17% na região parisiense onde a população homossexual é estimada em 9% (figura 3).

Figura 2: Evolução anual do número de genocócitos identificados pela RENAGO e número de uretrites masculinas estimados na França pelos Sentinelas de 1986 a 1999 (LABM: laboratório de análise médica)



A vigilância dos gonocócitos pelos laboratórios (RENAGO)

A RENAGO, criada em 1985, é um grupo de vigilância do gonocócito que se baseia em uma amostra dos laboratórios biológicos privados e hospitalares (LABM). Cada mês, o número de amostras genitais e, para cada caso detectado, a idade e o sexo do paciente, os diagnósticos clínicos observados, o país de contaminação, o local da amostragem, a especialidade do médico que fez o diagnóstico, a existência de uma outra DST associada são transmitidas ao InVs. As fontes de *neisseria gonorrhoeae* (Ng) são enviadas ao centro de referência que efetuaram, para cada amostra, a identificação, a pesquisa de lactamase e o estudo das concentrações minimalistas inibidoras (CMI) pelo método de diluição em gelose em seis antibióticos. A evolução temporal é estudada a partir do número mensal de Ng identificadas, relatadas ao número de laboratórios tendo enviado ao menos seis fichas mensais por ano. Após uma redução importante de 1986 a 1990, o número de fontes de Ng identificadas por laboratório (10,7 fontes por laboratório a 1,7 - ou seja - 81%), a tendência à diminuição persistiu até 1997 entre os dois sexos (4). Em 1998, um aumento brutal (+167%) do número de fontes identificadas tinha sido observado particularmente em Paris. Os gonocócitos ânus-retal, em progressão desde 1995, mais que dobraram em 1998 e continuaram a aumentar em 1999. A maioria dessas fontes de origem ânus-retal (83%) provem de laboratórios parisienses.

*NOVO COMPROMETIMENTO COM A SEXUALIDADE E RECRUDESCÊNCIA DOS RISCOS ENTRE OS GAYS FRANCESES*⁴

Esta apresentação tem por objetivo estabelecer um panorama dos comportamentos sexuais e preventivos da população *gay* francesa, a partir de dados coletados em duas pesquisas quantitativas periódicas: A pesquisa da *Imprensa Gay* feita regularmente desde 1985 junto a leitores de artigos homossexuais (5.000 pesquisados em 2000) e a *Sondagem Barométrica Gay* feita desde 2000 junto a clientes de bares e de clubes de sexo de Paris (2.000 pesquisados em 2000). A primeira pesquisa permitiu uma visão geral sobre os *gays* que vivem na França, a segunda mostra um *zoom* sobre um segmento da população *gay* bem ativa sexualmente e particularmente tocada pelo risco de transmissão do HIV e das DST.

Os resultados dessas pesquisas podem se resumir da seguinte maneira. Ainda que a maioria dos pesquisados continue a administrar com eficácia a prevenção, evoluções bem nítidas - trata-se das primeiras observadas desde 1985 - aparecem nos comportamentos preventivos. Em relação à situação observada em 1997, a utilização do preservativo para a penetração é feita, menos freqüentemente, entre os casais, em 2000, em particular seroconcordantes negativos e serodiferentes. Seguramente, a baixa da prevenção é mais nítida com os parceiros ocasionais. Ainda que visível em todo o território e em vários grupos, o relaxamento com a prevenção com parceiros ocasionais aparece cada vez mais entre franceses, principalmente entre jovens com vários parceiros e, também, entre os *gays* soropositivos. Entre os clientes regulares dos clubes de sexo existe um risco maior de contaminação.

As evoluções nítidas se observam igualmente na freqüência do risco entre 1997 e 2000, as declarações isoladas de penetração sem proteção pouco evoluíram diferentemente das declarações das exposições repetidas (regulares) do risco. Alguns *gays* demonstram ter progressivamente habituado a se expor ao risco de contaminação repetido ou de passarem, ao longo do tempo, a correrem riscos ocasionais (ou acidentais) se expondo mais freqüentemente. Este fenômeno de banalização dos comportamentos de não proteção poderia ocasionar conseqüências importantes na dinâmica da epidemia do HIV/AIDS, como sugere o ressurgimento das DST que também foi observado.

Fatores como a pouca idade, um número elevado de parceiros, a soropositividade, a freqüentação de lugares de sexo, etc. tornam mais complexa a administração dos riscos, mas é necessário levar em consideração outras influências. As depressões são freqüentes entre os *gays*. Ao longo dos últimos anos, a cultura e as práticas sexuais dos *gays* foram modificadas, bem como os novos tratamentos e a percepção do risco de transmissão do HIV.

Os conhecimentos trazidos por essas mudanças permitem formular novas bases para reorientação da prevenção.

⁴ Philippe Adam - Instituto de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Pesquisas sobre Sida

TRANSMISSÃO DO HIV/AIDS ENTRE HOMOSSEXUAIS – SITUAÇÃO BRASILEIRA –

*AIDS E A TRANSMISSÃO ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS*⁵

Em junho de 2001, a Coordenação Nacional de DST e Aids, com o objetivo principal de avaliar o impacto da disponibilização universal da terapia anti-retroviral potente na prática de sexo seguro pelos homossexuais masculinos, conduziu, em parceria com o IBOPE, uma pesquisa de opinião junto a indivíduos que participaram das Paradas de Orgulho GLBT em sete cidades brasileiras. Para dar maior representatividade à amostra, decidiu-se incluir, além das pessoas que participaram das Paradas, frequentadores de bares, boates e saunas *gays*. Assim, no total foram realizadas 800 entrevistas, sendo 25% no Município de São Paulo, 11% no Município do Rio de Janeiro e 13% em cada um dos demais municípios (Salvador, Fortaleza, Brasília, Curitiba e Porto Alegre). A maior parte das entrevistas (500) foi realizada em bares, saunas e boates *gays*, e o restante (300) nas Paradas. Houve uma boa representatividade de homossexuais jovens (37% dos entrevistados tinham 23 anos ou menos), mas uma representação muito grande de indivíduos com escolaridade superior (42%) e de indivíduos que participavam de algum grupo *gay* organizado (83%).

Dentre os principais resultados obtidos com essa pesquisa de opinião, destacam-se as seguintes informações: os *gays* mais jovens realizam menos testes anti-HIV (63% contra 80%); 53% julgam-se com baixo ou nenhum risco para a infecção pelo HIV (note-se que não foi possível identificar, por deficiência do instrumento utilizado, se o baixo risco auto-atribuído se devia à adoção de práticas consistentes de sexo seguro ou não); metade dos que possuem mais de 24 anos apresentam parceiro fixo e somente 40% dos mais jovens apresentam esta condição; os que possuem parceiro fixo e os que pertencem a grupos organizados tendem a considerar-se em menor risco; 13% julgam que o "coquetel" previne ou cura a doença. Em relação ao uso de preservativos após a distribuição do coquetel, a pesquisa indicou que: 10% acham que o uso de preservativos diminuiu, sendo que 16% dos que pertencem a grupo organizado têm a mesma opinião. Dos que acham que o uso do preservativo diminuiu, observou-se ainda as seguintes características: 52% acham que diminuiu entre os mais jovens, 34% em ambas as faixas etárias e 14% entre os mais velhos.

Analisando-se a série histórica de casos de aids notificados ao Ministério da Saúde até junho deste ano (2001), observa-se que, diferentemente dos casos notificados em homens heterossexuais - em que a curva apresenta um crescimento exponencial até 1998 -, os casos em homossexuais e bissexuais (Homens que fazem Sexo com Homens - HSH) apresentam uma estabilização já a partir de 1992, com cerca de 5.000 casos notificados anualmente, quando se registra um pequeno aumento do número de casos nessa subcategoria de exposição. Devido ao atraso de notificação de casos ao Ministério da Saúde, os dados do período de 1999-2001, por serem ainda

⁵ Dráurio Barreira - Coordenação Nacional de DST e Aids

muito preliminares, não permitem uma análise de tendência em termos numéricos. No entanto, é possível analisar-se a tendência em termos percentuais. Assim, em 1985, os casos na subcategoria heterossexual representavam 4% dos casos em homens tendo crescido de forma constante sua participação percentual, chegando a 63,2% em 2001, excetuados os casos ignorados. Os casos de aids na subcategoria HSH, que representavam 100% dos casos em homens em 1998, foram perdendo paulatinamente a sua participação percentual, chegando a 24% em 2001. Quando comparamos a escolaridade informada dos pacientes de aids do sexo masculino, vemos que há uma queda do nível de escolaridade tanto em heterossexuais quanto nos HSH. No entanto, a escolaridade alta sempre se manteve (e ainda se mantém) significativamente mais elevada nos HSH. Dessa forma, se usarmos a escolaridade como proxy do nível socioeconômico - apesar de estar ocorrendo uma pauperização tanto dos doentes de aids da subcategoria HSH como na dos heterossexuais - os HSH ainda apresentam um nível socioeconômico mais elevado.

Quando as séries históricas de casos em dois períodos - de 1991 a 1995 e de 1996 a 2000 - são analisadas, observa-se que, no primeiro período (1991 a 1995), há um crescimento linear passando de 11.674 para 20.231 casos. No segundo período (1996 a 2000), observa-se um decréscimo, também linear, passando de 22.807 para 17.507 casos. Quando se analisa as séries de casos em HSH, observa-se que para os HSH com 24 anos ou mais há uma tendência discreta de decréscimo em ambos os períodos, passando de 3.800 para 3.659 casos no primeiro período e de 3.832 para 3.565 casos no segundo período. Essa tendência não é observada para os HSH mais jovens, com menos de 24 anos. Nesse grupo, nota-se uma tendência de queda no primeiro período, passando de 362 para 312 casos, mas no segundo período uma tendência de crescimento, passando de 315 para 365 casos, sugerindo que possa estar ocorrendo um recrudescimento da epidemia de aids em HSH às custas dos indivíduos menores de 24 anos.

EVOLUÇÃO DA IDEOLOGIA E POSICIONAMENTO DOS HOMOSSEXUAIS FACE À TRANSMISSÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL ⁶

Na qualidade de antropólogo e militante homossexual, líder do grupo *gay* que primeiro iniciou a prevenção da aids junto à comunidade homossexual no Brasil, e que há mais tempo, sem férias nem trégua, continua participando ativamente dessa luta, tenho sido nestes últimos 20 anos, ao mesmo tempo, agente e testemunha do quanto a epidemia da aids afetou e continua interagindo de forma dramática junto ao povo *gay* de nosso País.

Não falo apenas dos mais de 50 mil homossexuais brasileiros que morreram em decorrência do HIV, um verdadeiro "homocausto", só comparado aos mais de 2 mil homossexuais assassinados neste mesmo período. ⁷ Lembro particularmente daqueles gays, muitos deles, amigos e conhecidos próximos, algumas celebridades, que tiveram suas vidas ceifadas em plena flor da idade, no auge de sua produção, causando grande vazio e perda irreparável em nossa pequena comunidade que recém saía do armário. Lembro e homenageio Darcy Penteado, pintor de mão-cheia, um dos fundadores do primeiro jornal homossexual em língua portuguesa, autor do nosso pioneiro cartaz de sexo seguro; Paulo Bonfim, fundador do GAPA e o primeiro representante de uma ONG na Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde; Renato Russo, até hoje, o cantor que mais ousou defender a causa *gay* em nosso País, quiçá em toda América do Sul; Herbert Daniel, ensaísta, o primeiro soropositivo a falar publicamente na primeira pessoa, fundador do Grupo Pela Vida; Nestor Perlongher, poeta e antropólogo, pesquisador dos rapazes de programa; os atores e cantores Lauro Corona, Cazusa e Zacarias dos Trapalhães; os estilistas Marquito e Ney Galvão; os diversos militantes *gays* do GRAB, do GGB, do Atobá, do GIV, do Triângulo Rosa; os quatro meus ex-namorados que morreram de aids. Perdas irreparáveis, ausências insubstituíveis, uma sangria até hoje muito sentida no jovem e frágil movimento de liberação homossexual brasileiro. A esses colegas e amigos que não tiveram tempo de se beneficiar do coquetel nem das próximas vacinas, nossa saudade e a certeza que sua memória e suas obras permanecem vivas e nos ajudarão a melhor enfrentar a aids no presente e vencê-la num futuro próximo.

Meu objetivo neste meu ensaio é analisar a evolução ideológica e o posicionamento da comunidade *gay* tupiniquim através do resgate das principais reações observadas entre os homossexuais no Brasil, quer das lideranças pensantes *gays*, quer da massa homossexual, no tocante ao enfrentamento individual e grupal desta epidemia. Assim fazendo, além de resgatar e registrar as diferentes formas reflexivas e estratégias de ação de atores anônimos, celebridades e grupos de militância pertencentes a esta minoria sexual face a uma síndrome que até pouco tempo atingia primordialmente o então chamado "grupo de risco homossexual", estaremos contribuindo para que os erros e acertos destas duas décadas de alastramento do HIV ajudem-nos a entender o imaginário coletivo e as reações comportamentais desta subpopulação e programar ações eficazes com vistas a um enfrentamento mais acertado e eficiente desta doença. Doença que também no Brasil foi conhecida, nos seus primór-

⁶ Luiz Mott - Universidade Federal da Bahia e Grupo Gay da Bahia

⁷ Mott, Luiz & Cerqueira, Marcelo. Causa Mortis: Homofobia. Salvador, Editora Grupo Gay da Bahia, 2001.

dios, como *peste gay*, e que ainda hoje, 20 anos após sua destrutiva aparição no cenário mundial, tem na mudança comportamental seu principal antídoto.

Para efeito de sistematizar esta exposição, agrupei em três enunciados as racionalizações e reações mais significativas da comunidade homossexual face à epidemia da aids:

- ? a aids não é prioridade do movimento homossexual;
- ? é melhor não falar sobre aids;
- ? a aids é invenção do discurso médico contra a liberação homossexual.

1. A aids não é prioridade do movimento homossexual

Tão logo surgiu esta síndrome, que nos seus primórdios foi chamada também no Brasil de câncer cor de rosa e depois, *peste gay*, já em 1982 o Grupo Outra Coisa, de São Paulo, e o Grupo Gay da Bahia passaram a alertar a comunidade homossexual, através de folhetos mimeografados, para o risco dos contatos sexuais sobretudo com *gays* vindos das grandes capitais do exterior, locais onde o chamado HTLV-III primeiro foi detectado e mais se alastrava. Em nosso primeiro folheto, dizíamos: "Evitar troca de esperma com *gays* provenientes dos Estados Unidos, Europa e das grandes cidades brasileiras. Compensemos esta limitação dando a nossos irmãos dessas localidades muita atenção e carinho. O uso do preservativo é recomendado!" Nesta época, 1982, havia apenas 40 casos de aids detectados nos Estados Unidos e dois na França. Num segundo folheto do GGB, de 1984, informávamos que já haviam morrido nos estados mais de 3 mil pessoas com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, 70% *gays*, enquanto em São Paulo, a Secretaria de Saúde já havia registrado 116 casos, contabilizando um novo diagnóstico a cada dia.

Naquela época os epidemiologistas falavam em dois padrões de alastramento do HIV: o modelo norte-americano, afetando predominantemente homossexuais masculinos, e o modelo africano, heterossexual, atingindo equilibradamente mulheres e homens. Na primeira década da pandemia, o Brasil passou a ser indicado, depois dos Estados Unidos, como o país onde o modelo norte-americano havia feito o maior número de vítimas: 70% dos infectados e óbitos causados pelo HIV se deviam à transmissão homossexual ou bissexual. Nunca houve tantos bissexuais declarados em nosso País como nestas estatísticas epidemiológicas, certamente, artifício utilizado por muitos homoeróticos para atenuar ou mascarar sua homossexualidade exclusiva, muito mais estigmatizante do que uma bissexualidade difusa.

Percebendo a gravidade e o crescimento quase geométrico desta doença, sobretudo entre os *gays*, as lideranças do pequenino e cambaleante movimento homossexual brasileiro, na época reduzido apenas a cinco grupos remanescentes, se dividiram: a maior parte postulava a urgência e premência de concentrar grandes esforços contra o HIV, mobilizando a massa *gay* e os grupos organizados na luta contra a aids; uns poucos defendiam que a luta contra o HIV era competência do governo, posto que o objetivo primordial do movimento era a liberação homossexual, ponto final.

Nessa época, quase não se usavam os conceitos de direitos humanos, auto-estima e cidadania homossexual. Nosso mote era liberação, afirmação, identidade. O GGB, Atobá, Dialogay, GRAB, Dignidade, entre outros, rapidamente se capacitaram como ONG/AIDS, realizando até hoje incansável e frutífero trabalho contra a epidemia. O principal defensor do não envolvimento do movimento homossexual brasileiro (MHB) com a aids foi o próprio fundador do movimento *gay* em nosso País: o advogado João Antonio Mascarenhas, falecido em 1998. Embora sem ter sistematizado por escrito a defesa deste não envolvimento do movimento com a prevenção da aids, argumentava que éramos muito poucos militantes, a homofobia implacável e que as prioridades do movimento deviam ser as conquistas legais de proteção contra a discriminação. Foi o primeiro *gay* assumido a defender a liberação homossexual no Congresso Nacional, por ocasião da Constituinte, em 1987. Curioso que durante mais de um ano, Herbert Daniel fez parte desse mesmo grupo, o mais radical do não envolvimento do MHB com a epidemia. Não disponho de informação como discuti internamente esta polêmica questão. Segundo Cristina Câmara (UFRJ, 1993), "para o grupo Triângulo Rosa, a aids era um problema de Saúde Pública, as possíveis saídas entendidas como dever do Estado. O grupo não queria ser representante, nem interlocutor direto frente à questão da aids. Não queria aceitar a idéia de grupo de risco. Assumir a problemática da aids seria desvirtuar a essência do próprio grupo e, sob esta visão, do próprio movimento homossexual. A aids exigia um programa de saúde, o movimento exigia um programa político-ideológico." ⁸

As lésbicas resistiram no Brasil, por quase uma década, em aderir decididamente à luta contra a aids. No VI Encontro Brasileiro de Homossexuais (Rio, maio de 1992), algumas representantes dos grupos lésbicos presentes reclamaram do muito espaço e tempo conferido à discussão sobre a aids na ocasião. O tempo se encarregou de demonstrar o equívoco de tal omissão: hoje há vários grupos lésbicos desenvolvendo projetos de prevenção do HIV e DST, seja para mulheres em geral ou especificamente voltados para lésbicas.

Mais recentemente, dois outros grupos *gays*, ou melhor, de defesa da livre orientação sexual, adotaram, nos primórdios de sua fundação, postura contrária à inclusão da prevenção da aids entre as prioridades políticas do movimento homossexual: o Nuances de Porto Alegre e CORSA de São Paulo. Nesses dois casos, a prioridade na luta pelo respeito à diversidade sexual e à independência total face à estrutura governamental seriam as principais justificativas para a resistência inicial de incluir a aids em sua agenda política. Hoje, todos os grupos pertencentes ao MHB, inclusive os grupos de lésbicas e travestis, atuam na prevenção de DST/AIDS, a maior parte em parceria com o governo federal, estadual e municipal, ou com apoio de fundações nacionais e internacionais.

2. É melhor não falar sobre aids

O complô do silêncio, dentro do movimento e da massa *gay*, contra a "epidemia do século" teve duas inspirações: uma vertente mais política e estratégica, outra mais hedonista e egoísta.

⁸ Câmara, Cristina. Triângulo Rosa: a busca da cidadania dos homossexuais. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999, p. 99-100.

Nos primórdios desta síndrome, revistas *gays* como a tradicional *Gai Pied*, de Paris, foram acusadas de evitar levianamente o tema aids, numa política irresponsável de querer esconder a perigosa e desconcertante novidade: uma grave doença se alastrava sobretudo entre os homossexuais. Michael Pollak, no seu pioneiro livro *Les Homosexuels et le Sida*, de 1988 (publicado no Brasil em 1990), discutiu esta questão. Eis a resposta do editor da *Gai Pied*, datada de 1983: "Não queremos dramatizar a aids. Desconfiamos do alarmismo e dos amálgamas sumários. Dar o alarme teria sido o melhor meio de transformar a aids em doença de homossexuais. Preferimos restringir-nos a nosso papel de informante imparcial. Sabemos que a maioria de nossos leitores está longe de ter vida sexual desregrada. Falamos de nossas chances de ganhar na loteria a alguém que não joga? Por outro lado, os homossexuais com parceiros múltiplos, como se diz nas estatísticas, formam importante minoria de nossos leitores."⁹

Apesar do malabarismo argumentativo e da fragilidade das premissas quanto à vida sexual regrada dos leitores desta revista, com o tempo também *Gai Pied*, assim como as demais publicações *gays* internacionais e brasileiras, passou a veicular mais e mais páginas, artigos e pesquisas sobre aids. Lembro-me, nestes tempos de razia da aids-selvagem pré-coquetel, que as páginas com obituários tornavam-se cada vez mais numerosas, com os retratinhos de tantos *gays* mortos na flor da juventude por complicações decorrentes da aids.

A estratégia de se evitar o amálgama reducionista aids = *peste gay* era na época totalmente justificável, não só para evitar o aumento do estigma contra os homossexuais, como também para demonstrar a impropriedade do conceito seiscentista "grupo de risco", na medida em que criava na população em geral a falsa ilusão de que o HIV era doença apenas dos grupos iniciados com a letra H: homossexuais, haitianos, hemofílicos e heroinômanos. Foi exatamente para evitar a nefasta associação entre HIV e homossexualidade que tão logo se iniciou a divulgação do *Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde*, que exigia a correção dos critérios de notificação da "forma de transmissão" do HIV, substituindo as expressões "transmissão: homossexualidade" e "transmissão: de homem para mulher" para o padrão: transmissão homossexual, bissexual e heterossexual, posto que a forma original adotada pelo Ministério da Saúde dava a entender que a homossexualidade em si predisponha à transmissão do HIV.

Ainda nesse sentido, confesso que eu próprio omiti estrategicamente a presença da aids na comunidade homossexual no meu artigo "*Os gays e as doenças sexualmente transmissíveis*". Esta comunicação, apresentada na Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) em Campinas, em 1982, seção que mereceu cuidadoso relatório por agentes do DOPS infiltrados entre os ouvintes, segundo descobriu James Green no próprio arquivo do Departamento de Ordem e Política Social de São Paulo, era uma resposta à declaração absurda do Presidente da Associação Brasileira de Dermatologia, de janeiro de 1981, publicada na prestigiosa coluna de Ibrahim Sued, onde se alertava todo o País: "*Cuidado com os gays! O assombroso crescimento dos índices de doenças venéreas no Brasil, embora decorra principalmente da liberação dos costumes verificada nos últimos anos, está sendo muito impulsionado pelos homossexuais, que são dez vezes mais perigosos para o contágio do que as próprias prostitutas.*"¹⁰

⁹ Pollak, Michael. *Les Homosexuels et le Sida*. Sociologie d'une épidémie. Paris, Éditions Métailié, 1988. Apud Câmara, op.cit. p.105

¹⁰ Mott, Luiz. Comunicação "Os gays e as doenças sexualmente transmissíveis", 34.a Reunião da SBPC, Campinas, julho 1982.

Valendo-me de poucas fontes disponíveis na época e de questionário aplicado em duas centenas de *gays* e travestis, provei o contrário: que os homossexuais masculinos não eram mais afetados que o restante da população no tocante às DST. Durante a realização dessa pesquisa, 1981-1982, surgiram as primeiras notícias na imprensa local a respeito da *peste gay*. Esta informação era um prato-cheio para os médicos homofóbicos, revoltados com a inédita visibilidade dos homossexuais, decorrente dos novos movimentos de afirmação *gay*. Para não fornecer mais munição aos médicos preconceituosos é que deixamos de citar a *aids* no referido artigo, evitando assim a associação preconceituosa *aids = gay*. Temos contudo sólido alibi para esta estratégia: datada exatamente de abril de 1982, três meses, portanto, antes da referida comunicação, nosso primeiro alerta à comunidade homossexual sobre esta nova doença, em matéria intitulada "Uma doença de homossexuais?????" divulgada no Boletim do GGB.

Também o citado grupo carioca Triângulo Rosa assumia esta mesma postura estratégica: a preocupação que "o envolvimento do grupo (com a doença) reforçaria a aproximação entre a *aids* e a homossexualidade". Encontrávamo-nos na dramática situação de "se correr o bicho pega, se parar, o bicho come". E como o vírus estava se alastrando sem controle, felizmente prevaleceu entre os grupos *gays* também do Brasil o bom senso: nos convencemos, com o *Act-Up*, que "silêncio = morte" e "ação = vida". Passamos então a inventar estratégias para evitar o estigma da associação da *aids* à homossexualidade, e propor ações concretas e imediatas visando à prevenção e ao apoio aos portadores desta síndrome.

Mais ainda: diversos *gays* passaram a ocupar importante papel tanto nas ONGs/AIDS como em diversos setores governamentais voltados para a epidemia, no nível federal, estadual e municipal. Embora poucos desses profissionais da saúde *gays* e lésbicas fossem assumidos publicamente, não há como negar sua simpatia e empenho em prestar mais atenção ao principal grupo de risco da doença. Nesse sentido, lembro-me de um comentário do antropólogo Edward MacRae, fundador do efêmero grupo *gay* paulista Alegria-Alegria, e autor de tese de doutorado sobre o movimento *gay* em São Paulo, que dizia: "depois da *aids*, os grupos e sobretudo as revistas e jornais *gays* tornaram-se seríssimos e respeitabilíssimos, com páginas e páginas discutindo competentemente os principais problemas relativos ao HIV e demais DST. Coisas impensáveis antes da *aids*."¹¹

Rotulamos de hedonista a segunda postura que defendia o complô do silêncio contra a *peste gay*: eu próprio fui repreendido algumas vezes, por diversos *gays* acostumados à frenética troca de parceiros eventuais - alguns se dando ao luxo de alimentar o fetiche de jamais transar uma segunda vez com o mesmo bofe, por melhor que fosse o tipo, e agora reclamavam iradamente de ter se tornado cada vez mais difícil encontrar novos parceiros sexuais, sendo recusados, às vezes, até com declaração formal de que não transavam mais com "viados" por sermos transmissores da *peste gay*.

De fato, nos primeiros anos da epidemia, criou-se generalizada paranóia em relação aos homossexuais - inclusive às lésbicas, vítimas inocentes da *aidsfobia* - a

¹¹ Mott, Luiz. *Aidsfobia e Aidsteria no Brasil: A violação dos direitos humanos das pessoas com HIV/AIDS no Brasil*. Comunicação apresentada no I Encontro de Aids: Repercussões psicossociais, USP, Depto. de Psicologia, 11/1991, Cadernos de Textos do GGB, n.2, outubro 1996.

ponto de que em meu bairro de classe média em Salvador, nos Barris, quando eu passava de moto, os mesmos moleques que antes me saudavam com o epíteto de "rei dos gays", passaram a gritar: "Aids! Aids!".

Para grande número de praticantes do homoerotismo, não convinha alertar e tornar público um discurso de prevenção desta nova epidemia, na medida em que, levados pelo preconceito, antigos ou novos parceiros passariam a evitar e discriminar os *gays* como transmissores predominantes do HIV. Felizmente, esta lógica suicida da avestruz não vingou e muitos de seus defensores faleceram, vítimas eles próprios desta recusa em se adaptar aos novos modelos de sexo seguro.

Segundo nossa observação, ainda persiste sobretudo nas novas gerações, a associação reducionista da aids com os *gays*, o que tem provocado forte retração de experiências homoeróticas na iniciação sexual de jovens especialmente das camadas mais baixas e mestiças de nossa sociedade. Por outro lado, esta retração da oferta no mercado libidinal de novos parceiros desejosos de fazer sexo com *gays* tem obrigado a muitos homossexuais a contactarem rapazes e homens cada vez mais fora do circuito da *cena gay*, redundando no aumento de casos de violência e até assassinatos, cometidos por pessoas menos familiarizadas com o meio *gay*, com a justificativa de auto-defesa contra assédio sexual por parte de *gays* mais ousados.¹²

3. Aids é invenção dos médicos contra a liberação homossexual

No meu entender, o forte, comprovado e antigo preconceito dos médicos contra os homossexuais tem sua contrapartida: sobretudo depois da aids, desenvolveu-se igualmente grande preconceito contra os médicos notadamente entre as lideranças homossexuais mais ilustradas.

A raiz desta "medicofobia" se escora em certas asserções de Michel Foucault, ao propor que a medicalização da homossexualidade representou estratégia maquiavélica da sociedade heterossexista a fim de manter sob controle os antigos sodomitas, que liberados da fogueira inquisitorial, passaram a ser disciplinados agora pela ciência médica.¹³ Peter Gay, Jeffrey Weeks, Katz, McIntosh, Hocquenghem, Jurandir Freire, Peter Fry e Edward Macrae, entre outros, repetem o mesmo equívoco de Foucault na sua condenação ao saber médico: que teria sido o médico Dr. Benkert que inventou em 1869 os termos *homossexual* e *homossexualismo*, base e gênese da medicalização/repressão aos amantes do mesmo sexo.

Já está mais que comprovado que Dr. Benkert era o pseudônimo de Karoly Maria Kertbeny (1824-1882), que era advogado e jornalista, não médico, e que inventou o termo homossexual não para nos prender numa gaiola científico-taxonômica, mas exatamente o contrário, para lutar pela descriminalização dos "uranistas", termo usado na época para descrever os amantes do mesmo sexo. Se era homossexual não sabemos, mas que foi um dos maiores simpatizantes de nossa causa, não há a menor dúvida.¹⁴

¹² Mott, Luiz. Violação dos direitos humanos e assassinatos de homossexuais no Brasil. Salvador, Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

¹³ Foucault, Michel. História da Sexualidade. Rio, Editora Graal, 1977.

¹⁴ Silverstolpe, Frederic. "Benkert was not a doctor. On the non-medical origin of homosexual category in the nineteenth century." Homosexuality, which homosexuality? International Scientific Conference on Gay and Lesbian Studies, Amsterdam, 1987, p. 206-220; Dynes, Wayne. Encyclopedia of Homosexuality. New York, Garland, 1990.

Longe de mim negar que a medicina e os médicos têm agido como ignóbeis "cães de guarda da moral oficial", como magistralmente denunciou já em 1963 uma das pioneiras dos estudos psicossociais não-estigmatizantes sobre a homossexualidade, a Dra. Evelyn Hooker.¹⁵ Eu própria delatei diversas condutas antiéticas e homofóbicas de nossos esculápios relativamente à aids, em comunicação apresentada em novembro de 1985 no *III Congresso de Medicina Social* da Bahia e publicada em 1987 sob o título "Aids e os médicos no Brasil".¹⁶ Contudo, quero salientar que no início da epidemia da aids, certas lideranças homossexuais assumiram postura francamente medicofóbica, ponto de vista que o tempo se encarregou de demonstrar ser infantil e pernicioso para o enfrentamento desta doença.

Damos a mão à palmatória pois também o GGB entrou nesta canoa antidoutoral, na medida em que recém conquistado nosso direito de sair da gaveta, de ter orgulho de dizer "*gay is good*", de exercitar o homoerotismo sem culpa nem risco de ser preso, eis que chegam os médicos com um discurso ultra-ameaçador, afirmando, ainda com pouquíssimas provas, que um *vírus gay*¹⁷ estava levando à morte os homossexuais, sobretudo os promíscuos que freqüentavam saunas, que tinham parceiros múltiplos. Alguns chegaram a garantir que o esperma no ânus, aliado à troca de parceiros, era a principal causa da imunodepressão.

Tais baboseiras pareceram às lideranças gays da época, mais sermão religioso do que discurso científico. Em nosso primeiro texto sobre a ainda não batizada aids, publicado em abril de 1982: "*Uma doença de homossexuais???????*" dizíamos: "Não queremos abrir guerra contra a revista Manchete, afinal, ela tem abordado nos últimos tempos a questão homossexual com certo respeito. Contudo, em seu número de 31/12/1981 apresenta reportagem baseada na revista americana *Time*, em que fala de um tal Sarcoma de Kaposi, uma espécie de câncer que antigamente matava as crianças da África Equatorial e que hoje em dia tem aparecido nos EUA. Adivinhem quem está morrendo deste câncer? Os homossexuais! Pelo meio da matéria o articulista diz que a promiscuidade dos gays favorece a uma suposta fraqueza imunológica que nos transformaria em alvos fáceis de diversos vírus, fungos e bactérias que não atacam os heterossexuais. Claro está que isto é uma grande balela, porque não se explica o porquê de populações judias e mediterrâneas também sofrerem do sarcoma de Kaposi. Além do mais, toda teoria médica que parte da premissa de que somos promíscuos não merece confiança, pois está eivada de um certo rancor religioso que os médicos têm contra nós. Pelo menos, grande parte dos médicos. O que a *Time* e *Manchete* precisam aprender é que doenças advindas de contatos sexuais ocorrem porque os governos não estão interessados em debelá-las. Se as autoridades de saúde quisessem, não existiriam mais doenças venéreas no mundo. É que os governos querem controlar a vida de seus cidadãos e impedi-los de fazer amor. Ficando sem assistência por parte das autoridades da saúde, as pessoas que se entregam a uma vida sexual rica, acabam ficando expostas a doenças. Mas se a *Time* pensa que deixaremos de fazer amor por causa disso, está enganada. Pagaremos qualquer preço por nossa vida sexual."¹⁸

¹⁵ Gagnon, J. & Simon, W. (Ed.) *Sexual Deviance*. New York, Harper and Row, 1967.

¹⁶ *Ciência e Cultura*, n.º 1, vol. 39, jan. 1987: 4 - 13.

¹⁷ "A grande maioria das vítimas de Aids são homossexuais, sendo necessária uma predisposição que só os invertidos possuem ou adquirem de seus desvios." Dr. Penildon Silva, Salvador, A Tarde, 28-10-1984.

¹⁸ Boletim do GGB, n. 3, ano I, abril 1982, p.5.

Esse libelo em prol da libertação e independência *gay* foi assinado por um novo militante recém-aparecido na cena *gay*, paulistano radicado na Bahia, Luiz Mott, em plena ditadura militar, há pouco assumido na mídia nacional, petista de primeira geração. Alguns meses depois, dezembro de 1982, no mesmo *Boletim do GGB*, um outro texto, não menos politicamente engajado, mas assumindo discurso mais convencido de que a tal doença começava de fato a representar uma grave ameaça para a população homossexual, daí nossa preocupação em divulgar imediatamente a informação mais completa disponível, sobre essa doença ainda pouquíssimo conhecida, mas que já se sabia ser prevenível. No artigo "A Peste Rosa mata os Gays", enumerávamos todos os sintomas divulgados pelos médicos do que na época chamavam de sarcoma de Kaposi: cremos ter sido esta a primeira informação científica sobre prevenção da aids divulgada por uma ONG/*gay* em nosso País: febre, dor de cabeça, cansaço extremo e crônico, perda de peso repentina, tosse crônica, dor no peito, ínguas, dificuldade de engolir, distúrbios estomacais crônicos e náusea, diarréia crônica, alteração nos hábitos intestinais, ferida ou corte que não cicatriza, aparecimento de manchas e verrugas vermelhas, sangramento repentino. Advertíamos que muitos desses sinais eram semelhantes aos de doenças corriqueiras, evitando-se assim o pânico. Concluíamos dizendo: "Se você apresentar esse quadro infeccioso, escreva-nos imediatamente, pois temos o endereço, nos Estados Unidos, de especialistas que estão interessados em acompanhar esses casos. Esperamos, outrossim, que a tal "peste rosa" não chegue em nossa terrinha, e que esse mal seja logo debelado nas terras do Tio Sam."¹⁹

Embora mantendo o postulado de que a medicina não é uma ciência exata, e sem abdicar de nossa liberdade homoerótica, felizmente tivemos o bom senso de acatarmos as evidências científicas, de que, no caso da aids, já haviam provas suficientes de sua transmissão sexual e que de fato, os *gays*, na época, juntamente com os haitianos e hemofílicos, eram os grupos mais atingidos por este novo vírus, cuja paternidade de seu reconhecimento era então disputada por Montaigner e Gallo.

Nem todas as lideranças e intelectuais *gays* agiram assim. Ainda em 1985, em artigo publicado no *Jornal do Brasil*, Herbert Daniel questionava a transmissão sexual do HIV - uma bravata de nosso último exilado político parodiado por Jô Soares em seus programas. Mais radical ainda, em sua cruzada contra o discurso médico, foi Nestor Perlongher, no livro *O que é Aids*, da coleção dos *Primeiros Passos* da Editora Brasiliense, publicado em 1987. Rotulando as regras de sexo seguro como "histeria higienista", Perlongher chegou a questionar o uso do preservativo: "Pode-se perguntar se as dúvidas ainda imperantes a respeito da eficácia real das camisinhas e espermicidas não tendem a preservar, como tributo à moral convencional, algum limiar de restrição. Seja como for, a introdução de uma fina película de látex entre os lascivos órgãos pode talvez adquirir, para além do terapêutico, algum valor simbólico, à maneira de uma inscrição que marcasse, no turbilhão dos fluxos, a presença transparente da lei."²⁰ Sua postura medicofóbica é a um tempo poética e política: "sem precisar rodear-se de acordes bíblicos, a medicina é a grande protagonista da crise da aids. Com o episódio da aids, estaria acontecendo a expansão sem precedentes da influência e do poder médico, graças à caixa de ressonância dos meios de comunicação, esse discurso sonorizado e repetido consegue

¹⁹ *Boletim do GGB*, n. 5, ano II, dezembro 1982, p. 10.

²⁰ Perlongher, Nestor. *O que é Aids*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987, p.75-76.

comprazer às massas, que se desesperam procurando delegar, na obsessão pela saúde, seus fantasmas cotidianos, como parte de um programa global de medicalização da vida.²¹ Para Perlongher, a aids levou a um abominável processo de disciplina- rização e normatização da homossexualidade, provocando a ruptura, de um lado, as homossexualidades populares, de inspiração latina, do bas fond e das marginálias, com predomínio do padrão ativo-passivo, de outro, os guetos dourados de *gays* plás- ticos e bem comportados seguidores do modelo anglo-saxão.

Em seu livro, Nestor Perlongher registra um episódio que sintetiza o quanto uma parcela da comunidade *gay* reagiu de forma emocional a essa dramática doen- ça: diz que, em 1986, o pintor Darcy Penteado retirou-se aos gritos de "terrorismo médico" de uma conferência do, então, secretário municipal de saúde de São Paulo, onde era exibido na tela um homem deformado pelo HIV. Segundo o pintor, "o problema da aids não é a doença em si, mas a paranóia que os meios de comunicação estão criando, estando veladamente atrelados a poderosos esquemas médico-farmacológicos multinacionais, que certamente pretendem faturar altíssimo às custas da aids. A medicina desonesta, aliada a grupos conservadores, radicais e fe- rozes, pretende restaurar horrores em cima desse horror todo."²²

Nesse sentido, durante alguns anos, as elites pensantes do movimento homos- sexual foram radicalmente contra a generalização do acesso ao teste anti-HIV, alegando que seu resultado não era de todo confiável, e que havia grande risco de que também entre nós viesse a se implantar o que sucedia em Cuba, onde os soropositi- vos foram confinados num "sidatório". Houve também, por parte de muitos, franco descrédito e resistência declarada às novas terapias antivirais: Cazuza foi um dos que preferiu a medicina alternativa, tomando sangue de cavalo, rejeitando e decla- rando-se contrário ao AZT.

À guisa de conclusão: Lições de duas décadas de epidemia

Neste ensaio, selecionamos para discutir três axiomas da evolução reflexiva e comportamental dos homossexuais face à transmissão do HIV/AIDS no Brasil, a saber: a aids não é prioridade do movimento homossexual; é melhor não falar sobre aids; a aids é invenção dos médicos contra a liberação homossexual.

Após 20 anos de epidemia e mais de 50 mil homossexuais e bissexuais mortos no Brasil devido ao HIV, embora note-se uma "africanização" do nosso modelo epi- demiológico, refletido na sua feminilização, heterossexualização, interiorização e pauperização, não obstante, os *gays* continuam sempre como o grupo social propor- cionalmente mais afetado pelo HIV. Felizmente, prevaleceu no movimento homos- sexual organizado o bom senso e a visão politicamente correta em assumir o contrá- rio do que diversas lideranças e representantes da comunidade GLT defendiam: a aids é sim prioridade do movimento homossexual, e se não fosse a ação rápida, he- róica e politicamente engajada dos grupos *gays* pioneiros, a mortandade de homos- sexuais teria sido muitíssimo maior. Apesar de algumas lideranças *gays* terem de- bandado para as ONGs/AIDS, malgrado a homofobia dos órgãos governamentais nos primeiros anos, investindo mais em ONGs/AIDS para trabalhar com homossexuais em vez de capacitar e fortalecer os grupos *gays* já existentes, a despeito desses obs-

²¹ Idem, *ibidem*, p. 79.

²² Isto É, 22-1-1986

táculos, o pequenino movimento homossexual brasileiro desempenhou papel vital na crise da aids, cobrando políticas específicas do poder público, encontrando soluções criativas para divulgar os princípios básicos do sexo seguro junto às diferentes categorias de homoeróticos, colaborando generosamente como mão-de-obra barata e parceiro do poder público no nível federal e local. Apesar do equívoco político, antropológico e epidemiológico da divulgação pelo Ministério da Saúde do neologismo HSH e do persistente enrustimento dos homossexuais que ocupam cargos de direção nas Coordenações locais de DST e Aids pelo Brasil a fora, reconhecemos que comparativamente ao que ocorre nos países vizinhos da América Latina, os *gays* brasileiros, agora também as travestis e lésbicas, temos a felicidade de ter aliados fiéis no Programa Brasileiro de Aids, esperando que esta parceria e diálogo se intensifiquem e resultem em políticas ainda mais eficazes e corajosas de controle do HIV e apoio aos homossexuais com aids.

A segunda lição aprendida em todos esses anos de luta comprova também que as lideranças do MHB acertaram ao defender que deixar de falar sobre a aids, seja por egoísmo hedonístico, seja para descaracterizar o HIV como *peste gay*, redundaria no alastramento incontrolável da epidemia, e que o silêncio significaria mais mortes, enquanto a palavra e a ação, representam a garantia da vida. Nesse sentido, os milhões de folhetos, cartazes, cartilhas, conferências, seminários, oficinas de sexo seguro e vídeos produzidos pelos grupos *gays* e ONG/AIDS, além das milhões de camisinhas e gel distribuídos, material destinado a informação e instrução das diferentes categorias de praticantes do homoerotismo, tais ações constituíram nossa resposta acertada de que o principal remédio contra a aids continua sendo a prevenção e a divulgação de informação adequada de como evitar o HIV.

Neste particular, o apoio do Ministério da Saúde tem sido vital e exemplar: nunca recusou incluir sua vinheta mesmo em materiais explícitos de sexo seguro para *gays* e homens com práticas homossexuais; nunca censurou qualquer material produzido pelas ONG/*gays*. O apoio a encontros homossexuais, à fundação e capacitação de novos grupos, como o que vem sendo realizado pelo Projeto Somos da ABGLT, do Norte ao Sul do País, é a prova de que investir no reforço da auto-estima e afirmação homossexual constituem a primeira e indispensável estratégia para a efetividade da prevenção junto a esta população-alvo.

Finalmente, embora continuemos convictos que a medicina não é uma ciência exata e que boa parte dos médicos e instituições de saúde continuam marcadas pela homofobia, o tempo nos ensinou a dialogar de igual a igual com nossos doutores e esculápios. Hoje, há militantes de grupos *gays* ou de ONG/AIDS que se tornaram reconhecidos experts em aids, quer na questão das vacinas, da terapia, das políticas públicas de prevenção, apoio, ética médica e planejamento. Embora ainda persistam divergências sobre alguns aspectos morais relativos à estratégia de prevenção - notadamente no tocante à eficácia da redução do número de parceiros como estratégia de prevenção das DST/HIV, de um lado os médicos e as OG defendendo a redução, do outro, a maior parte das ONG acusando tal postura de moralista e normativista - o certo é que no geral, o tempo tem nos levado a um diálogo mais aberto e propositivo entre homossexuais, ativistas de aids, médicos e governo. Observa-se crescimento dos dois lados: doutores em medicina que no início da epidemia assumiram discurso francamente homofóbico e moralista, e que hoje, graças à convivência com *gays* em comissões e seminários, superaram o preconceito, aprendendo a respeitar a diversidade sexual - e o Dr. Vicente Amato,

da Comissão Nacional de Aids, é um bom exemplo da capacidade do ser humano em mudar para melhor.

Do outro lado, aquela virulência medicofóbica dos primeiros militantes *gays* e das ONG/AIDS, sempre desconfiados e arredios ao discurso dos cientistas, estes mesmos lutadores aprenderam que a mesma ciência médica que discriminou e castrou os *gays*, hoje, graças ao Conselho Federal de Medicina e de Psicologia, à OMS, além de despatologizarem a homossexualidade, têm punido os profissionais que insistem no preconceito anti-científico, dialogando de forma respeitosa e estabelecendo parcerias com as lideranças GLT no enfrentamento mais orgânico desta epidemia.

NOVOS PARADIGMAS DA EPIDEMIA PELO HIV/AIDS ENTRE HOMOSSEXUAIS

A VISÃO EUROPÉIA SOBRE OS NOVOS PARADIGMAS DA EPIDEMIA²³

Hoje dispomos de 16 anos de pesquisa sobre a sexualidade e a prevenção entre os homo/bissexuais masculinos. Entretanto, a principal mudança no contexto social e preventivo ocorrido recentemente impõe certos pressupostos e nos leva a encontrar novas pistas na pesquisa e estabelecer novos conceitos mais operacionais.

A reflexão será feita a partir da experiência adquirida pelo autor através de pesquisas periódicas quantitativas realizadas na França (pesquisa realizada junto a 5.000 leitores da imprensa *gay* e pesquisa realizada junto a 2.000 clientes dos bares e dos clubes pornôns parisienses) e o seu conhecimento dos trabalhos realizados na Europa, Austrália e Estados Unidos. Três questões principais servirão de diretriz: 1) como compreender e qualificar o contexto global de se correr risco entre os *gays*? Esta questão permitirá discutir as noções de *post aids*, de *relapse* e de *bareback*. 2) Quais explicações para o fenômeno de relaxamento da prevenção? Depois de demonstrar a limitada influência do "otimismo frente aos novos tratamentos" sobre o relaxamento da prevenção, o autor mostrará como, na França, o estado de mal-estar psicológico que persiste entre certo tipo de *gays* e, como as mudanças na cultura sexual *gay* contribuíram para a retomada dos riscos. A última pergunta será: 3) O que sustenta o relaxamento da prevenção entre os soropositivos, os casais e o jovens *gays*? Abordaremos imediatamente a questão da influência da soropositividade sobre questões de risco, faremos um balanço sobre o tema as vantagens e as limitações da "segurança negociada" entre os casais *gays*, e discutiremos a idéia de vulnerabilidade própria da juventude e os efeitos nas futuras gerações sobre a dinâmica atual do relaxamento da prevenção.

²³ Philippe Adam - Instituto de Vigilância Sanitária e Agência Nacional de Pesquisas sobre Sida

HAVERÁ PARADEIRO PARA ISTO? ²⁴

Já se passaram 20 anos desde quando foram notificados os primeiros casos de aids nos Estados Unidos. É necessário olhar para trás e avaliar os efeitos desta epidemia dentro de um dos grupos mais afetados pela infecção pelo HIV e perguntar quais são as questões que estão colocadas para os homens que fazem sexo com homens (HSH)²⁵, tanto do ponto de vista da prevenção, como da atenção às pessoas já infectadas. Tomando emprestado um verso da música de Arnaldo Antunes, Marisa Monte e Carlinhos Brown (*Paradeiro*) para o título desta apresentação, ela pretende ser uma reflexão sobre o que nos espera esta terceira década da aids: haverá um paradeiro a homossexualidade²⁶?

As relações estabelecidas entre aids e homossexualidade nas duas décadas em que convivemos com esta epidemia sempre revelaram aspectos de uma crise. Na versão eletrônica do dicionário da língua portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda, vemos que crise significa "ruptura de equilíbrio, estado de dúvidas e incertezas, tensão, conflito", entre outros significados. No entanto, encontramos uma acepção que aponta para um uso popular do vocábulo, no nordeste brasileiro. Quando há uma falta de movimento no comércio e as lojas ficam sem apresentar movimento de pessoas, diz-se que há uma crise, um paradeiro.

Esta apresentação usará esta expressão - paradeiro - como sinônimo de devir, destino, lugar de continência, mas, também, de crise.

Nos últimos tempos, vimos assistindo a um processo de estabilização da epidemia de aids, de um modo geral e na população de homens que fazem sexo com homens. Talvez haja um aumento de novos casos em determinada faixa etária, ou grupo social, mas que não se coloca, pelo menos por enquanto, como uma tendência de recrudescimento da epidemia neste segmento. Mas, de qualquer modo, acho interessante perguntarmos o que implica esta diminuição de casos novos para a cultura homossexual e a prevenção à aids entre homens que fazem sexo com homens.

No que tange à prevenção, a primeira pergunta que se coloca é: como conseguimos operacionalizar, em nossa prática cotidiana, as oposições e as confluências entre as noções de vulnerabilidade e práticas de risco? Durante os primeiros dez ou doze anos de convivência com a epidemia, o conceito de risco foi extremamente utilizado para nos mostrar a importância de enviar mensagens claras e precisas para que os indivíduos pudessem perceber os comportamentos que os colocavam diante dos riscos de infecção pelo HIV. Por outro lado, na sua dimensão coletiva, ele acabou por enclausurar e aumentar o estigma sobre as pessoas mais atingidas pela epidemia. Além de reforçar a discriminação social frente aos homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, entre outros, a noção de grupo de

²⁴ Carlos André F. Passarelli - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

²⁵ Nesta apresentação, não serei rigoroso com o utilização dos termos que se referem à possíveis identidades de pessoas com tendências e práticas consideradas homossexuais. A discussão sobre a pertinência do uso da expressão "homens que fazem sexo com homens", a meu ver, é estéril, e nos desvia dos reais dilemas que hoje estão colocados para a prevenção entre essas pessoas. Para uma melhor discussão sobre esta questão, sugiro os textos de Jurandir Freire Costa (Costa, 1992 e 1995) e minha dissertação de mestrado (Passarelli, 1998).

²⁶ Devo agradecer a Veriano Terto Júnior, Coordenador Geral da ABIA, pela efusiva troca de idéias, que me ajudou a traçar as linhas e os fios desta trama.

risco dificultou fazer com que a aids fosse percebida como um problema que dizia respeito a todos. Dessa forma, alguns pesquisadores lançam mão do conceito de vulnerabilidade, na forma como ele é proposto por Jonathan Mann (Mann, 1992), para articular a noção de risco com os temas que hoje são fundamentais na elaboração e operacionalização das estratégias de prevenção, a saber, a defesa dos Direitos Humanos como forma de combate à desigualdade social, verdadeiro fermento da vulnerabilidade. No entanto, ainda hoje se faz imperioso retomar o conceito de risco, principalmente em suas acepções mais positivas, a fim de que consigamos traçar um panorama mais dinâmico dos aspectos psicossociais da epidemia de aids. Este é, sem dúvida, o salto qualitativo que se exige, atualmente, das pesquisas em aids.

Se hoje contamos com um sem número de estudos que nos revelam o nível de conhecimento e informação sobre DST/AIDS e, ao mesmo tempo, apresentam a prevalência de práticas de risco entre homens com práticas homossexuais, ainda nos deparamos com uma lacuna enorme no que diz respeito a trabalhos de caráter mais qualitativo que dêem conta do universo cultural e dos determinantes sociais da vulnerabilidade e riscos dos HSH para a infecção pelo HIV.

A importância de desvelar as diversas facetas da cultura homossexual reside na possibilidade de criar programas que intervenham, de forma estrutural, na realidade dessas comunidades, em vez de, simplesmente, agir sobre o comportamento das pessoas. É importante que as informações sobre prevenção sejam contextualizadas pela cultura da comunidade homossexual, por mais difusos que sejam os contornos dessa cultura.

Os estudos culturais, ao retirar o foco do comportamento individual e da informação, evidenciam algumas contradições que estão colocadas para aqueles que estão às voltas com o desenvolvimento das ações de prevenção. Estou me referindo, especificamente, à oposição entre as políticas que apontam para a afirmação das identidades e aquelas que reforçam e promovem a solidariedade. Se navegarmos pelas páginas da internet com conteúdo homoerótico, ou, simplesmente, nos postarmos como espectadores da Parada do Orgulho Gay de São Paulo, por exemplo, talvez seja mais fácil entender a que estou me referindo. Diante de nós desfila uma diversidade de tipos, muitos deles que se furtam a qualquer tipo de classificação. Lá estão as drags, os ursos, as sapatilhas, as ladies, as barbies, as caminhoneiras, os ativistas, as travestis de pista, as transformistas, a bicha homem, o homem bicha, os sapatões, misturados todos estes a uma grande massa de gente que simplesmente acabou de chegar de um almoço de domingo com a família, fantasiada de gente como a gente. Se durante a transição da ditadura para o regime democrático tivemos um movimento homossexual quase que exclusivamente voltado para a construção e afirmação de uma determinada identidade sexual, faz muito pouco tempo que começamos a assistir ao processo, ainda não terminado, de fragmentação das identidades. Ao falarmos de homens que fazem sexo com homens, de homossexuais, ou seja lá que nome quisermos dar a esses grupos, devemos estar cientes de que não estamos diante de uma unidade, mas, sim, lidando com uma categoria que se revela justamente por meio do que nela existe de diverso, de polissêmico²⁷. E, dessa forma, devemos alicerçar nossas políticas inclusivas para HSH em discursos de solidariedade que ex-

²⁷ A perspectiva de análise adotada nesta apresentação é fruto de uma reflexão coletiva, que vem sendo empreendida pelo núcleo de pesquisa em psicologia social e saúde, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Mary Jane Paris Spink, do programa de estudos pós-graduados em Psicologia Social, da Pontifícia Universidade Católica. Para maior aprofundamento e exemplos desta abordagem, ver Spink, 1999.

pressem a diversidade cultural e articulem as questões de prevenção com aquelas que o mercado, a academia, o governo e o movimento social suscitam e colocam.

Assim, fica patente que é impossível trabalhar a prevenção entre homens que fazem sexo com homens sem recorrer, por exemplo, aos estudos produzidos na academia, mesmo que ainda em número muito reduzido, ou sem dar um papel coadjuvante aos atores que atuam no chamado mercado cor-de-rosa. Da mesma forma, é importante articular as políticas no âmbito da saúde com as plataformas defendidas no âmbito do movimento social, tais como a inclusão da não discriminação por orientação sexual na Constituição Brasileira e a aprovação do projeto de lei que regulamenta a união civil entre pessoas do mesmo sexo. Tais perspectivas, que visam à inclusão de um número sempre crescente de "bandeiras" e atores, são o que estamos chamando de políticas de solidariedade.

No entanto, nem o estado atual das coisas, nem a efetivação dessas políticas de solidariedade nos convidam a pensar na crise da aids como um processo em vias de extinção. Não há um paradeiro para a crise, pois o movimento parece não cessar jamais. O que nos lança questões importantes:

- 1) Quem são os HSH que hoje estão se infectando? São os mais jovens? São os mais pobres?
- 2) Quem são os atores da prevenção entre HSH? É a comunidade? É o governo? É o sistema de Saúde Pública?
- 3) Que relações queremos com a academia, a assistência à saúde e os governos?
- 4) Como incluir a diversidade, os diferentes fatores de vulnerabilidade e de risco e promover a solidariedade?
- 5) Qual o papel dos HSH já infectados neste processo? Quais são as propostas políticas que conseguem dar visibilidade social para estes atores como protagonistas da prevenção?
- 6) O que a aids produziu entre os homossexuais, no plano psicossocial e cultural, e que respostas esta comunidade produziu e pode vir a produzir para fazer face à epidemia?

É inegável a influência dos valores criados ou resgatados pela comunidade homossexual no universo cultural da sociedade como um todo. Uma boa parcela do que o movimento de contra-cultura pós-68 acabou difundindo sobre o amor livre, modelos de relação e práticas sexuais, é devedora das batalhas de Stonewall e da contestação homossexual. No entanto, nos últimos 20 anos, os ideais tidos como libertários, foram sendo substituídos por valores mais hedonistas e relacionados ao mercado de consumo, eclipsando as posturas mais ativistas. Sem dúvida, a aids tem um papel fundamental nesta transmutação de valores, mas, ela também é parte de um contexto social mais amplo, que alguns autores chamam de "cultura do narcisismo". Assim, é oscilando nas contradições estabelecidas entre esta cultura, que valoriza o indivíduo como consumidor, e as práticas e políticas de solidariedade, que a aids trouxe (e traz) novos sentidos e significados à vida de milhares de homossexuais, no que se refere a comportamento, afeto, ativismo, saúde e sexualidade.

Olhando retrospectivamente para os danos causados pela epidemia na comunidade homossexual e na vida de cada um de seus membros, ficamos com a impressão que ainda vivemos sob a égide da culpa e da vergonha. Tais sentimentos precisam ser transformados, o que seria possível, a partir do momento em que pudéssemos compreender quais os valores que queremos criar, para preencher de sentidos positivos a efemeridade da nossa existência, como nos ensina Jeffrey Weeks em seu livro *Moralidades Inventadas* (Weeks, 1995). Nesse trabalho, o autor faz uma interessante análise sobre a devastação afetiva e social causada pela aids na comunidade homossexual, e como, mais do que nunca, é necessário reinventar o amor e criar uma cultura dos afetos, a partir de uma perspectiva que rompa com a *tiranía das intimidades*²⁸. Também o amor entre homens é coisa pública e, enquanto tal, deve gozar da ousadia de dizer o seu nome, ter o seu lugar na pólis, no centro da praça.

Por outro lado, também os homossexuais puderam re-significar a epidemia. A noção e a prática do sexo mais seguro é a primeira resposta que os próprios HSH deram para o problema. E não foi a única. Os grupos homossexuais e mesmo as comunidades menos organizadas acabaram por propor, no diálogo com as instituições tradicionais de Saúde Pública, um modelo mais integral de atenção e saúde, onde os direitos humanos, o conhecimento que é produzido pelas comunidades, a educação e a solidariedade são partes fundamentais.

Essa visão mais abrangente sobre o campo da Saúde Pública, conquista dos movimentos sociais, precisa ainda ser mais inclusiva, facilitando o acesso de um grande contingente de HSH (os mais pobres, os menos escolarizados ou aqueles que fogem ao estereótipo da bicha bem comportada) e, ao mesmo tempo, atenta aos outros problemas de saúde desta comunidade. A aids não é o único problema de saúde que afeta os homossexuais. Outras necessidades, que são decorrentes dos próprios estilos de vida, ainda têm sido objeto do desdém e deboche da classe médica.

Por fim, é desnecessário dizer que o que ganhamos com nossas lutas, não compensa um décimo das vidas que perdemos nestes últimos 20 anos. Mas, se conseguirmos compreender que o que fazemos tem a finalidade de manter aceso o desejo que motivou muitos de nossos pares, talvez possamos contribuir para diminuir as condições de violência e desigualdade que ceifaram as suas vidas. Ninguém está buscando a terra prometida. Apenas queremos, junto com Cazuza²⁹, *ter a sorte de um amor tranquilo* e poder encontrar um porto seguro para o nosso desejo.

***Haverá paradeiro,
para o nosso desejo,
dentro ou fora de nós?
(Arnaldo Antunes, Marisa Monte & Carlinhos Brown)***

²⁸ A expressão tirania das intimidades é tomada emprestada de Richard Sennett (ver Sennett, 1988).

²⁹ Cazuza, compositor e cantor, foi uma das primeiras personalidades brasileiras que assumiu, publicamente, que estava infectado pelo HIV, vindo a falecer em 1992.

HOMOSSEXUALIDADE E BISSEXUALIDADE: CONTRIBUIÇÃO DE PESQUISAS E ESTUDOS PARA A PREVENÇÃO DAS DST/AIDS

*A CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS HOMOSSEXUAIS, BISSEXUAIS E HETEROSSEXUAIS NO CONTEXTO DA AIDS*³⁰

No contexto da epidemia do HIV/AIDS, e levando-se em consideração os modos de transmissão do vírus por via sexual, as diferentes práticas sexuais e as pessoas que as praticam foram classificadas no registro de epidemiologia como "práticas de risco", "grupos de risco" e "grupos de transmissão". Bem como novas classificações de atividade sexual foram estabelecidas no contexto levando-se em conta o que foi previamente chamado "orientação sexual". Essas novas designações constituem a forma mais recente de "medicamento da sexualidade" (Giarni, 1999b).

O estabelecimento das categorias das práticas e atividades sexuais se inscreve na história das pesquisas sobre os comportamentos sexuais que trataram da homossexualidade, da bissexualidade e da heterossexualidade, de maneiras diferentes de acordo com a época e os objetivos relativos a esta pesquisa.

As soluções adotadas ao longo da história das respostas sociais para a epidemia de HIV/AIDS, em diferentes países, fazem surgir uma falta de consenso quanto à constituição de uma categoria que englobe os homossexuais masculinos e os bissexuais masculinos contra a constituição de duas categorias distintas. Esta falta de consenso leva aos debates que aconteceram quando da realização das pesquisas sobre os comportamentos sexuais.

Esta comunicação visa a melhor identificar os critérios que regem a construção destas categorias e de avaliar as vantagens e os limites de cada solução desejada. Como explicar o hiato existente entre as categorias e os dados obtidos nas pesquisas e os dados estabelecidos pelo sistema de assistência epidemiológico da epidemia HIV/AIDS. E como explicar a evolução e a diversidade de categorias utilizadas neste sistema?

Homossexualidade, bissexualidade e heterossexualidade na pesquisa sobre comportamentos sexuais

Uma tradição vinda da psicopatologia e da psiquiatria considerou a homossexualidade como uma categoria distinta e oposta à heterossexualidade. A segunda perspectiva desenvolvida principalmente por Alfred Kinsy (1948) se baseia na idéia de continuidade entre a homossexualidade e a heterossexualidade, marcada por diferentes graus de homossexualidade e de heterossexualidade. As categorias de práticas e de reações psíquicas exclusivas constituem os extremos da classificação H-H. As categorias intermediárias representam os diferentes graus de "bissexualidade". A construção de uma categoria específica de "bissexuais" se insere na perspectiva de uma continuidade entre homossexualidade e heterossexualidade.

³⁰ Alan Giarni - Diretor de Pesquisas - INSERM U 292

Sobre quais critérios vamos definir os homens que "fazem sexo com homens"? Em outros termos quais são as práticas sexuais que distinguem os homens que fazem sexo com homens daqueles que o fazem com mulheres?

Última relação com um homem, para os homens homossexuais e os bissexuais (12 meses) em %

	Homossexuais	Bissexuais
RELAÇÃO ANAL (PASSIVA)	19	33
Protegida	11	11
Não protegida	8	22
Relação anal (ativa)	28	44
Protegida	14	17
Não protegida	14	27

Fonte: Messina, Mouret-Fourme, Grupo ACSF, 1995

Este quadro, fonte dos dados da pesquisa ACSF evidencia que os bissexuais são mais numerosos a declarar as práticas anais (ativas e passivas) com um homem em relação aos homossexuais e que o grau de proteção é inferior ao dos homossexuais masculinos.

Homossexuais e bissexuais nas categorias epidemiológicas

No contexto epidemiológico e de prevenção da aids, o estabelecimento de uma classificação incluindo homossexualidade visa a responder três tipos de perguntas:

- Estimar a predominância e a incidência da epidemia junto aos homossexuais.
- Avaliar os fatores de risco que afetam este grupo (estes fatores podem levar a outros modos de transmissão do vírus, principalmente por via sanguínea).
- Estimar a potencialidade da transmissão da doença junto a outros grupos da população.

Estes dados brasileiros são os únicos a distinguir os homens bissexuais dos homossexuais masculinos. Mas os critérios de inclusão dos casos de aids bissexuais não são indicados. Os franceses e os americanos reagrupam estas duas categorias em uma só. Assim os "homens que têm relações sexuais com homens" são considerados como números e os vetores da epidemia no interior de seu próprio grupo e como os vetores da epidemia rumo a outros grupos da população principalmente em relação às mulheres. Tudo isto é baseado na idéia de que os homossexuais constituem um grupo mais ou menos homogêneo devido à maneira de contaminação. A presença de um mesmo modo de contaminação suposto ("o mais provável") do vírus serve também de base à construção de um grupo de risco e mais tarde um grupo de transmissão. Este modelo foi também utilizado para construir os outros grupos de transmissão e principalmente os usuários de drogas intravenosas e os "heterossexuais".

Homo-bi e transmissão do HIV: os bissexuais como vetores de transmissão junto às mulheres

Modo de contaminação do parceiro	Ano do diagnóstico										
	<1992	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Relações homossexuais	86	17	16	22	27	15	2	4	2	3	194
	3,1	1,9	1,5	1,7	2,1	1,3	0,3	0,6	0,3	0,5	1,7

Fonte: Quadro 4 - Divisão dos casos de aids ligados a uma contaminação heterossexual, de acordo com o modo de contaminação do parceiro, por ano de diagnóstico até 31 de dezembro de 2000 (BEH, n.º 24, 12 junho 2001).

A construção de uma categoria única de HSH (homens que fazem sexo com homens) constitui um ponto de vista epidemiológico baseado nas práticas sexuais e principalmente nas práticas anais como modo de transmissão do HIV, o mais provável quando acontece uma relação sexual entre homens. Esta categoria apresenta a vantagem de incluir na análise da predominância do HIV nos homens que fazem esta prática e não se reconhecem como homossexuais no plano de sua identidade ou de seus desejos. Mas reduzindo o homo-bissexualidade ao nível de práticas sexuais, em uma única categoria, nos privamos de um lado, de uma diferenciação entre as identidades e desejos e por outro lado de levar em consideração as pontes eventuais entre estes homens e as mulheres que podem estar em contato com eles. Quanto às relações homossexuais, as pesquisas de comportamento permitem estimar a frequência respectiva das práticas anais de inserção e receptivas. Em se tratando da categoria epidemia não é feita esta distinção entre as duas práticas (e não dispomos de dados relativos à probabilidade de uma infecção de acordo com uma ou outra destas práticas).

Na França, em relação aos dados epidemiológicos mais recentes, os contatos entre estes homens e as mulheres não parecem ser a origem de uma transmissão do vírus, contrariamente aos contatos entre os homens usuários de drogas injetáveis com as mulheres, que parecem ser a origem de uma transmissão muito mais importante e que repercute na aids pediátrica. No Brasil, não dispomos de dados permitindo estimar o meio de infecção provável do parceiro em caso de "infecção por relações heterossexuais" apesar do fato de que os homossexuais e os bissexuais constituem duas categorias epidemiológicas de casos de aids bem diferenciados.

Além disso, enquanto que para um homem, a infecção através de uma relação homossexual é considerada como mais provável do que uma relação heterossexual, a construção da categoria bissexual constitui um subgrupo do grupo de transmissão homossexual que supomos poder servir de ponte para a infecção das mulheres (e a "população heterossexual" em seu total).

PROJETO HORIZONTE (1994-2001) ³¹

No período entre setembro de 1994 e novembro de 2001, 706 homossexuais e/ou bissexuais se apresentaram como possíveis voluntários do Projeto Horizonte. Entre esses, 584 eram elegíveis e foram recrutados, enquanto 64 (9%) apresentaram o teste HIV positivo e foram encaminhados para o Setor de Imunodeficiências do Centro de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias da UFMG/Prefeitura de Belo Horizonte, sendo acompanhados por médicos do próprio Projeto e 58 (8,2%) não completaram o protocolo inicial. Os números e percentuais de recrutamento foram: 136 (23,3%) recrutados durante o primeiro ano, 181 (31%) no segundo ano, 84 (14,4%) no terceiro ano, 45 (7,7%) no quarto ano, 30 (5,1%) no quinto, 45 (7,7%) no sexto ano e 46 (7,8%) até setembro de 2001.

A fonte de recrutamento mais freqüente foi a chamada bola de neve, sendo que 52,4% dos voluntários responderam que receberam informações sobre o Projeto através de amigos, parceiros ou de pessoas que freqüentam os mesmos bares ou saunas. As outras principais fontes incluem notícias em TV, rádio e jornais (reportagens, entrevistas ou anúncios na seção de classificados) e *folders* (13,1% e 13,5%, respectivamente), informações recebidas por profissionais do Projeto Horizonte (6,6%) e ONGs (5%), e informações sobre o Projeto impresso na conta de luz no ano de 1996 (5%) e divulgação através do Jornal do Ônibus, afixado nos ônibus que circulam na região metropolitana de Belo Horizonte durante 15 dias em 1996 (3,9%).

Análise de sobrevida para o período de setembro de 1994 a novembro de 2001

Durante este período, entre os 584 recrutados, 268 foram perdidos durante o seguimento, 24 se infectaram pelo HIV. A incidência foi 1,75/100 pessoas-ano durante 36 meses de seguimento e 1,99/100 pessoas-ano para 48 meses de seguimento, com uma média de 2,2/100 pessoas-ano (1,0-2,4).

Perdas de seguimento: duzentos e sessenta e oito voluntários abandonaram o projeto, sendo que 186 (69,4%) destas perdas ocorreram nas três primeiras visitas, sendo mais da metade (53,2%) no primeiro ano de participação. Algumas hipóteses podem ser levantadas: (1) os voluntários poderiam ter vindo somente para ter acesso ao teste HIV e informações sobre HIV/AIDS ou (2) não se interessaram pelo projeto, após terem cumprido todas as etapas de recrutamento. Na verdade, estes participantes praticamente não aderiram ao Projeto já que participaram somente das visitas iniciais (recrutamento e primeiro ou segundo retorno).

Comparação entre os voluntários que permanecem e os que abandonaram o projeto

Foi feita a comparação entre os participantes que estão sendo acompanhados e os participantes que abandonaram o estudo durante o seguimento. Está é uma coorte aberta com os voluntários admitidos regularmente durante quatro anos e estratificados em dois grupos, pelo período de admissão ao Projeto:

³¹ Dirceu Greco - Universidade Federal de Minas Gerais e Projeto Horizonte

Grupo 1 – Voluntários recrutados nos dois primeiros anos (período: 9/94 a 9/96);

Grupo 2 – Voluntários recrutados durante os dois últimos anos (período: 10/96 a 5/99).

As tabelas 2 a 4 apresentam os resultados dessas comparações para algumas variáveis demográficas e comportamentais da primeira entrevista psicossocial, realizada no momento da admissão.

As tabelas 2 e 3 resumem as comparações entre 203 voluntários que atualmente se encontram em seguimento e 99 voluntários que abandonaram o Projeto, num total de 302 voluntários recrutados nos dois anos iniciais. Nas variáveis demográficas não foram encontradas diferenças entre os participantes que permaneceram e os que abandonaram o projeto. Somente em relação ao comportamento sexual, houve diferença significativa; 76,7% dos que permaneceram se identificaram como homossexuais comparados com 64,3% dos que abandonaram o projeto. Além disso, maior percentual de bissexuais se encontrava entre os participantes que abandonaram o projeto.

Nas Tabelas 3 e 4 compararam-se 119 voluntários em acompanhamento regular com 46 que foram perdidos - n= 165 voluntários recrutados nos dois últimos anos. Entre as variáveis demográficas, houve diferença estatística: (1) Na ocupação: 84,8% dos que abandonaram o projeto contra 69,7% dos que permaneceram relataram ter ocupação; (2) Na renda mensal: 24,4% entre os que abandonaram apresentavam renda maior que dez salários mínimos comparados a 9,4% entre os que permaneceram no projeto; (3) No conhecimento sobre transmissão do HIV: 51,4% entre os que permaneceram relataram que a transmissão poderia ter sido por relação sexual insertiva comparados a 27% entre os que abandonaram e 52,1% entre os que permaneceram relataram transmissão passiva comparados a 26,3% entre os que abandonaram. Embora a diferença não seja significativa, 53% dos participantes que permaneceram reportaram que seriam voluntários em teste de vacinas comparados a 35,5% dos que abandonaram o projeto. Entre as variáveis relacionadas ao comportamento sexual, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os que permaneceram e os que abandonaram o Projeto. Vale observar que apesar dos voluntários que abandonaram o projeto apresentarem maior renda e um maior percentual relatar ter alguma ocupação, este grupo apresentava menor conhecimento sobre transmissão do HIV e menor disposição em participar de possíveis testes com vacinas candidatas anti-HIV.

Identificação de fatores de risco para infecção pelo HIV entre os voluntários que no recrutamento apresentaram teste HIV positivo (prevalentes) comparados aos voluntários HIV negativo: Estudo caso-controlado

Com o objetivo de identificar os principais fatores de risco independentes que são associados à infecção pelo HIV, foi realizado um estudo caso-controlado aninhado. A pergunta testada foi: Qual é a diferença nas situações de risco entre os voluntários que já chegaram infectados pelo HIV e os HIV negativos no recrutamento? É importante ressaltar que os indivíduos candidatos a voluntários no Projeto eram informados na entrevista inicial que um dos critérios para admissão era não estar infectado pelo HIV. Dessa maneira, a hipótese primeira é que eles acreditavam não

estarem infectados pelo HIV. Uma outra hipótese é que teriam se candidatado apenas para fazer o teste anti-HIV. Esta possibilidade é remota considerando ser o teste para HIV gratuito nos serviços de atendimento em Belo Horizonte.

Neste estudo caso-controle, para cada participante positivo (casos) foram selecionados três participantes negativos (controles) pareados por idade (± 2 anos) e data de recrutamento (± 5 meses). Foram selecionadas para análise algumas variáveis demográficas e comportamentais coletadas na entrevista psicossocial realizada no momento do recrutamento. Foram realizadas: (1) Análise univariada para identificação das diferenças entre casos e controles. A medida de associação utilizada foi a *Odds* Relativa e intervalo de confiança, (2) Análise multivariada para identificação do modelo que melhor explicasse os fatores de risco nesta população. Utilizando-se o modelo logístico condicional, foram incluídas as variáveis que apresentavam associação com a infecção pelo HIV e que apresentassem plausibilidade biológica. Para definição do modelo que melhor explicasse os fatores independentes que fossem associados a infecção pelo HIV, foi testado a razão da verossimilhança.

O critério utilizado para identificação das variáveis que seriam selecionadas para a análise multivariada foi o de apresentarem o valor do $p < 0,20$. Assim, foram analisadas as seguintes variáveis: cor negra (OR=3,4; IC 95% 1,3-8,6), ter filhos (OR=3,4; IC 95% 0,5-3,3), escolaridade: primeiro grau (OR=1,7; IC 95% = 0,8-3,5), sexo anal passivo (OR=2,4; IC 95% 1,2-4,9), sexo anal desprotegido (OR=3,9; IC 95% 0,8-3,6), parceiro sexual feminino fixo (OR=0,8; IC 95% 0,6-1,0), parceiro sexual ocasional (OR=0,8; IC 95% 0,6-1,0), usar cocaína (OR = 4,0; IC 95% 0,9-17,9), fumar maconha (OR=2,5; IC 95% 0,8-8,0).

A Tabela 5 apresenta o modelo completo, onde foram incluídas todas as variáveis selecionadas anteriormente. Usando o método passo a passo retirou-se a cada etapa a variável que não modificasse o valor da verossimilhança. A Tabela 6 apresenta o modelo que melhor explica os fatores de riscos associados à infecção pelo HIV nesta população. Entre as variáveis incluíram-se: cor negra (OR = 5,5; IC 95% = 1,8-17,2) sexo anal desprotegido (OR = 4,3; IC 95%= 1,7-11,0) sexo anal passivo (OR = 3,0; IC 95%=1,3-6,8).

Avaliação da participação em ensaio clínico para vacina anti-HIV

Com objetivo de se detectar mudanças em relação à participação dos voluntários em ensaios clínicos, foram analisadas as respostas de 184 participantes em dois momentos distintos: recrutamento e dois anos após (retorno 3). Quando perguntados se participariam em testes de vacinas, as repostas foram:

VISITA NO PROJETO	SIM	NÃO	DEPENDE
Recrutamento	46,7%	22,8%	30,4%
Retorno 3	51,6%	20,3%	28%

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando foram comparadas as variáveis idade, cor da pele, escolaridade, se tem ocupação, sa-

lário mensal entre os voluntários que responderam sim, não e depende quanto a participação em testes de vacinas, na entrevista realizada no recrutamento.

Principais motivos relatados sobre a participação em ensaios clínicos, na entrevista realizada no recrutamento:

Sim: 59% afirmaram que participariam por motivos humanitários
29% para prevenir infecção pelo HIV
5% por confiança na pesquisa
3% para fazer sexo tranqüilo

Não: 40% por medo de contaminação
24% por insegurança quanto aos efeitos colaterais
19% por não terem informações suficientes

Depende: 57% por não terem informações suficientes
33% por insegurança quanto aos efeitos colaterais
16% por medo de ser contaminado

A mesma análise realizada dois anos após o recrutamento não mostrou diferenças quanto a decisão em participar e nem quanto aos motivos relatados. Portanto, a decisão em participar ou não de ensaios clínicos de vacinas candidatas mostrou-se independente das características demográficas e sociais analisadas e do tempo de acompanhamento no projeto.

Sumário sobre os ensaios clínicos com vacina candidata anti-HIV no Brasil

O Brasil, assim como diversos outros países do terceiro mundo, tem a capacidade instalada para participar destes ensaios, com cientistas bem treinados, suporte político e da sociedade civil e com a epidemia do HIV ainda em expansão. As vantagens de participar das fases iniciais incluem, entre outras, a possibilidade de influir na definição do protocolo de pesquisa (ética, científica e até economicamente), de discutir sobre a disponibilidade futura de vacina que se mostrar eficaz e de contribuir com a decisão autônoma de participação em futuros ensaios de eficácia (fase III).

Em dezembro de 1992, a indústria farmacêutica norte-americana United Biomedical Inc. propôs a realização de um ensaio fase I/II com uma vacina candidata que já havia sido testada nos Estados Unidos. O protocolo de pesquisa foi intensamente avaliado e após diversas modificações, aprovado em novembro de 1994 pelo Comitê Nacional de Vacinas anti-HIV do Ministério da Saúde. Considerando que as pré-condições acima listadas foram cumpridas, as razões para a repetição

deste ensaio fase I/II no Brasil incluíram as diferentes características genéticas e de resposta imunológica de diferentes populações, além das condições epidemiológicas específicas locais, com o fim de verificar (ou validar) a segurança e a imunogenicidade da vacina candidata. Em acordo com o fabricante, com intermediação da OMS, havia a previsão de disponibilidade do produto para o Brasil, se uma vacina eficaz viesse a ser desenvolvida baseada no produto aqui testado. Este produto era constituído por peptídeos sintéticos arranjados como um octâmero, similares à região altamente imunogênica da alça V3 da glicoproteína 120 do HIV MN, subtipo B.

Trinta voluntários HIV negativos e com baixo risco para a infecção pelo HIV foram selecionados, sendo 15 em Belo Horizonte na Universidade Federal de Minas Gerais e 15 no Rio de Janeiro na Fundação Oswaldo Cruz: 24 receberam a vacina candidata e seis receberam placebo. A primeira voluntária, após consentimento livre e esclarecido, recebeu a primeira dose em 8 de março de 1995. No final de 1996, 13 mulheres e 17 homens já haviam completado as três doses, segundo dois esquemas diferentes com 100 ou 500 microgramas por dose, por via intramuscular, utilizando alúmen como adjuvante.

Não houve reação adversa significativa ao produto vacinal. Sorologia realizada utilizando ELISA anti-HIV convencional foi sempre negativa enquanto ELISA baseada nos peptídeos da alça V3, similares aos da vacina foram reativos em cerca de um terço dos voluntários, após a segunda ou terceira dose da vacina, mas esta positividade foi transitória (Greco et al). Esses resultados confirmaram ser o produto capaz de induzir a produção de anticorpos contra epitopos similares à alça V3. A resposta celular foi também avaliada e, como esperado pelas próprias características da vacina, houve baixa resposta.

Em síntese:

É factível o acompanhamento a longo prazo desta coorte, possibilitando estimar a incidência da infecção pelo HIV e avaliar o impacto do aconselhamento nas mudanças das práticas sexuais de risco;

É possível inferir que os voluntários serão capazes de decidir sobre sua participação autônoma em futuros ensaios clínicos com vacinas candidatas;

É possível afirmar que o aconselhamento preventivo e o acompanhamento sistemático foram os principais responsáveis pela relativamente baixa incidência da infecção pelo HIV no grupo;

Foi observada redução da prática sexual anal desprotegida, embora tenha havido aumento na prática de sexo oral e aumento da prática sexual desprotegida com parceiras fixas entre os bissexuais. Entretanto, o risco permanece, o que pode ser comprovado pelas 24 soroconversões ocorridas, especialmente entre 12 e 18 meses após a admissão no projeto.

Tabela 1 - Características demográficas e conhecimento sobre vacinas anti-HIV entre os voluntários que estão em acompanhamento, comparados àqueles que foram perdidos de seguimento, recrutados nos dois primeiros anos do Projeto Horizonte (Período de recrutamento: 9/94 a 9/96).

Características	Acompanhados N = 203 (%)	Perdas N = 99 (%)	Valor de p
Etnia			
Mulato	100 (49,3)	56 (56,6)	0,32
Branco	94 (46,3)	37 (37,4)	
Negro	9 (4,4)	6 (6,1)	
Escolaridade			
1º Grau	58 (28,6)	23 (23,2)	0,61
2º Grau	79 (38,9)	41 (41,4)	
3º Grau	66 (32,5)	35 (35,4)	
Tem ocupação			
Sim	162 (79,8)	75 (75,8)	0,42
Renda Mensal			
Sem renda	25 (12,4)	12 (12,1)	0,24
1 - 3 SM	72 (35,8)	31 (31,3)	
3 - 10 SM	76 (37,8)	33 (33,3)	
+ 10 SM	28 (13,9)	23 (23,2)	
Penetração ativa*: Sim	36 (29,8)	18 (29,0)	0,91
Penetração passiva*: Sim	40 (33,1)	23 (37,1)	0,58
Conhece sobre vacina AIDS	156 (76,8)	67 (67,7)	0,08
Seria voluntário em testes de vacina			
Sim	103 (50,7)	41 (41,4)	0,32
Não	42 (20,7)	28 (28,3)	
Depende	58 (28,9)	30 (30,3)	

Não respostas foram excluídas da tabela.

*Somente para os que reportaram algum conhecimento sobre a transmissão.

Tabela 2 - Comportamento sexual entre os voluntários que estão em acompanhamento comparados aos que foram perdidos de seguimento, recrutados nos dois primeiros anos do Projeto Horizonte (Período de recrutamento: 9/94 a 9/96).

Características	Acompanhados N = 203 (%)	Perdas N = 99 (%)	P
Comportamento Sexual			
Homossexual	155 (76,7)	63 (64,3)	0,02
Bissexual	47 (23,3)	35 (35,7)	
Identificação Sexual			
Homossexual	123 (60,6)	53 (53,5)	0,24
Bissexual	80 (39,4)	46 (46,5)	
Práticas Sexuais Preferenciais			
Masturbação	136 (67,3)	67 (67,7)	0,95
Sexo Oral Receptivo	168 (83,2)	78 (79,6)	0,45
Sexo Oral Insejivo	145 (71,8)	70 (70,7)	0,85
Sexo Anal Passivo	115 (56,9)	45 (45,5)	0,06
Sexo Anal Ativo	153 (75,7)	72 (72,7)	0,57
Utilizou camisinha na última vez	188 (94,5)	94 (96,9)	0,35
Parceiros ocasionais últimos 6 meses	155 (79,9)	70 (77,8)	0,68
Freqüente saunas	42 (26,4)	16 (22,2)	0,49

Não respostas foram excluídas da tabela.

Tabela 3 - Características demográficas e conhecimento sobre vacinas anti-HIV e AIDS entre os voluntários em acompanhamento comparados aos que foram perdidos, recrutados nos dois últimos anos do Projeto Horizonte (Período de recrutamento: 10/96 a 5/99).

Características	Acompanhados N = 119 (%)	Perdas N = 46 (%)	P
Idade (média - DP)	27,0	26,6	
Cor			
Mulato	67 (56,3)	21 (45,7)	0,37
Branco	38 (31,9)	20 (43,5)	
Negro	14 (11,8)	5 (10,9)	
Escolaridade			
1º Grau	30 (25,4)	13 (28,3)	0,71
2º Grau	57 (48,3)	19 (41,3)	
3º Grau	31 (26,3)	14 (30,4)	
Tem ocupação	83 (69,7)	39 (84,8)	0,04
Renda Mensal			
Sem renda	26 (22,2)	6 (13,3)	0,05
1 – 3 SM*	35 (29,9)	15 (33,3)	
3 – 10 SM	45 (38,5)	13 (28,9)	
+ 10 SM	11 (9,4)	11 (24,4)	
Conhecimento sobre transmissão			
Penetração ativa**			
Sim	36 (51,4)	10 (27,0)	0,01
Não	34 (48,6)	27 (73,0)	
Penetração passiva**:	37 (52,1)	10 (26,3)	0,00
Conhece sobre vacina anti-HIV	82 (70,1)	31 (67,4)	0,74
Sim			
Não			
Seria voluntário em testes de vacina			
Sim	62 (53,0)	16 (35,6)	0,09
Não	21 (17,9)	14 (31,1)	
Depende	34 (29,1)	15 (33,3)	

Não respostas foram excluídas da tabela.

Tabela 4 - Comportamento sexual dos voluntários que estão com menos de dois anos de seguimento comparados aos que foram perdidos durante o acompanhamento do Projeto Horizonte (Período de recrutamento:10/96 a 5/99).

Características	Acompanhados N = 119 (%)	Perdas N = 46 (%)	p
Comportamento Sexual			
Homossexual	92 (78,0)	36 (78,3)	0,97
Bissexual	26 (22,0)	10 (21,7)	
Sentimento Sexual			
Homossexual	78 (66,7)	28 (60,9)	0,49
Bissexual	39 (33,3)	18 (39,1)	
Práticas Sexuais Preferenciais			
Masturbação	83 (69,7)	28 (60,9)	0,28
Sexo Oral Receptivo	97 (81,5)	40 (87,0)	0,40
Sexo Oral Insejivo	88 (73,9)	32 (69,6)	0,57
Sexo Anal Passivo	78 (66,1)	26 (56,5)	0,25
Sexo Anal Ativo	93 (78,2)	40 (87,0)	0,19
Utilizou camisinha na última vez	108 (93,9)	44 (95,7)	0,67
Parceiros ocasionais últimos 6 meses			
Sim	88 (80,0)	30 (73,2)	0,37
Não	23 (21,3)	9 (24,3)	0,70

Tabela 5 - Análise multivariada pareada para comparação entre casos e controles. Modelo completo.

Características	Odds Relativa	IC 95%	Valor de p
Sexo desprotegido	6,5	1,9-22,7	0,003
Cor negra	6,3	1,3-30,1	0,022
Ter filhas	6,1	0,8-45,8	0,080
Frequente sauna	2,2	0,7-6,4	0,184
Escolaridade: Primeiro grau	2,0	0,7-0,6	0,189
Sexo anal passivo	1,6	0,6-4,1	0,337
Cor branca	1,3	0,5-3,4	0,628
Usar maconha	1,5	0,1-19,5	0,738
Usar cocaína	0,8	0,1-17,9	0,873
Parceiro feminino ocasional	1,0	0,1-7,0	0,972
Parceiro feminino estável	Indeterminado		0,984

Tabela 6 - Análise multivariada pareada para comparação entre casos e controles. Modelo final.

Características	Odds Relativa	IC 95%	Valor de p
Cor negra	5,5	1,8-17,2	0,003
Sexo anal desprotegido	4,3	1,7-11,0	0,002
Sexo anal passivo	3,0	1,3-6,8	0,008

DILEMAS SOCIAIS E CIENTÍFICOS NA ABORDAGEM DA EPIDEMIA JUNTO AOS HOMOSSEXUAIS

É PRECISO REPENSAR A PREVENÇÃO JUNTO AOS GAYS ³²

Este comunicado baseia-se na análise dos pedidos de *gays* e bissexuais ao Serviço Info Aids no ano de 2000 (n=825 consultas) bem como os da Linha "Azur" (n=1.716 consultas). Cinco grandes temas parecem, particularmente, pertinentes para a compreensão da dinâmica da epidemia entre a população homossexual:

- A importância da declaração de correr riscos maiores (penetrações anais) entre a população de menos de 20 anos;
- Um reforço nas perguntas sobre a sexualidade de maneira geral e sobre a identidade sexual sobre o número da Linha "Azur";
- Um recurso ao teste separado do fato de ter assumido um risco ou não;
- A importância dos questionamentos dos *gays* soropositivos sobre os efeitos secundários dos tratamentos e, principalmente, sobre as lipodistrofias, tidos como um estigma separador relativo à comunidade homossexual;
- Um conhecimento do tratamento pós-exposição que continua fraco e que é realizado por aqueles que já fazem a prevenção.

Este quadro que podemos descrever a partir do observatório único que representa as diferentes ligas do Serviço Info Aids nos leva a apresentar um certo número de hipóteses sobre as transformações do modo de vida gay na França durante estes últimos anos.

Na realidade, estes dados que podemos separar em diferentes análises sociológicas realizadas na comunidade *gay* francesa poderiam indicar uma segmentação cada vez mais importante dos diferentes segmentos da população relativamente pouco permeável umas em relação às outras. Os princípios desta segmentação são vários e dividem em idade, estatuto soropositivo, e em maior escala nos diferentes estilos de vida.

Nesse contexto é necessário perguntar o lugar dos discursos de prevenção, os discursos hoje globalizam e ignoram as especificações e a lógica de cada subpopulação. A necessidade vista por alguns atores na luta contra a aids na construção de um discurso sobre a redução dos riscos sexuais devem atingir os diferentes segmentos da população *gay*, sabendo-se que a noção da redução dos riscos é regida pelo meio ambiente de cada indivíduo. Entre a relação da prevenção personalizada que podemos dar por telefone no Sida Info Serviço e o discurso global de comunicação junto aos *gays*, trata-se de encontrar um meio termo, através de uma comunicação coletiva personalizada.

³² Fabrice Clouzeau - Coordenador de Ações Internacionais - Sida Info Service

REPENSANDO A PREVENÇÃO DAS DST/AIDS³³

Pensar a intervenção/prevenção de DST/AIDS junto aos homossexuais e não considerar a conjuntura político-social a que estão sujeitos é um caminho insano. Existe uma teia de relações imbricadas em relação à homossexualidade que precisa ser desconstruída, pois a partir do momento em que ela se converteu em uma identidade política, apontando para uma mudança ampla na sociedade com ações de inclusão e resignificação dos direitos, passasse a enfrentar um orquestramento de forças governamentais e/ou civis que incomodadas com essa mudança, violam o espaço democrático por não saber conviver ou respeitar a diversidade.

Não se pode pensar em uma sociedade democrática, se a mesma não respeitar as diferenças, pois democracia e diversidade se complementam, fazem parte de uma mesma matriz. O respeito à diferença é condição básica para o acesso aos bens de direito.

Hoje, a palavra de ordem dos grupos de defesa dos direitos dos homossexuais é visibilidade, pois somente a partir dela e dos desdobramentos que advêm de sua prática é que conseguimos estabelecer respostas para a vulnerabilidade que nos aflige, seja ela da violência policial, da violência política, da infecção de DST/AIDS, etc.

As práticas de visibilidade estabelecem uma interlocução com a sociedade e com os poderes constituídos (Judiciário, Legislativo e Executivo), colocando os homossexuais como protagonistas e atores de sua própria história. Apontando as falhas de um sistema que muitas vezes insiste em não enxergar que seus códigos e leis precisam ser mais incluídos para poder abrigar os cidadãos homossexuais.

Nesse sentido, podemos enumerar alguns dilemas vividos na abordagem da epidemia junto aos homossexuais, que apesar das dificuldades, trazem uma denúncia da necessidade de se rever algumas políticas públicas e o anúncio profético daqueles e daquelas que querem uma sociedade inclusiva.

1. Fala-se muito da pauperização da aids, que obviamente é reflexo de uma sociedade que não tem distribuição de renda, legando milhões de pessoas a níveis de sobrevivência abaixo do aceitável. Faz-se necessário contemplar essa população e seu nível de informações sobre as formas de infecção para se propor políticas de prevenção. Não podemos considerar pesquisas que não contemplem essa larga fatia da população. Considerar essa questão nos acordos/parcerias como o Brasil-França é fundamental para uma resposta mais efetiva nos resultados e ações implementadas a partir do mesmo.
2. As pesquisas do Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/AIDS apontam para o que podemos chamar de uma "juvenilização" da epidemia, ou seja, a infecção está acontecendo em faixas de idade cada vez mais baixas. Necessitamos desenvolver uma nova abordagem que deve vir acompanhada de uma nova linguagem, precisamos rejuvenescer nosso discurso para podermos ser compreendidos. Essa questão traz um grande problema de fundo, que é a inexistência de políticas públicas para adolescentes homossexuais,

³³ Roberto de Jesus - Associação da Parada de Orgulho GLBT/SP e Comitê Assessor HSH da CN-DST/Aids

estando os mesmos cada vez mais vulneráveis. Admitir a existência de adolescentes homossexuais iria conseqüentemente colocar em xeque, por exemplo, as políticas na área da educação, que trabalha de forma pífia a questão da sexualidade, tendo muitas vezes a escola como grande difusor da intolerância e do preconceito.

3. Como desenvolver campanhas de massa, com a grande mídia (rádio e TV) sobre prevenção específica para homossexuais, para que a informação chegue até os locais aonde as ONGs e Programas não chegam, sem agregar o estigma criado de que aids é doença de homossexuais? Aqui no Brasil, as ONGs que trabalham com HSH estão propondo esse tipo de campanha por perceber que uma grande faixa da população fica descoberta das informações indispensáveis sobre DST/AIDS.
4. Como trabalhar com a população mais jovem que não viveu o início da epidemia e que pensa que o "coquetel" de anti-retrovirais dá conta de tudo? Faz-se propaganda do "coquetel" em alguns países, como se estivessem vendendo carro, dando um sentido de aventura para o fato. Mostra-se jovens fortes, escalando montanhas, cavalgando ou em jet-skis rasgando ondas no mar, no mesmo mote que faziam para vender cigarro. O interesse dos grandes laboratórios fica patente nesses anúncios, levando a população a acreditar que encontraram a solução para todos os problemas. Não estou aqui falando contra esses remédios, que têm garantido a vida de milhões de pessoas. Estou falando da necessidade de reforçar para os mais jovens a prática da prevenção e da utilização da "santa camisinha".
5. Como humanizar a coleta de sangue nos hemocentros, evitando a discriminação sofrida pelos homossexuais? Sabemos que o que deve barrar uma doação de sangue, não é a orientação sexual, mas as práticas que podem ter colocado o doador em uma situação de risco, seja ele homossexual, heterossexual ou bissexual. A janela imunológica ainda é um grande entrave para evitar a transmissão via transfusão de sangue. Novamente, o estigma contra os homossexuais é acionado e recai sobre ele toda a responsabilidade sobre o caso. Faz-se necessário que a instrução normativa sobre doação de sangue leve em conta as práticas e não a orientação sexual do doador!
6. Estabelecer na prevenção junto aos usuários que além da camisinha, o gel lubrificante é um insumo necessário para tornar a relação mais segura, evitando alguns acidentes durante o ato. Aqui no Brasil, estamos realizando uma testagem junto a grupos focais nas diversas regiões do País, para que um laboratório estatal possa desenvolver em grande escala o gel e que o mesmo entre nas campanhas educativas.
7. Durante muito tempo não se misturava mercado com militância, como que um tabu. Hoje a partir das ações das ONGs/AIDS e da visibilidade das Paradas do Orgulho GLBT (*Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros*) essa situação tem mudado e temos estabelecido algumas parcerias, o que ainda não é suficiente, pois ainda encontramos estabelecimentos que dificultam o trabalho de prevenção, achando que pode ficar estigmatizado por associar DST/AIDS aos seus clientes.

8. As Igrejas, e em especial a Católica e as Seitas Neopentecostais, têm desenvolvido um desserviço em relação à cidadania dos homossexuais, pois insistentemente associam nossas práticas ao pecado. Ao fazerem isso, reforçam a intolerância junto a seguimentos da sociedade que recebem informações infundadas de forma homeopática, gerando em muitos casos um ódio contra homossexuais que pode levar até a morte, numa etapa extrema da homofobia internalizada pela religião em seus fiéis. Como se não bastasse toda essa intolerância, o que ao meu ver compromete essas instituições frente aos crimes contra os homossexuais, temos também um discurso falacioso contra o preservativo, proibindo seus fiéis ao uso, com informações que contradizem a própria ciência, quando dizem que o vírus pode ultrapassar a barreira do látex do preservativo.
9. A necessidade de se ampliar os projetos de HSH com a ONG que trabalham com aids. Mesmo ainda sendo uma parcela considerável no quadro das infecções, temos poucos projetos apresentados para esta população, nos obrigando a pensar estratégias para cobertura dessas ações. Aponto aqui uma necessidade de ampliar as ações junto aos homossexuais nos serviços públicos de saúde, garantindo programas de referência e adotando ações para banir o preconceito velado nesses órgãos.

Finalizando, apesar de todos esses dilemas, gostaria de dizer do grande avanço que temos vivenciado, no que se refere ao controle social das políticas públicas para homossexuais e da construção de canais das ONGs com as OGs em fóruns de discussões/deliberações de políticas, bem como no apoio institucional da Coordenação Nacional de DST e Aids e do Programa Estadual de DST/AIDS (São Paulo) em ações de visibilidade massiva junto aos homossexuais, celebrando o orgulho de viver a diversidade.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DAS DST/HIV/AIDS JUNTO AOS HOMOSSEXUAIS DOS PAÍSES DO CONE SUL

O TRABALHO SEXUAL NO URUGUAI E SUA RELAÇÃO COM A AIDS³⁴

RESUMO

Objetivos: determinar a prevalência do HIV, o subtipo genético do HIV-1, e conhecer os fatores de risco para aquisição do HIV em homens trabalhadores do sexo (HTS) e mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) em Montevideu, Uruguai.

Métodos: entre 1999 e 2000, realizaram-se estudos transversais em trabalhadores do sexo dos dois gêneros. Depois de receberem aconselhamento e fornecerem consentimento pós-informação, os participantes respondiam a um questionário de variáveis sociodemográficas e comportamentos sexuais. A seguir, forneciam voluntariamente uma amostra de sangue para diagnóstico do HIV por meio de testes ELISA de terceira geração e Western Blot.

Resultado: durante o período de estudo, avaliaram-se 200 HTS e 300 MTS. Das 200 amostras dos HTS, 20,1% foram positivas para o HIV, enquanto das 300 amostras das MTS 0,3% foram positivas. A maioria dos genótipos encontrados foi do grupo B (60,7%), seguido pelo grupo F (39,3%), encontrando-se por último recombinantes BF nos HTS (dados fornecidos pelo Laboratório de Investigação de Enfermidades Tropicais (NMRC) de Lima, Peru).

A maioria dos trabalhadores captados pertencia a faixas etárias jovens. Mais de 35% tinham menos de 35 anos, devido ao início precoce do comércio sexual. Cerca de 43% dos HTS tinha mais de dez anos de experiência sexual, comparado a cerca de 20% das MTS.

A captação ocorreu em diferentes locais, sendo a maioria dos HTS na rua e das MTS em estabelecimentos, fundamentalmente, uisquerias. A quantidade de programas sexuais semanais era de cerca de 11 a 30 para os HTS e de cinco clientes para as MTS; deve-se destacar que mais de 50% desses clientes eram estrangeiros.

Em relação aos comportamentos sexuais, 70% argumentaram sempre usar preservativos com seus clientes; com o parceiro estável, 30% não usam preservativos.

Também se soma a isto o alto consumo de drogas ilícitas em nosso país, majoritariamente por parte dos HTS (cerca de 47,8%, sendo cerca de 8% por via intravenosa). Nas MTS, o consumo cai para 19%, com apenas cerca de 1,4% por via intravenosa, porém verificou-se um alto consumo de álcool.

³⁴ José Vinales - Programa Nacional de Aids do Uruguai

Conclusões: a soroprevalência da infecção por HIV foi alta entre os HTS, o que implica a urgente necessidade de implementar políticas estratégicas para maior controle do HIV na população de trabalhadores sexuais masculinos, bem como de criar ações para diminuir os fatores de risco relacionados com a transmissão do HIV e para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-chave: HIV. Homem trabalhador do sexo. Mulher trabalhadora do sexo. Comércio sexual. Condutas de risco. Prevalência.

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram descritos em 1981 nas Américas. Em todo o mundo, as relações sexuais não protegidas representam aproximadamente 90% das infecções pelo HIV em adultos.

A América Latina e o Caribe constituem uma região composta por 44 países, com 470 milhões de habitantes. Atualmente, estima-se que 1,9 milhão de pessoas nessa região tenha sido infectada pelo HIV-1. A maioria dessas infecções ocorreu na América Central e do Sul.

Calcula-se que a transmissão sexual represente 74% das infecções pelo HIV na América do Sul. Em populações de alto risco, foram notificadas taxas de prevalência de infecção entre 10% e 60%. Pelo menos 5%-10% das infecções devem-se à transmissão sexual entre homens, embora essa cifra varie muito de um lugar para outro (1).

No Uruguai, concretamente, o HIV comporta-se, desde seus inícios em 1983, como uma epidemia tipicamente urbana e relacionada a componentes de ordem cultural, social, econômica e política.

Na explicação de sua expansão intervêm processos complexos que derivam da articulação de fatores dessa superestrutura já mencionada, concatenados com variáveis do comportamento pessoal, interpessoal, familiar e comunitário.

Uma revisão histórica mostra o estabelecimento de diversos padrões de evolução da epidemia, de caráter ambiental, epidemiológico e sociocultural no país.

Atualmente, dispõe-se de estudos internacionais referentes à prostituição, seguindo os padrões epidemiológicos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fundamentalmente na Argentina, Brasil e México.

Em nosso país, a epidemia começa com um padrão epidemiológico tipo I, passando a partir dos anos 90 a ser de tipo epidemiológico I/II, como nos EUA, embora com uns anos de defasagem, afetando no início os grupos de "comportamento de risco", quais sejam, os trabalhadores do sexo, usuários de drogas intravenosas e os detentos.

Nosso país atualmente tem uma epidemia concentrada, por apresentar cifras abaixo de 1% na população em geral e em gestantes, determinadas pelos estudos sentinela, e incidências de 5% ou mais em um ou mais grupos de populações vulneráveis (homens trabalhadores do sexo, usuários de drogas intravenosas e detentos).

Por meio da notificação obrigatória e de registros de casos, realizados pelo Programa Nacional de Aids do Ministério de Saúde Pública, vê-se um claro predomí-

nio da transmissão sexual (67,7%) do HIV/AIDS sobre a transmissão sangüínea (28,5%) e a transmissão perinatal (3,8%).

Dentro da transmissão sexual, predominam as relações entre pessoas de comportamento heterossexual (41,5%), se incluirmos a prostituição feminina nesse grupo, como devido. A seguir, temos o comprometimento dos homossexuais (32,4%), e depois dos bissexuais (22,2%).

A maior freqüência de idade de infecção é dos 15 e 24 anos.

A diversidade genética do HIV-1 é extensa; achados verificam e afirmam a presença de 10 grupos distintos de genótipos do HIV-1.

À medida que os genótipos do HIV evoluem ou são introduzidos em novas populações, podem ocorrer epidemias. É por isso que a compreensão global da diversificação genética do HIV é crítica para o desenvolvimento e criação de estratégias em vacinas e medicamentos terapêuticos.

MÉTODOS

A pesquisa desse estudo foi do tipo descritivo, numa amostra de conveniência em 200 homens e 300 mulheres trabalhadoras do sexo, que exerciam seu trabalho sexual tanto nas ruas como em estabelecimentos comerciais.

Os critérios de inclusão foram que a pessoa se identificasse como trabalhador do sexo, tivesse 18 anos ou mais, e aceitasse de forma voluntária participar no estudo.

O estudo foi realizado por uma equipe previamente selecionada e treinada pelo Programa Nacional de Aids do Ministério de Saúde Pública do Uruguai em aconselhamento HIV/AIDS, qualidade de atenção, normas nacionais e internacionais de biossegurança e regras éticas nacionais e internacionais.

Essa equipe era constituída por um médico, psicólogo, assistente social, educador sexual, assistente de saúde e pessoal técnico especializado em laboratório.

A captação da população mencionada foi realizada por meio de um veículo móvel, à noite e em seus locais de trabalho. Às vezes esse procedimento diferenciou-nos de outros estudos internacionais, nos quais geralmente faz-se a captação de MTS que procuram voluntariamente centros de atenção de saúde de DST/HIV. (5).

Contou-se com um formulário escrito de consentimento pós-informação, aprovado e assinado por livre vontade dos participantes, e um questionário descritivo sobre condutas e comportamentos.

O anonimato dos indivíduos foi rigorosamente mantido. Os resultados foram entregues pessoalmente e de maneira confidencial, com aconselhamento pré e pós-teste feito por um conselheiro. Os indivíduos HIV-1 positivos receberam a opção de um aconselhamento adicional, bem como orientações para uma assistência correta.

Em relação à amostragem, obteve-se uma amostra de 15cc de sangue periférico de um dos membros superiores de todos os HTS e MTS que decidiram participar do estudo, para triagem da presença de anticorpos ao HIV-1 usando um *kit* comercial disponível de testes diagnósticos rápidos e um teste ELISA de terceira geração.

Todas as amostras de soro reagentes nessa triagem foram então submetidas a uma prova confirmatória por Western Blot. Os testes para anticorpos ao HIV-1 foram realizados pelo Departamento de Laboratório do Ministério de Saúde Pública do Uruguai. As amostras reagentes ao HIV-1 foram testadas quanto ao subtipo genético pelo Laboratório de Investigações em Enfermidades Tropicais (NMRCDC) em Lima, Peru.

É importante saber que, de todos os HTS capturados e sensibilizados na pesquisa, somente três negaram-se a participar, argumentando que já eram HIV positivos. Treze MTS que também não quiseram participar, pois estavam muito bem controladas e freqüentavam centros de saúde de forma contínua, também receberam orientações sobre HIV/AIDS.

RESULTADOS

De 1999 a 2000, o Programa Nacional de Aids do Uruguai, conjuntamente com o NMRCDC de Lima, Peru, realizou estudos em duas populações de trabalhadores do sexo.

Os resultados mostraram uma taxa de prevalência do HIV de 20,1% (43 HIV+) em 200 HTS e de 0,35% (um HIV+) em 300 MTS.

Os resultados fornecidos pelo NMRCDC de Lima, Peru, referente à prevalência nos HTS, mostrou que 60,7% eram do genótipo B e 39,3% do genótipo F, encontrando-se formas recombinadas BF em 3 amostras dos HTS.

Em relação aos dados demográficos, mais de 70% de ambas as populações tinham menos de 35 anos, e apenas 36% mais de 35 anos.

Quanto à procedência, 94% são uruguaios; com relação aos estrangeiros há um predomínio de brasileiras entre as MTS e de argentinos entre os HTS.

Quanto ao local de trabalho das MTS, 60% trabalham em estabelecimentos (discotecas, prostíbulos, uisquerias e bares), diferentemente dos HTS, dos quais apenas cerca de 15% trabalham em estabelecimentos, com os 76% restantes trabalhando principalmente na rua.

Quanto ao tempo de exercício de trabalho sexual, no grupo de HTS cerca de 43% têm mais de 10 anos de experiência sexual, quando no grupo de MTS esta cifra é de somente 20%.

Outra variável considerada foi a quantidade de clientes por semana. Na população masculina houve maior exercício do trabalho sexual, com uma média entre 11 a 30 clientes semanais, comparados a cinco clientes semanais no grupo de mulheres. Mais de 50% dos clientes são estrangeiros, predominantemente, da América do Sul (em sua maioria da Argentina e Brasil), seguida pela América do Norte (fundamentalmente dos EUA).

Com respeito a condutas de sexo seguro, ambos grupos manifestaram que mais de 70% usa sempre o preservativo com seus clientes, diferentemente do uso de preservativo com o parceiro estável, quando 30% não o utiliza; deve-se levar em conta que quase 50% não têm parceiro estável.

Quanto a condutas aditivas e consumo de drogas ilícitas ou socialmente inaceitáveis no Uruguai, comprovou-se uma acentuada diferença entre os dois grupos, 47,8% dos HTS consomem drogas, com predomínio da cocaína; cerca de 8% do consumo dessa droga é feito por via endovenosa. Apenas cerca de 19% das MTS consomem drogas, também com predomínio da cocaína, com somente 1,4% por via intravenosa.

Deve-se esclarecer que, em ambas populações, existe policonsumo, associado ao álcool.

DISCUSSÃO

Existe no Uruguai pouca informação publicada em termos de dados, levantamentos sobre a população de homens e mulheres trabalhadores do sexo e sua relação com o HIV/AIDS.

O Uruguai é um país da América do Sul, que faz limites com a Argentina e o Brasil. Tem uma superfície total de 318.176 km² e um total de 3.146.200 habitantes. Sua capital é Montevidéu, com 1.400.000 habitantes.

Os únicos dados epidemiológicos existentes são os fornecidos pelo Programa Nacional de Aids, que mostram uma prevalência de 9% de HTS e de cerca de 2% de MTS entre os casos notificados.

A epidemia de aids tornou evidente que a prostituição é uma atividade potencialmente de risco para a transmissão do HIV e que, além disso, tanto os trabalhadores do sexo quanto os usuários de drogas são grupos populacionais que exigem atenção especial nos sistemas de vigilância epidemiológica e nas atividades de prevenção (6).

Por essa razão, é preciso levar em conta diversos fatores (7) que poderiam favorecer à infecção por HIV/AIDS neste grupo. Entre eles estão:

- o nível de oferta e procura da prostituição;
- a eficiência da transmissão do HIV nesta população;
- o maior número de parceiros sexuais;
- tipo de práticas sexuais;
- baixo nível socioeconômico;
- maior número de gestações;
- baixo nível de informação sobre qualidade de saúde e enfermidades;
- estigmatização e baixo acesso aos serviços educativos ou de saúde;
- práticas sexuais sem medidas preventivas;
- associação com o consumo de álcool e drogas;
- presença de outras DST;
- associação com outras práticas de risco;
- pouca habilidade de negociação com os clientes.

Em relação a dados nacionais referentes ao trabalho sexual, este apresenta certas características:

- é considerado uma atividade lícita pelo Estado;
- estima-se, com base em pessoas registradas pela Ordem Pública Policial por outras causas que não o comércio sexual, que em todo o país existiriam cerca de 5.000 MTS e 2.000 HTS exercendo legalmente a prostituição;
- é uma população muito migratória, tanto dentro do país como para a Argentina, Brasil e Europa (Espanha e França);
- dia-a-dia demonstra-se o ingresso de pessoas mais jovens nesse tipo de trabalho;
- a partir de 1995, o Banco de Previsão Social (BPS) aprovou uma resolução pela qual declara-se "aqueles que exercem a prostituição dentro das disposições regulamentares que autorizam tal exercício, amparadas como trabalhadores autônomos, sendo titulares de todos os benefícios que o BPS concede a seus afiliados" (8);
- a regulamentação sanitária em vigor determina que todo trabalhador sexual deve ir a um Centro de Saúde de Transmissão Sexual do Ministério de Saúde Pública, uma vez por mês, a fim de realizar exames de HIV, VDRL e controle médico. Os estudos de campo demonstraram que poucas pessoas freqüentam esses Centros de Saúde. Por isso, nosso estudo adquiriu maior relevância, já que a maioria desta população captada não freqüentava Centros de Atenção; além disso, o estudo permitiu-nos coletar achados sobre os diversos aspectos do exercício da prostituição em nosso país.

Essa investigação permitiu também estabelecer um vínculo estreito e permanente com a população objeto de estudo, bem como com duas ONGs, a Associação de Travestis do Uruguai (ATRU) e a Associação de Meretrizes do Uruguai (AMEPU).

Quanto à análise, podemos comprovar alguns resultados, como:

- a maioria dos trabalhadores do sexo de ambos os gêneros tem menos de 35 anos, apresentando um pico de maior incidência entre os 25 e os 35 anos. Também se comprovou um início precoce de sua vida sexual, ao que corresponde um começo também precoce do trabalho sexual, com uma média de 14 anos;
- mais de 50% são solteiros. Um dado a destacar é que cerca de 15% das MTS eram casadas e cerca de 15% divorciadas. Detectaram-se 15 gestações em mulheres que atualmente exerciam a prostituição, sendo somente seis devidamente controladas por pessoal médico;
- demonstrou-se uma marcada diferença quanto ao lugar onde exerciam o comércio sexual. Em relação aos HTS, predomina (cerca de 76%) o trabalho na rua; apenas cerca de 15% trabalha em estabelecimentos, predominantemente em uisquerias, já que geralmente não são socialmente aceitáveis em alguns locais, restando cerca de 8% que exercem a prostituição em seu domicílio, captando clientes pelo telefone. Suas tarifas variam: sexo anal + oral a um custo de US\$ 18 e ou 25; somente sexo oral, a prática feita pela maioria, de US\$ 2 a 9.

Por sua vez, 60% das mulheres trabalham em estabelecimentos, dividindo-se em uisquerias (cerca de 43%), discotecas (10%), prostíbulos (cerca de 4,3%) e por fim bares (cerca de 2%). Muitos de seus clientes são estrangeiros, como argentinos, brasileiros, espanhóis, russos. Também se deve ressaltar que as mulheres que trabalham nesses estabelecimentos muitas vezes são estrangeiras, e cobram tarifas mais elevadas.

Entendo por uisquerias estabelecimentos no centro da cidade, com maior infra-estrutura, onde existem mulheres que oferecem bebidas aos clientes, dançam com eles e depois exercem seu trabalho sexual fora dali.

Os bares, que não estão localizados no centro e sim na periferia da cidade, podem ser freqüentados tanto por homens como por mulheres trabalhadores do sexo. O trabalho sexual é mais ocasional, ou seja, os trabalhadores sexuais vão para lá, mas às vezes não há clientes, que geralmente são pessoas do bairro ou caminhoneiros que passam em direção ao centro da cidade.

Nos prostíbulos, o comércio sexual é feito no próprio local, com mulheres à disposição dos clientes, ou trabalhando em quartos individuais.

Nas discotecas há uma mistura de dança, comércio sexual e consumo de bebidas.

As tarifas pelo serviço sexual também variam: por exemplo, as MTS que trabalham em estabelecimentos cobram cerca de US\$ 100 por sexo vaginal + sexo oral, e US\$ 50 por sexo oral apenas.

Para as prostitutas de rua, que foram cerca de 39% de nossa amostra, sexo vaginal + sexo oral custaria cerca de US\$ 40, e sexo oral entre US\$ 6 e 8.

- Constatou-se uma maior demanda de clientes para os HTS, com 11 a 30 clientes semanais, em média, comparada às MTS, com uma média de 5 clientes por semana.

Isso demonstra a alta oferta e procura existente no Uruguai em relação ao comércio sexual, especialmente o masculino.

Toda essa diferença entre homens e mulheres trabalhadores do sexo, quanto a seus locais de trabalho, fundamentalmente a rua e as uisquerias, respectivamente, e o amplo espectro de clientes, leva-nos a pensar que existem diferentes gradientes de risco (9).

- Nas práticas sexuais com clientes, nos dois grupos, mais de 70% usam sempre o preservativo, tanto para sexo vaginal, anal e oral. Das 47% MTS que têm parceiro estável, 20% usam preservativo com eles. Com os HTS ocorre algo oposto, já que mais da metade tem um parceiro estável e cerca de 70% usa preservativo nas relações com eles. Por isso deve-se levar em conta aqui dois fatores que influiriam na transmissão do HIV. Um seria os acidentes ocorridos durante o uso de preservativos, seja por deslizamento ou por ruptura, tanto com clientes como com o parceiro. O outro, as habilidades que têm os trabalhadores sexuais dos dois grupos para negociar sexo mais seguro (10). Ambos os fatores teriam um papel de risco fundamental neste tipo de transmissão.
- Os HTS apresentam um maior consumo de drogas ilegais, como a cocaína (quase 50%), e 8% consumiam heroína intravenosa. Mais de 50% das MTS consomem drogas legais, como o álcool, em parte porque o cliente lhe oferece bebidas. Somente 19%

consomem drogas ilegais, sendo a cocaína também a mais prevalente. O uso de heroína intravenosa ocorreu em 1,4%.

Toda essa conformação leva-nos a pensar que a alta prevalência do HIV-1 detectada nos HTS estaria fundamentada em suas condutas de maior risco, como práticas de sexo anal não protegido e uso freqüente de drogas intravenosas (11), maior promiscuidade, falta de percepção de risco da infecção e, talvez, uma diferente sorologia da clientela. Além disso, temos que levar em conta que essas condutas poderiam estar condicionadas por uma alternativa limitada de trabalho, produzida pelo rechaço social suscitado pela expressão de sua identidade (12). Tudo isso nos levaria a desenvolver estudos mais específicos orientados a explorar as outras dimensões que afetam os comportamentos individuais em matéria de sexualidade e vida saudável. Também seria importante considerar, do ponto de vista do Estado, o desenvolvimento de políticas de educação e saúde orientadas para o respeito e a tolerância às diferenças.

Em conclusão, acreditamos que o conjunto de dados que apresentamos serve para proporcionar informações de interesse para o conhecimento das características sociais e trabalhistas, das práticas de risco para a transmissão do HIV e da prevalência de infecção pelo vírus, num grupo em crescimento. Por essa razão, todos esses achados reforçam a necessidade de continuar estudos de monitoramento, em conjunto com diferentes organizações.

BREVE RESENHA HISTÓRICA DOS MOVIMENTOS HOMOSSEXUAIS

- 1984: começa a gestinar-se a liberação homossexual masculina e feminina, em defesa dos direitos humanos. Em 22 de setembro de 1984, surge o primeiro movimento homossexual, denominado "Fundação Escorpião do Uruguai", que consistia num grupo de ação e apoio homossexual. Essa fundação funcionou por três anos.
- Entre 1987 e 1990, processo de "congelamento" dos grupos ativistas *gays* no Uruguai.
- 1990: surge a "Mesa Coordenadora de Travestis".
- 1991: começa-se a trabalhar com o tema HIV/AIDS. Surgem dois movimentos *gays*: "Movimento de Integração Homossexual" (MIH) e "Homossexuais Unidos" (HU), que atualmente não funcionam.
- 1994: surge a "Associação de Travestis Uruguaios" (ATU), como resultado da problemática do HIV/AIDS. Não funciona atualmente.
- 1997: surge uma nova organização não-governamental, com membros da ATU e outras pessoas novas, a "Associação de Travestis do Uruguai" (ATRU).
- 2000/2001: atualmente funcionam a ATRU e outras organizações não-governamentais, o "Grupo Diversidade" e o "Grupo Ecumênico em Defesa das Minorias Sexuais", cuja intervenção em HIV/AIDS não é conhecida. Deve-se destacar que apenas a ATRU mantém o trabalho com HIV/AIDS de forma constante e contínua.

O DESENVOLVIMENTO DO CAMPO DO CONHECIMENTO E DA PESQUISA EM RELAÇÃO À INFECÇÃO PELO HIV JUNTO AOS HOMOSSEXUAIS E BISSEXUAIS

*IDENTIDADE E ALTERIDADE. PROTEÇÕES IMAGINÁRIAS E SIMBÓLICAS FACE À AIDS*³⁵

Neste nosso informe apresentaremos, no âmbito de nossas pesquisas sobre sexualidade, as teorias das proteções imaginárias e simbólicas que foram desenvolvidas por pessoas com práticas homo ou bissexuais e a prevenção da aids. Baseada em uma tradição antropológica de estudo de transformações de risco, um de seus interesses é de poder ser utilizado em outras populações.

A primeira etapa desta pesquisa foi, a partir de mais de uma centena de entrevistas quantitativas nas três zonas geográficas na França e no Brasil, de recuperar os motivos que davam aos agentes sociais para a não utilização de preservativos com parceiro regular ou ocasional.

Quadro 1	
As proteções imaginárias ou simbólicas	
Descrição	
MECANISMOS DE ESCOLHA	
O jogo de aparências	Seleção de parceiros baseada sobre a aparência (corpulência, higiene, feeling, etc.).
Zonas de risco	Seleção de parceiros baseada na origem social ou geográfica.
Idade do perigo	Seleção dos parceiros baseada nos critérios de geração.
Questões de identidade	Seleção dos parceiros a partir de sua identidade sexual (hetero-, homo- ou bissexual).
Tipo ruim	Seleção de parceiros baseada no estilo de vida sociosexual conhecido ou suposto (meio, "fora do gueto", vários parceiros, etc.).
Frazer perigoso	Seleção de parceiros baseada nas práticas sexuais conhecidas ou supostas (sodomia, sadomasoquismo, etc.).
MECANISMOS DE MANUTENÇÃO	
Pacto do silêncio	Negação da vários parceiros por um ou pelos dois membros do casal: "não falemos disto e isto passa a não existir."
Monogamia séria	Seguida de períodos de fidelidade sucessiva.
Relações de confiança	Dar uma confiança mínima aos parceiros desconhecidos e máxima aos parceiros conhecidos.
Pacto de sangue	Segurança baseada nos sentimentos (amizade, paixão, amor).
EXORCISMO DA DOENÇA	
Exorcismo pelo teste de aids	Crença em uma imunidade inerte e adquirida após a realização de testes reiterados com resultados negativos.
Exorcismo pela posse do preservativo	Confiança adquirida pela simples presença do preservativo no bolso ou na carteira.
Exorcismo pela redução de parceiros	Confiança em relação a uma estratégia adotada de redução do número de parceiros ou de uma forma de fidelidade considerada como suficiente.

³⁵ O quadro apresenta as explicações mais recorrentes para a não utilização do preservativo.

³⁵ Rommel Mendes Leite - Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais

As seis primeiras proteções imaginárias estão diretamente ligadas à percepção que o agente social terá do outro quando este ainda é um desconhecido. Essas proteções encontram suas origens na apresentação de diversos objetos. Assim, a proteção baseada no jogo das aparências encontra o seu lugar como apresentação corporal da doença, da higiene. Por exemplo, um de nossos informantes procedia a uma seleção dos parceiros de acordo com um critério de corpulência, as pessoas musculosas eram privilegiadas. Esse tipo de parceiro inspirava um ar de "saúde". Ora, essa idéia de corpulência deve estar ligada à representação da aids, cujo estereótipo da pessoa doente é de uma pessoa magra, e isso seria uma apresentação mais geral da doença que é visível por uma série de estigmas.

Do mesmo modo, a proteção que serve para selecionar os parceiros, de acordo com a origem geográfica, nos mostra que alguns habitantes de comunidades rurais ou de pequenas cidades procuram evitar contatos sexuais com os Parisienses na França ou os Cariocas no Brasil. Isso demonstra a apresentação da aids como uma doença moderna associada ao urbano e ao mesmo tempo representa a sodomia percebida como uma prática de grande concentração urbana³⁶.

Entretanto, o aprofundamento de determinadas proteções imaginárias pode ser perigoso. Se um número importante dessas práticas não são específicas de determinada população e se ela direciona a inserção do indivíduo em uma determinada sociedade, as proteções "ligadas à identidade", "de qualidade ruim", e "prazer perigoso", se questionam de uma maneira mais imperativa sobre a existência de identidades sociossexual estruturadas, de expressão subcultural e de práticas sociais sexuais ligadas às identidades. Elas terão uma importância reforçada entre a população cuja a identidade homossexual contemporânea seja mais significativa, incluindo os homossexuais que aí se identificam. A teoria da proteção imaginária introduz novamente, mas dessa vez de maneira significativa, o risco entre a população de homossexuais que se identificam entre si, justamente onde imaginávamos que o risco seria colocado "à margem" (jovens homossexuais, bissexuais, "homens entre si", sadomasoquista, imigrantes...).

A segunda categoria de proteções imaginárias nos traz a representação do sentimento amoroso. Essa categoria aparece como a mais complexa, pois as representações de amor entre os agentes sociais se encontram dentro de uma dialética com o conceito ideológico do amor, principalmente o "amor romântico", que se impõe no ocidente na primeira metade do século XIX.

Finalmente, a terceira categoria de proteções confronta os agentes sociais diretamente com o discurso da prevenção e com o discurso científico. Aqui, a intermediação entre o imaginário social da sexualidade, ideologia da prevenção e conhecimento científico fica restrita à dimensão simbólica. Objetos, tais como o teste de aids, preservativo ou fórmula matemática de probabilidades, têm um valor simbólico de segurança.

Como vemos, essas representações, em suas inter-relações, permitem uma gestão racional da saúde sexual, mas essa racionalidade é construída sobre a prática cotidiana dos indivíduos. Estando conscientes do risco fatal representado pela aids, algumas pessoas procedem a uma gestão diferencial das práticas e dos gestos preventivos; ao objetivo principal que é de se proteger, eles adicionam "naturalmente" o de relaxar nos transtornos apresentados pelas restrições que a prevenção impõe.

Resta-nos compreender como o sistema de representação determinará a prática. Não retornaremos à dimensão simbólica - os exorcismos da doença - que trata em nível individual. Por outro lado, as proteções imaginárias vão intervir, principalmente, quando se inclui um outro quando a relação sexual está para começar.

A relação do outro é um problema de base, levando-se em consideração o interesse desse tipo de aproximação dinâmica das representações sociais. Ela permite uma compreensão da função dessas representações para cada agente social frente a uma determinada situação que dá resultados na prática. Ao mesmo tempo, ela relata os meandros existentes entre conhecimento teórico e o senso prático através da articulação da elaboração de representações do outro e da doença em nível individual, em nível dos grupos de socialização ou em nível cultural global.

³⁶ Como afirmou um dos entrevistados: "São práticas que no meio rural são menos divulgadas" (VDS, 32 anos, biólogo).

AÇÕES DE COMUNICAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIAS POSITIVAS NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS JUNTO AOS HOMOSSEXUAIS

*A ESTRATÉGIA PÚBLICA DE PREVENÇÃO DO HIV E DST NA FRANÇA PARA OS ANOS 2001-2004*³⁷

Objetivos, linhas e diretrizes

Um plano de luta nacional contra a infecção HIV/AIDS será desenvolvido nos anos 2001-2004 para diminuir os riscos da propagação e ressurgimento epidêmico e suas conseqüências em termos de Saúde Pública. Este plano deve permitir o desenvolvimento de um Programa que necessita hoje de uma mobilização e de uma sinergia dos agentes comunitários dos grupos mais expostos, das pessoas que tomam decisões locais e de vários ministros. O Programa deverá ser articulado juntamente com políticas de prevenção no âmbito da contracepção, das infecções sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV e de outras DST.

O plano nacional de luta estabelece as seguintes prioridades baseadas em dados epidemiológicos e deve-se desenvolver estratégias diferenciadas visando aos grupos ou situações centrais na dinâmica da epidemia. O programa deverá intensificar as ações visando aos números de:

- pessoas soropositivas;
- homossexuais masculinos;
- imigrantes;
- usuários de drogas;
- população dos departamentos franceses da América;
- situações de grande vulnerabilidade: locais de práticas sexuais anônimas ou de grupo, prisões, prostituição.

Em nível nacional, é necessário manter ações de prevenção visando à população geral, através de um dispositivo de comunicação e de prevenção destinado a manter as atitudes e os comportamentos preventivos e permitir o acesso aos meios de prevenção.

Os meios de ação devem permitir a apropriação individual, a responsabilidade de cada um e o respeito pela pessoa.

Os programas de prevenção deverão sistematicamente levar em consideração

³⁷ Thierry Troussier - Ministério de Saúde e da Solidariedade (França)

os relatórios sociais e desenvolver a responsabilidade conjunta dos homens e das mulheres na sexualidade e na prevenção.

O Plano será desenvolvido através de programações locais, regionais, de interdepartamentos ou de departamento:

- as programações deverão permitir às regiões mais implicadas, em vista dos dados epidemiológicos e populacionais, reforçar suas ações conforme a estratégia definida no plano nacional;
- elas deverão permitir, em todo o território, consolidar o dispositivo institucional de prevenção, a fim de que se possa reforçar onde ela se mostrar fraca através de um acesso fácil aos meios de prevenção de modo homogêneo.

Homossexuais masculinos: enfatizar e adaptar a prevenção frente ao relaxamento das atitudes preventivas.

Objetivos

- Diminuir a incidência do HIV ajustando as práticas da prevenção à evolução das culturas homossexuais; redefinir o sexo seguro adaptado às novas práticas levando-se em consideração o nível do risco.
- Evitar a rejeição junto à questão do risco do HIV entre os jovens homossexuais masculinos.
- Manter um programa geral de prevenção e evitar, de um lado, a marginalização da infecção pelo HIV e, por outro lado, uma eventual estigmatização dos *gays*.
- Reforçar o trabalho comunitário com diversos tipos de parceiros: associações de luta contra a aids, associações *gays*, comércio *gay*, intelectuais, imprensa *gay*.

Contexto

As associações, a imprensa e o meio *gay* alertaram durante todo o ano de 2000 sobre o aumento recente do comportamento de risco junto a homossexuais masculinos. Na França, não dispomos apenas de informações que demonstram um aumento das DST, mas um aumento da incidência do HIV é identificado entre os homossexuais masculinos em outros países ao mesmo tempo em que uma evolução dos comportamentos³⁸. Além disso, existe uma reivindicação minoritária do retorno do risco que se expressa no discurso sobre o *bareback*. Os resultados da pesquisa *gay*, feita durante o verão e outono de 2000, confirmam um aumento da exposição entre os homossexuais: aumento das relações não protegidas, aumento das DST³⁸ e isso ocorre, principalmente, entre os jovens, os homens em idade madura e em Paris, zona de forte predominância.

³⁸ InVS (2000) op.cit.

³⁹ The San Francisco Department of Public Health and AIDS Research Institute/UCSF. Response to the updated estimates of HIV infection in San Francisco, 2000. Document web. Síntese das comunicações da conferência de Durban ver Bochow (-op.cit.)

Este aumento deve ser colocado em perspectiva: os homossexuais masculinos viram a sua existência, seu modo de vida, seus relacionamentos íntimos, sua sexualidade devassada pela infecção pelo HIV. Eles reagiram através de uma transformação profunda de sua vida sexual dominada durante vários anos pela infecção do HIV: eles modificaram os números de parceiros, de suas relações sexuais, bem como a sua prática incluindo esta atitude entre casais; eles adotaram o preservativo, estabeleceram outros tipos de relações amorosas. Desde o início de 1990, ao mesmo tempo em que progredia a adoção de práticas de menor risco, os homossexuais começaram a aumentar o número de parceiros e a frequentar cada vez mais os locais de encontro e de práticas sexuais⁴⁰. Esse fenômeno acelerou com a divulgação das várias terapias que mostram a ameaça como menos grave e dissipam o ambiente de morte que prevaleceu durante os anos 90. Se, em desrespeito aos constrangimentos e aos efeitos secundários, os efeitos positivos dos tratamentos devolvem a saúde, o gosto pela vida sexual aos homens soropositivos, não reduzem o sentimento de constrangimento ou mesmo de revolta face à prevenção. A existência do tratamento após exposição pode também ocasionar a vingança. Essa situação enfraquece a atitude preventiva e cria um processo duplo: de adoção de comportamentos sexuais de risco (multiplicação dos parceiros, prática de sexo anônimo) e a não utilização de preservativos e até mesmo a reivindicação de tomada de risco⁴¹. Apareceria também a exclusão dos homens soropositivos marcados fisicamente pelos males da doença e dos tratamentos anti-retrovirais.

Nesse contexto de regressão geral da aids nas preocupações coletivas, esse processo poderia ser acentuado pelo fato de que as novas gerações que não foram marcadas em sua vida afetiva nem pela experiência com a aids⁴²; no início da era aids, o conhecimento e a proximidade com uma pessoa atingida propiciam a adoção de comportamentos preventivos. No entanto, parece que a comunicação entre as gerações não ocorre naturalmente, os jovens têm linhas de sociabilidade próprias seja junto ao meio homossexual seja entre eles.

As práticas preventivas identificadas atualmente se baseiam em um ajuste à proteção: de acordo com a prática, os parceiros, o conhecimento mútuo do estatuto sorológico. Essa proteção seletiva é, há bastante tempo, a principal estratégia dos homossexuais: proteção entre parceiros soropositivos ou de estatuto diferentes entre casais, proteção das relações secundárias, proteção da penetração anal, proteção ainda rara das relações oro-genitais⁴³. Os casais podem instituir uma regra entre os parceiros para definir uma conduta que permite relações não protegidas (*negotiated safety*)⁴⁴.

Propostas

Em relação aos homossexuais masculinos, a estratégia da prevenção deve corresponder à diversidade dos meios de vida em relação à afirmação da orientação

⁴⁰ M.A Schiltz (1998) Os homossexuais frente a aids. Pesquisa 1995. Olhares sobre uma década de pesquisa. CAMS/CERMES.

⁴¹ M.Danneker (2000). Contra a negação do desejo sexual. Infothèque Sida, 5-10.

⁴² G. Mansergh et al (2000). Is 'knowing people with HIV/AIDS associated with safer sex in men who have sex with men? AIDS, 14, 1845-51

⁴³ M-A. Schiltz op.cit., P.Adam, op.cit.

⁴⁴ S. Kippax et al (1997) Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited AIDS Feb;11(2):191-7

sexual, os locais de vida, o fato de viver como casal, do nível social e educativo, a idade, a origem étnica, a experiência pessoal do HIV. O Programa, visando a esta população prioritária, deve combinar uma variedade de medidas e de ações.

- Informar sobre o risco e a gravidade da doença contornando o desconhecimento e a negação da infecção pelo HIV. Informar sobre as DST e a contribuição à transmissão do HIV.
- Encorajar os recursos para testes e para tratamento após exposição.
- Valorizar a proteção seletiva instituída entre casais, baseada em um acordo explícito entre os parceiros; enfatizar novamente a mensagem de sexo seguro no novo contexto dos modos de vida homossexuais (penetração protegida, felação não protegida sem ejaculação, etc.).
- Informar os homens que utilizam a prática homossexual através de balanços de informação ao grande público.
- Agir diretamente nos locais de encontro e de práticas sexuais.
- Melhorar o acesso ao tratamento após exposição.
- Visando aos jovens homossexuais, adaptar a estratégia de prevenção às novas práticas de socialização, de encontros e levando-se em consideração o fenômeno da geração, a falta de memória e a negação. O objetivo principal é informar aos jovens homossexuais sobre a prevenção, sobre a diversidade de agentes comunitários ou de associações esportivas ou de lazer.

O desenvolvimento dessas medidas baseia-se em uma forte implicação *gay* enquanto comunidade, baseia-se nos múltiplos parceiros (mídias especializada, associações *gay* e de luta contra a aids, empresas *gay*, etc.) adaptando-se as estratégias preventivas aos contextos da vida: Paris e grandes metrópoles, cidades médias e meio rural, locais de férias, existência de vida comunitária ou isoladamente dos indivíduos, etc.

DESAFIOS PARA O FUTURO E NOVAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO⁴⁵

Passaram-se 20 anos de epidemia de HIV e Aids. Desde seu início, os homens com práticas homossexuais foram, proporcionalmente às outras categorias sociais, os mais vitimados (Cf. Parker e Terto Jr, 1998). Também foram eles os primeiros a se mobilizarem em resposta a um mal que não se restringiria aos guetos *gays* do primeiro mundo (Watney, 1999). Como tem nos mostrado o caminhar da epidemia, ela na verdade atende aos determinantes socioestruturais, que fazem de alguns mais vulneráveis que outros, não estando circunscrita a uma categoria de pessoas, ou a uma determinada orientação sexual concebida enquanto substancialmente patogênica. Assim, com o passar dos anos, a epidemia mostraria que não pouparia ninguém. Quer dizer, ninguém aspas: que se multiplicaria onde a opressão, em seus diversos referentes, fosse marcada (Ayres et alii, 1999; Parker, 2000; Bastos, 2001; Bastos e Szwarcwald, 1999; Altman, 2000, entre outros). O que se viu foi que ela assumiu várias faces a depender das estruturas sociais e valores culturais. No caso brasileiro, numericamente, ela avançou entre pobres e mulheres, se interiorizou, tomou para si também os jovens, e, os dados mostram, nunca abriu mão dos homens que fazem sexo com homens.

Por outro lado, ao longo desses 20 anos, respostas foram surgindo; foram se acumulando experiências, reflexões e, porque não, tecnologias de prevenção. Pensando nos serviços de atenção/prevenção aos HSH, vimos surgir no Brasil desde os mais convencionais, como os de orientação e testagem oferecidos a esta população, passando pelo trabalho corpo a corpo, de ir aos ambientes homófilos/*gays* na tentativa de constituí-los como espaços de prevenção, erotizando práticas seguras de sexualidade, enfocando no trabalho de auto-estima e conscientização de cidadania. Paralelo e dando alicerce às ações, vimos crescer uma preocupação em como entender o modo como os homens com práticas homossexuais se pensam e pensam a sexualidade para construir estratégias mais eficazes de intervenção (Cf. Parker e Terto Jr, 1998).

Não obstante, muito ainda há por ser feito e aprimorado. Refletindo sobre a abrangência das ações, vemos que se por um lado a mobilização coletiva da comunidade homossexual e do movimento social em resposta a aids permitiram o desenvolvimento de interessantes respostas; por outro lado, por serem em geral pensadas e executadas por grupos cujo o poder de alcance é, por diversos fatores, muito limitado e localizado tiveram resultados, ainda que muito positivos, também bastante localizados.

Ao lado disso, e o que de fato é muito grave, a resposta governamental em relação a este público sempre foi muito tímida. Até hoje o governo sempre delegou a tarefa de prevenção entre os HSH para os grupos do Movimento Gay e ONG. É certo que, crescentemente, vem estimulando e financiando as ações desses, e promete para o ano de 2002 a primeira campanha governamental especificamente produzida para os homossexuais.

⁴⁵ Luiz Felipe Rios - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e Comitê Assessor HSH da CN-DST/Aids

Contudo, ainda que as coisas pareçam estar mudando, é importante assinalar que, pensando no perfil da epidemia brasileira, o modo de gerir ações, recursos e compromissos deixavam (ou ainda deixam) muito a desejar.

Alinhavando os dois setores (OG e ONG), devemos lembrar, neste momento de reflexão e crítica, que, em geral, o público alcançado foi e continua sendo os HSH *gays* identificados - ressaltando-se que muitos dos homens com práticas homossexuais são refratários às campanhas onde os termos *gay* e *homossexual* são os utilizados - deixando uma infinidade de pessoas com práticas homossexuais de fora das campanhas e outras ações em resposta à infecção pelo HIV (Cf. Deverell e Prout, 1999; Treichler, 1999; Costa, 1992; Parker, 1991, 1999a, 1999b; Parker e Terto Jr, 1998).

Algumas estratégias foram utilizadas para minorar essa dificuldade, como o uso do conceito HSH - inspirado no projeto MESMAC, na Inglaterra (Deverell e Prout, 1999) - para enfatizar as práticas (homos)sexuais de risco, em detrimento das identidades, que variam localmente. Na verdade, o uso do conceito HSH tem gerado muita polêmica e disputas no interior do movimento, que, em algumas de suas vertentes, o considera desmobilizante e mesmo preconceituoso.

Em resposta, os que são a favor de seu uso, e aqui nos incluímos, argumentam que este não deve ser pensado enquanto categoria identitária a ser incorporada no campo. O termo HSH seria uma abstração científica, um modo do "interventor" pensar o contexto de interações e de práticas sexuais, permitindo que os próprios sujeitos preencham de sentido o comportamento que praticam. A partir disso, criam-se estratégias mais sensíveis aos contextos e identidades específicos para levar as informações sobre sexo seguro e responder aos fatores de vulnerabilização de grupos e indivíduos.

De fato, o objetivo com o uso do conceito HSH não é o de possibilitar identificação com o ser *gay* ou *homossexual*, mas facilitar uma maior aproximação e receptividade dos sujeitos em relação às campanhas de prevenção. Não obstante, é importante lembrar que nada impede que, tendo alcançado os HSH através de questões de saúde, o trabalho prossiga rumo à mobilização coletiva em termos identitários e políticos. Aliás, instâncias hoje consideradas fundamentais para uma resposta efetiva à epidemia.

Contudo, o que vemos é que, mesmo para muitos dos técnicos que o utiliza, o conceito HSH é pensado de forma bastante imprecisa. Assim, na prática das OG e ONG é muito comum que HSH seja tomado como equivalente de *homossexual*. O resultado prático é que se retorna a via mais "fácil", ou seja, em geral as atenções e ações estão voltadas para os *homossexuais* auto-identificados, deixando-se novamente de lado a difícil tarefa de se pensar em como alcançar aquelas pessoas que, embora exercitem práticas homossexuais, não se pensam enquanto tal; que estão fora das saunas, boates, grupos e paradas *gays* - um número que não parece ser tão restrito se considerarmos os estudos qualitativos sobre cultura sexual e homossexualidade no Brasil (cf. Parker, 1991, 1999a, 1999b; Costa, 1992; Fry, 1982; Rios, 1997; entre outros).

Ainda neste âmbito da relação entre identidade, comportamento e prevenção, é importante lembrar que a epidemia de significados que caminha paralela a do

vírus (Treichler, 1999) - muitas vezes a antecedendo e formatando o seu próximo passo - ao significar a aids como *peste gay* fez, e continua fazendo, com que aqueles homens que não se percebem enquanto homossexuais, embora tenham práticas homoeróticas, acreditem estar imunes ao vírus. Não podemos nos esquecer que, ainda que a apreensão pelas ciências pareça ter mudado, esta representação que associa aids à homossexualidade permanece enraizada no senso comum, pois entra em relação de homologia direta com a estrutura de um estigma anterior, referente à própria homossexualidade, ainda não devidamente atacado e desmantelado.

O fato é que a percepção da homossexualidade como passividade e a associação daquela com a aids, reforça a refração dos HSH não gays identificados às campanhas construídas para os homens homossexualmente identificados, agravando a situação.

Ainda que pareça lugar comum, não há como desenvolver uma discussão sobre agravos sociais que atingem esta população sem falar da cultura da homofobia que caracteriza o lugar onde os HSH brasileiros se inserem. Dentre os fatores estruturais que orientam a epidemia e outros agravos sociais aos quais os HSH estão mais suscetíveis, este é o que mais diretamente os atinge. Quando entra em sinergia com outras vertentes da opressão, tais como pobreza, geração, raça, etc., então o seu nefasto poder se acresce na vulnerabilização dos sujeitos (Parker, 2000; Rios e Almeida, 2001).

Houve um tempo em que a dúvida entre trabalhar ou não com a questão da aids, pairava entre os diferentes grupos gays. De fato, por muito tempo os financiamentos, ao mesmo tempo em que possibilitaram o desenvolvimento de importantes ações para deter a epidemia, por outro lado, canalizava a militância para as atividades para qual o dinheiro vinha destinado, desmobilizando as ações voltadas ao direito e à política, em favor daquelas propriamente relacionadas à promoção de saúde sexual, sobretudo em um momento em que os aspectos estruturais da epidemia sequer eram cogitados (Parker, 2001).

Hoje, é impossível pensar em uma resposta realmente eficaz à epidemia, sem que as questões de saúde sejam localizadas enquanto, também, questões de direitos, e vice-versa. Podemos até dizer que a suscetibilidade ao HIV é apenas mais um sintoma, dentre outros, da opressão sexual. Em outras palavras, é impossível se pensar em uma resposta à epidemia de HIV entre os homossexuais, sem que, ao menos um de seus componentes, se ataque à homofobia e ao estigma; não se contemple questões relativas à fomentação dos direitos sexuais.

Nesse sentido, e seguindo junto com outros segmentos do movimento social (gay e em resposta à aids), acreditamos que o caminho e lugar para combater a homofobia é, antes de tudo, na cultura sexual que a sustenta. A família, dada a sua importância na socialização dos sujeitos, e onde primeiro se manifesta a opressão, seria um locus privilegiado de ataque.

De fato, o Movimento Gay, como já nos referimos, tem poder de alcance limitado, não tendo fôlego ou instrumental para chegar tão longe em suas ações. Ademais, acreditamos que isso fugiria a sua tarefa primeira: responder às demandas do social, pressionando o Estado e outros setores da sociedade para que direitos sejam conquistados e cumpridos. Em outras palavras, clamar para que o próprio governo vá às massas com mensagens de desestigmatização, criando lastro para que o direito e a ética prevaleçam.

Nas últimas reuniões do Comitê Assessor HSH na CN e também no Fórum HSH, que teve lugar no último Congresso de Prevenção, em Cuiabá, a insistência do Movimento Social foi a de que, no momento em que o governo se prepara para lançar às ruas sua primeira campanha de prevenção especificamente voltada para os HSH, se utilize, por exemplo, como faz

em relação a outras populações específicas, de veículos de comunicação de massa, como a mídia televisiva, de alcance nacional.

A pressão do movimento parece ter surtido efeito, ainda que tenha sido ferrenhamente contra-argumentada durante a maior parte do processo. Retomaremos aqui um pouco do que foi este embate, afim de que tenhamos um registro deste importante momento da história da prevenção do HIV/AIDS para HSH e do Movimento Gay Brasileiro; afim de que, refletindo sobre este processo, possamos tirar algumas lições para o futuro.

Assim, a primeira via de contra-argumentação da CN aos clamores do Movimento por uma campanha que incluía a mídia televisiva estava calcada na lógica neo-liberal, que faz de cidadãos apenas os consumidores, e onde a relação custo-benefício desconsidera vidas e qualidades de vida de quem é considerado minoria. Nesse sentido, se, conforme o próprio Ministério, "apenas" 6% da população brasileira é homossexual, como se justificaria o desembolso necessário para custear uma campanha que venha a se utilizar dos meios de comunicação de massa?

O Movimento, representado pelo comitê assessor, questionou se é mesmo esta lógica, que pensa em quanto vale financeiramente uma vida humana, que se quer para guiar os programas de atenção à saúde no Brasil.

Complementaremos aqui os argumentos do Comitê problematizando a lógica epidemiológica que estimou em 6% a população homossexual brasileira. Ainda que se considere toda a linha de argumentação epidemiológica para a construção deste valor (6%); não podemos nos esquecer a polissemia de signos e sentidos para se referir às práticas homoeróticas, e a diversidade de lógicas que regem a suas "aparições", incidentes ou prevalentes, para grupos e sujeitos, regidas que são por uma diversidade de subculturas sexuais espalhadas pelo Brasil.

E ainda que desconsideremos as especificidades e tentemos nos apropriar das "prevalências", tão importantes na lógica epidemiológica, lembremos que, de Norte a Sul, temos arraigada na cultura popular uma "lógica sexual" que diz que o ativo, a despeito de "quem coma" (se homem ou se mulher) é considerado "homem mesmo" e hetero; ao lado disso temos uma outra lógica que culpabiliza, patologiza e envergonha os passivos/homossexuais (cf. Fry, 1982; Costa, 1992; Parker, 1991 e 1999a; Rios, 1997, entre outros). Temos então duas questões, dois grandes problemas que devem ser considerados em qualquer desenho de pesquisa, qualitativo ou quantitativo, sobre a vida sexual do brasileiro, que se resumem em um só dilema: avaliar a fidedignidade dos dados coletados (Cf Parker, Herdt e Carballo, 1999).

Como, então, calcular, com um mínimo de precisão, a população com práticas homoeróticas, afim de se estimar o caminho numérico da infecção entre estes homens, e, concomitantemente, justificar a falta de atenção à saúde uma parcela considerada, ou construída, como minoritária da nossa população? Em outras palavras, a que e a quem está servindo esta estimativa?

Uma segunda via de contra-argumentação dizia preocupar-se com um possível reforço na associação aids-homossexualidade. Esta questão também foi rebatida pelo Movimento, que argumenta que o fundamental seria, como já abordamos acima, atacar a estrutura estigmatizante da homossexualidade. Embora o objetivo seja a promoção de saúde e prevenção do HIV, esta questão não precisaria ser necessariamente explícita nas mensagens. Do mesmo modo que a suscetibilidade ao HIV seria sintoma da opressão, mexendo-se eficazmente com a real "causa", a estrutura, e coadunando ações paralelas mais voltadas propriamente à saúde sexual,

teríamos de fato resultados mais promissores - baixando a incidência de infecção por HSH dos altos patamares em que se encontra recrudescida.

Talvez seja necessário, sobretudo para os que não acompanharam tão de perto o processo, abrir um parêntese e apresentar, ainda que de forma bastante esboçada, os principais componentes da campanha proposta pela CN e o público a qual alcançaria efetivamente. Além de fornecer uma leva de material para intervenção em espaços gays ou homófilos, teria (ou terá) componentes voltados à escola e aos serviços de saúde visando à desestigmatização e à fomentação de prestação de serviços de forma digna e igualitária para os HSH. Além disso, através de filmes a serem produzidos para cinema comercial, atingiria um segmento das classes médias, ainda na perspectiva da desestigmatização. Com esse material sendo produzido e disseminado, já teríamos, então, avanços significativos, mas a timidez ainda parecia marcar a campanha: sem TV, *outdoor*, rádio e revistas de circulação abrangente, a campanha deixaria (ou deixará) de atingir boa parte da população brasileira; população onde homens com práticas homoeróticas se invisibilizam entre outros homens; população que efetivamente sustenta a cultura sexual da opressão que vem violentando os HSH.

Retomando o embate, em resposta ao contra-argumento que demonstrava a clareza do movimento em relação à possibilidade de reforçar a associação aids-homossexualidade e, nesse sentido, os caminhos a serem trilhados para que tal associação seja neutralizada, decorreu uma outra linha de pensamento pela CN: se o movimento quer uma ação na área de Direitos Humanos, esta deveria ser requerida, então, junto à Justiça; quando muito em parceria com o Ministério da Saúde.

Ora, ainda que todos os argumentos, até agora arrolados, fossem esquecidos e nos ativéssemos apenas aos componentes que formam o princípio de integralidade do SUS - que conforme alguns fazem a marca do que caracteriza o sucesso que levou o nosso programa de atenção à epidemia, a passar ao estatuto de Modelo - justificariamos o tipo de campanha proposta pelo Movimento Social.

A questão que colocávamos era porque não seguir pensando a prevenção para os HSH a partir dos mesmos princípios, reforçando o componente que, ao ver de todos os comprometidos com a questão, é o que hoje mais fundamentalmente carece de atenção: direitos humanos, agregando as questões de prevenção - ao lado da prevenção e assistência? Operacionalmente, quando se trata a questão de um modo genérico, sem se "nominar os bois", prevenção, assistência e direitos são pensados como intrinsecamente indissociáveis; quando a questão diz respeito aos HSH, logo a bola dos direitos é passada adiante, com promessas de futuras ações em conjunto.

O fato é que os argumentos do movimento parecem ter surtido efeito. Em apresentação realizada no último Encontro de Gays, Lébricas, Travestis e Transgêneros em Alagoas, o Dr. Paulo Teixeira anunciou o componente televisivo da próxima campanha, primeira direcionada especificamente aos HSH.

Embora uma campanha como esta venha a se constituir enquanto marco, é claro que, todos nós concordamos, não resolveria toda a problemática. O que devemos ter em conta é que se constituirá em um momento, onde as questões do estigma e homofobia estarão em foco na mídia e imprensa, mobilizando a sociedade para a discussão ao mesmo tempo, oferecendo, com assinatura do Ministério da Saúde e em rede nacional, uma imagem positiva da ligação afetiva e sexual entre pessoas do mesmo sexo.

Não obstante, quando aquela campanha chegar a público, OG, ONG e o Movimento deverão estar em vigília, seja para fomentar mais discussão, ou para responder ao ataque dos

conservadores, que estarão a espreita para contestar as mudanças à vista. Para dar continuidade à marcha contra a opressão sexual e contra a propagação do HIV/AIDS, uma vez que como diz o ditado: "uma campanha só não faz verão".

Para finalizar, queremos pontuar ainda algumas questões, assinalar alguns caminhos que nos parecem promissores. Assim, ainda na linha de formatar respostas estruturais à epidemia, sublinhamos que mais esforços devem ser feitos por parte dos diferentes movimentos sociais que têm de dar respostas à disseminação da epidemia do HIV/AIDS, no sentido de criar espaços de discussão e ação coletiva, reunião de forças para melhor se posicionar frente à sociedade e governos. Nesse sentido, as experiências do Fórum de ONG e Grupos HSH, e da Parada do Orgulho GBLT no Estado de São Paulo, podem servir de exemplos para outras iniciativas. Talvez possibilidades de caminhos para a revitalização do aspecto político/militante dos Movimentos Gay e de luta contra a aids - modos de pressionar a sociedade mais ampla e os governos por direitos e cidadania para os HSH. Por ações que efetivamente ataquem as estruturas sociais de desigualdade, que levam mulheres, jovens, pobres e HSH a tornarem-se, a sua revelia, os "atores-privilegiados" da epidemia.

Ainda neste sentido, e nos dirigindo especialmente ao movimento *gay*, acreditamos que este necessita de aprofundar discussões sobre estratégias de articulação e inclusão de suas questões em agendas de outros movimentos e vice-versa. Neste momento em que nos preparamos para, auxiliados pelo Ministério da Saúde, propor ou reforçar nacionalmente um processo de mudança, rumo a uma sociedade mais igualitária, pensar em categorias que criem laços e reverberem em outros movimentos, pode ser um caminho (Avila, 2001).

Talvez consolidar o deslocamento em curso de uma política identitária de resistência para uma política propositiva de projetos (Castells, 1996); deslocamento que, a nosso ver, terá apoio conceptual quando se encaminhar os discursos de "uma luta pela cidadania e direitos humanos para os homossexuais", para uma categoria hoje considerada como mais inclusiva, como a de "Direitos Sexuais" (cf. Avila, 1999 e 2001; Petchesky, 1999; Segre, 1998; Dora, 1998; Parker, 2001).

Na formulação feminista deste conceito, vemos algumas prioridades deste movimento extrapolarem limites identitários e incluírem toda a sociedade. Introduzir e lutar para que o conceito de direitos sexuais reverbere no âmbito do discurso dos direitos humanos tem o sentido de não apenas garantir ações que possibilitem novas estruturas mais igualitárias das relações entre homens e mulheres (o recorrente tom e mote do feminismo), mas também no modo de se pensar e construir a sexualidade, em suas expressões de preferências, geracionais, etc.

Em termos de repercussão, significaria a incorporação da diversidade sexual⁴⁶ em um sentido positivo; a legitimidade da diversidade habitacional, compreendida como o reconhecimento das "diversas formas de família"; a garantia à saúde sexual, que não deve envolver apenas aspectos reprodutivos, mas ser concebida enquanto envolvendo uma vida sexual "satisfatória" e "segura", onde o prazer seja concebido como um bem positivo; a autonomia dos sujeitos em relação aos seus corpos, prazeres e identidades; as responsabilidades de indivíduos e coletividades sobre o cuidado dos sujeitos sobre si e sobre o "outro" (cf. Petchesky 1999). Enfim, um novo modelo de sociedade mais justa e igualitária.

⁴⁶ Ressalvando as relações sexuais entre pessoas em relações de poder totalmente desiguais, que comprometam o consentimento livre e a autonomia.

ANEXO

*LISTA DE PARTICIPANTES
SEMINÁRIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA
HORIZONTAL BRASIL-FRANÇA
4 a 7 DE DEZEMBRO DE 2001
RIO DE JANEIRO – RJ – BRASIL*

JOEL KERAVEC

Management Sciences for Health
Rua Venâncio Flores, 305 - sala 808
CEP: 22441-090 Rio de Janeiro - RJ
Telefax: +55 21 2512-3218
E-mail: jkeravec@hotmail.com

MARIA RITA DE CASSIA COSTA MONTEIRO

Universidade Federal do Pará
Rua São Miguel, 560 ap. 901
Batista Campos
CEP: 66033-010 Belém - PA
Tel.: +55 91 272-6054
Fax: +55 91 252-4136
E-mail: monteiro@amazon.com.br

ARTURO DIAZ BETANCOURT

LETRA S - Salud, Sexualidad y Sida
Canárias n.º 45
Col. San Simon Ticumac
03660, México, D.F.
Tels./fax: +52 55 56 72 70 96/55 32 27 51
E-mail: adiaz@letraese.org.mx

LUIS AUGUSTO VASCONCELOS DA SILVA

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia
Rua Macaúbas, 302 ap. 012
Rio Vermelho
CEP: 40000-000 Salvador - BA
Tel.: +55 71 345-2450
E-mail: gugavs@ig.com.br

MARIA INÊS COSTA DOURADO

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia
Rua Padre Feijó, 29 - 4º andar
Canela
CEP: 40110-170 Salvador - BA
Tel.: +55 71 367-0412
Fax: +55 71 237-5856
E-mail: maines@ufba.br

JOSEMARY ALMEIDA ESTEVES

Coordenação Municipal em DST e Aids
Rua Quintino Bocaiúva, s/n
Centro

CEP: 48900-000 Juazeiro - BA

Tels.: +55 81 9103-2739 / +55 74 612-8810
Fax: +55 74 612-8810 Ramal (extension) 224
E-mail: aids@silcons.com.br

MARIA DO SOCORRO M. GONDIM

Coordenação Municipal em DST e Aids
Rua São Vicente, 142 B
Santo Antônio
CEP: 48902-070 Juazeiro - BA
Tels.: +55 74 611-3356/ 9995-3585
Fax: +55 74 612-4419
E-mail: gondimvida@yahoo.com.br

MARCELO MENDONÇA

Departamento de Mercado Social
BEMFAM
Av. República do Chile, 230 - 17.º andar
Centro
CEP: 20031-170 Rio de Janeiro - RJ
Telefax: +55 21 2210-2448 / 2533-3898
E-mail: marcelo@prosex.com.br

JOSÉ ARAÚJO LIMA FILHO

Grupo de Incentivo à Vida (GIV)
Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 1272 ap. 80
Cep: 01318-001 São Paulo - SP
Telefax: +55 11 5084-0255
E-mail: jaraujo@osite.com.br

PEDRO JURBERG

IBRAST
Av. das Américas, 500 Bloco 21, sala 241
Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2492-2484
E-mail: jurberg@openlink.com.br

MÁRCIA SANT'ANNA SOARES E SILVA
ARAGÃO

IBRAST
Av. das Américas, 500 Bloco 21, sala 241
Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2492-2484
E-mail: aragão2@centroin.com.br

REGINA GONÇALVES DE MOURA
Av. das Américas, 500 Bloco 21, sala 241
Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ
Tel. +55 21 2492-2484
E-mail: remoura@vento.com.br

RUTE MARTINIANO PEREIRA
Prefeitura Municipal de Araçatuba
Rua Afonso Pena, 1.537
CEP: 16000-100 - Araçatuba
São Paulo - SP
Telefax: +55 18 622-3895
E-mail: dstata@ig.com.br

ISABEL TERESA MARTIM
Prefeitura Municipal de Araçatuba
Rua Afonso Pena, 1.537
CEP: 16000-100 - Araçatuba
São Paulo - SP
Telefax: +55 18 622-3895
E-mail: dstata@ig.com.br

FÁTIMA REGINA FAVA SAAD
Prefeitura Municipal de Araçatuba
Rua Afonso Pena, 1.537
CEP: 16000-100 - Araçatuba
São Paulo - SP
Telefax: +55 18 622-3895
E-mail: dstata@ig.com.br

CRISTIANE GONÇALVES MEIRELES DA
SILVA
Coordenação Estadual de DST e Aids de São
Paulo
Rua Santa Cruz, 81
Telefax: +55 11 5084-0777
E-mail: cristiane@crt.saude.sp.gov.br

CARLOS CRUZ
DIET - Dir. Int. Ed. Terap. em Saúde e
Cidadania
Av. Esperança, 209 Centro
CEP: 07095-002 - Guarulhos
São Paulo - SP
Telefax: +55 11 6464-0976
E-mail: dst@terra.com.br

GRAÇA MARIA VIEIRA PORTELA
Rua das Laranjeiras, 529/506
CEP: 22240-002 - Laranjeiras
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2245-6304
E-mail: gportela@hotmail.com / gportela@-
domain.com.br

DANIEL RODRIGUES DE MEIRELES
GESTO & AÇÃO
Rua Mato Grosso, 128 conj. 42
CEP: 01239-040

São Paulo - SP
Telefax: +55 11 3255-2502
E-mail: carmenlbf@uol.com.br

CARMEN LINDA BRASILIENSE FUSCO
GESTO & AÇÃO
Rua Mato Grosso, 128 conj. 42
CEP: 01239-040
São Paulo - SP
Telefax: +55 11 3255-2502
E-mail: carmenlbf@uol.com.br

IRENE ESCRIBANO VELOSO
CONASIDA/CHILE
Mac Iver 541 Oficina 68
Santiago - Chile
Tel.: + 630-0676
Fax: + 639-5041
E-mail: escriban@minsal.cl

JOSÉ VIÑOLES
Programa Nacional de SIDA
Colônia 1464 Bis Ap. 5
11100 Montevideo
Uruguai
Tel.: + 5982 4007345
E-mail: jvinoli@yahoo.com / jvinoles@-
montevideo.com.uy

REGINA CÉLIA MARQUES DE MELLO
Hospital Universitário Graffree & Guinle
Rua Lins de Vasconcelos, 328 ap. 604
CEP: 20710-130 Lins
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2581-2771 / 2501-0982
Fax: +55 21 2517-3293
E-mail: reginamell@ieg.com.br

LUCIANO CILINDRO DE SOUZA
UFJ - Vitória da Conquista - BA
Rua Bernardino R. de Mattos, 440
CEP: 45270-000
Canaã - BA
Tel.: +55 073 207-2005

MARCELO BARBOSA
Grupo pela Vidada / Niterói
Rua Pres. Domiciano, 150
CEP: 24210-271 Niterói
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2619-5683
Fax: +55 21 2619-3793

WILLIAM AMARAL
Grupo pela Vidada/RJ
Av. Rio Branco, 135 sl 709
Centro
CEP: 20040-006 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: +55 21 2518-3993
E-mail: wamaral@alternex.com.br

JONATAS MAGALHÃES
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rua Almirante Oliveira Pinto, 337 Colégio Rio
de Janeiro - RJ
CEP: 21371-510 Rio de Janeiro - RJ
Tel. +55 21 9846-7266
E-mail: jonatas@ufrj.br

TAMI BRESCHINI DE SOUZA
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rua João Silva, 103/302
CEP: 21031-410 Olaria
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 3882-0624 / 9119-9957
E-mail: tbresciani@bol.com.br

HELENA ANDRADE BRIGIDO
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Diogo Maia, 1.119
CEP: 66055-170 Umarizal
Belém - PA
Telefax: +55 91 236-3155
E-mail: brigidoh@expert.com.br

MARCO TRAJANO
Movimento Gay de Minas
Av. Olegário Maciel, 1.344
CEP: 36010-016 Paineras
Juiz de Fora - MG
Telefax: +55 32 3215-1575
E-mail: mgm@artnet.com.br

ANDERSON TADEU DE OLIVEIRA
Grupo VHIVER
Av. Bernardo Monteiro, 1477
CEP: 30150-281 Funcionários
Belo Horizonte - MG
Tel.: +55 31 3201-5236
Fax: +55 31 3271-8310
E-mail: adeoliveira@bol.com.br

MARCIO VILLARD
Grupo pela Vidda/RJ
Rua Júlio de Castilho, 35 Ap. 1.210
CEP: 22081-025 Copacabana
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2513-4331
Fax: +55 21 2518-3993
E-mail: villard@bol.com.br

CARLOS EDUARDO GOUVÊA BASILIA
Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde
Social (IBISS)
Av. Princesa Isabel, 254 ap. 611
CEP: 22011-010 Copacabana
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 9807-6622
Fax: +55 21 2275-2463
E-mail: carlosbasilia@zipmail.com.br

ANGELINA ESPINOSA MIRANDA
CR-DST/AIDS
Rua Luiza Grinalda, 207
Vila Velha - ES
CEP: 29100-240 Espírito Santo - ES
Tel.: +55 27 3239-3809
Fax: +55 27 3132-5106
E-mail: Espinosa@escelsa.com.br

LINDINALVA LAURINDO DA SILVA
Coordenação Nacional de DST e Aids
46, Boulevard de Strasbourg
75010 Paris - França
Tel. +33 1 42 39 37 91
E-mail: teosilva@club-internet.fr

THIERRY TROUSSIER
Ministère de la Santé
DGS/SDGA
8 Av. de Segur
75007 Paris
Tel.: +33 1 40 56 42 03
Fax: +331 40 56 56 20
E-mail: thierry.trousier@sante.gouv.fr

DENISE ARAKAKI
DIR X BAURU - SP
Av. Nossa Senhora de Fátima 7/35 ap. 43
CEP: 17017-040 Baurú São Paulo - SP
Tels.: +55 14 223-9911 / 234-9378
Fax: +55 14 235-0172
E-mail: denisearakaki@uol.com.br

FRANCISCO XAVIER RAMOS PEDROSA
FILHO
Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB)
Rua Teresa Cristina, 1050
CEP: 60015-141 Centro
Fortaleza - CE
Telefax: +55 85 253-6197
E-mail: grab@brhs.com.br

LIA MÁRCIA CRUZ DA SILVEIRA
Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ)
Rua Bulhões de Carvalho, 329/702
CEP: 22081-000 Copacabana
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2247-4085
Fax: +55 21 2247-4029
E-mail: lia.silveira@uol.com.br

DENISE HERDY AFONSO ALVES DE LIMA
Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ)
Rua Macedo Sobrinho, 4 ap. 901
22271-080 Humaitá
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2535-0626
Fax: +55 21 2587-6660
E-mail: deniselima@openlink.com.br /
dhaal@ig.com.br

CLÁUDIO NASCIMENTO SILVA
Grupo Arco-Íris / ABGLT
Rua Mundo Novo, 62
CEP: 22211-000 Botafogo
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2552-5995
Fax: +55 21 2293-5322
E-mail: arco-iris@arco-iris.org.br

MICHAEL DEVEZA
Medicina Integral - Hospital Pedro Ernesto
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
(UERJ)
Av. 28 de setembro, 87
Vila Isabel - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2587-6660
E-mail: mdeveza@zipmail.com.br

MARLENE ZORNITTA
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
(UFRJ)
Rua Maria Quitéria, 121 / 301
CEP: 22410-040 Ipanema
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2247-2340
Fax: +55 21 2590-5422
E-mail: zornitta@hucff.ufrj.br

ROSALIE BRANCO CORRÊA
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
(UFRJ)
Av. Visconde de Albuquerque, 517 ap. 301
CEP: 22450-001 Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 2274-9167 / 2274-8950
Fax: +55 21 2562-2738
E-mail: correaro@uninet.com.br

LIANE MARIA BRAGA DA SILVEIRA
Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas
(FIOCRUZ)
Estrada da Canoa, 722 Bloco 3 ap. 114
CEP: 22610-210 São Conrado
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: +55 21 3322-3662
Fax: +55 21 2422-2080
E-mail: liane@cpqhec.fiocruz.br

ADAM PHILIPPE
Institut de Veille Sanitaire
12 rue de Val d'Osne
94410 Saint Maurice
Tel.: +33 1 41 79 68 01
Fax: + 33 1 41 79 68 72
E-mail: p.adam@inus.sante.fr

FREDA RAFAEL HÉCTOR HUGO
SIGLA
Pasaje del Progreso 949 of. 6
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina

Telefax: +54 11 4362 8261
E-mail: sigla@sigla.org.ar

RUBEN MAYORCA
OASIS / ASICAL
6 Avenida 1-63 Zona 1
01001 Guatemala
Tel.: +502 253 3463 / 220 1332
Fax: +502 232 1021
E-mail: oasisgua@terra.com.gt / oasisrm@-
intelnet.net.gt

LUIZ MOTT
Caixa Postal 2552
CEP: 40022-260 Salvador - BA
Tel.: +55 71 328-3782
Fax: +55 71 328-2262
E-mail: luizmott@ufba.br

BERNARD LAROUZE
INSERM U444
Faculté de Médecine Saint Antoine
27 rue CHALIGNY
75012 PARIS
Tel.: +33 1 44 73 86 42
Fax: +33 1 44 73 84 62
E-mail: larouze@u444.jussieu.fr

VERONIQUE MASSARI
INSERM U444
Faculté de Médecine Saint Antoine
27 rue CHALIGNY
75012 PARIS, FRANCE
Tel.: +33 1 44 73 84 48
E-mail: veronique.massari@u444.jussieu.fr

CESAR SCHWENCK
BEMFAM
Depto. de Pesquisas Sociais
Av. República do Chile, 230/ 17.º andar
20031-170 Centro - RJ
Tel.: +55 21 2210-2448
E-mail: cesar@bemfam.org.br

MÔNICA GARCIA
Programa Nacional de Control de SIDA/ETS
Paraguay
Tel.: + 21 204-604
Fax: + 21 298-700
E-mail: monica

ARY DE JACOMO BISAGLIA
Novas Tecnologias S/C Ltda - INTECH
Rua Nicolau de Souza Queiroz, 437 conj 27
CEP: 04105-001 São Paulo - SP
Tel.: +55 11 5084 6408
Fax: +55 11 5084 4914
E-mail: jmbgest@uol.com.br


EDITORA SIGLA
Consultoria - Cursos de Docência e Instrução (SAE)
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Perícia, normas, edição, cursos, impressão e acabamento)
SUA, Tricão 4, Lote 540/610 - CEP: 91206-040
Telefones: (51) 333-2020 Fax: (51) 333-0838
E-mail: editora.sigla@uol.com.br
Bom dia - 09 de novembro de 2002
09:19:02/2002
