

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES E
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO ACADÊMICO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
SOCIEDADE**

**POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS PARA
HOMOSSEXUAIS MASCULINOS: A TRAJETÓRIA DA
CONSTRUÇÃO DE UMA RESPOSTA À EPIDEMIA DE AIDS.**

**Dissertação apresentada por
Francisco Xavier Ramos Pedrosa Filho, ao Curso em
Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará, sob a
orientação da Prof^a Dr^a Liduina Farias Almeida da Costa,
como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.**

FORTALEZA – 2004

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Dissertação defendida em 04 de outubro de 2004 junto à banca examinadora constituída por:

Profª Drª Liduina Farias Almeida da Costa
Universidade Estadual do Ceará
Orientadora

Profª Drª Kelma Socorro Lopes de Matos
Universidade Federal do Ceará

Profº Drº Ernane Vieira de Vasconcelos Filho
Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Acredito que uma dissertação de mestrado se realiza quando conjuga os esforços de pesquisador, colaboradores e muitas pessoas que, de alguma forma, contribuem para a construção do trabalho. Não teria como citar todas as pessoas, que são muitas, mas não posso deixar de citar e agradecer, especialmente, aos entrevistados, aos colaboradores do Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, aos professores, colegas e funcionários do Curso de Mestrado pelo apoio e também agradecer diretamente a algumas pessoas que, ressalvados o respeito e a gratidão que tenho para com todas as demais, gostaria de citar:

Agradeço com um carinho e respeito todo especial a orientação da Prof^a Dr^a Liduína Farias, por sua disponibilidade, paciência e segurança e, sobretudo, pela sensibilidade e apoio intelectual e emocional, no transcorrer da pesquisa.

Aos meus pais, irmãs e filhas, pela paciência, apoio e compreensão, inclusive nos momentos de ausência, por causa da dedicação ao estudo.

Ao grande amigo e companheiro Orlaneudo Lima, por ter me apresentado e me “convidado” a mergulhar no objeto de estudo, e, especialmente, pelo apoio integral concedido.

Aos amigos e amigas Carlúcio, Enéas, Luis, Fleming, Elizio, Janaína (em memória), Isabel, Júlio e Mirtes pela generosidade no estímulo e apoio à pesquisa e, sobretudo, por me ensinarem cotidianamente os caminhos da solidariedade.

A amiga Derleide Andrade pelo companheirismo e intercâmbio de idéias e, sobretudo, pelo apoio concedido.

À Universidade Estadual do Ceará, ao Programa do Mestrado de Políticas Públicas e Sociedade, e a FUNCAP.

RESUMO

O diálogo entre o movimento homossexual e o poder público e suas implicações sobre o delineamento de uma política de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids para homossexuais masculinos é o objeto de estudo sobre o qual desenvolvemos a pesquisa que originou a presente dissertação. Os objetivos são os seguintes: a) Reconstruir as ações do movimento homossexual relacionadas ao desenvolvimento de uma política de prevenção das DST e Aids para homossexuais masculinos; b) Identificar os programas desenvolvidos no âmbito do Estado (e da sociedade civil), relativos à prevenção das DSTs, especialmente a Aids, dirigidos aos homossexuais masculinos; c) Analisar os programas de fornecimento gratuito de preservativos, a produção e a distribuição de materiais informativos e educativos, a veiculação de campanhas educativas de massa e a realização de intervenções comportamentais, voltados à população delimitada. O percurso metodológico compreendeu: 1) Pesquisa bibliográfica, destacando-se autores como Richard Parker, Michel Foucault, José Ricardo Ayres, Jane Galvão, Luiz Mott etc.; 2) Pesquisa documental, priorizando as seguintes fontes: Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST/Aids); Grupo de Resistência Asa Branca; Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 3) Pesquisa empírica, tendo como sujeitos protagonistas do movimento homossexual, e dos setores responsáveis em DST/Aids (das esferas federal, estadual e municipal), notadamente os que mais influenciaram a formulação das políticas na área definida. Priorizamos os aspectos qualitativos sem no entanto descartar dados quantitativos quando necessário. Percorremos a história social da Aids, buscando compreender seus problemas, objetos e concepções e chegamos aos seguintes resultados: a inexistência de uma atenção à saúde dos homossexuais masculinos, no Sistema Único de Saúde-SUS, assim como de políticas sociais que contribuam para a redução da vulnerabilidade social desse segmento populacional, com reflexos sobre a eficácia das ações na área da atenção às questões das DSTs e Aids para essa população. O estudo apontou o diálogo entre o movimento homossexual e o Estado, principalmente no nível federal, como paradigmático, na construção de uma agenda de resposta à epidemia de Aids.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	2
1. CONSTRUINDO REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	18
1.1– SEXUALIDADE E HOMOSSEXUALIDADE.....	18
1.2– EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	36
1.3- POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS... 	44
2. PROTAGONISMO DO MOVIMENTO HOMOSSEXUAL NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS.....	57
2.1- O MOVIMENTO HOMOSSEXUAL: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	57
2.2– “AGIR COMUNICANDO-SE”: AS MÚLTIPLAS FACES DO DIÁLOGO COM O ESTADO.....	78
3. RESPOSTAS MAIS EFETIVAS À EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

INTRODUÇÃO

A proposta do presente trabalho é analisar o diálogo entre o movimento homossexual e o poder público e suas implicações sobre o delineamento de uma política de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids para homossexuais masculinos.

Nascido no início do regime militar, em 1965, assisti, aos 12 anos, manifestações estudantis serem reprimidas pela Polícia Militar pernambucana, na Faculdade de Direito do Recife, próxima de onde residia. De 1984 a 1987, participei do movimento estudantil universitário e de agremiações partidárias de esquerda.

Em 1992 e 1993, durante a produção do projeto experimental de conclusão do curso de Comunicação Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), enveredei pelas questões complexas da Aids, realizando uma série de 07 (sete) reportagens especiais sobre o tema. Abordei as questões da solidariedade, da prevenção, da assistência e das respostas sociais à epidemia, o que me levaram inevitavelmente a mergulhar em assuntos como sexualidade, políticas públicas de saúde, movimentos comunitários e ativistas de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, aos quais me incluo até os dias atuais, na condição de ativista, há seis anos, vinculado ao Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB.¹

Minha condição de homem com identidade sexual enquanto homossexual, e pai de duas belas adolescentes, contribuem para basear minha aproximação identitária com as questões abordadas e com a construção da solidariedade num contexto de cidadania e emancipação.

Surgido em 1989, como resposta organizada aos índices crescentes de violência contra os homossexuais, e em meio ao aumento vertiginoso de casos de Aids em homossexuais masculinos, em Fortaleza, o GRAB se apresentou desde então como expressão das lutas sociais em torno dos direitos humanos dos homossexuais.

¹ Organização não-governamental, com sede em Fortaleza, fundada há 15 anos, e que realiza ações diversas em prol da livre expressão sexual, dos direitos humanos dos homossexuais, pela prevenção das DST/Aids, e apoiando diretamente as pessoas portadoras de HIV/Aids.

Minha experiência enquanto facilitador de grupos possibilitou a participação, como um dos autores, na publicação “Ativismo e Liderança, uma metodologia na luta contra a Aids” (Macedo...[et al], 2000), em que aprofundam-se os conhecimentos e as possibilidades de intervenção política, partindo dos conceitos de vulnerabilidade em HIV/Aids e empoderamento.

Como reflexo de minhas motivações sobre o tema do estudo, cito os artigos e matérias publicadas, de minha autoria, na imprensa local e em informativos diversos de organizações comunitárias que trabalham com as questões da homossexualidade e da Aids.

Desde a conclusão do curso de graduação, meu envolvimento com as políticas públicas de saúde, em DST/Aids, tem ocorrido de maneira contínua, sempre pautada no conhecimento em torno da informação e das nuances políticas que norteiam o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

O objeto da pesquisa insere-se no contexto da epidemia de HIV/Aids no Brasil. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Aids, cuja abrangência epidemiológica caracteriza uma pandemia, epidemia em escala global, que teve seu início, no Brasil, no começo da década de 1980.

Desse período para cá, a epidemia passou por basicamente três fases: a primeira, que compreende a primeira metade da década de 80, marcada pela predominância de casos da doença entre homossexuais masculinos, e também pela transmissão sangüínea (via transfusão), atingindo indivíduos de alta escolaridade e concentrados nos grandes centros urbanos, especialmente da região sudeste. Na segunda fase (de 1985 a 1995), observou-se uma expressiva participação de casos de Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI), uma diminuição dos casos relacionados à transfusão sangüínea e uma alteração na distribuição geográfica da epidemia, com a expansão da Aids para os grandes centros urbanos de todas as regiões do país e o início do aparecimento de significativa incidência da doença já fora das regiões metropolitanas. Ainda com importante concentração dos casos entre homossexuais masculinos, a epidemia começa a atingir expressivamente os heterossexuais (homens e mulheres) e conseqüentemente a transmissão perinatal passa a ser uma via importante da infecção pelo HIV/Aids. A terceira fase, da segunda metade da década de 90 até agora, tem se

caracterizado por quatro tendências epidemiológicas: a feminilização (com o crescente número de casos em mulheres), a heterossexualização (com expressiva incidência entre homens e mulheres heterossexuais), a interiorização (os maiores ritmos de crescimento do número de casos ocorrem em municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes) e a pauperização da epidemia, quando as populações de baixa renda e escolaridade passam a ser mais afetadas (Ministério da Saúde, 2000).

Com relação aos aspectos das categorias de exposição ao HIV/Aids, os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde apontam uma expressiva diminuição do crescimento de novos casos entre homossexuais masculinos. Se no período entre 1980-1990, a subcategoria homossexual representava 31,40% dos casos de transmissão sexual (que por sua vez representavam 57,0% dos casos), no ano de 2002 nessa subcategoria encontravam-se 10,13% dos casos notificados de Aids. No cenário local da epidemia, as tendências sistematizadas em nível nacional reproduzem-se no Estado do Ceará, onde “...evidencia-se uma mudança nas categorias de exposição anteriormente predominantes em homossexuais, atingindo de forma crescente os heterossexuais, e em particular as mulheres e a transmissão vertical (mãe-filho) e assim aumentando o número de crianças com Aids” (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2001). Segundo a Secretaria da Saúde do Estado e o Ministério da Saúde, 68,06% dos casos de Aids no Estado do Ceará concentram-se em Fortaleza e em cerca de 80% dos municípios cearenses já há pelo menos um caso notificado de Aids.

Por um lado, observando-se a evolução da epidemia, com as tendências epidemiológicas atuais, há uma crescente diminuição da incidência de casos entre homossexuais masculinos, mas esse grupo social ainda é significativamente afetado pela doença, já que em termos estatísticos, no período acumulado entre 1980-2001, 17,0% dos casos estavam entre homossexuais, 9,7% entre bissexuais e 27,40% entre heterossexuais (considerando-se os 54,20% da categoria de exposição sexual)². Com relação aos óbitos, cerca de 35.000 homossexuais masculinos faleceram em decorrência de

² Nos boletins epidemiológicos do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, consideram-se as seguintes categorias e subcategorias de exposição ao HIV/Aids: **Sexual** (homossexual – bissexual – heterossexual), **Sangüínea** (UDI- usuários de drogas injetáveis – Hemofílico – Transfusão), **Perinatal**, **Acidente de Trabalho** e **Ignorada**.

complicações relacionadas à Aids, numa população (de homossexuais - masculinos e femininos) estimada em 10% de toda a população (Relatório Kinsey, 1948), ou 5,90% (de homossexuais masculinos – de acordo com o Ministério da Saúde). É importante ressaltar a questão dos óbitos de homossexuais masculinos, por causa da Aids. Pelos dados oficiais, desde o início da epidemia, a Aids já matou pelo menos 35.000 gays no país. Atualmente, cerca de 25.000 homossexuais estão doentes de Aids, em tratamento na rede pública de saúde. E outros 120.000 estão infectados pelo HIV, é o que afirma o conceituado informativo Cadernos Pela Vida (2002).

Além dos dados e tendências epidemiológicas, a história social da Aids, construída pelos seus aspectos comportamentais, simbólicos e psicosociais, reserva uma trajetória complexa e caracterizada por suas relações com a questão do estigma e da discriminação. Galvão (2000: 173) nos remete às dimensões da Aids: “ Weeks destaca que todas as doenças têm dimensões sociais, éticas e políticas, assim como há uma longa tradição de conectar doença com questões morais.” A autora afirma que a identificação dos primeiros casos de Aids entre homossexuais norte-americanos estabelece um vínculo, que até hoje não foi rompido, entre Aids e homossexualidade masculina. E prossegue: “...Mesmo as tentativas de apresentar os casos de Aids da África para demonstrar a heterossexualidade da epidemia pouco adiantaram, pois, como coloca Watney, a triangulação entre doença, sexualidade e homofobia, mesmo de forma inconsciente, fazia sentido ” (2000: 173).

As primeiras ações governamentais no Brasil basearam-se na configuração da Aids como uma doença típica de homossexuais masculinos, com a caracterização de “grupos de risco”, como afirmam Neto e Pasternak (2001: 2): “...No início da epidemia, atribuiu-se ao estilo de vida homossexual a síndrome da imunodeficiência adquirida, disto resultando discriminações, além de perseguições, ao lado de uma falsa noção de ausência de risco por parte dos que não tinham esta orientação sexual e estilo de vida...” Seguem afirmando que logo percebeu-se que não era este o único condicionante para adquirir o vírus, pois surgiram os primeiros relatos de casos em hemofílicos e após transfusão de sangue, ficando inclusive documentada a transmissão vertical.

Diante dos aspectos das vulnerabilidades específicas em HIV/Aids³, da significativa incidência da Aids entre homossexuais e das crescentes demandas advindas dos movimentos sociais, construíram-se espaços, dentro da estrutura formal do Ministério da Saúde, para tratar e encaminhar questões relativas à problemática. Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids, que passou a chamar-se Coordenação Nacional de DST e Aids e que recentemente voltou a denominar-se Programa Nacional de DST e Aids. Já há alguns anos, dentro de sua estrutura, dividida em unidades técnicas, existe a Unidade de Prevenção e inserido nessa unidade, funciona, entre outros, o componente HSH, responsável pela política de prevenção dirigida ao segmento Homens que fazem Sexo com Homens (que engloba homossexuais e bissexuais masculinos). No âmbito local, na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, constituiu-se o Programa Estadual de DST/Aids, hoje incluído enquanto área técnica, do Núcleo de Normatização da Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. E no nível municipal, em Fortaleza, configura-se a Coordenação Municipal de DST/Aids, vinculada à Célula de Atenção Básica da Coordenadoria de Políticas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde. Em ambos os casos, nos níveis estadual e municipal, não há setores específicos que tratam das políticas voltadas aos homossexuais masculinos.

Na estruturação dos espaços e da própria política em DST/Aids, duas questões são fundamentais: a primeira foi o estabelecimento de três acordos de empréstimos do governo federal com o Banco Mundial, para financiar boa parte das ações de prevenção e assistência em HIV/Aids no Brasil.

³ Os fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável a contrair o HIV/Aids ou adoecer (no caso das pessoas HIV+) são múltiplos. “O termo vulnerabilidade, aplicado à Aids, passa a ser utilizado por Jonathan Mann, a partir da constatação de que a pandemia deslocava-se e expandia-se constantemente para populações excluídas e discriminadas.” (Macedo...[et al], 2000). Segundo os mesmos autores, citando J. Mann, o empoderamento é o fortalecimento do indivíduo, que é o resultado de um conjunto de fatores individuais, sociais e políticos, que compõem a vulnerabilidade. Elementos como auto-estima, autonomia sexual, acesso à informação, aceitação social, participação comunitária e a existência de políticas públicas eficazes de prevenção e tratamento, estão inter-relacionados e constituem a vulnerabilidade e o empoderamento de cada indivíduo diante do HIV/Aids. Jonathan Mann foi pesquisador social e o primeiro diretor do Programa Global de Combate à Aids da Organização Mundial da Saúde (OMS) e é o autor do conceito de vulnerabilidade em HIV/Aids (Apud J. Mann e Cols. *Aids in the World II*. 1996).

E a segunda importante questão é a participação da sociedade civil, através das organizações não-governamentais (ONGs), no enfrentamento da epidemia. Atualmente mais de 600 (seiscentos) ONGs, no Brasil, dos mais variados perfis e públicos-alvo, realizam ações de prevenção, apoio e assistência em HIV/Aids (Ministério da Saúde, 2003)⁴. Dessas, cerca de 130 (cento e trinta) têm como missão a defesa e a promoção dos direitos humanos dos homossexuais, entre as quais o GRAB- Grupo de Resistência Asa Branca, organização cearense, com sede em Fortaleza, fundada em 1989 (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis- ABGLT e GRAB, 2004).

Nesse contexto, a pesquisa pretende analisar a seguinte questão: o diálogo estabelecido entre o poder público (a política nacional) e o movimento homossexual propiciou o delineamento de uma política de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids para homossexuais masculinos? Nesse sentido, a pesquisa analisará se os programas de prevenção das DST/Aids para essa população estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), na política pública de Saúde.

É importante destacar que o estudo se deterá na análise das políticas de prevenção primária das DST/HIV/Aids. A prevenção secundária se investe de grande relevância social, e com reflexos importantes para a saúde das pessoas soropositivas.

A pesquisa tem relevância social, à medida em que parte para reflexões críticas, no âmbito das políticas públicas sanitárias e seus reflexos sobre as políticas identitárias, envoltas com a questão das homossexualidades⁵, da saúde e da cidadania. Analisando o diálogo entre o poder público (a política nacional) e o movimento homossexual, no tocante à prevenção das DST/Aids junto a homossexuais masculinos, a pesquisa apontará elementos e questões importantes nessa relação entre política sanitária e política identitária.

Partindo da questão central do estudo, em que medida esse diálogo propiciou o delineamento de uma política de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos, sua amplitude social se

⁴ De acordo com o Catálogo de Organizações da Sociedade Civil- HIV e Aids- 2001/2002, organizado por Câmara (2003), e publicado pelo Ministério da Saúde, até 2002, havia mais de 600 ONGs no país, conveniadas com a então Coordenação Nacional de DST e Aids, realizando ações em DST/HIV/Aids.

⁵ A palavra está grafada no plural por entender que as diversas expressões da homossexualidade constituem um panorama pluralista da vivência homossexual, daí me referir a homossexualidades.

revela na análise da intervenção do Estado e da sociedade civil sobre as realidades de vulnerabilidade social e seu impacto sobre o empoderamento, no tocante ao HIV/Aids, de parcela significativa da população, os homossexuais.

As políticas públicas têm um impacto sobre as vidas das pessoas. Com que influência as ações diversas, quando configuradas ou não como políticas públicas, têm como lugar central a eficácia da própria ação do Estado sobre a vulnerabilidade (diante das DST, especialmente o HIV/Aids) da população delineada, é uma reflexão que o estudo pretende estar desenvolvendo, partindo da análise do diálogo entre a política nacional e o movimento homossexual.

A pesquisa virá contribuir para a formação de paradigmas da relação entre Estado e movimento homossexual, no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, especialmente na identificação e caracterização dos agentes sociais envolvidos com a questão. Poderá servir de parâmetro para a constituição desse diálogo, em esferas locais, no patamar atual da Aids, onde municípios de pequeno porte se deparam com os primeiros casos da doença, e em médios e grandes centros urbanos onde esse diálogo ainda prescinde de maior expressão e resolutividade. Da mesma forma, a pesquisa contribuirá para o aprimoramento e a expansão desse diálogo na esfera nacional (no âmbito da Saúde) e entre representantes do poder público, de outras áreas além da Saúde, e o movimento homossexual. O estudo poderá contribuir também para o delineamento e/ou a expansão do diálogo entre Estado e Sociedade Civil, em outros países, especialmente nações em desenvolvimento, da América Latina, Caribe e África.

A pesquisa não tem o objetivo de estabelecer uma avaliação do impacto das ações de prevenção das DST/HIV/Aids sobre a população de homossexuais masculinos, o que ensejaria outros instrumentos de análise e um outro olhar sobre o objeto de estudo. O estudo se detém na influência do diálogo entre o movimento homossexual e o Estado na constituição de políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para esse grupo populacional.

Do ponto de vista da produção do conhecimento, a pesquisa é uma contribuição para uma maior abordagem do impacto social da Aids na agenda acadêmica de pesquisa. Como afirmam Parker, Galvão e Bessa (1999), apesar da reconhecida importância da epidemia de HIV/Aids, do ponto de vista do desenvolvimento econômico e social, por parte de organismos como a ONU, OMS, OPAS, UNAIDS, Banco Mundial, Comunidade Européia, USAID⁶, por alguns governos brasileiros e pela sociedade civil, poucos estudos tentaram examinar o desenvolvimento de políticas e programas relacionados à Aids no Brasil. Para os autores, mesmo com a dimensão e o impacto da epidemia, e da significativa política de resposta que ela gerou, “...O HIV/Aids em geral não conseguiu ser incluído na agenda da pesquisa acadêmica relacionada à política social e de saúde pública no Brasil” (1999: 13).

Assim, a pesquisa é uma contribuição para a produção teórica no que concerne às políticas de prevenção das DST/Aids dirigidas aos homossexuais masculinos.

Objetivos

A pesquisa objetivou identificar os programas desenvolvidos, no âmbito do Estado (e da sociedade civil), relativos à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), especialmente a Aids, dirigidos aos homossexuais masculinos. Analisa os programas de fornecimento gratuito de preservativos, a produção e a distribuição de materiais informativos e educativos, a veiculação de campanhas de massa e a realização de intervenções comportamentais⁷, voltados à população delimitada.

A pesquisa enveredou também por reconstruir as ações do movimento homossexual relacionadas ao desenvolvimento de uma política de prevenção das DST e Aids para homossexuais masculinos.

⁶ ONU- Organização das Nações Unidas, OMS- Organização Mundial da Saúde, OPAS- Organização Panamericana da Saúde, UNAIDS- Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/Aids, USAID-Agência Norte-americana para o Desenvolvimento Internacional.

⁷ “...a intervenção comportamental é um conjunto de possibilidades para sugerir e apontar alternativas de comportamento que, no caso da prevenção das DST/HIV/Aids, visa a diminuir ou eliminar os riscos de se infectar pelo HIV/Aids nas relações sexuais.” (Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais – Ministério da Saúde, 2002.)

O estudo compreendeu também por analisar as prioridades e gastos nos orçamentos da Saúde (Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria da Saúde do Estado e da Coordenação Municipal de DST/Aids de Fortaleza), reservados a essas ações de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos.

A pesquisa norteou-se pela reflexão sobre as contribuições desse segmento social, os homossexuais masculinos, e o movimento social constituído a partir de suas necessidades de afirmação e de luta por direitos, o movimento homossexual, para o enfrentamento deste problema de destacada relevância social que é a epidemia de Aids.

Os sujeitos sociais, população-alvo das políticas de prevenção das DST/Aids, objeto desta pesquisa, são os homossexuais masculinos ou *gays* (terminologia adotada no diálogo entre o Ministério da Saúde e movimento homossexual), ou seja, homens que têm relações afetivo-sexuais exclusivamente com outros homens, já que bissexuais, lésbicas e transgêneros (que compreendem travestis e transexuais) ensejam outras demandas e políticas específicas em DST/Aids, com reflexos sobre a organização das respostas, governamentais e dos grupos comunitários desses segmentos sociais, à epidemia de HIV/Aids.

A pesquisa seguiu o caminho apontado por Bourdieu (1989), ou seja, em recorrer à história social dos problemas, dos objetos e dos conceitos, como maneira de não se cair nas armadilhas dos objetos pré-construídos.

O estudo abrangeu pesquisa qualitativa, seguindo a perspectiva adotada por Mirian Goldemberg (1997), que considera que na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representação numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória etc. Para a autora, apoiando-se no pensamento de Max Weber, o principal interesse da ciência social é o comportamento significativo dos indivíduos engajados na ação social. Ainda segundo a autora, neste pensamento, que se opõe à visão positivista de objetividade e de separação radical entre sujeito e objeto da pesquisa, é

natural que cientistas sociais se interessem por aquilo que valorizam. É a contextualização da ação participante, proposta metodológica que será adotada na pesquisa.

Partindo de pesquisa documental, que abrangeu boletins epidemiológicos, pesquisas quantitativas (resultados de pesquisas de opinião, relatórios de grupos focais, e de diagnósticos sócio-econômico-comportamentais), documentos, publicações, enfim, uma documentação extensa, das áreas específicas de DST/Aids dos três níveis de governo e do movimento homossexual, o estudo se apoiará em um conjunto significativo de dados quantitativos. A utilização desses dados potencializou o levantamento e a análise dos dados qualitativos. Como acredita Minayo (1996), o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Segundo a autora, pelo contrário, esses dados se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

A autora ainda analisa a “especificidade” do campo da Saúde, baseando-se em Apezechea (1985), para quem trazendo o debate do ‘qualitativo’ para o campo da Saúde, presencia-se o eclodir de questões semelhantes às do âmbito maior das Ciências Sociais. Isso se deve ao fato, segundo Minayo (1994), em primeiro lugar, de que a Saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Por isso, tanto no que concerne à problemática teórica, quanto à metodológica, enfatiza a autora, a Saúde está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recursos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte (1994).

Segue Minayo (1994), afirmando que dentro desse caráter peculiar está a abrangência multidisciplinar e estratégica da Saúde. Para ela, isto significa o reconhecimento de que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Conclui apontando que esse campo requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

A informação qualitativa foi utilizada na pesquisa, seguindo a perspectiva adotada por Demo (2001: 30): “A informação qualitativa é o resultado da comunicação discutida, na qual o sujeito pode questionar o que diz, e o sujeito-objeto também.”

Nesse sentido, o autor ressalta que não conseguimos nos comunicar sem sermos parte do processo comunicativo, como sujeito e como sujeito-objeto. E que a comunicação se faz mais pelo que há implícito do que pelo que é dito explicitamente. Segue o autor: “Por isso, sempre é possível entender o que o outro diz, mas nunca sabemos bem o que o outro queria dizer, por conta de seu inconsciente e de todos os componentes implícitos de qualquer fala não-problemática” (2001: 30). Assim, a pesquisa priorizou a utilização de roteiros (na perspectiva da observação participante) para as entrevistas, que compreendam a realidade do processo comunicativo de obtenção da informação qualitativa, como observa o autor.

A história social da Aids, das ações de prevenção das DST/Aids - governamentais e da sociedade civil - e a história do movimento homossexual, estiveram orientando e apontando os direcionamentos dessa pesquisa.

O estudo investigou junto aos atores sociais que influenciaram a formulação das políticas de combate às DST e Aids, os representantes do Estado, das coordenações nacional, estadual e municipal de DST/Aids, cujos trabalhos incluem ações dirigidas aos homossexuais masculinos. Particularmente foram entrevistadas as coordenadoras desses setores ou as representantes das unidades técnicas específicas encarregadas dessa população.

Com relação ao setor comunitário, foram investigados os representantes da ONG GRAB-Grupo de Resistência Asa Branca, do movimento homossexual; a coordenação do Fórum de organizações não-governamentais que trabalham com Aids⁸, composto por ONGs que trabalham com a população delimitada e outras que não trabalham diretamente com esse público; a ABGLT,

⁸ O Fórum de ONGs/Aids do Ceará, fundado em outubro de 1999, é um espaço de representatividade política, composto atualmente por 25 ONGs, de variados perfis e que têm em comum o desenvolvimento de ações diversas, nas áreas de prevenção, apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids e desenvolvimento institucional (Fórum de ONGs/Aids do Ceará, 2004).

Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis; e outros atores sociais do movimento social de luta contra a Aids, como integrantes da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids- ABIA.

Assim, as pessoas entrevistadas compreenderam uma amostra representativa, composta por pessoas-chave nas funções que exercem, seja no Estado ou nos movimentos sociais.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Nesse sentido, a caderneta de anotações, o gravador e o diário de campo, foram alguns dos instrumentos de pesquisa utilizados ao longo do trabalho de campo.

Minha inserção enquanto ativista da organização não-governamental Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB possibilita uma visão integrada ao objeto de estudo. Isto provocou fundamentalmente um lugar de observação participante do objeto da pesquisa.

Tal fato, no entanto, não revelou-se como empecilho para que houvesse o distanciamento, a reflexão e a análise mais aprofundada, em torno desse objeto de estudo. Seria o que Linda Gondim (1999) ressalta numa expressão bastante importante de DaMATTA (1987), dizendo que é preciso transformar o familiar em exótico e transformar o exótico no familiar. Segundo o autor, para se conhecer um fenômeno ou grupo, é necessário assumir um distanciamento crítico com relação a ele, reconhecendo que o fato de ocorrer à minha volta, no meu cotidiano, não significa que me seja *conhecido*. Da mesma forma, segue a autora, afirmando que é preciso ter capacidade para entender o ponto de vista do outro, superando a tendência a julgá-lo em termos dos nossos próprios valores (etnocentrismo). Seria a constituição de um novo olhar diante do objeto de estudo.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo, foram abordados os referenciais teóricos da pesquisa.

Tal capítulo detém-se no exame das categorias teóricas sexualidade e homossexualidade, parte do marco teórico da sexualidade, a constituição da ciência da sexualidade, aborda questões relativas à apropriação da sexualidade pela política. Na análise da homossexualidade, parte-se de um referencial histórico, das concepções e críticas sobre as categorias da sexualidade, da constituição da homofobia

e da nordestinidade e da realidade cearense nas suas influências sobre a formação da homofobia na região e no Ceará. Da mesma forma, reflete-se sobre a categoria teórica da epidemia de HIV/Aids, abordando-se a contextualização histórica, a história social da Aids, o impacto sobre as sociedades, a epidemia e suas conseqüências sobre o desenvolvimento. Ainda nos referenciais teóricos, o estudo analisa as políticas de prevenção das DST/HIV/Aids, os conceitos de vulnerabilidade e de empoderamento em HIV/Aids e sua aplicabilidade, além de se debruçar sobre as políticas, os programas e os projetos, enquanto uma distinção necessária para a análise das políticas de saúde.

O segundo capítulo detém-se no protagonismo do movimento homossexual na construção das políticas de prevenção das DST/HIV/Aids, a partir dos aspectos históricos que nortearam o desenvolvimento do protagonismo político do movimento, a construção de uma agenda própria, a constituição do movimento homossexual no Ceará, e as múltiplas cidadanias, numa perspectiva da cidadania homossexual enquanto inclusa num contexto relacional. Ainda nesse capítulo, a pesquisa analisa o diálogo entre o movimento homossexual e os poderes públicos, bem como diante de outros atores sociais, relacionando-o com a perspectiva habermasiana do diálogo e a dinâmica das demandas e respostas entre os grupos homossexuais e o Estado. A análise do material empírico, das entrevistas realizadas com técnicos dos governos e ativistas homossexuais e do movimento social de luta contra a Aids, ocorre também nesse capítulo.

O terceiro capítulo compreende as respostas mais efetivas à epidemia de HIV/Aids, tanto empreendidas pela sociedade civil como pelos governos, e seus reflexos sobre a epidemia, a homossexualização & des-homossexualização da Aids e as conseqüências para as políticas e os espaços de controle social das políticas em DST/HIV/Aids. Ainda nesse capítulo, é realizada uma análise sobre o Banco Mundial e as respostas à epidemia no Brasil, particularmente na constituição dos três acordos de empréstimos efetuados.

Concluindo a dissertação, são feitas as considerações finais acerca do estudo.

CAPÍTULO 1
CONSTRUINDO REFERENCIAIS TEÓRICOS

1.1- SEXUALIDADE E HOMOSSEXUALIDADE

A homossexualidade como uma variante, uma expressão da sexualidade humana, tem o início da construção de seu marco teórico na definição da categoria teórica sexualidade pelas sociedades ocidentais.

Se nos reportamos ao período a partir da segunda metade do século XVI, intensificando-se com o surgimento das Ciências Humanas, no século XIX, o tema sexo foi “convidado a se manifestar” nessas sociedades. Michel Foucault (1988) analisando os elementos que devem fundamentar e constituir a crítica sobre a história “do que foi dito do sexo a partir da Idade Moderna”, afirma e anuncia os elementos para compreendermos as imbricações entre o discurso construído sobre sexo, as sexualidades polimorfas, os poderes e a constituição de uma ciência da sexualidade:

“...a partir do século XVI, a ‘colocação do sexo em discurso’, em vez de sofrer um processo de restrição, foi, ao contrário, submetida a um mecanismo de crescente incitação: que as técnicas de poder exercidas sobre o sexo não obedeceram a um princípio de seleção rigorosa mas, ao contrário, de disseminação e implantação das sexualidades polimorfas e que a vontade de saber não se detém diante de um tabu irrevogável, mas se obstinou – sem dúvida através de muitos erros - em constituir uma ciência da sexualidade” (1988: 17-18).

O autor considera que o elemento central para a composição da história da sexualidade não deva ser a repressão, mas outras questões que permeiam a construção dos discursos sobre sexo, como o próprio fato de se falar de sexo, quem fala, os lugares e os pontos de vista de que se fala, as instituições que se incitam a fazê-lo. Estas instituições que vêm a armazenar e difundir o que dele se diz, enfim, para ele, o “fato discursivo”, a “colocação do sexo em discurso”, são elementos centrais para entendermos a relação histórica acerca da sexualidade nas sociedades ocidentais.

O conceito de sexualidade, em uma perspectiva de evolução da espécie, situa o homem (Homo Sapiens) diferentemente de outros seres vivos animais. Sá (2000) analisa que com consciência do mundo e suficientemente sensível para perceber sua realidade, o homem destaca-se no reino animal por criar cultura através da geração de objetos e idéias. Segue afirmando que o ser humano “incorpora

consciência, percepção e cultura em sua sexualidade, que deixa de ter exclusivamente função de reprodução, para se constituir como fonte de prazer e realizações pessoais” (2000: 104).

Na perspectiva da biologia, o termo sexualidade começa a ser usado em 1838 e na psicanálise em 1905. Assim, o termo não existia antes do século XIX (Chauí, 1991). Para a psicanálise, segundo observações da autora, o *Petit Robert* (Dicionário Francês de Psicanálise) registra o seguinte sentido para o conceito de sexualidade, como um conjunto de comportamentos relativos ao instinto sexual e à sua satisfação, que estejam ou não ligados à genitalidade. Chauí considera um equívoco a psicanálise falar em “instinto sexual”, já que uma das descobertas principais de Freud foi a separação entre sexualidade e instinto. Baseia-se a autora, no que diz o Dicionário de Psicanálise, de Laplanche e Pontalis:

“...sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e atividades, presentes desde a infância que proporcionam prazer irreduzível a alguma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, excreção) e que se encontram presentes como componentes da chamada forma normal do amor sexual. A sexualidade não se confunde com um instinto, nem com um objeto (parceiro), nem com um objetivo (união dos órgãos genitais no coito). Ela é polimorfa, polivalente, ultrapassa a necessidade fisiológica e tem a ver com a simbolização do desejo (1991: 14-15)”.

Diante desses conceitos, considera a sexualidade como uma atmosfera difusa e profunda que envolve toda nossa vida (nossas relações com os outros, com nosso corpo e o alheio, com objetos e situações que nos agradam ou desagradam, nossas esperanças, nossos medos, sonhos, reais e imaginários, conscientes e inconscientes). E localiza a sexualidade como dimensão simbólica (individual e cultural) que articula nosso corpo e nossa psique, suas máscaras, disfarces, astúcias e angústias (1991).

Nessa direção, a autora revela como um cuidado preliminar ao se tratar do tema repressão sexual, a necessidade de se levar em conta o contexto do início das discussões sobre o assunto, ou seja, no século XIX, em alguns países europeus. E o deslocamento da responsabilidade sobre o sexo,

que era de teólogos, confesores, moralistas, juristas e artistas, ou seja, do campo religioso, moral, jurídico e artístico, para o campo médico-científico. O sexo transformando-se em elemento para ser estudado e investigado, para se classificar os casos de patologias físicas e psíquicas, as doenças venéreas, os desvios e as anomalias, tanto com finalidade higiênica ou profilática quanto com a finalidade de normalização das condutas tidas como desviantes ou anormais.

Nesse aspecto, privilegia a repressão sexual como fator fundamental e constituinte para a delimitação da história da sexualidade, ao contrário de Foucault que revela importância primordial na repressão sexual, mas julga que as formas do “falar sobre o sexo”, a constituição do discurso sobre o sexo, são os elementos fundadores para a história da sexualidade.

Richard Parker (2000: 15) reflete sobre nossa ignorância, em termos de sociedades, a respeito da sexualidade: “ A propagação incontrolada do HIV/Aids em todo o mundo, há mais de uma década, vem evidenciando, de maneira dolorosa, a nossa profunda ignorância a respeito da sexualidade humana.” Para ele, a ausência de uma tradição em teoria e métodos mais amplamente desenvolvida para realizar pesquisas sobre a sexualidade tem restringido o desenvolvimento de novos estudos.

Nessa perspectiva, se a epidemia de HIV/Aids suscitou discussões, debates e visibilidade em torno de diversas questões relacionadas à sexualidade, por outro lado revela de maneira inequívoca a invisibilidade do conhecimento acumulado na sociedade sobre sexualidade, suas expressões, orientações sexuais e culturas sexuais.

Jurandir Freire Costa (1999), analisando os efeitos causados pelo controle médico da sexualidade, ressalta o pensamento de Ussell (1974) que admite o papel que o aburguesamento da sociedade teve, ao criar como ideal humano da sexualidade a unidade entre sexo, amor, matrimônio e procriação, considerando ilícita qualquer outra forma de sexualidade que não se enquadrasse nessa equação.

Sendo assim, o deslocamento dessa responsabilização sobre o “falar de sexo”, que Foucault (1988) analisa, e que anteriormente citamos, vem acelerar a criação de estigmas, exclusões, desigualdades e vulnerabilidades sociais que abordaremos em seguida.

Quando a política se apropria da sexualidade

Foucault (1988) manifesta que uma das grandes novidades nas técnicas de poder, no século XVIII, foi o surgimento da “população” como problema econômico e político: população-riqueza, população mão-de-obra ou capacidade de trabalho, população em equilíbrio entre seu crescimento próprio e as fontes de que dispõe. Analisa o autor:

“Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um ‘povo’, porém com uma ‘população’, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e de habitat” (1988: 28).

Nessa perspectiva, o sexo estaria no cerne deste problema econômico e político, sendo necessário analisar a taxa de natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas ou estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas. O Estado passa a se apropriar do tema sexo. “Que o Estado saiba o que se passa com o sexo dos cidadãos e o uso que dele fazem e, também, que cada um seja capaz de controlar sua prática” (Foucault, 1988: 29). Para ele, é nesse momento que entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análises e de injunções o investiram. É quando inicia-se a normatização do comportamento sexual como uma missão do Estado.

Parker (2000) analisando as influências, os autores e as reflexões sobre a construção social da sexualidade, conclui que as tensões políticas em torno da sexualidade, no âmbito da comunidade e do Estado, ao longo dos séculos XIX e XX, também tiveram um impacto na teoria da construção social. “Devido ao fato de que políticas estatais em relação à sexualidade se expressam, muito freqüentemente, através do discurso da saúde e da doença, o desenvolvimento de políticas de saúde tem sido dominado por médicos e cientistas de grupos étnicos e classes socialmente poderosos” (2000: 46). O antropólogo ressalta a importância de que membros de subculturas sexuais e políticas têm sido fundamentais na organização de movimentos de base, modelando as formas pelas quais a sexualidade é configurada e conceitualizada. Para ele, as subculturas sexuais têm desafiado o *status quo* com demonstrações simbólicas e ocupações de espaços públicos.

Nessa perspectiva, a construção dos movimentos sociais que assumem como prioridade a temática da sexualidade, numa seara política, como os movimentos feminista e homossexual, é capítulo importante na transformação da sexualidade em assunto de política.

Homossexualidade

Incluída inicialmente no patamar dos desvios, da patologia, a homossexualidade carrega fortes características advindas das interdições e permissões em nossa cultura.

Chauí (1991) refere-se ao estatuto da homossexualidade em nossa sociedade. Para ela, na Grécia e em Roma antiga a prática homossexual estava também submetida a interditos e permissões (não sendo “liberada”). Porém, nessas sociedades, como em outras, a homossexualidade era uma prática e um ato sexual, que convive com outros atos, num mesmo ser humano, era uma escolha (ocasional ou definitiva) de parceiros sexuais. Era uma atividade. Em nossa sociedade, analisa Chauí, a homossexualidade não é encarada dessa maneira:

“ Através da medicalização classificatória, tornou-se uma *espécie sexual* (como há espécies em botânica e em zoologia) e um *tipo social*. De atividade, transformou-se num *modo de ser* que determina todas as outras atividades e o destino pessoal de alguém. Não é apenas ‘doença’, ‘disfunção’ ou ‘perversão’: é quase uma *coisa* ” (1991: 29).

Assim, a homossexualidade insere-se numa análise em que é incluída num rol de patologias advindas do sexo, através da forte repressão presente em nossa sociedade.

Dover (1994) com o propósito de denominar a homossexualidade, para sua pesquisa sobre Homossexualidade na Grécia antiga, a define como a disposição para buscar prazer sensorial através do contato corporal com pessoas do mesmo sexo, preferindo-o ao contato com o outro sexo. O autor ressalta que a cultura grega diferia da nossa em sua aceitação da alternância de preferências homossexuais e heterossexuais num mesmo indivíduo.

Nas análises de Marilena Chauí e K. J. Dover, a Grécia antiga é cenário para importantes observações sobre cultura sexual, no entanto a autora chama a atenção para o fato de que naquela civilização as práticas homossexuais masculinas e o amor “entre iguais” eram admitidos e em alguns casos estimulados, mas a relação de homofilia (homo=o mesmo; filia=amizade) não se admitia de forma alguma. O casamento implicava outros sentimentos (respeito, amizade, dever, responsabilidade social) que não o amor.

Então, por esse “contingenciamento” das relações afetivas e sexuais entre homens, havia de qualquer forma uma intolerância a determinadas situações desses relacionamentos homossexuais. Como descreve Dover, o valor fundamental, nessas sociedades, era atribuído à figura do homem livre, identificada com a figura masculina ativa (política e socialmente).

Dessa maneira, ressaltamos a conceituação de Chauí (1991), que revela que “...era repudiada a homofilia entre os homens adultos livres, relação considerada imoral, ilegítima e infame, designada como ‘contra a natureza’. Não porque houvesse impossibilidade biológica, anatômica, animal para essa relação e sim porque contrariava a natureza do homem livre adulto, isto é, do cidadão ” (1991: 23).

A homossexualidade como um conceito, a partir da história da sexualidade, tem sua análise baseada em sua construção social e nos aspectos culturais que a constituem. Para Chauí, “...Em cada época, portanto, valores, símbolos, fantasias, relações com outras dimensões da vida social determinam a imagem e o sentido de uma figura que apenas pela designação- homossexual – poderia ser considerada a mesma.” (1991: 24). Vai além quando conclui que diferentes serão as formas da repressão e diferentes as respostas a ela.

Podemos considerar, como questão fundamental, que vivemos em uma sociedade plural, “...onde várias culturas convivem em interação e onde possamos pensar o sexo a partir de vários pontos de vista, que podem falar numa única voz ou divergirem” (Rossi, Lilia , org., 2002: 18). Partindo dos vários “lugares” em que se pensam e se falam sobre o sexo, a religião assume uma função “normatizadora” da sexualidade. E o Estado também, como afirma Foucault (2001). No que tange às representações da homossexualidade, Chauí revela que as práticas homossexuais, que viriam a ser inteiramente condenadas como “contranaturais” na sociedade europeia cristã, receberam representações muito diferentes no correr do tempo. A homossexualidade passa a ser circunscrita ao pecado, tendo na Idade Média, especialmente no século XVII, com as crenças correntes nos manuais de confissão católica, o início de uma maior perseguição as suas expressões (Foucault, 2001).

A discussão da sexualidade no Brasil a partir de categorias como homossexualidade, bissexualidade, heterossexualidade tem sido analisada por Parker (1994: 32) como um caminho problemático a ensinar, pois avalia o autor que “...estas categorias são na verdade altamente problemáticas no contexto da cultura sexual brasileira. Embora sejam nitidamente as classificações mais salientes que estruturam o universo sexual nos Estados Unidos e, talvez, em grande parte da Europa Ocidental, são na verdade importações bastante recentes no Brasil.” Mesmo que certamente existam na cultura brasileira, especialmente no discurso das ciências médicas, não são necessariamente as categorias que a maioria dos brasileiros usa para pensar na natureza da realidade sexual. Observa ainda o antropólogo:

“Tradicionalmente, categorias como homossexualidade e heterossexualidade têm, na verdade, sido muito menos significativas na estrutura ideológica da cultura sexual brasileira do que poderíamos descrever como noções de ‘atividade’ e ‘passividade’. Principalmente entre os homens dos setores populares da sociedade brasileira, os chamados parceiros ‘ativos’ nas interações com o mesmo sexo, por exemplo, não se consideram necessariamente ‘homossexuais’ ou ‘bissexuais’ - denominações mais comumente reservadas, caso sejam usadas, para os parceiros vistos como ‘passivos’ nestas interações” (1994: 33).

Parker avalia que como um produto desta determinada configuração do universo sexual, tem havido uma certa fluidez na construção dos relacionamentos sexuais no Brasil. Os limites da subcultura sexual voltada às interações com o mesmo sexo têm sido relativamente flexíveis e tem se organizado menos em torno de uma “identidade homossexual” compartilhada e mais como um conjunto de desejos e práticas bastante diversas entre o mesmo sexo.

Já Jurandir Freire Costa (1993: 03) contribui para o debate acerca dessas categorias (homossexuais, heterossexuais, bissexuais), com suas reflexões, onde afirma que:

“Continuar discutindo sobre ‘homossexualidade’ partindo da premissa de que todos somos ‘por natureza heterossexuais, bissexuais e homossexuais’, significa tornar-se cúmplice de um jogo de linguagem que mostrou-se violento, discriminador, preconceituoso e intolerante, pois levou-nos a crer que pessoas humanas como nós são ‘moralmente inferiores’ só pelo fato de sentirem atração por outras do mesmo sexo biológico.”

Para o autor, quando desde o século XIX passamos a crer na existência de uma divisão natural dos sujeitos em “heterossexuais, bissexuais e homossexuais”, isto nos foi imposto como um dado imediato da consciência, como algo “intuitivo”. E que nossa subjetividade e nossa sexualidade são realidades lingüísticas, pois estamos presos ao repertório sexual de nossa cultura, até que novas práticas lingüísticas produzam novos modos de identificação moral dos indivíduos. Costa ressemantiza a questão, com a inclusão dos termos “homoerótico” e “homoerotismo”.

Atualmente parte dos movimentos sociais (de luta contra a Aids- organizações comunitárias; e movimento homossexual) e o Ministério da Saúde utilizam o termo “Homens que fazem Sexo com Homens” (HSH) que tem a seguinte definição:

“...ele designa indivíduos do sexo masculino que se estimulam erótica e sexualmente com outros indivíduos do mesmo sexo. A abrangência deste termo pode criar dificuldades devido à inclusão neste grupo de pessoas com identidades e percepções variadas. A título de exemplo, homens travestis, homossexuais assumidos e não assumidos, trabalhadores do sexo (michês), e bissexuais podem ser designados pelo mesmo termo HSH (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids- ABIA, 2001: 2)”.

Mott (2003) destaca um caráter identitário na terminologia homossexual: “HSH é homofóbico, pois descarta nossa identidade política homossexual...a fim de ‘preservar’ a não identidade homossexual dos bissexuais ou homoeróticos enrustidos, o uso do HSH mantém o complô do silêncio contra os homossexuais...”.

O termo “Gays e outros HSH” é utilizado no diálogo entre o Ministério da Saúde e o movimento homossexual, a partir de deliberações do movimento social em encontros nacionais.

A homofobia na sociedade brasileira

Partindo de representações coletivas da homossexualidade que a incluem como uma prática “contranatural” e seus praticantes em um universo de “anormalidades”, somando-se à impunidade (efeito das ações de boa parte dos organismos de segurança pública e da Justiça), que se apresentam como “estimuladoras” para a existência da intolerância à homossexualidade, chegando até aos “crimes de ódio” (agressões físicas, emocionais, assassinatos etc.), o preconceito e a discriminação às pessoas de orientação homossexual têm feito parte do cotidiano da sociedade em que vivemos.

O conceito de homofobia, definido no final do século XX, remete à intolerância contra as práticas homossexuais, que leva muitas vezes a ações de violência dirigida aos homossexuais, como agressões físicas, mutilações e assassinatos. “Homofobia é o medo irracional, repulsa e desprezo manifestado por certas pessoas face às relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo. É um ódio generalizado contra os homossexuais e a homossexualidade, reflexo do preconceito heterossexista, do patriarcalismo e do machismo” (Mott, 2003: 1). Ainda segundo o autor, muitos homófobos manifestam *personalidade autoritária* (Adorno, 1950), sendo igualmente racistas, machistas e intolerantes religiosos fundamentalistas. O preconceito anti-homossexual pode ser detectado em quatro níveis: homofobia pessoal, interpessoal, institucional e cultural (Blumenfeld, 1992, apud Mott, 2003).

De acordo com publicações do Grupo Gay da Bahia e da Anistia Internacional, o Brasil é um dos países com o maior número de assassinatos de homossexuais (quando a causa do crime está relacionada à homossexualidade) em todo o mundo. Nessas circunstâncias, a cada dois dias, em média, um homossexual é assassinado no país (Mott, 2002).

É importante observarmos a homofobia no contexto da história da sociedade brasileira. Os autores Marilena Chauí, Joaquim Nabuco e Roberto daMatta, analisando questões diferenciadas, e em épocas distintas, nos auxiliam na percepção de alguns elementos presentes no processo de formação da sociedade brasileira, de importância crucial.

Nabuco (1883) , ao situar a cultura senhorial escravocrata, contribui para que reflitamos sobre o contexto da época abordada (anos 1880), onde tal cultura valorizava a família branca e negava o reconhecimento da importância da família negra escrava. Assim não estaria aí uma das importantes raízes para a indiferença em torno das crianças de ruas, filhos de “ninguém”, das pessoas idosas (esquecidas), e em volta dos homossexuais (“sem família e sem constituírem família”)?

Chauí (2000) analisa a questão da nacionalidade no século XX, localizada no período que antecedeu o golpe militar de 1964, quando o movimento “Tradição, Família e Propriedade- TFP” condenava as agremiações partidárias de esquerda:

“Antes de mais nada, lembremos que a derrubada do governo de Jango Goulart é preparada nas ruas com o movimento ‘Tradição, família e propriedade’ para significar que as esquerdas são responsáveis pela desagregação da nacionalidade cujos valores- a tradição, a família e a propriedade privada- devem ser defendidos a ferro e fogo” (2000: 41).

O lema da TFP exclui parte considerável da sociedade, os homossexuais, pois na sua ótica, essas pessoas não constituem o modelo exclusivo de família defendido, baseado na procriação e no matrimônio heterossexual. Para a autora, outro elemento importante na formação da sociedade brasileira, a hierarquização encontrada, tem conseqüências diretas sobre a constituição autoritária dessa sociedade:

“...estruturada pela matriz senhorial da Colônia...As divisões sociais são naturalizadas em desigualdades postas...e as diferenças, também naturalizadas, tendem a aparecer ora como desvios da norma (no caso das diferenças étnicas e de gênero), ora como perversão ou monstruosidade (no caso dos homossexuais, por exemplo). Essa naturalização, que esvazia a gênese histórica da desigualdade e da diferença, permite a naturalização de todas as formas visíveis e invisíveis de violência, pois estas não são percebidas como tais;” (2000: 90).

O antropólogo Roberto daMatta (1997) contribui para uma análise sobre as raízes da homofobia, quando afirma que, por exemplo, se um brasileiro comum for entrevistado, em casa, ele poderá falar da moralidade sexual, dos seus negócios, ou de religião, de uma forma; na rua, ele seria ousado, para falar sobre moralidade sexual. Dessa maneira, em casa, essa pessoa tenderá a ter atitudes e posicionamentos mais conservadores que na rua. E sustenta que essa análise não é um mera questão de mudança de contexto, mas refere-se a espaços, a esferas de significação social (casa, rua e outro mundo), que “fazem mais do que separar contextos e configurar atitudes.” Que questões as análises

dessas categorias sociológicas (casa, rua e outro mundo) nos remetem à construção da homofobia? Estaria a “casa” como um espaço mais vinculado à família, aos valores patriarcais, impregnado pela cultura senhorial, propenso à formação de uma cultura heterossexista, que “educa” crianças e jovens para apenas vislumbrar e respeitar aqueles que se relacionam com pessoas do sexo oposto? E a “rua” como um espaço para a manifestação do diferente, do desejo, da tolerância, das festas, do carnaval? Mas o que dizermos então das manifestações públicas de homofobia, por exemplo, dos coros institucionalizados na “cultura cearense”, os “pêis”, que anunciam a passagem de um homossexual nas ruas? Seria a ambigüidade que carregam essas categorias, de que trata daMatta? Já que somos uma pessoa em casa, outra na rua e ainda outra na igreja. Nossa lógica, segundo o autor, é relacional no sentido de que estamos sempre querendo maximizar as relações e a inclusão, criando com isso zonas de ambigüidade permanente (1997). Sobre a homofobia, o autor avalia:

“...Em certos conceitos, há uma inegável intolerância, mas, em outros casos, há também uma enorme inveja dos homossexuais e das mulheres. Veja o caso do carnaval, onde o mundo social pende para o ‘feminino’. As sexualidades modernas e pós-modernas foram inventadas para ultrapassarem convenções morais. Mas no caso do Brasil, a aproximação (e a apropriação) do feminino por toda a sociedade revela também uma ambigüidade e um enorme medo que...explodem em intolerância e preconceito em outros lugares.” (1999: 2).

Nesse sentido, o autor aponta as ambigüidades e as contradições existentes na sociedade brasileira, no que se refere à convivência com os homossexuais. A realidade nos aponta que o país convive com a realização de dezenas de Paradas do Orgulho Homossexual ou da Diversidade Sexual, que reúnem todos os anos milhões de pessoas nos grandes e médios centros urbanos, ao mesmo tempo em que detém altos índices de assassinatos em decorrência da intolerância à homossexualidade.

Nessa perspectiva, Bourdieu (1989) define o “poder simbólico” como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo. Segue afirmando que:

“...poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário” (1989: 14).

Para ele, o poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder.

Interpretando o autor, concluímos que a homofobia decorre desse poder simbólico, baseado no senso comum da heterossexualidade e da interdição da homossexualidade, deslegitimando e condenando essa expressão da sexualidade humana.

Nesse contexto, Bourdieu (1989) e DaMatta (1999) nos fazem refletir tanto sobre o senso comum do estigma sobre a homossexualidade ainda presente em nossa sociedade, como a respeito das contradições que, por um lado, configuram um certo quadro de tolerância às expressões da homossexualidade no país e que, por outro lado, transparecem o lado mais cruel e desumano delas próprias- das contradições- que são os numerosos crimes homofóbicos praticados no Brasil.

A homofobia se apresenta ainda numa sociedade em que o ordenamento jurídico considera que a homossexualidade não é crime.

No Brasil, não existe lei que criminalize as práticas homossexuais. Nem o Código Penal, nem a Constituição Federal proíbem as práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo, maiores de 18 anos. Há diversas leis estaduais e municipais que proíbem o preconceito e a discriminação em decorrência da orientação sexual. Em 1985, o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da classificação de doenças (Rossi, Lilia, org., 2002). Assim, do ponto de vista dos saberes jurídico e médico, a homossexualidade não pode ser considerada crime, nem patologia.

Outros organismos importantes têm se posicionado a respeito do assunto, como a Organização Mundial da Saúde-OMS que, em 1983, retirou a homossexualidade do código internacional de doenças-CID e o Conselho Federal de Psicologia que, em 1999, tipificou como procedimento

irregular e anti-ético qualquer “tratamento” que vise a mudança de orientação sexual. Essas organizações têm reafirmado em suas resoluções o caráter não patológico da homossexualidade.

Nordestinidade, homofobia e a realidade cearense

Se a homofobia é enraizada na sociedade brasileira, em todo seu processo de formação, com fatores importantes em sua história, alguns elementos peculiares das realidades nordestina e cearense contribuem para compreender melhor a cena local e suas relações com o regional, o nacional e o global.

Albuquerque (2003) reportando a história do gênero masculino, no Nordeste, nas décadas de 1920 a 1940, investiga a figura do nordestino, sua formação, suas relações com o gênero feminino, e sua inserção no contexto histórico e cultural da região. Para o autor, o nordestino, figura que foi gestada nos anos vinte, vai agenciar toda uma galeria de tipos regionais ou tipos sociais, marcados por uma vida rural, por uma sociabilidade tradicional, e, acima de tudo, desenhados com atributos masculinos. “São todas figuras de homens, heróicos ou não”. E continua:

“Seja o sertanejo, o brejeiro ou o praieiro, sejam o vaqueiro, o jagunço, o coronel, o cangaceiro, o beato, o retirante, o matuto, o caboclo ou o senhor de engenho, todos estes tipos se relacionam com as atividades econômicas e sociais atribuídas, pelos códigos sociais da época, aos homens. Figuras que estavam ficando no passado, destruídas pela modernização, pela emergência da sociedade urbano-industrial, figuras de um mundo ainda não dominado por valores burgueses, agentes de um capitalismo insipiente, figuras vindas do mundo da escravidão, que serão resgatadas para construir o novo homem da região, capaz de reafirmar as qualidades que essas figuras possuíam e capaz de superar suas deficiências” (2003: 227).

O nordestino deveria preservar o que de melhor nelas (nas qualidades) havia, principalmente o fato de serem viris, potentes, capazes de intervir na realidade. Eram machos, e isso era o de que mais a região precisava. Na análise do autor, o tipo nordestino, homem novo, nasceria do resgate de alguns dos tipos regionais e da superação de outros, mas preservaria sempre a coragem, a valentia, o

destemor, a macheza como atributo principal. Nessa direção, as raízes históricas do gênero masculino na constituição dessa “identidade regional” compreendiam a virilidade, a macheza e a valentia como atributos exclusivos ao homem, repelindo qualquer comportamento, tendência ou movimento que “feminizasse” a sociedade ou introduzisse outros elementos na masculinidade aceita na época.

Se nos momentos iniciais, fundadores do recorte regional Nordeste e do tipo regional nordestino, por volta da metade da década de 1910 em diante, as características masculina, heterossexual, e dominadora (com a conseqüente subordinação das mulheres) estavam bastante definidas, a aversão e a intolerância à homossexualidade seguiram juntas.

Quando nos fixamos no cenário cearense, reportando-nos à linguagem, mais usualmente empregada nas camadas populares, a palavra macho, usada como vocativo freqüentemente nas conversas informais, revela que a figura do nordestino inicialmente constituída ainda se reflete na atualidade, na cearensidade. Por outro lado, os insultos coletivos, sonorizados em forma de “pêi, mata um gay”, não nos deixam dúvidas acerca da homofobia presente no senso comum no Ceará.

A apropriação dessa figura do homem nordestino como macho, viril e dominador talvez seja uma das explicações para os altos índices de ejaculação precoce, disfunção erétil e medo em perder a ereção, relatados pelos homens cearenses. Segundo o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, divulgado em 2003, os cearenses registram a maior taxa de ejaculação precoce entre 13 estados pesquisados, um índice maior do que a média nacional em termos de disfunção erétil e compõem o grupo do estado com o terceiro maior índice relatado de medo em perder a ereção durante a relação sexual. O estudo entrevistou 7.103 pessoas, de ambos os sexos, foi coordenado pela Prof^a Dr^a Carmita Abdo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e é considerado o maior do gênero já realizado no país.

Evidentemente que estes dados estatísticos imbutem outras causas como estresse, qualidade de vida etc., mas evidenciam um paradoxo entre o propalado cabra macho nordestino (e por conseguinte cearense também) e esses problemas relatados no desempenho sexual. Geralmente a ejaculação

precoce está associada a uma problemática compreensão da relação entre as figuras masculina e feminina, segundo relatam alguns psicoterapeutas.

Nessa perspectiva da compreensão das relações entre as figuras masculina e feminina, com todas suas nuances, os dados sobre violência contra a mulher (praticada por homens) e assassinatos de homossexuais, colocam os Estados de Pernambuco, Bahia e Ceará, como potencialmente violentos em termos de crimes homofóbicos e com elevados índices de violência contra a mulher⁹.

Assim, compreendemos que elementos constituintes no processo de formação da região Nordeste (e dos homens e mulheres da região) estão bastante presentes no que podemos chamar de cearensidade, ao mesmo tempo em que convivem com outros elementos, fatores e tendências que formaram (e continuam formando) a sociedade brasileira e também as relações em torno das sexualidades no mundo ocidental, resguardadas as diferenças culturais, étnicas e religiosas.

1. 2 - EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Os primeiros casos de uma doença que não tinha sua etiologia conhecida, que concentrava uma alta taxa de letalidade e que desafiava a comunidade científica internacional, surgiram ainda em meados/final da década de 1970, nos Estados Unidos, Haiti e na África Central. De acordo com Mann, Tarantola e Netter (ORGs., 1993), em menos de duas décadas, o HIV tornou-se a primeira pandemia moderna. Já em 1992, segundo a análise dos autores, existiam sinais de que podia estar se perdendo o controle da pandemia, ou seja, tratava-se de uma pandemia cujo amplo curso pelas sociedades ainda precisava ser mensurado pelas políticas e programas desenvolvidos contra ela.

Segundo os mesmos autores, a epidemia de HIV/Aids requeria a definição de alguns conceitos principais, que eram os seguintes: que a epidemia era um novo fenômeno global, ainda altamente dinâmico e instável, cujos maiores impactos ainda estavam por vir, e cuja forma atual e futura

⁹ Fontes: Grupo Gay da Bahia, Anistia Internacional e organizações de mulheres.

dependiam exclusivamente do comportamento humano individual e coletivo; o HIV/Aids é uma pandemia, que afeta

todos os continentes habitados, 164 países relatavam oficialmente a existência de casos de Aids e a infecção pelo HIV foi documentada em praticamente todos os países.

Prosseguem afirmando que a pandemia do HIV/Aids é nova; trata-se de um fenômeno muito recente em termos históricos. Em 1981, quando a Aids foi descrita pela primeira vez, estavam ocorrendo infecções pelo HIV em cerca de vinte países, com uma estimativa de 100.000 pessoas infectadas no mundo inteiro (Mann, Tarantola e Netter, orgs., 1993).

O Impacto da Aids sobre as sociedades

De acordo com as características observadas pelos autores com relação à epidemia de HIV/Aids, ou seja, dela ser volátil, dinâmica, instável e seus maiores impactos ainda estarem por vir, é importante analisar o crescimento do impacto da doença sobre as populações. No início de 1992, havia 12,9 milhões de pessoas no mundo inteiro (incluindo 4,7 milhões de mulheres, 7,1 milhões de homens e 1,1 milhão de crianças) infectadas pelo HIV. Cerca de um quinto (2,7 milhões, 21%) desenvolveram Aids¹⁰; delas, mais de 90% (em torno de 2,5 milhões) faleceram (Mann, Tarantola e Netter, orgs., 1993).

¹⁰ A definição de caso de Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), em indivíduos com mais de 13 anos, para fins de vigilância epidemiológica, adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil, segue critérios adotados pelos CDC (*CDC/USA: Centers for Diseases Control and Prevention-CDC*, ou Centros para o Controle de Doenças e Prevenção, dos Estados Unidos da América), e por Rio de Janeiro/Caracas (adotado a partir de conclusões de especialistas, que reunidos em Caracas, Venezuela, basearam-se em experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, e que veio a se denominar de critério Rio de Janeiro/Caracas). Tal definição fundamenta-se na evidência laboratorial da infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), através do exame para detectar o HIV, apoiada pelo diagnóstico de determinadas doenças indicativas de Aids ou evidência laboratorial de imunodeficiência; e/ou a contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 células/mm³ ou ao somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças relacionadas à síndrome. Assim sendo, a existência apenas da sorologia positiva para o HIV não caracteriza um quadro de Aids (não havendo assim notificação compulsória no sistema de saúde para a soropositividade,

Em 2004, a epidemia segue crescendo. Segundo o UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/Aids), existem entre 34 e 46 milhões de pessoas em todo o mundo infectadas com o vírus da Aids. De acordo com a análise do diretor geral da OMS, Joig Wook-Lee, a Aids é o pior desastre social que o mundo já presenciou: “A Aids foi a doença que já tirou 30 milhões de vidas em todo o mundo.”¹¹

Do total de casos no mundo, as regiões central e meridional da África registram 29 milhões de portadores de HIV e doentes de Aids.

Na América Latina e no Caribe, atualmente, ainda segundo o UNAIDS, mais de 2 milhões de pessoas vivem com HIV, sendo os países do Caribe os que detêm os maiores índices de soroprevalência¹². Em 2002, de acordo com a ONU, pelo menos 10 mil pessoas faleceram na região, em decorrência da Aids, número mais alto de óbitos em escala regional depois da África Subsaariana, região do mundo com os maiores índices, e da Ásia.

A epidemia cresce cada vez mais nos países em desenvolvimento e nos países pobres. 90% dos novos casos de Aids concentram-se nesses países. Quase três quartos do número de pessoas infectadas pelo HIV ou doentes de Aids encontram-se na região da África Subsaariana. A Aids tem afetado diretamente a expectativa de vida em diversos países. “Analisando a Aids e seu impacto na expectativa de vida, podemos observar que, em muitos países, a epidemia está apagando décadas de progresso” (Barber-Madden, 2003: 22-23). Prossegue a autora¹³, exemplificando que a média de

havendo necessidade da observância de outros parâmetros clínicos, laboratoriais e/ou documentais (Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, 2003). Em países onde a vigilância epidemiológica está mais estruturada, no sistema de saúde, há a determinação de notificação compulsória dos casos de Aids, não havendo notificação, na grande maioria dos países, para os casos de soropositividade. No Brasil, a Aids tem notificação compulsória no sistema de saúde. Os números mundiais para casos de pessoas soropositivas baseiam-se em estimativas da Organização Mundial da Saúde-OMS.

¹¹ in Jornal O POVO *on line*, 07/12/03.

¹² É o número de indivíduos soropositivos em um determinado grupo populacional em período de tempo e lugar definidos (Ministério da Saúde, 1997).

¹³ Rosemary Barber-Madden é representante do Fundo de População das Nações Unidas (UNFA) e presidente do Grupo Temático do UNAIDS no Brasil.

expectativa de vida na África do Sul é, hoje, de 47 anos, quando poderia ser de 62 anos. Em Botswana, a expectativa de vida caiu a níveis nunca vistos desde antes dos anos 1950.

No Brasil, até o final de setembro/2003, foram notificados 277.141 casos de Aids¹⁴ (70% são do sexo masculino) e a estimativa é de que existam 400 mil pessoas soropositivas para o HIV e que não sabem de sua sorologia. O mais recente balanço da epidemia, apresentado pelo Ministro da Saúde, em 01/12/03, aponta que houve uma estabilização no surgimento de novos casos de Aids, a partir do ano 2000, em torno de 22 mil novos casos por ano. Na década de 90 havia em média 25 mil novos casos por ano. A redução na expectativa média de vida dos brasileiros, em decorrência do impacto da Aids, é menor que dois meses.

O avanço da epidemia tem sido maior entre os homens heterossexuais. Entre mulheres, observa-se uma estabilização da taxa de crescimento, em torno de 8 mil novos casos em média por ano. A razão entre os sexos encontra-se em torno de 1,8 casos em homens para cada caso em mulher, tendência observada desde o ano 2000. Segue o relato do Ministério da Saúde:

“Entre os homens, consolida-se o crescimento da categoria heterossexual como principal forma de transmissão do vírus, enquanto mantém-se a redução dos casos devido à transmissão por uso de drogas injetáveis e a manutenção dos números em relação à transmissão homossexual, em todas as regiões. A incidência de Aids entre heterossexuais masculinos supera 65% das notificações. Já entre as mulheres, as transmissões por relações sexuais passam de 90% das notificações” (PN DST/Aids, 2003: 02).

Em termos de distribuição geográfica, a epidemia mantém-se estável na região Sudeste (21 casos por 100 mil habitantes) e na região Centro-Oeste (12 casos por 100 mil habitantes). As regiões Sul, Norte e Nordeste apresentam tendências de crescimento mais elevado, embora as taxas sejam menores do que as observadas antes de 2000.

É importante refletir que essa divulgada “estabilidade” da epidemia de HIV/Aids no Brasil refere-se, segundo o próprio Ministério da Saúde, à estabilidade nas taxas de crescimento, ou seja, a

¹⁴ Fonte: P N DST/Aids do Ministério da Saúde.

epidemia continua crescendo com a mesma velocidade desde o ano 2000, em menor intensidade do que na década de 90, mas permanece em crescimento.

O discurso oficial da estabilidade e do controle da epidemia no Brasil é contestado, na medida em que não reflete as realidades regionais, locais e de grupos mais vulneráveis e afetados pela epidemia.

“Dados emitidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2002 apontam um processo de desaceleração da epidemia, indicando uma menor incidência da doença entre homens e mulheres. Contudo, para as mulheres, a redução só é real no Sudeste. Nas demais regiões, a epidemia continua crescendo. Em algumas localidades é significativo o impacto da desigualdade e da falta de acesso a políticas sociais, como ocorre no Norte e no Nordeste” (Rocha, 2003: 37).

A Aids é a segunda causa de morte de mulheres brasileiras, somente ficando atrás do derrame cerebral¹⁵.

De acordo com os dados epidemiológicos coletados e analisados pelo Ministério da Saúde, a epidemia de Aids no Brasil vivencia atualmente as tendências de interiorização, heterossexualização, feminização, envelhecimento e pauperização (Ministério da Saúde, 2002). A Aids se desconcentrou, disseminando-se em direção às outras regiões (além da Sudeste) e aos municípios de médio e pequeno porte. A tendência de heterossexualização observa-se na medida em que o crescimento do número de casos da doença entre as mulheres (como decorrência da transmissão heterossexual) tem ocorrido. A transmissão heterossexual como causa da infecção pelo HIV, nas mulheres, passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV desde 1993 (no universo dos casos notificados, superando os casos de transmissão “homo” e “bissexuais”, segundo os dados oficiais). Entre os homens, analisa o Ministério da Saúde, os casos com a subcategoria de exposição “heterossexual” somente superaram os de exposição “homossexual” somados aos “bissexuais” no ano de 2000.

¹⁵ Resultado obtido em pesquisa realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde, a OMS e o CNPq, que analisou 3.265 atestados de óbito de mulheres de 10 a 49 anos, de todos os Estados do país e do Distrito Federal, em 2003.

A tendência de feminização da epidemia é relatada através da distribuição dos casos de acordo com o sexo. Na década de 1980-1990 a proporção do número de casos notificados entre homens e mulheres era de 6,5 homens para cada caso notificado de mulher. Na década seguinte, de 1991-2001, essa proporção passou a ser de 2,4 homens para 1 mulher, observando-se ainda que na faixa de 13 a 24 anos e entre menores de 13 anos esta proporção é hoje praticamente de 1:1, havendo já sinais de reversão na faixa etária de 13 a 19 anos, nos anos de 2000 e 2001 (0,8:1 e 0,6:1 respectivamente), com mais casos notificados entre as mulheres.

Segundo ainda o Ministério da Saúde, “observa-se um aumento persistente de importância de todas faixas etárias de 30 anos ou mais na última década, em ambos os sexos, com destaque para as faixas de 35 a 39 anos e 40 a 49 anos, sugerindo um certo ‘envelhecimento’ da epidemia de Aids no Brasil em ambos os sexos” (PN DST/Aids, 2002: 8).

Com relação às evidências de uma tendência de “pauperização” da epidemia, as análises dos dados oficiais apontam que há um aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico (medido pela “escolaridade”). “Não se pode negar a existência de desigualdades socioeconômicas na dinâmica da disseminação da epidemia da Aids no Brasil”, ressalta o Ministério da Saúde (PN DST/Aids, 2002: 8).

Outro dado relevante do impacto da Aids sobre a vida das pessoas é a quantidade crescente do número de crianças órfãs de pais que faleceram por conta da doença. No Brasil, no período de 1980 a 1999, computavam-se 29.929 órfãos de mães que vieram a óbito em decorrência da síndrome¹⁶.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o UNICEF, a epidemia já deixou mais de 11 milhões de órfãos na África. Caso a Aids continue avançando do jeito que está, em 2010, em torno de 40 milhões de crianças em todo o continente africano terão perdido, pelo menos, um de seus progenitores.

¹⁶ Refere-se às estimativas e projeções do número acumulado de “órfãos da Aids” no Brasil, no período de 1987 a 1999. “Órfãos da Aids”, órfãos, correspondem às crianças menores de 15 anos de idade, filhos de mulheres que faleceram em decorrência da Aids (Estudo realizado por Szwarcwald, Tavares e Castilho).

No que se refere a tratamento com terapia anti-retroviral¹⁷, no Brasil, até janeiro de 2003, cerca de 120 mil pessoas vivendo com HIV/Aids se beneficiavam dos tratamentos, fornecidos na rede pública de saúde. No mundo, apenas cerca de 5% das pessoas soropositivas, e que têm necessidade da terapia com os medicamentos anti-retrovirais, têm acesso aos remédios.

Ao invés de revelar apenas estatísticas, números e dados “frios”, os “números” da epidemia de HIV/Aids, por si só, expressam em cada unidade apontada uma pessoa afetada, uma família atingida, um grupo social, um bairro, uma comunidade, um município afetado.

A Aids na contramão do desenvolvimento

Questões como o impacto da Aids sobre a expectativa de vida, das possibilidades do exercício da maternidade ou paternidade, do destino dos órfãos, e das circunstâncias que a epidemia pode influenciar o exercício de trabalho pelas pessoas, afetam diretamente o desenvolvimento das pessoas e de suas comunidades, e em muitos casos, de seus próprios países.

Rocha (2003) trabalhando com os conceitos de desenvolvimento, em suas vertentes históricas, ou seja, desenvolvimento econômico, desenvolvimento social, desenvolvimento humano, desenvolvimento sustentável, enuncia imbricações entre a epidemia de Aids e o desenvolvimento: “A epidemia de Aids é um dos problemas mais contundentes que afetam o desenvolvimento dos países, impactando fortemente a produção e a economia, estagnando o crescimento das populações, revelando a não efetivação dos direitos humanos” (2003: 38).

Nessa direção, Barber-Madden (2003) ressalta a afirmação feita por Peter Piot, diretor-executivo do UNAIDS (em setembro/02 durante a Cúpula Mundial para o Desenvolvimento), quando

¹⁷ “Denominação genérica para os medicamentos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, que é um retrovírus” (Ministério da Saúde, 1996).

revelou que “se continuarmos a permitir que a Aids nos prive de recursos humanos, o desenvolvimento sustentável será impossível.”

A autora relaciona Aids e o aumento da pobreza: “O aumento da prevalência do HIV/Aids aumenta a pobreza, e a comunidade internacional e Estados nacionais têm que prestar mais atenção a essa doença que pode paralisar a produção agrícola em diversos países, agravando o problema da fome” (2003: 21). E enfatiza que a Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO) estima que desde o início da epidemia já morreram 7 milhões de trabalhadores rurais em função da Aids e que outros 20 milhões podem morrer nos próximos 20 anos devido à doença.

Corrêa (2003: 62) envereda pela articulação entre Aids e produtividade: “Ao fazer suas contas precisas, o Banco Mundial descobriu que algumas doenças e fenômenos sociais- como a Aids e a violência- tinham enorme impacto sobre a produtividade”. Retomaremos no capítulo sobre Respostas mais efetivas à epidemia as imbricações entre as políticas do Banco Mundial e as respostas (governamentais e sociais) ao HIV/Aids.

1.3- POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS

Analisando as tendências e direcionamentos da epidemia de Aids, dois conceitos têm permeado e indicado caminhos e políticas de prevenção em DST/Aids: a vulnerabilidade e o empoderamento. O conceito de vulnerabilidade, aplicado à Aids, passa a ser utilizado pelo cientista social Jonathan Mann¹⁸, quando constata-se que a pandemia deslocava-se e expandia-se de maneira evidente para populações marginalizadas, discriminadas e excluídas.

¹⁸ J. Mann e Cols. Aids in the World II. 1996.

Jonathan Mann foi pesquisador social, coordenador da Coalizão Global de Políticas contra a Aids, primeiro diretor do Programa Global para a Aids da Organização Mundial da Saúde (OMS) e é o autor do conceito de vulnerabilidade em HIV/Aids.

“Com esta análise, o autor pretendia dialogar com a idéia de risco – grupo de, comportamento de, situação de – apontando que correr menos ou mais risco de infecção pelo HIV não dependia apenas de uma decisão individual. A decisão de correr pouco ou nenhum risco é determinada por um leque amplo e complexo de fatores e condições. Além disso, para que a decisão de não correr risco seja efetivamente assumida é necessário que o indivíduo tenha liberdade, poder e capacidade para transformar seu desejo em ação. Para J. Mann, a vulnerabilidade seria o oposto do empoderamento – processo no qual cada indivíduo adquire capacidade de tomar decisões realmente livres e esclarecidas sobre suas próprias vidas ” (Macedo...[et al], 2000: 67).

Mann (1996) afirma que a vulnerabilidade de uma pessoa ou de um grupo se estabelece por aspectos individuais, sociais e políticos, que interagem entre si.

Os aspectos políticos mais complexos delineiam a vulnerabilidade social diante do HIV/Aids:

“...os aspectos políticos – definição de políticas públicas capazes de dar suporte ao cidadão na sua busca de desenvolvimento pessoal e autonomia, requisitos para a expressão do desejo e possibilidade de autoproteção...No entanto, há necessidade de políticas de educação, saúde, habitação, emprego e renda, que atendam exigências mínimas de dignidade, para que o cidadão possa sentir-se importante, respeitável e capaz de construir uma vida com qualidade, prazer e segurança” (Macedo...[et al], 2000: 68).

Os autores ressaltam a amplitude da questão, quando afirmam que o uso do conceito de vulnerabilidade possibilita ampliar o conjunto de intervenções voltadas para a prevenção e o controle do HIV, sugerindo a articulação de ações em diferentes níveis como pressuposto para a implementação de uma política responsável de combate à epidemia (2000).

Mann, Tarantola e Netter (ORGS., 1993) elucidam a vulnerabilidade individual ao HIV/Aids (tanto na prevenção quanto na assistência):

“o comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, meia-idade e terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações (1993: 276). ”

Portanto, consideram os autores, que ao avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida (1993).

No que se refere à análise das vulnerabilidades, em nível coletivo, os autores a consideram necessária, e que pretende descrever o contexto no qual a prevenção do HIV se desenvolve, e como o tratamento do HIV/Aids e o poder individual estão (ou não) ocorrendo. Nesse aspecto, refletem que os programas nacionais de combate à Aids têm um papel central na redução (ou não) das vulnerabilidades individual e coletiva diante da epidemia: “O papel dos programas nacionais de combate à Aids na promoção e garantia de um ambiente social receptivo ocorre em vários níveis. É necessário um clima positivo e receptivo para informação/educação e uso dos serviços sociais e de saúde (1993: 287).”

Prosseguem afirmando que a fim de reduzir o estigma associado às pessoas infectadas e doentes, é preciso que o HIV/Aids seja normalizado como um problema de saúde. Nesse raciocínio, é necessário desenvolver uma compreensão mais ampla da necessidade de evitar a discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV, pessoas com Aids e pessoas com comportamento de risco.

Para Bastos (2000: 9), a perspectiva de Jonathan Mann e colaboradores no sentido de introduzir o conceito de vulnerabilidade no campo do HIV/Aids e explorar suas possibilidades heurísticas, é fundamental: “...fazendo com que o conceito de vulnerabilidade amplie e/ou refine as tradicionais categorias de análise epidemiológica, incorporando dimensões culturais, sociais e políticas, além de funcionar como um ‘operador de leitura’, possibilitando ‘extrair’ interpretações mais ricas dos dados e informações disponíveis”.

É importante destacar que José Ricardo Ayres (1999), no Brasil, partiu também para o aprofundamento dessa idéia de que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV ou ao adoecimento (no caso das pessoas soropositivas), e que o nível de vulnerabilidade de cada um ou de um determinado grupo social depende de vários aspectos.

O enfoque de empoderamento inicialmente foi articulado pelas organizações de mulheres do Terceiro Mundo. “Seu propósito é dar mais poder às mulheres mediante uma maior confiança em si mesmas” (Moser, 1995: 116).

Os conceitos de vulnerabilidade e empoderamento, no campo do HIV/Aids, têm origem nas definições de Jonathan Mann. No caso do conceito de empoderamento se baseia no enfoque utilizado pelas organizações feministas do Terceiro Mundo. Em seguida, tais conceitos passam a ser utilizados pelos organismos multilaterais envolvidos diretamente com a temática da epidemia.

Se de alguma maneira a tendência de “des-homossexualização da Aids” influenciou numa mudança de olhar e de atenção, pela sociedade e pelos governos, para a prevenção entre os homossexuais masculinos, os aspectos que tornam mais vulneráveis esse grupo social continuaram bastante significativos.

A vulnerabilidade social que afeta os indivíduos homossexuais masculinos se apresenta relacionada a diversos fatores, referentes às desigualdades sociais associadas ao componente orientação sexual. “...Alguns grupos populacionais podem, devido às desigualdades sociais, se tornar mais suscetíveis à epidemia pelo HIV/Aids. Este fenômeno é chamado de vulnerabilidade social” (Rossi , ORG., 2002: 24).

Nesse sentido, o estigma que afeta os homossexuais, com reflexos diretos sobre a auto-estima, tem papel relevante na saúde desses indivíduos. Os autores analisam que a baixa auto-estima também pode levar os homossexuais a optarem por apresentar uma total despreocupação no cuidado consigo próprio, que se traduz, por exemplo, no exercício de práticas sexuais pouco seguras. O estigma que atinge os homossexuais os enxergam como “marginais”, pervertidos, pecadores etc. “Esse estigma atinge diretamente a auto-estima dos homossexuais, uma vez que todos precisamos sempre do respaldo da sociedade em que vivemos para reforçar o significado de nossas atitudes” (2002: 24).

A Escola e a família podem ser provocadoras de estigma que afeta os homossexuais desde muito jovens. E como agentes importantes na socialização dos indivíduos, poderiam fornecer

informações corretas sobre sexualidade e viabilizar total apoio aos jovens no início de sua vida afetiva e sexual. “ Neste sentido, estudos entre adolescentes têm mostrado que os jovens homossexuais são mais suscetíveis aos riscos de abuso físico, problemas escolares, fuga de casa e problemas psicológicos, além da infecção pelo HIV” (2002: 25).

Outro aspecto importante é o papel desempenhado pelos serviços de saúde, quando resvalam para o reforço ao estigma. Seguem os autores afirmando que a existência de muitos profissionais de saúde com uma visão preconceituosa em relação à homossexualidade é causa fundamental para o afastamento desse público usuário homossexual do serviço de saúde, negando a ele (o público homossexual) o acesso ao preservativo, à informação, aos exames e ao cuidado com a saúde. Analisando o acesso dos homossexuais aos serviços de saúde, Passarelli (2002: 41) afirma que:

“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 Homens que fazem Sexo com Homens (os mais pobres, os menos escolarizados ou aqueles que fogem ao estereótipo de bicha 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”.

Neste sentido, são evidentes o despreparo e as desigualdades expostos no oferecimento dos serviços de saúde, do SUS, aos homossexuais masculinos.

O estigma se apresenta também no mercado de trabalho, dificultando consideravelmente o acesso dos homossexuais masculinos aos postos de trabalho. “...os jovens homossexuais e os homossexuais que demonstram sua preferência sexual com maneirismos considerados femininos têm muito mais dificuldade de obter emprego do que os heterossexuais” (Rossi , ORG., 2002: 26). Esse quadro provoca a situação em que os homossexuais muitas vezes procuram alternativas de trabalho no mercado informal, tendo o exercício do trabalho sexual como uma das principais opções, o que aumenta consideravelmente sua vulnerabilidade diante do HIV/Aids.

Aspectos relativos às classes sociais, padrão de renda e escolaridade, assim como às relações raciais presentes em nossa sociedade, têm impactos importantes sobre o exercício da sexualidade e conseqüentemente sobre a vulnerabilidade social do indivíduo homossexual.

“ (...)uma pessoa com prática homossexual de classe média e alta tem muito mais acesso à informação e aos serviços de saúde do que aquela proveniente de classes sociais mais desfavorecidas” (2002: 26). Seguem os autores afirmando que da mesma forma quando se cruzam homossexualidade e relações raciais existentes em nossa sociedade, “...podemos perceber que os homossexuais negros estão em situação de maior vulnerabilidade social do que aqueles de cor branca” (Rossi , ORG., 2002: 26).

Outro aspecto importante e delineador de vulnerabilidade ao HIV/Aids é o fato de que muitos homens que mantêm práticas homossexuais, ocasionais ou freqüentes, não se reconhecem enquanto homossexuais ou bissexuais, mas têm uma identidade sexual formada como heterossexual.

Rios (2002) analisando a relação entre identidade, comportamento e prevenção, ressalta a importância de lembrar que a epidemia de significados que caminha paralela a do vírus (apud Treichler, 1999), muitas vezes a antecedendo e formatando 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” (2002: 75).

O autor segue analisando que 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, Rios, 2002: 75).

As limitações impostas aos homossexuais, no acesso a trabalho e serviços de saúde, são denotativas da discriminação que os atinge.

“A maior parte dessas minorias, a de homens e mulheres homossexuais e bissexuais, assim como de pessoas transexuais, experimenta limitações no acesso à proteção social frente a problemas de saúde. Não só tem um menor acesso a fontes de trabalho formal (e por isso a recursos econômicos), mas também com frequência devem enfrentar um sistema de saúde homofóbico ou, ao menos, com poucos serviços desenhados de acordo com as necessidades de populações não heterossexuais” (Cáceres, 2000: 12).

As dimensões social e política das expressões das homossexualidades, das suas relações sociais e suas territorialidades construídas¹⁹, reservam para a sociedade em geral e os poderes públicos desafios sobre um cotidiano heterossexista que marginaliza e estigmatiza as práticas homoeróticas, transportando para o mundo do trabalho, da saúde, da educação, do lazer e da convivência/violência, posturas excludentes para as pessoas homossexuais.

Segundo pesquisa realizada pelo Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, com 200 homossexuais e bissexuais masculinos, residentes em bairros das “periferias” de Fortaleza, 49,20% declararam já ter sofrido algum tipo de discriminação associada a sua orientação sexual, 30,20% declararam não ter emprego.²⁰

Assim, sobre essa vulnerabilidade social identificada debruça-se boa parte dos esforços atuais, comunitários e governamentais, para deter a epidemia de HIV/Aids junto aos homossexuais masculinos:

¹⁹ O antropólogo Alexandre Fleming C. Vale reflete sobre uma “territorialidade marginal”, a partir da sociabilidade de espectadores de um cinema pornô, em Fortaleza (Vale, 2000). Vale resgata Guattari, segundo o qual, o espaço funcionaria como uma “referência extrínseca em relação aos objetos que ele contém”, e o território funcionaria “em uma relação intrínseca com a subjetividade que o delimita” (Guattari, 1985:110).

²⁰ Pesquisa realizada, em 2000, no Projeto “Entre Nós”, do GRAB, de prevenção das DST e Aids (Prevenção e Cidadania), que beneficiou 1.144 homossexuais e bissexuais masculinos, em Fortaleza.

“Utilizando-se dados de 1998 para homens de 18 a 59 anos estimou-se, por meio de estudos estatísticos e epidemiológicos, que a probabilidade de um homossexual estar infectado pelo HIV é cerca de 11 vezes maior do que de um homem heterossexual. Esta estimativa corrobora e coloca este segmento populacional como um dos mais prioritários para a implantação de ações de prevenção das DST/HIV/Aids no país” (Rossi , ORG., 2002: 109).

Esses dados são a constatação de que as vulnerabilidades específicas dos homossexuais diante das DST/HIV/Aids os tornam um segmento da população cujas ações de prevenção devam se deter, enquanto política de saúde, num cenário onde o crescimento do número de casos entre homens e mulheres heterossexuais se dá, nos últimos anos, de maneira mais veloz, que entre os homossexuais masculinos.

Políticas, Programas e Projetos: uma distinção necessária

Destacamos a importância de delimitarmos conceitualmente as expressões **políticas, políticas públicas, programas e projetos**, relacionando-as com o universo do estudo, ou seja, as políticas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids dirigidas aos homossexuais masculinos.

Ruben de Mattos (1999) ressalta que os termos políticas públicas, programas e projetos têm sido usados de maneiras diferentes. E que as diversas definições de políticas públicas atendem a diversos objetivos de estudo. O autor cita que para os estudos sobre a história das políticas, pode ser útil adotar definições bastante genéricas, como as de Lemieux, que as concede como “(...) tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades” (apud Vianna, 1997, Mattos, 1999: 48). Mattos reflete sobre a dificuldade em se definir o que de fato seja um problema público, de maneira que independa das práticas discursivas dos atores que se engajam na formulação das políticas em uma situação concreta. “O que não nos impede de reconhecer em situações concretas problemas que se instituíram como

problemas públicos, sendo alvo de políticas públicas, bem como de reconhecer, no debate, certas propostas de que se venha a considerar outros tantos problemas como problemas públicos” (Mattos, 1999: 48-49).

Ainda segundo o autor, essa definição enfatiza que as políticas públicas são sempre objeto de disputa entre diversos grupos, disputa que estende-se à própria decisão do que deve ser considerado em certo momento como um problema público e, portanto, que deve ser algo da ação regulatória do Estado (1999). Ele enfatiza que uma política pública específica se caracteriza por uma certa divisão de responsabilidade, por vezes derivada das características da instituição que assume a formulação, às vezes acordada entre várias instituições (governamentais ou não-governamentais) diretamente envolvidas na formulação.

Nessa perspectiva, Mattos reflete sobre as agendas dos problemas públicos e as prioridades que são estabelecidas:

“(…)há uma agenda de problemas públicos, isto é, problemas que devem ser alvo de políticas públicas, agenda esta que é continuamente negociada, tanto no que concerne à eventual inclusão de um novo tema no conjunto de problemas públicos, como no que se refere à sua importância relativa no interior da agenda. Da mesma forma que se pode falar em uma agenda das políticas públicas em geral, pode-se falar em agendas específicas de cada instituição ou agência que compõe o Estado nos mais diversos níveis de governo. Aqui também ocorrem demandas pela modificação da agenda dessas diferentes instituições governamentais” (1999: 49).

Prossegue o autor, analisando que, freqüentemente, o debate sobre os impactos da epidemia de HIV/Aids se inscreve nessas disputas. E que, nesse sentido, pode-se compreender qualquer política pública como uma resposta dada pelo Estado a um conjunto de demandas postas pela sociedade.

Destacamos a análise realizada pelo autor, a partir da consideração de que dentre as diversas formas nas quais as diretrizes gerais de uma política pública podem se desdobrar, a noção de programa merece destaque. “Usualmente, denomina-se programa um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão

institucional (e portanto orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente”, descreve Mattos (1999: 52-53).

Nesse sentido, Mattos observa que trata-se de uma forma de organização das ações governamentais muito comum no setor de Saúde, especialmente na saúde pública. E por fim, o autor descreve a terminologia projeto, como um termo freqüentemente utilizado para designar um conjunto de atividades mais ou menos articuladas, e que tem uma fonte de recursos temporária, com duração limitada.

Mattos ainda ressalta a importância da utilização do termo política como uma designação de um conjunto específico de propostas acerca de um ponto da agenda, referindo-se à resposta a um entendimento sobre um problema público e que, portanto, é passível da intervenção/regulação governamental.

A partir dessas reflexões teóricas ora realizadas, refletimos como podemos analisar a abrangência de políticas dirigidas a homossexuais masculinos. Quantos homossexuais masculinos compõem a população brasileira? Segundo o estudo Kinsey²¹, por volta de 10% da população masculina do Ocidente é composta por homens predominantemente homossexuais. Tal “recenseamento” da população homossexual se defronta sempre com dificuldades quanto às identidades sexuais formadas e com o medo da revelação da condição homossexual, além de empecilhos de natureza governamental.²²

O Ministério da Saúde adota um percentual de 5,9% de homossexuais masculinos em relação à população masculina. A então Coordenação Nacional de DST/Aids conduziu um estudo para definir uma estimativa de Homens que fazem Sexo com Homens, no âmbito da população brasileira. “A partir de seus resultados, foi possível estimar que 5,9% da população masculina com 15 anos ou

²¹ Kinsey coordenou a maior pesquisa já realizada sobre sexualidade humana - o Relatório Kinsey - entre homens brancos norte-americanos, em 1948.

²² No último recenseamento do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, grupos gays solicitaram a inclusão do item orientação sexual nos questionários aplicados, mas a reivindicação não foi acatada.

mais é constituída de HSH, correspondendo a cerca de 3.200.000 indivíduos. Esse percentual estimado para o Brasil (5,9%) é muito próximo daqueles disponíveis para os Estados Unidos (6,7%) e para a França (4,1%). Tal estimativa é utilizada atualmente pela esfera governamental para o planejamento de suas ações” (CN DST/Aids, 2002: 1).

Essa realidade, da ausência de dados censitários mais precisos, por um aspecto dificulta uma maior visibilidade das discussões das temáticas em torno das homossexualidades e dos direitos dos homossexuais, da mesma forma condiciona as políticas dirigidas à população homossexual masculina, imersas num tratamento heterossexista presente no Estado e suas relações.

No que se refere propriamente a políticas de Saúde voltadas aos homossexuais masculinos, elas são notadamente ausentes ou insipientes. Diferentemente de outros segmentos populacionais, mesmo que de forma ainda em construção, há setores especializados em saúde da mulher, do adolescente, dos portadores de deficiência física, dos homens (de uma forma geral, mas ainda bastante limitado). Mas não há um movimento de formação de habilidades, especialidades, *expertises*, em saúde do homem homossexual na estrutura formal da Saúde no Brasil. A portaria 373 do Ministério da Saúde, de 27.02.02, estabelece, entre diversas outras questões, atividades e responsabilidades nas áreas de saúde da criança e saúde da mulher.

Terto (2004)²³ considera que a questão da orientação sexual ainda parece ser pouco trabalhada nas ações de saúde masculina. Ele ressalta que se por um lado há campanhas de prevenção a Aids que falam abertamente ou são dirigidas aos homossexuais, a questão da orientação sexual pouco ou nada aparece em outros problemas de saúde, como alcoolismo, prevenção e tratamento ao câncer de próstata, depressão e outros distúrbios mentais, envelhecimento, entre outras doenças e

²³ in entrevista concedida no âmbito da pesquisa de campo. Veriano Terto Jr. é coordenador-geral da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA e era então professor visitante do NPACS- Núcleo de Pesquisa do Corpo e da Saúde/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Entrevista realizada em fevereiro de 2004.

questões de saúde enfrentados pelos homens em geral, e, evidentemente, também pelos homossexuais masculinos.

Nos anais do XI Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros- EBGLT, espaço deliberativo do movimento homossexual, realizado em 2003, encontram-se demandas que visam a efetivação de políticas de saúde que se dirijam de maneira complexa e abrangente aos homossexuais masculinos.

CAPÍTULO 2

PROTAGONISMO DO MOVIMENTO HOMOSSEXUAL NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS

2.1. O MOVIMENTO HOMOSSEXUAL: ASPECTOS HISTÓRICOS

Marilena Chauí (1991) analisando os estudos sobre sexualidade, a partir dos movimentos sociais, afirma que de modo geral, os estudos sobre a sexualidade no Brasil, quando feitos por movimentos sociais, apresentam duas características principais: a crítica (do machismo, do racismo, das discriminações sexuais) e a reivindicação de direitos. A autora afirma que essa reivindicação é de grande importância não só por indicar nova atitude face a diferentes formas de dominação, mas também porque num país como o Brasil, lutar por direitos é colocar no espaço público aquilo que

tende a permanecer aceito como violência natural ou imperceptível pelo confinamento ao espaço privado.

A autora insere a reivindicação de direitos na sexualidade como um componente importante da cena política brasileira. E nesse contexto, da reivindicação de direitos no campo da sexualidade, passa a compor o cenário político brasileiro a partir de uma determinada época, e impulsionada pelos movimentos homossexual e feminista.

No contexto histórico de abertura política, reconstrução de movimentos sociais e afirmação de novos atores sociais, o movimento homossexual direcionou suas prioridades para o combate à homofobia, à violência crescente contra os homossexuais e à invisibilidade das discussões públicas em torno da homossexualidade e dos direitos humanos no Brasil.

Ao final da década de 1970, emerge com vigor e visibilidade o movimento sindical de base metalúrgica, na região do ABC paulista. É também o momento da anistia aos exilados políticos e do fim do bipartidarismo. Naquele período, além dos movimentos sindical e estudantil, outros movimentos sociais dão sinais de fôlego e de reaparecimento no cenário político nacional. Os movimentos negro e ecologista articulam-se.

Já os movimentos feminista e homossexual, especialmente, põem na pauta do processo de democratização temas como gênero, sexualidade, opressão masculina, direitos civis, discriminação e preconceito, procurando chamar a atenção da opinião pública para essas questões apontadas pelas mulheres e os homossexuais, e que deviam estar inclusas na agenda nacional da democratização. Além do voto, do trabalho, da moradia, da educação e da saúde, o direito ao prazer, à igualdade entre os gêneros e à liberdade plena, ganham voz com as feministas e o movimento gay e lésbico.

Os primeiros passos de organização do movimento homossexual brasileiro iniciaram-se quase uma década depois do início da onda liberacionista nos Estados Unidos e Europa, notadamente após o marco de Stonewall²⁴, em 1969, em Nova York.

²⁴ As manifestações de reação à violência, realizadas por habituais frequentadores do bar Stonewall, no bairro Village, em Nova York, que eram constantemente agredidos fisicamente por policiais, pelo fato de serem homossexuais, em junho de

Em 1976, alguns estudantes universitários começaram a reunir-se em um grupo de discussão sobre homossexualidade, na cidade de São Paulo. Diante de dilemas que afetavam tais pessoas, e sua auto-estima, como por exemplo, se sentirem anormais por conta de sua homossexualidade, uma pergunta girava no âmbito do grupo, e pontuou em grande medida a primeira fase do movimento homossexual brasileiro: seria politicamente válido discutir sexualidade naquele momento, algo que era considerado secundário no grave contexto político do país na época? (Trevisan, 2000).

Os movimentos negro, feminista e ecologista, e o movimento homossexual, eram reunidos num conjunto denominado de “luta das minorias”. “Se, para essa esquerda, a sexualidade e o racismo eram temas incomodamente discutidos fora dos parâmetros da luta de classes (ou ‘luta maior’, em sua gíria), o aborto podia criar desagradáveis atritos com a Igreja Católica progressista, sua aliada.” (2000: 338). O autor analisa a relação e o diálogo entre o movimento homossexual e as agremiações de esquerda da época: “... a prioridade máxima era, justamente, a luta do proletariado que deflagaria e conduziria a revolução em seu sentido mais abrangente sendo o demais irrelevante e até divisionista. Diante dela, nós éramos a ‘luta menor’, portanto secundária...” (Trevisan, 2000: 343).

Nesse contexto, Santos (2001) chama a atenção para os novos sujeitos sociais e os novos movimentos sociais (NMSs) que ganham força a partir da década de oitenta, e sua ação sobre um novo paradigma social, quando ao identificar novas formas de opressão que extravasam as relações de produção e nem sequer são específicas delas, como sejam a guerra, a poluição, o machismo, o racismo ou o produtivismo, advogam um novo paradigma social menos assente na riqueza e no bem-estar material do que na cultura e na qualidade de vida.

Para o sociólogo português, os NMSs denunciam, com uma radicalidade sem precedentes, os excessos de regulação da modernidade. Segundo ele,

“Tais excessos atingem, não só o modo como se trabalha e produz, mas também o modo como se descansa e vive; a pobreza e as assimetrias das relações sociais são a

1969, é um marco histórico na luta pelos direitos humanos de homossexuais, e veio a se tornar o dia internacional do orgulho gay ou da consciência homossexual, celebrado em diversos países anualmente no dia 28 de junho.

outra face da alienação e do desequilíbrio interior dos indivíduos; e finalmente, essas formas de opressão não atingem especificamente uma classe social e sim grupos transclassistas ou mesmo a sociedade no seu todo” (2001: 258).

Na perspectiva do pensamento do autor, o movimento social homossexual, expressado através dos movimentos gay, lésbico e de transgêneros, que nascem a partir do final dos anos setenta e consolidam-se nas décadas de 80 e 90, no Brasil, permeia suas ações no espaço, identificado por ele, das opressões baseadas nas assimetrias das relações sociais. Espaço que interpretamos como sendo das desigualdades sociais, que partem também das sexualidades e do modo que a sociedade e o Estado se relacionam com elas.

Em abril de 1980, é realizado o I Encontro Brasileiro de Grupos Homossexuais Organizados, na cidade de São Paulo, reunindo mais de duzentas pessoas, representantes dos nove grupos existentes na época em todo o Brasil.

Trevisan (2000) relata o evento e as tentativas e ações reiteradas que visavam o alinhamento ou não do movimento às agremiações partidárias de esquerda na época.

O jornal “Lampião”²⁵, editado no Rio de Janeiro, a partir de abril de 1978, por intelectuais, jornalistas e artistas homossexuais, tinha o objetivo de viabilizar alianças entre as “minorias”, as feministas, os negros e os índios. Sem conseguir grandes parcerias entre esses segmentos, o periódico foi sobretudo uma experiência inovadora e positiva, que suscitava discussões e polêmicas inteligentes, em torno da homossexualidade, nos seus aspectos políticos, humanistas e culturais.

Após vigorosa existência, que incluiu perseguições da censura, em julho de 1981, com 37 números publicados mensalmente, o jornal é fechado, em decorrência de problemas de gerenciamento administrativo-financeiro e por uma certa perda de interesse por parte dos leitores, com reflexos sobre a vendagem nas bancas (Trevisan, 2000).

As primeiras articulações em torno de um grupo de pessoas que discutiam a temática da homossexualidade, no Brasil, seguiram, de qualquer forma, um modelo americano: “O modelo era até

²⁵ O jornal ‘Lampião da Esquina’ foi um jornal alternativo que introduziu temas até então censurados na imprensa brasileira do final da década de 1970 (Trevisan, 2000). Segundo a mesma publicação, o jornal foi perseguido por ameaças e seus editores submetidos a inquérito policial, sob a alegação de atentado à moral e aos bons costumes.

certo ponto, o *gay consciousness raising group* americano, através do qual se buscava uma identidade enquanto grupo social” (Trevisan, 2000: 339).

Nessa busca de uma identidade enquanto grupo social, com temáticas e dinâmicas próprias, começam a surgir grupos compostos por homossexuais. Há alguns momentos históricos bastante importantes na construção do movimento homossexual brasileiro, dentre eles, a fundação do Grupo Somos de Afirmação Homossexual, primeiro grupo no país²⁶, fundado na cidade de São Paulo em 1979; e o grupo Triângulo Rosa, fundado na cidade do Rio de Janeiro, em 1985. Câmara (2002: 35) ressalta esses momentos:

“Podem ser demarcados dois momentos característicos para a emergência do movimento gay no Brasil. O primeiro, caracterizado pela conjuntura política do final da década de 1970, foi marcado pelo Grupo Somos de Afirmação Homossexual, de São Paulo. O segundo, meados da década de 1980. Outra década, outro país, outras questões...Sem a rigidez da ditadura militar, mas abalada pela avassaladora chegada da Aids, nesse período foi marcante a presença do grupo Triângulo Rosa” .

A autora afirma que o Triângulo Rosa possuía diferenças com relação aos grupos homossexuais surgidos anteriormente a ele. Chama a atenção para o fato de que o grupo se detinha mais dirigidamente nas questões políticas e coletivas, e enfatizava a necessidade de ações que empreendesse a “afirmação homossexual”.

O grupo paulista que estava se reunindo desde 1976 passa a se chamar definitivamente como Somos, após sua participação em um debate histórico sobre Homossexualidade, na Universidade de São Paulo, realizado em fevereiro de 1979.

No começo da década de 1980, já havia outros grupos ativistas gays em São Paulo, Rio de Janeiro, Niterói, Belo Horizonte, Salvador, Brasília, Recife, João Pessoa e no interior do estado de São Paulo (Trevisan, 2000).

²⁶ Antes do grupo Somos, um outro grupo utilizou o nome de Núcleo de ação pelos direitos dos homossexuais (Mac RAE, 1990).

Destaca-se a existência do Grupo Gay da Bahia, fundado em 1980, e que veio a ser o primeiro grupo homossexual brasileiro que se registrou como sociedade civil, e o mais antigo em atuação no país.

A partir dos acontecimentos históricos abordados, a formação de núcleos e grupos de homossexuais é impulsionada em distintos estados do país.

Construindo uma agenda própria

Nos primórdios do movimento homossexual brasileiro, a agenda política construída pelos grupos que se formavam era diversa, incorporando características de grupos de identidade homossexual, de auto-ajuda para homossexuais, de intervenção política etc.

Nessa direção, três campanhas desenvolvidas por grupos homossexuais denotaram o ativismo inicial do movimento homossexual brasileiro: a participação na Constituinte de 1988, a campanha em torno do Código de Ética do Jornalista e a campanha para que o Ministério da Saúde deixasse de adotar o código 302.0 da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde, onde se incluía o homossexualismo como ‘desvio e transtorno sexual’.

Na Constituinte, lutava-se para que fosse incluída a proibição da discriminação por orientação sexual na Constituição brasileira. A campanha foi iniciada pelos grupos Triângulo Rosa, Grupo Gay da Bahia e Libertos, de São Paulo (Rossi, ORG., 2002).

Com a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, abriu-se um importante capítulo da expressão política do grupo Triângulo Rosa e do movimento homossexual brasileiro. “Através de correspondências trocadas com outros grupos, com parlamentares e intelectuais, o Triângulo Rosa articulou o movimento gay para uma reivindicação na Constituinte: a inclusão da expressão orientação sexual nos Direitos e Garantias Individuais” (Câmara, 2002: 37).

Para a autora, o grupo mesmo que ainda marcado pela necessidade da “afirmação homossexual” e pela discussão com a medicina, introduziu uma nova problemática destacando sua própria peculiaridade. “Reivindicava os direitos individuais para os gays e a inserção do movimento na correlação de forças existentes na polêmica jurídica” (2002: 38).

O advogado João Antônio de Souza Mascarenhas, representando o grupo Triângulo Rosa e enquanto participante do movimento homossexual, proferiu palestras nas plenárias das Subcomissões dos Direitos e Garantias Individuais, e na dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias, respectivamente nos dias 20 de maio e 24 de junho de 1987, na Assembléia Nacional Constituinte, no Congresso Nacional. O pleito do movimento homossexual era a inserção da expressão orientação sexual no dispositivo que substituiria o artigo 153, parágrafo 1º, da Constituição vigente na época, e que proibia a discriminação por raça, convicções políticas e filosóficas, religião e sexo.

João Antônio Mascarenhas foi o primeiro homossexual brasileiro a ser convidado a falar no Congresso Nacional (Rossi, ORG., 2002).

É importante destacar que tal participação é a primeira tentativa formal de diálogo entre o movimento homossexual brasileiro e o Estado nacional, no âmbito do Poder Legislativo, nesse caso com o intuito de incluir uma prerrogativa de proibição de discriminação em decorrência da orientação sexual das pessoas na Constituição que se construía na época.

Prossegue Câmara (2002), ressaltando que durante as discussões na Constituinte, o Triângulo Rosa além de representar as reivindicações dos homossexuais, documentando sua dissociação com relação às idéias de crime, pecado ou doença, teve que dialogar com estas concepções, simbolicamente presentes, e reforçadas devido à problemática da Aids.

Mesmo tendo o apoio de numerosos parlamentares constituintes, a expressão orientação sexual foi suprimida do texto constitucional, pela Comissão de Sistematização, por ser considerada “desnecessária”.

É importante ressaltar que a proibição da discriminação por orientação sexual foi incluída nas Leis Orgânicas Municipais de 72 municípios brasileiros e nas Constituições Estaduais de Sergipe e do Mato Grosso (Rossi, ORG., 2002).

O papel, a abrangência e o impacto dos meios de comunicação de massa, e suas relações com os direitos dos homossexuais, passaram a ser preocupação do grupo Triângulo Rosa, que catalogava diversos casos em que eram veiculados preconceito e discriminação aos homossexuais na imprensa, em vários jornais e revistas de circulação nacional. Câmara (2002) relata a campanha desenvolvida pelo grupo e que visou a inclusão no Código de Ética do Jornalista da expressão orientação sexual. Foi um processo que compreendeu dois anos e três meses, e envolveu a participação em conferências e encontros estaduais e nacionais de jornalistas. No XXI Congresso Nacional dos Jornalistas, realizado em 1986, foi aprovada a proposta de modificação do artigo 10, letra D, do Código de Ética, que incluiu expressa proibição de discriminação por orientação sexual. A campanha teve a participação, além do grupo Triângulo Rosa, do grupo homossexual Lambda, de São Paulo, e de grupos de outros estados, que pressionaram os sindicatos locais de jornalistas e as delegações de cada sindicato que se faziam presentes aos congressos nacionais da categoria profissional.

Câmara (2002: 93) descreve a relação entre as campanhas: “O debate sobre a escolha lingüística da expressão orientação sexual deu prosseguimento às discussões iniciadas na campanha que culminou com a alteração do Código de Ética do Jornalista, constituindo uma premissa básica para a interlocução com os parlamentares durante o processo da Assembléia Nacional Constituinte”.

Em 1981, inicia-se a campanha contra o código 302.0 da Organização Mundial da Saúde que caracterizava o “homossexualismo” como desvio e transtorno sexual. A campanha obteve 16 mil assinaturas (Rossi, ORG. 2002). O Grupo Gay da Bahia liderou a campanha e recebeu o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), além de numerosas personalidades e de 353 parlamentares de todo o país (Trevisan, 2000).

O Conselho Federal de Medicina retirou em 1985 o “homossexualismo” da classificação de doenças. Tal medida veio a colaborar para que o Conselho Federal de Psicologia, em 1999, aprovasse resolução proibindo que psicólogos participem de clínicas ou terapias que tenham a intenção de “curar” pessoas de orientação homossexual.

Nos anos 80 surgem novas organizações de defesa dos direitos humanos dos homossexuais. E com o crescente impacto dos casos notificados de Aids em homens homossexuais, a Aids é incorporada à agenda política do movimento homossexual. É nesse momento que o movimento homossexual vai se fortalecendo como ator social protagonista no cenário político nacional.

Os encontros brasileiros de gays, lésbicas e travestis, que são realizados desde 1982, e que contabilizam 11 eventos²⁷, são momentos históricos importantes da constituição do movimento homossexual brasileiro.

Da mesma forma, em 1995, na cidade de Curitiba, foi fundada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis, a ABGLT, com o objetivo de congregar os grupos locais de homossexuais no país.

A entidade tem como missão fortalecer e organizar as entidades de gays, lésbicas, travestis e transexuais para promover a construção de uma sociedade livre e igualitária. E aponta como visão, “unir esforços para a conquista de uma sociedade igualitária” (ABGLT, 2004).

Atualmente existem cerca de cento e trinta grupos de promoção dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil (ABGLT, 2004).

A partir de 1997, quando ocorreu a I Parada do Orgulho de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, em São Paulo, a realização de Paradas do “Orgulho Gay” ou da “Diversidade Sexual”, passou a compor a agenda do movimento homossexual brasileiro, a exemplo do que ocorria em grandes capitais no mundo. E sua realização incluiu a veiculação de mensagens e informações sobre a prevenção das DST/Aids.

²⁷ Os encontros foram inicialmente chamados de “Encontros Brasileiros de Homossexuais”. A partir de 1993, os encontros incluíram a participação de lésbicas e travestis (Rossi, ORG., 2002).

“Elas (as Paradas) tornam pública a discussão sobre os direitos dos homossexuais, sobre a discriminação e preconceito e sobre a dignidade e cidadania dos homossexuais, enquanto indivíduos. Essas características das Paradas são também elementos reforçados nas ações de luta contra a epidemia de HIV/Aids, onde identifica-se que qualquer esforço no campo da prevenção não pode excluir o fortalecimento da auto-estima e da cidadania dos homossexuais. O respeito social e individual pela diversidade na orientação sexual é também uma forma para garantir o cuidado com a saúde, propiciando assim a adoção de práticas sexuais mais seguras em relacionamentos sexuais e afetivos”. (Rossi, ORG., 2002: 97).

O movimento homossexual no Ceará

A construção do movimento no Ceará seguiu as tendências do movimento em nível nacional, mas com algumas peculiaridades. Em 1979 alguns jovens gays, idealistas, militantes de esquerda, reuniam-se em um bar chamado “Duques e Barões”, na avenida Duque de Caxias, no centro de Fortaleza, para discutir questões relacionadas à formação de um grupo homossexual na cidade (Nascimento e Pedrosa, 2001).

O tema mais debatido nas reuniões era a crescente onda de violência que atingia os homossexuais em Fortaleza e a necessidade de uma reação organizada àquela situação. Seguem os autores, afirmando que o pastor Onaldo Pereira, motivado pela participação e pelas discussões que avançavam no sudeste do país sobre a importância do surgimento de grupos homossexuais, impulsiona as articulações com outros jovens homossexuais da cidade e começam a pôr em prática a idéia da formação de um grupo de defesa da livre expressão sexual na cidade (2001).

Nesse sentido, em 17/03/1989, foi fundado o Grupo de Resistência Asa Branca, o GRAB, em Fortaleza, com o objetivo de defender os direitos humanos dos homossexuais. O Grupo se constituiu enquanto uma organização não-governamental e em 1992 foi reconhecido de Utilidade Pública Municipal pela Câmara Municipal de Fortaleza.

Na trajetória do grupo, ao longo de seus 15 anos de existência, sua missão se consolidou enquanto entidade que visa “melhorar a qualidade de vida de gays, lésbicas, travestis, bissexuais e transgêneros; e pessoas vivendo com HIV/Aids, no Estado do Ceará” (GRAB, 2003). Sua atuação é

dirigida para a construção da cidadania, em suas várias nuances, no campo dos direitos (legislação específica e apoio jurídico), da Saúde (prevenção das DST/Aids e apoio às pessoas soropositivas e doentes de Aids), do enfrentamento da violência estrutural que afeta os homossexuais (qualificação profissional), do controle social de políticas públicas (participação em fóruns específicos), e do desenvolvimento institucional (apoio à formação e/ou consolidação de grupos de defesa dos direitos humanos de homossexuais) (GRAB, 2004).

Como importantes fatos históricos, em 1995, a partir das ações empreendidas pelo GRAB junto a parlamentares, foi incluída na Lei Orgânica de Fortaleza a proibição da discriminação em decorrência da orientação sexual. Em 1998, foi aprovada a Lei nº 8211 (de autoria do vereador Durval Ferraz), pela Câmara Municipal de Fortaleza, que estabelece punições a estabelecimentos que discriminarem em virtude da orientação sexual (Nascimento e Pedrosa, 2001).

Em 2002, foi aprovada Lei municipal (de autoria da então vereadora Luizianne Lins) que incluiu no calendário oficial do município de Fortaleza o dia 28 de junho como data alusiva à consciência homossexual.

Múltiplas Cidades

A constituição do movimento homossexual, com suas características próprias, seguiu enquanto uma resposta organizada ao estigma relacionado à homossexualidade, e o reflexo dessa realidade social na formação de desigualdades sociais que afetam e vulnerabilizam os homossexuais, no acesso a serviços públicos, ao emprego e geração de renda, e que atinge também suas subjetividades, notadamente quanto à auto-estima, autonomia e liberdade.

Nessa direção, o perfil dos grupos homossexuais, em sua grande maioria constituídos enquanto sociedades civis, organizações não-governamentais, sem fins lucrativos, é diverso, reunindo grupos com características de ajuda mútua, convivência entre homossexuais; com a questão de

formação de identidade sexual fortemente presente nos grupos, enquanto fomentadores de políticas identitárias; e com uma ação política freqüente junto a diversos agentes sociais, especialmente o Estado, o mercado “GLS” ou mercado “rosa” (composto por estabelecimentos comerciais que dirigem seus serviços ao segmento de gays, lésbicas, transgêneros e simpatizantes), e a sociedade como um todo.

Vieira (2001) analisa teoricamente os conceitos de cidadania e sociedade civil e a conexão entre esses conceitos. Ressalta as teorias de Thomas H. Marshall acerca dos direitos de cidadania; a abordagem de Tocqueville/Durkheim sobre a cultura cívica; e a teoria marxista/gramsciana a respeito da sociedade civil. O autor revisita a crítica liberal, a visão comunitarista, a crítica social-democrata, a crítica nacionalista, a perspectiva multiculturalista, a crítica feminista e por fim a perspectiva das múltiplas cidadanias.

Ressaltamos aqui a perspectiva das múltiplas cidadanias, onde o autor destaca a perspectiva defendida por Íris Young, uma das principais representantes do “feminismo da diferença”, onde ela considera mister a institucionalização das cidadanias múltiplas, de forma a assegurar justiça e equidade. Ele enfatiza a análise de Young, onde afirma que é preciso que se concretizem os direitos em relação aos grupos sociais, uma vez que, sob os auspícios da universalidade, a exclusão sempre existiu e continuará existindo. Young (1998) ressalta que a igualdade formal, ironicamente, cria desigualdade substantiva.

E segue o autor, destacando que:

“Endossa-se, assim, a proposta de cidadania diferenciada de autoria de Kymlicka. No entanto, ao passo que este propõe tal forma de cidadania em prol das representação das diferenças culturais, Young vislumbra sua aplicação mais precisamente em razão dos grupos oprimidos, entre os quais se encontram, no contexto norte-americano, mulheres, negros, indígenas, ‘chicanos’, porto-riquenhos, homossexuais, idosos, trabalhadores, pobres, deficientes físicos e mentais, entre outros” (Vieira, 2001: 49).

Com as perspectivas da análise de Vieira sobre a crítica feminista a respeito da cidadania, especialmente do pensamento de Young; e de Santos (2001), em sua importante análise sobre os

novos movimentos sociais, pode-se situar o movimento homossexual numa perspectiva inserida na luta por uma cidadania diferenciada, que se apresenta para antepor-se à exclusão e às desigualdades sociais provenientes da orientação sexual; e de um novo movimento social, que desenvolve lutas baseadas em novos paradigmas. Na análise de Santos, que acredita que os NMSs não possam na sua totalidade ser explicados por uma teoria unitária, apresenta-se uma visão onde:

“...os protagonistas dessas lutas não são as classes sociais, ao contrário do que se deu com o duo marshalliano cidadania-classe social no período do capitalismo organizado; são grupos sociais, ora maiores, ora menores que classes, com contornos mais ou menos definidos em vista de interesses coletivos por vezes muito localizados mas potencialmente universalizáveis” (Santos, 2001: 261).

Vai além o autor, enfatizando que nessa perspectiva as formas de opressão e de exclusão contra as quais lutam não podem, em geral, ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania; exigem uma reconversão global dos processos de socialização e de inculcação cultural e dos modelos de desenvolvimento, ou exigem transformações concretas imediatas e locais, exigências que, em ambos os casos, extravasam a mera concessão de direitos abstratos e universais.

Vieira (2001) destaca o pensamento de Janoski (1998) que afirma que os indivíduos e seus grupos podem adotar valores diversos e ‘pós-modernos’ e ainda demandarem a aplicação universalista de políticas estatais aos diversos grupos, de gênero, idade, classe ou etnia. Assim, enquanto muitas das teorias de cidadania requerem uma universalidade de direito e obrigações não só de forma a se beneficiarem especificamente, cada um desses direitos de fato beneficia certos grupos mais que a outros.

Conclui o autor:

“Assim, a participação de uma diversidade de cidadãos expressa reivindicações específicas por cidadania; todavia, esses grupos ‘pós-modernos’ poderiam lutar por novos direitos e obrigações não só de forma a se beneficiarem especificamente, mas também a outros. É precisamente neste sentido que esses direitos se mantêm nas fronteiras de uma cidadania universal” (2001: 50).

No campo internacional, o movimento homossexual constituiu a *International Lesbian and Gay Association-ILGA*, que congrega grupos homossexuais de diversos países. A constituição da ABGLT e da IILGA tem um evidente componente de tentativa de articulação em rede do movimento homossexual, o que inclui a utilização de instrumentos de comunicação, via internet, as listas de discussão, e a realização de eventos periódicos regulares, encontros de articulação, deliberação e intercâmbio de experiências no âmbito do movimento homossexual, nos níveis local, regional, nacional, continental e mundial.

Vieira (2001) reflete sobre uma perspectiva, de caráter culturalista, segundo a qual os estudos sobre democratização devem acompanhar os processos culturais. Essa interpretação, realizada por Leonardo Avritzer (1996), “abre espaço para os movimentos sociais e associações da sociedade civil na compreensão mesma do processo de democratização, incorporando novos conceitos, destacando-se o de esfera pública” (Vieira, 2001: 73). Ainda de acordo com as reflexões do autor, as associações e os movimentos sociais ampliam o espectro do político, incorporando novos temas na agenda política, desempenhando, assim, papel fundamental na construção do espaço público. E de acordo com Avritzer, haveria três tipos de associações com desenhos formais distintos, entre os quais, “...o novo associativismo, com desenhos solidários, democráticos e identitários ao mesmo tempo, como o movimento de mulheres, negros, indígenas, ecológicos, direitos humanos, configurando um campo ético-político-cultural que aponta para uma esfera pública democrática” (Vieira, 2001: 74).

O autor ressalta uma questão de grande interesse, que diz respeito às redes, como formas recentes de organização da luta social, por parte das associações e movimentos. Tratar-se-ia de uma organização social de novo tipo, heterogênea e fragmentada, muito diferente do centralismo democrático das organizações tradicionais. Destaca o pensamento de Ilse Scherer-Warren (1993), segundo o qual as redes trazem importantes mudanças na sociabilidade e na espacialidade, criando novos territórios de ação coletiva, um novo imaginário social, uma comunidade virtual. Mas reflete

que se ampliam a possibilidade de comunicação, também têm um aspecto de exclusão, pois nem todos dispõem de acesso à comunicação.

Prossegue Vieira, citando Douglas Chalmers (1996), para quem haveria atualmente um novo tipo constituído de estrutura de representação, constituído pelo que denominou de “redes associativas”, conectando o Estado e atores da sociedade, inclusive atores populares, mediante laços interpessoais, mediáticos e/ou interorganizacionais. “Na América Latina, onde os Estados se tornam cada vez mais ‘policêntricos’, com dispersão na tomada de decisões, a representação popular- e a representação política em geral- vem crescentemente assumindo a forma de redes associativas” (Vieira, 2001: 76).

Sinalizações para o diálogo

Destaco aqui a importância de ressaltarmos alguns aspectos históricos importantes na constituição de políticas de prevenção das DST/Aids para os homossexuais masculinos no Brasil.

Nesse sentido, a constituição de políticas de prevenção à Aids deu-se de maneira paralela à constituição de ações e políticas de prevenção a outras doenças sexualmente transmissíveis, pela própria conexão entre a Aids e outras DSTs, no que diz respeito às formas de transmissão, aumento de riscos de infecção etc.

Era 1983, a imprensa nacional noticiava a chegada ao país de uma doença chamada de “câncer gay” ou “peste gay”, e a morte, em decorrência da doença, do estilista Markito, famoso por suas criações, usadas por *socialites* e artistas famosas.

Paulo Teixeira (1997) menciona que nesse ano, 1983, um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais, do Estado de São Paulo, procurou a Secretaria de Estado de Saúde para cobrar uma posição diante de um problema novo e inquietante, detectado em nosso meio e já então bastante veiculado pelos meios de comunicação: a ocorrência de casos de Aids. A resposta da

Secretaria veio através da constituição de um grupo de trabalho composto por técnicos de diversas áreas da instituição (apud Galvão, 2000).

O Grupo de Trabalho foi uma das primeiras iniciativas formalizadas na esfera da saúde pública para o enfrentamento da Aids. O Grupo propôs 12 medidas, que foram acatadas pela Secretaria de Saúde, entre as quais, o estabelecimento da notificação compulsória dos casos da doença; a criação de um serviço de informação por telefone; e a participação da comunidade (Galvão, 2000). Houve uma pressão importante por parte dos grupos de ativistas gays paulistas, especialmente o Somos e o Grupo Outra Coisa de Ação Homossexualista, para a adoção das medidas.

As primeiras iniciativas comunitárias, e que visavam fomentar políticas de prevenção a Aids voltadas aos homossexuais masculinos foram protagonizadas pelos grupos gays da época, da década de 1980. “Um dos primeiros trabalhos comunitários de que se tem registro no Brasil foi realizado pelo atualmente extinto grupo gay Outra Coisa que, em 1983, já distribuía através de folhetos as parcas informações sobre a doença e as formas de prevenção” (Terto Jr., 1995, apud Galvão, 2000: 57). Segundo Nestor Perlonguer, tais panfletos de advertência foram distribuídos nos guetos gays paulistanos, pelo grupo Outra Coisa de Ação Homossexualista, em combinação com a Secretaria de Saúde de São Paulo (Perlonguer, 1987, apud Galvão, 2000: 59).

Galvão (2000) descreve ainda ações pioneiras cobertas pela imprensa, como a iniciativa de um militante dos grupos gays Outra Coisa e Somos de divulgar uma cartilha com informações sobre Aids nos locais mais freqüentados por gays, na cidade de São Paulo.

A autora ainda destaca a atuação pioneira de outros grupos gays:

“...Outro grupo gay igualmente pioneiro no engajamento frente à epidemia foi o Grupo Gay da Bahia (GGB), que desde meados da década de 80, vem desenvolvendo atividades relacionadas à Aids, assim como o Dialogay de Sergipe. As atividades de tais grupos estão baseadas em prevenção dirigidas à população homossexual com uma variada gama de atividades, como oficinas de sexo seguro, distribuição de preservativos em locais como boates e saunas, denúncia de violência e de violação de direitos” (2000: 59).

Em 1993, havia apenas um projeto no país, de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos, chamado de “Homens”, desenvolvido pelas ONGs ABIA e o Grupo Pela Vidda-SP, cujo financiamento era advindo da cooperação internacional.

A partir de estudo realizado por Solano (2000), observamos que no período de 1993 a 1999, e que englobou o período de vigência do Projeto Aids I²⁸ e o primeiro ano do Projeto Aids II²⁹, dos 825 projetos de ONGs financiados pela CN-DST/Aids do Ministério da Saúde, apenas 41 (4,97% do número total de projetos) tinham como população-alvo os homossexuais masculinos.

Segundo Reis (2004)³⁰, a participação de grupos gays na formulação de políticas de prevenção se iniciou com o Comitê de Assessoramento do Projeto de Intervenção Comportamental para Populações Específicas, na área de Homossexualidades, inicialmente em 1994, com a participação das organizações homossexuais GGB, Atobá (RJ), Grupo Dignidade (PR) e as ONGs/Aids ABIA (RJ), Pela Vidda-SP e PRAIDS (SP). O Comitê era vinculado à Unidade de Prevenção da então Coordenação Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. Foi criado através de portaria ministerial, datada de 30 de março de 1995, a qual constituiu três comitês de assessoramento às ações de prevenção a Aids, compostos por organizações não-governamentais, nas áreas de Prostituição, Homossexualidade e Sistema Penitenciário³¹.

As competências descritas dos comitês de assessoramento eram: participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção das DST/Aids em suas áreas de atuação; identificar necessidades e auxiliar na produção de documentos técnicos e científicos; assessorar a Coordenação Nacional de DST e Aids no monitoramento das atividades dos sub-projetos nas respectivas áreas e

²⁸ O projeto chamado Aids I foi resultado do acordo de empréstimo realizado pelo governo federal junto ao Banco Mundial, no montante de 250 milhões de dólares, para o financiamento de ações em DST/HIV/Aids por parte do Ministério da Saúde.

²⁹ O Projeto Aids II foi fruto do segundo acordo de empréstimo do governo federal junto ao Banco Mundial e que visou a continuidade do financiamento de ações em DST/HIV/Aids no país.

³⁰ in entrevista concedida no âmbito da pesquisa de campo. Toni Reis é presidente do Grupo Dignidade (PR), coordenador geral do Projeto Somos, e é o representante do movimento homossexual brasileiro na Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS) do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Entrevista realizada em fevereiro de 2004.

³¹ Apenas o Comitê de Assessoramento para as ações de prevenção no Sistema Penitenciário teve a participação de representantes governamentais e não-governamentais.

participar do redirecionamento de estratégias; desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do Governo e da Sociedade Civil na luta contra as DST e Aids³².

O Comitê de Assessoramento para a área de homossexualidade veio a ser o primeiro espaço formal de diálogo entre representantes do movimento homossexual e do Ministério da Saúde.

Especialmente no período de 1985 a 1995 cresceram as críticas contra uma postura considerada omissa, por parte do Ministério da Saúde, em desenvolver ações de prevenção a Aids para homossexuais masculinos. No início da década de 1990, cobrava-se a realização de campanhas dirigidas a essa população. “(...) O Ministério da Saúde continua errando em até agora não ter produzido campanhas preventivas destinadas diretamente a este segmento que continua sendo o mais atingido pelo HIV. Urge que se cumpra a solicitação assinada por todos os grupos homossexuais do Brasil, produzindo-se campanha inteligente e não discriminatória visando exatamente os gays” (Mott, 1990: 3).

Em 1997, foi constituído o Comitê Assessor para Ações de Prevenção das DST/HIV/Aids junto aos Homens que fazem Sexo com Homens, no âmbito da CN DST/Aids, e que teve como objetivos: contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a prevenção das DST/Aids junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens; contribuir para a integração de diferentes setores da esfera governamental com a sociedade civil, visando a promoção de ações de prevenção das DST/Aids, de promoção dos direitos humanos, e de combate ao preconceito e à discriminação por orientação sexual; contribuir para a garantia da interlocução da esfera governamental com a sociedade civil organizada; e atuar enquanto instância de caráter consultivo, como referência para o controle social no que se refere aos planos de ação estabelecidos pela esfera governamental e direcionados aos Homens que fazem Sexo com Homens (CN DST/Aids, 1997). Em sua composição, o Comitê foi constituído por representantes de coordenações estaduais de DST/Aids e de organizações não-governamentais, entre os quais seis representantes de organizações do movimento homossexual.

³² in Diário Oficial da União de 30 de março de 1995.

Em 26 de abril de 2004, o Programa Nacional de DST e Aids reformulou formalmente seus fóruns assessores.

“Esse processo foi conduzido tendo como objetivo garantir maior integração dos diferentes atores envolvidos nessas instâncias; proporcionar uma visão global de suas linhas de atuação; garantir a inclusão de todos os setores envolvidos com a questão de DST/HIV/Aids; melhor definir suas funções dentro das instâncias e otimizar os custos das mesmas” (P N DST/Aids, 2004: 1).

O processo de reformulação desses espaços iniciou-se em setembro de 2003. Eram até então 21 comissões, comitês e conselhos assessores que atuavam nas áreas de promoção, atenção e gestão. O documento de reformulação revela a nova estrutura dos fóruns assessores:

“A atual estrutura é composta por três comissões nacionais que trabalham a política global em DST/HIV/Aids e que possuem especificidades distintas: a Comissão Nacional de DST/Aids - integradora de todas as instâncias assessoras na definição das políticas públicas; a Comissão Nacional de Gestores de Programas de HIV/Aids e outras DST - composta por representantes de Estados e Municípios para pactuação das políticas a serem implementadas no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde); e a Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais, formada por representantes da sociedade civil organizada para realizar a interlocução do Ministério da Saúde com os movimentos sociais que atuam na área, tais como os Fóruns Estaduais de ONG, movimento de mulheres, homossexuais, pessoas vivendo com HIV e Aids etc” (P N DST/Aids, 2004: 1).

No que se refere às políticas dirigidas a homossexuais, no âmbito do Comitê de Promoção, foram instituídos subgrupos, segundo a reformulação, para ampliar e fortalecer a participação de segmentos sociais mais vulneráveis ao HIV: mulheres; homossexuais; usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo e travestis. O documento aponta que outros subgrupos, em caráter transitório, poderão ser criados de acordo com a necessidade.

2.2 – “AGIR COMUNICANDO-SE”: AS MÚLTIPLAS FACES DO DIÁLOGO COM O ESTADO

Analiso aqui o diálogo mantido entre o movimento homossexual e o Estado. As entrevistas realizadas, com técnicos das coordenações de DST/Aids, dos níveis federal, estadual e municipal, e com membros de organizações não-governamentais, do movimento homossexual e do movimento social de luta contra a Aids, norteiam a análise do diálogo realizado entre movimento homossexual e o Estado.

Na perspectiva habermasiana, tendo o diálogo inserido num contexto comunicativo e propositivo, ou seja, o “agir comunicando-se”, os atores envolvidos assumem função co-propositiva na construção de ações definidas.

Ayres (2002) reflete sobre a linguagem como um dos mais poderosos meios do mútuo engendramento de sujeitos e mundos. Para ele, ressaltando Habermas (1988), a linguagem só existe tal em ato. “E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão diálogo? Podemos, então, afirmar que sujeitos são diálogos” (Ayres, 2002: 15).

Nesse aspecto, linguagem, sujeitos e ação assumem papéis complementares na constituição do diálogo comunicativo.

Mazula (2000) baseado em Habermas, aponta que o cidadão é aquele que tem direito e dever de falar e agir. Para o autor, a participação do cidadão como sujeito e ator da história consiste no falar e no agir. Só é cidadão quando se tem a possibilidade de realizar cumulativamente o direito de falar e agir. No falar ele tem a possibilidade e a capacidade de expressar a opinião pública, de dar o seu parecer e de poder criticar. Pelo agir, ele participa na definição, seleção de ações a serem realizadas e na tomada de decisões. “(...)Desta maneira, ele vincula-se mais ao projeto social. O falar é mais comunicativo, enquanto o agir é mais estratégico”, reflete Mazula (2000: 40).

Nessa direção apontada pelo autor, o diálogo se insere num contexto construtivo, onde os atores sociais se comunicam e agem num sentido de co-participação. Quando nos reportamos à trajetória histórica do movimento homossexual, em suas tentativas de diálogo com o Estado, no início

da epidemia de HIV/Aids, as pressões, as cobranças, e os enfrentamentos políticos, caracterizaram as demandas postas ao Estado e a construção dos mecanismos de respostas comunitárias, que o movimento suscitou, como as estratégias de intervenção política, as metodologias educativas de prevenção ao HIV/Aids, de educação entre pares etc.

Mazula (2000: 42) ainda se apóia em Habermas, quando o mesmo traça um quadro teórico de análise da realidade social assente na “competência comunicativa”.

“(…)competência comunicativa como capacidade política racional de diálogo a vários níveis da ciência, da técnica e da política”. Prossegue o filósofo moçambicano, analisando a teoria de Habermas:

“A teoria comunicacional em Habermas ganha sentido porque apela para uma relação intercomunicativa dos atores sociais e políticos, estabelecendo um diálogo comunicativo. Desse diálogo resulta um plano de ação, assumido por todos os atores participantes. O plano, torna-se, então, ao mesmo tempo, uma ‘ação de entendimento’ e ‘atividade orientada para um fim’, definido cooperativamente” (Habermas, 1990: 67, apud Mazula, 2000: 137).

Para Habermas, o diálogo comunicativo faz participar o cidadão na construção da própria decisão.

Nesse sentido, na dinâmica de demandas e respostas empreendidas pelo movimento homossexual, relativas à prevenção das DST/HIV/Aids junto aos homossexuais masculinos, o movimento enquanto ator social partícipe de um processo de diálogo comunicativo com o Estado, participa da construção das políticas de prevenção da Aids nesse segmento social.

O diálogo com o nível federal

A análise do diálogo mantido entre o movimento homossexual e o Estado aponta, ao longo desses 26 anos de construção do movimento, para períodos distintos, com níveis diferenciados de efetividade.

Na constituição do movimento, no final da década de 1970, as demandas encaminhadas ao Estado concentravam-se em reivindicações relacionadas à segurança pública, diante da violência homofóbica crescente (inclusive policial) que afetava (e ainda afeta significativamente) os homossexuais. Mas não se pode dizer que foi construída, na época, qualquer política de segurança que tivesse o objetivo de enfrentar os crimes homofóbicos.

No mesmo período, já no início da década de 1980, a luta pela despatologização da homossexualidade, então classificada enquanto homossexualismo, significando desvio ou transtorno sexual, no Código Internacional de Doenças-CID (e seguido pelo Ministério da Saúde do Brasil), colaborou de maneira importante para dar visibilidade, junto a diversos setores da sociedade e do Estado, da luta pelos direitos dos homossexuais.

Com a chegada da Aids ao país, também no início da década de 1980, o diálogo entre o movimento (então com um número pequeno de organizações e de ativistas) e o Estado, constituiu-se sob a forma da denúncia, de cobrança, do alerta sobre a gravidade da doença, e da experiência da constituição de espaço de diálogo junto à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, para o enfrentamento da epidemia que se instalava e de seu impacto assustador sobre os gays.

Os anos 1980 constituíram um período de articulação do movimento homossexual, ainda com poucos grupos formados e com uma visibilidade ainda incipiente. As lutas na Assembléia Nacional Constituinte e junto aos sindicatos de jornalistas (relativa ao código de ética da categoria) inauguraram um diálogo mais formal com o parlamento em nível federal e com a categoria de jornalistas, formadores de opinião pública.

Na década de 1990, o diálogo com o Estado, no que se refere à homossexualidade e a Aids e as estratégias de enfrentamento, teve momentos de acentuada tensão, enfrentamento e pressão por parte do movimento homossexual.

“Inicialmente, o diálogo com o governo foi bastante difícil. No VI Encontro Nacional de ONGs/Aids, realizado em Vitória-ES, em 1994, cheguei a queimar os dados epidemiológicos na plenária, na frente da coordenadora nacional de DST e Aids, Dra. Lair Guerra, por entender que os investimentos não correspondiam aos dados e que os homossexuais estavam desprovidos de respostas governamentais” (Toni Reis³³, em entrevista ao autor).

O entrevistado considera que os eventos VIII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis (EBGLT) e I Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas que trabalham com Aids, e a Conferência Internacional da ILGA, realizados em 1995, na cidade de Rio de Janeiro, ajudaram a melhorar e fortalecer o diálogo: “O evento foi realizado no Rio de Janeiro, com a presença da Dra. Lair Guerra, que fez um discurso muito emocionante com relação aos homossexuais. A partir daí o diálogo tornou-se muito proativo. Até então fazíamos muitas críticas”.

No que se refere ao diálogo entre o movimento homossexual e a comunidade científica, ele é analisado como importante também do ponto de vista do fortalecimento da capacidade de atuação do ativismo homossexual.

“(…)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 ONGs/Aids que se tornaram conhecidos *experts* em Aids, quer na questão das vacinas, da terapia, das políticas públicas de prevenção, apoio, ética médica e planejamento” (Mott, 2002: 35).

³³ Toni Reis é presidente do Grupo Dignidade (PR), coordenador geral do Projeto Somos, da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis e é o representante do movimento homossexual brasileiro na Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS) do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004.

O autor avalia o diálogo existente: “...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” (Mott, 2002: 35). Segue afirmando que acredita que houve crescimento dos dois lados; doutores em medicina que no início da Aids 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, reflete ainda Mott (2002), que aquela virulência medicofóbica dos primeiros militantes gays e das ONGs/Aids, que a princípio estavam sempre desconfiados e arredios aos discursos dos cientistas, estes mesmos lutadores aprenderam que a mesma ciência médica que discriminou e castrou os gays, hoje, graças aos Conselhos Federais, de Medicina e de Psicologia, e a OMS, além de despatologizarem a homossexualidade, têm punido os profissionais que insistem no preconceito anti-científico. Assim, conclui o autor, esses Conselhos e a OMS estão dialogando de forma respeitosa e estabelecendo parcerias com as lideranças do movimento homossexual no enfrentamento mais orgânico desta epidemia.

A análise, a partir das reflexões dos entrevistados, quanto ao papel do movimento homossexual na epidemia de HIV/Aids e na constituição do diálogo com o Estado, revela aspectos importantes da trajetória da construção das políticas de prevenção das DST/HIV/Aids. Na medida em que os homossexuais formam um dos grupos sociais mais afetados pela epidemia, o movimento homossexual é apontado como o movimento social que mais se envolve na luta contra a Aids no Brasil. É destacada a trajetória de liderança do movimento na construção das respostas à Aids no país. Outro aspecto relevante, componente da constituição do diálogo com o Estado, é que, ao mesmo tempo em que a aproximação com o Estado ocorria a partir da denúncia, das cobranças, da pressão social diante da emergência dos primeiros casos da doença, os grupos homossexuais da época realizavam as primeiras ações em prevenção, como a produção e a distribuição de folhetos educativos que alertavam sobre a necessidade de práticas preventivas, enfocando a Aids e o sexo seguro. É enfatizada também a caracterização do estigma sobre os homossexuais masculinos que subjaz os

primeiros registros da doença e o cenário em que se insere o movimento homossexual, reagindo às discriminações e ao preconceito que associa homossexualidade e Aids.

No que tange à constituição propriamente dita do diálogo com o Estado, através do Ministério da Saúde, as dificuldades identificadas foram muitas, que aliavam inexistência de políticas governamentais com fragilidades do movimento homossexual, que, na época, apresentava poucas organizações constituídas. A criação de espaços formais para o diálogo, no âmbito da então coordenação nacional de DST/Aids, é referida como impulsionadora de um diálogo construtivo. Nessa perspectiva, seguem juntos a consolidação desse diálogo e a constituição e/ou fortalecimento de novas organizações comunitárias de promoção dos direitos humanos de homossexuais no país.

Nesse sentido, além dos aspectos referidos, os entrevistados, de uma maneira geral, revelam o papel mobilizador do movimento homossexual, enquanto protagonista na identificação e mobilização de pessoas, em torno das questões das homossexualidades e direitos humanos, de formar grupos, e de contribuir e/ou viabilizar para o acesso aos homossexuais de algumas ações de prevenção empreendidas. Nessa direção, o movimento contribuiu para aproximar saúde pública e direitos humanos. E de aproximar pessoas marginalizadas do Estado. A influência do movimento homossexual é analisada como decisiva sobre a diminuição do crescimento da epidemia de HIV/Aids junto aos homossexuais masculinos.

Uma questão importante é a análise do diálogo entre o movimento homossexual e os gestores da Saúde e das áreas de DST/Aids, e a relação entre os programas de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos com o Sistema Único de Saúde.

Uma observação importante a este respeito, é que esse diálogo, de alguma forma, “desresponsabilizou” o Estado de desenvolver ações de saúde preventiva mais dirigidas a essa população. Nesse sentido, afirma Passarelli (2004):

“(...) acredito que a primeira forma de diálogo se deu pela cobrança de ativistas gays por uma resposta governamental. Em seguida, num segundo momento, iniciou-se uma parceria, em nível nacional, dada a disponibilidade da então coordenadora do

programa de Aids, desde 1986, Lair Guerra, de dialogar com as lideranças do movimento gay. Tal postura foi seguida nas gestões de Pedro Chequer, Paulo Teixeira e continua com Alexandre Grangeiro. No entanto, isto acabou por ‘desresponsabilizar’ o governo e suas instituições públicas na área da Saúde e da Educação em realizar ações preventivas. A prevenção que o governo apoiava (e ainda apóia) é toda ela realizada pelo movimento social. Se isto tem a vantagem de estabelecer ações de prevenção entre pares e, desta forma, criar mensagens que efetivamente sejam entendidas pelo público-alvo, ao mesmo tempo que estabelece políticas públicas calcadas no protagonismo dos grupos e sujeitos afetados pela epidemia, por outro lado tal atitude acabou por fazer com que os profissionais de saúde e da educação não se envolvessem de forma mais pró-ativa com as questões da prevenção primária da Aids” (Carlos Passarelli³⁴, em entrevista ao autor).

O entrevistado ressalta que na medida em que o movimento homossexual assume para si a missão de realizar ações estruturadas de prevenção ao HIV/Aids, com o apoio do Ministério da Saúde, os profissionais de saúde e de educação não foram satisfatoriamente envolvidos com o estabelecimento de políticas de prevenção primária ao HIV/Aids, empreendidas pelo próprio Estado, que deixa nas mãos do movimento homossexual essa responsabilidade.

A relação entre movimento homossexual e governo, no nível federal, é apresentada como uma prática de diálogo comunicativo, no sentido habermasiano antes descrito. Em entrevista concedida ao autor, Lilia Rossi³⁵, ao destacar a participação do movimento homossexual na constituição das políticas, afirma:

“Desde o início da sua trajetória, o Programa de DST/Aids incluiu a participação da sociedade civil organizada na discussão e definição das políticas públicas para o controle da epidemia do HIV/Aids. Com essa perspectiva de ação, também o movimento homossexual brasileiro vem, ao longo dos últimos anos, participando de processos governamentais que têm como objetivo definir políticas públicas, diretrizes e estratégias nacionais para a prevenção das DST/HIV/Aids voltadas ao segmento homossexual da população. (...) Movimento social e governo determinam e pactuam as formas para a operacionalização efetiva das estratégias nacionais que venham a traduzir as políticas públicas de prevenção das DST/HIV/Aids voltadas para esse grupo populacional” .

³⁴ Carlos Passarelli é psicólogo, assessor de Projetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA, e durante o período de 1999 a 2001 foi o técnico responsável pelo subcomponente de Homens que fazem Sexo com Homens da Unidade de Prevenção da então Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004.

³⁵ Lilia Rossi é jornalista, técnica da Unidade de Prevenção do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, e durante o período de 2001 a 2003 foi responsável pelo subcomponente de Homens que fazem Sexo com Homens dessa Unidade. A entrevista, concedida ao autor, foi realizada em fevereiro de 2004.

O reconhecimento, pelos gestores da área de DST/Aids entrevistados, da importância do papel do movimento homossexual no diálogo e na própria construção de políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos, passa a constituir, no percurso do diálogo e das parcerias estabelecidas, um fator de empoderamento para o movimento homossexual. E, com isso, reflete sobre a eficácia das ações desenvolvidas pelo movimento na área da prevenção dirigida aos homossexuais masculinos, no que se refere à vulnerabilidade dessa população diante das DST/HIV/Aids. O Estado “legitima” a ação comunitária e, de alguma maneira, esse cenário reforça as políticas de prevenção voltadas a esse grupo populacional.

Rossi ressalta além desse papel técnico, o aspecto político dessa participação, e as relações entre as políticas identitárias e as políticas de saúde:

“Paralelamente a esse papel técnico desempenhado pelo movimento homossexual junto ao governo, soma-se um outro de igual valor e importância: o reforço político às ações e diretrizes definidas pela esfera governamental. Tal atuação do movimento é considerada fundamental e, também, uma consequência natural da sua articulação com o governo: esse apoio político torna-se factível na medida em que o movimento ocupa espaço de co-autor na construção das políticas públicas de prevenção para homossexuais, podendo assim legitimar e apoiar as diretrizes governamentais traçadas nesse sentido, sem com isso perder autonomia em relação a sua identidade, natureza e, sobretudo, a sua atuação no controle social das políticas públicas para o HIV/Aids” (Lilia Rossi, em entrevista ao autor).

Nesse sentido, o papel de apoiar a construção de políticas é destacado como importante no diálogo entre movimento e Estado.

“(…) se não fosse o movimento homossexual, dificilmente a gente teria como trabalhar com essa população, porque a própria política de saúde não contempla muito as ações dirigidas a esse grupo da população e os profissionais de saúde também, de uma forma geral, não têm muita habilidade em trabalhar com alguns grupos específicos. Por várias questões, está envolvida aí a questão do preconceito, da história de vida dessas pessoas, da Escola que não trabalha essas políticas, então o movimento homossexual tem tido um papel muito importante, de estar alavancando essas questões e ajudando na construção dessas políticas para o setor público.

(...) Esse diálogo tem sido fácil, na medida em que a gente tem uma abertura para trabalhar com o movimento, e tem procurado de uma certa forma apoiar as solicitações do movimento, ao mesmo tempo em que tem recebido apoio do movimento, principalmente na implantação dessas políticas no interior” (Telma Martins³⁶, em entrevista ao autor).

As características da evolução do diálogo entre movimento homossexual e o gestor em DST/Aids, notadamente a partir da experiência com o nível federal, são destacadas como importantes para a efetivação do próprio diálogo.

“Hoje a gente vê que passa por uma construção e uma forma diferente de atuação do próprio movimento, naquela época a gente cobrava jogando pedra, cobrando assim, a coisa era pior, não tinha muito resposta. Hoje já usamos a capacidade política do movimento, a credibilidade, e aí isso tem mudado, e a própria relação com o Estado e o município tem mudado (Orlaneudo Lima³⁷, em entrevista ao autor).”

Questões em torno da representatividade e do caráter do diálogo em determinados momentos, entre o movimento homossexual e a então Coordenação Nacional de DST e Aids nos levam a refletir sobre aspectos importantes da abrangência do diálogo.

“Num terceiro momento, quando começaram a haver mais recursos para a prevenção, com os acordos de empréstimos do Banco Mundial, o diálogo entre o movimento homossexual e o governo acabou por expressar as contradições existentes dentro do próprio movimento homossexual, principalmente no que diz respeito às representações. Ou seja, nem todos os grupos se sentiam representados pelas lideranças que mantinham maior diálogo com o governo, de modo que significativa parcela do movimento homossexual ficou alijada de um processo de discussão das políticas públicas voltadas para o setor. A esses grupos, coube somente uma interface por meio dos projetos financiados pelo programa nacional, o que, por sua vez, reflete um tipo de diálogo totalmente burocratizado e muito pouco propositivo. Nos últimos anos do segundo acordo de empréstimo (entre 2000 e 2003) essa situação começa a se alterar, com a inclusão de novos grupos nos comitês e conselhos de discussão das políticas públicas, diminuindo a hegemonia daqueles grupos que transitavam com maior frequência nos corredores de Brasília e do programa nacional.” (Carlos Passarelli, em entrevista ao autor).

³⁶ Telma Martins é enfermeira e coordenadora estadual de DST e Aids da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, desde 1987. Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004.

³⁷ Orlaneudo Lima é educador, presidente do Grupo de Resistência Asa Branca-GRAB, de Fortaleza, membro da Coordenação do Fórum de ONGs/Aids do Estado do Ceará e conselheiro do Conselho Estadual de Saúde. Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004.

O diálogo no nível local

A análise das entrevistas, com relação ao diálogo com os poderes públicos locais e no âmbito do SUS, remete a algumas importantes reflexões no que diz respeito à amplitude desse diálogo. Uma observação importante é a de que o movimento homossexual, na construção da trajetória do diálogo com o nível federal, o Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST e Aids), começa a discutir e a se apropriar das questões de inserção e da participação das ações de prevenção das DST/HIV/Aids junto a homossexuais masculinos, no âmbito do SUS, de forma tardia, o que reflete sobre um desafio, no sentido da necessidade de uma maior capacitação sobre o SUS e controle social (legislação, mecanismos de monitoramento etc.), por parte do movimento. No Sistema de Saúde, é ressaltada a existência de tratamentos discriminatórios a homossexuais, inclusive na rede básica de saúde, como até recusas no atendimento, o que espelha, ainda, a inexistência de um tratamento igualitário, não homofóbico, no SUS.

São referidas dificuldades existentes no processo de transferência e incorporação de conhecimento sobre como se atuar em prevenção das DST/Aids com grupos específicos da população, nos diferentes espaços de atuação do SUS, desde outros programas da Saúde até os serviços. Na própria rede do SUS, seriam poucos os profissionais que têm habilidades e capacidade em tratar de algumas patologias que afetam mais frequentemente esses grupos específicos.

A campanha de prevenção para gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em parceria com o movimento homossexual, que aliou prevenção das DST/Aids e enfocando a questão do preconceito às homossexualidades, em 2002, é referida como um marco no sentido da publicização de apoio (ou ao menos a não condenação) ao segmento homossexual como cidadão, no âmbito do Estado brasileiro.

Mesmo assim, alguns gestores locais da Saúde e da área de DST/Aids ainda têm resistências em reconhecer a relevância epidemiológica do segmento homossexual masculino para a epidemia de

HIV/Aids e a importância de se incluir os grupos homossexuais como atores sociais das ações de prevenção e formulação de políticas na área.

O diálogo no nível local com os gestores da Saúde e os gestores da área de DST/HIV/Aids, de maneira geral, é analisado como ainda limitado e necessitando de ampliação e consolidação. Nesse aspecto, a ausência de construção conjunta de ações e de destinação de recursos específicos são citadas como denotativas da precariedade desse diálogo e do reflexo disso para a inserção das políticas de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos nas esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). Os atores governamentais locais analisados são as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde.

“A inserção das ações de prevenção das DST/HIV/Aids dirigidas aos homossexuais masculinos no Sistema Único de Saúde está sendo realmente lenta. Sabemos que, ao contrário do governo federal, dificilmente os governos estaduais e municipais investem recursos próprios. A homofobia institucional faz com que eles, na maioria das situações, tenham dificuldade de lidar com o tema. O Programa Nacional de DST e Aids tem sido um grande líder atualmente no sentido de estar fazendo intermediação com vistas à melhoria deste quadro. Embora vejo que o movimento homossexual apóia o SUS, este não está investindo recursos próprios nesta população” (Toni Reis, em entrevista ao autor).

Nesse aspecto, a instituição da nova modalidade de financiamento, de transferência de recursos fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais de Saúde, pelo Programa Nacional de DST/Aids, inicia a partir de 2003, a aplicação direta de recursos do próprio SUS com ações de prevenção das DST/HIV/Aids. Ainda assim, a aplicação de recursos em ações dirigidas a homossexuais masculinos encontra resistências por parte de alguns gestores locais da Saúde, que priorizam demandas de outras populações, conforme destacam alguns entrevistados.

Reis prossegue na análise do diálogo, refletindo sobre alguns resultados do diálogo com o nível federal, e a relação com estados e municípios, no que se refere à vulnerabilidade dos homossexuais diante do HIV/Aids:

“(…) na esfera nacional vejo que o PN DST/Aids tem uma política clara de trabalho com a população específica de homossexuais. Não se pode dizer a mesma coisa dos estados e municípios de modo geral. No campo nacional, vejo que muito trabalho está sendo feito, mas ainda tem muito a fazer. Exemplos desta política nacional seriam a campanha para HSH, veiculada em 2002/2003, o apoio às paradas gays como forma de contribuir para a redução da vulnerabilidade dos homossexuais frente à epidemia; as parcerias com redes como a ABGLT e a ANTRA³⁸, no que diz respeito ao fortalecimento institucional e à intervenção comportamental” (Toni Reis, em entrevista ao autor).

O diálogo no nível local é apontado como proporcionador de parcerias com resultados importantes sobre o enfrentamento da epidemia.

“Falando diretamente, no âmbito da coordenação municipal, já há alguns anos, a gente vem trabalhando em parceria com ONGs que trabalham com esse público, e a gente obtém uma grande resposta. E isso eu sempre digo, se não tivéssemos essa parceria, nós não alcançaríamos o resultado que nós temos. Já existe realmente uma diminuição da epidemia dentro do grupo dos homossexuais. Eu atribuo essa diminuição ao trabalho realizado em parceria com esse movimento” (Isabel Coelho³⁹, em entrevista ao autor).

O caráter acentuadamente assistencial do SUS é ressaltado como dificultador para a inserção das ações preventivas.

“(…) as ações de prevenção dirigidas aos homossexuais ainda estão, em grande parte, nas mãos dos grupos gays, apoiadas e financiadas por meio de projetos com o nível federal, e com estados e municípios. No Sistema Único de Saúde, a mentalidade ainda é muito assistencial, e isto não é verdadeiro somente para a Aids, mas para qualquer outro tipo de patologia ou doença que se pode prevenir. A realização de uma campanha governamental, associando prevenção e preconceito e enfocando a questão homossexual, foi um passo importante no sentido do governo manifestar o seu apoio (ou pelo menos a não condenação) com relação às práticas homossexuais, considerando esse segmento da população como cidadão” (Carlos Passarelli, em entrevista ao autor).

Passarelli continua, apontando alguns elementos para a reflexão acerca do sistema de saúde e sua relação com os homossexuais:

“(…) No entanto, ainda é preciso avançar muito, para que as instituições públicas, como um todo, passem a acolher os homossexuais e oferecer serviços que vão mais além do atendimento médico e da oferta de medicamentos (o que deve ser mantido, claro). Mas, como referi, isto passa por uma reformulação do sistema de saúde

³⁸ ANTRA-Articulação Nacional de Transgêneros.

³⁹ Isabel Coelho é odontóloga, e coordenadora municipal de DST/Aids de Fortaleza desde outubro de 2001. A entrevista foi concedida ao autor em fevereiro de 2004.

pública, na medida em que a integralidade da atenção e da associação entre prevenção e assistência não sejam meros princípios gerais, mas ações concretas” (Carlos Passarelli, em entrevista ao autor).

O caráter assistencial do SUS é também enfatizado, em detrimento de um processo inicial de inserção no sistema das ações de prevenção.

“(…)ainda se observam grandes lacunas no que se refere à inserção das ações de prevenção das DST/HIV/Aids no Sistema Único de Saúde. Diferentemente das ações de assistência, tratamento e diagnóstico que já se enquadram de forma efetiva no SUS, pode-se considerar que a inserção das ações de prevenção- devido as suas características e natureza- se encontram ainda num estágio inicial de implantação.” (Lilia Rossi, em entrevista ao autor).

É importante destacar que Rossi aponta algumas lacunas e problemas, no caminho da descentralização das ações em DST/HIV/Aids como um todo e sua efetiva inserção no SUS:

“(…) o pouco conhecimento sobre o perfil comportamental desse grupo, a articulação local ainda precária entre o movimento e a esfera governamental e as grandes dificuldades em superar barreiras culturais associadas à aceitação da diversidade sexual. Intervir junto aos gestores locais de Saúde e de DST/Aids para auxiliar na superação de tais obstáculos e/ou dificuldades é parte do trabalho da esfera federal, visando que o processo de descentralização seja realmente efetivado.” (Lilia Rossi, em entrevista ao autor).

Nesse aspecto, os gestores locais são apontados como atores sociais importantes para auxiliar na inclusão de um saber próprio sobre as homossexualidades, na constituição das políticas dirigidas aos homossexuais masculinos.

“Sobre os gestores locais, acho que podem ser fundamentais, pois podem contribuir com a inclusão de um saber ‘local’ sobre determinadas homossexualidades, ou seja, sobre determinados comportamentos, práticas e representações sexuais de uma determinada população” (Veriano Terto Jr.⁴⁰, em entrevista ao autor).

⁴⁰ Veriano Terto Jr. é psicólogo, coordenador-geral da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA e era então professor visitante do NPACS- Núcleo de Pesquisa do Corpo e da Saúde/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Entrevista concedida ao autor em fevereiro de 2004.

Os aspectos que envolvem o enfrentamento do processo de interiorização da epidemia de HIV/Aids e as ações realizadas por gestores governamentais são indicados como denunciadores de uma realidade ainda preocupante.

“Analisando a prevenção, vejo que poderia ter se avançado mais, por exemplo ainda há municípios onde não há nenhuma ação, e que muitas vezes só vem a se fazer algo quando descobre-se que tem alguém soropositivo, aí se faz algo na área da assistência, mas realizam-se ações do tipo trazer a pessoa até a capital, Fortaleza, tirá-la do local. Então, eu acho que passado todo esse tempo, a assistência e a própria prevenção deveriam ter se ampliado muito mais, ainda tem municípios que não dão muita importância nem para a assistência, nem para a prevenção. Há uma lacuna muito grande” (Orlaneudo Lima, em entrevista ao autor).

Nesse contexto, os aspectos que envolvem um olhar heterossexista sobre as políticas de prevenção das DST/HIV/Aids são levantados como relevantes na realidade do encaminhamento de ações dirigidas a homossexuais masculinos em alguns municípios.

“De uma forma geral, a gente poderia estar trabalhando mais essas políticas. A gente sempre tenta colocar isso pros gestores, que é importante trabalhar com todos os grupos, sem fazer discriminação. A gente observa também que quando os planos de prevenção dos municípios são apresentados, muito pouco vem direcionado a grupos de homossexuais, de profissionais do sexo, de usuários de drogas, a grupos que são discriminados. Geralmente os planos são apresentados dirigidos a escolas, a mulheres, a adolescentes, com os grupos que, para eles, os profissionais de saúde, são mais acessíveis. Então isso reflete bem a dificuldade que eles têm de trabalhar esses grupos, por não saberem como chegar a eles, ou, às vezes, por discriminarem mesmo” (Telma Martins, em entrevista ao autor).

CAPÍTULO 3

RESPOSTAS MAIS EFETIVAS À EPIDEMIA DE HIV/AIDS

O grande impacto da Aids na “comunidade” homossexual levou os grupos homossexuais, a própria “comunidade” gay e outras organizações não-governamentais que trabalhavam o enfrentamento do problema, a se mobilizarem e protagonizarem as primeiras respostas sociais mais organizadas à Aids. Levaremos em consideração as observações de Altman (1995), sobre “comunidade”, quando pontua que para diferentes finalidades, todas estas categorias podem formar comunidades auto-definidas, ou seja, grupos de pessoas que, por qualquer razão, têm muito em comum para compartilharem aspirações, objetivos etc.

As organizações do movimento homossexual, com suas ações diante da epidemia de HIV/Aids, passam a inserir-se (de maneira fundadora) no movimento social de luta contra a Aids, de enfrentamento da epidemia no país, mais amplo, composto por diversas organizações não-governamentais, com os mais variados perfis, missões e com distintos públicos-alvo. Essas organizações da sociedade civil têm em comum o desenvolvimento de ações na área da prevenção das DST/Aids, apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids e ativismo (pressão e controle social por políticas públicas em DST/Aids). Atualmente, mais de 600 organizações compõem esse movimento social de luta contra a Aids. O movimento homossexual tem hoje cerca de 130 organizações que o constitui no país (ABGLT, 2004; Ministério da Saúde, 2003).

Parker (1994: 97) analisa:

“Em meados da década de 80, mesmo antes da formação de um Programa Nacional de combate à Aids, a Aids tinha começado a surgir como um foco de atenção por parte de diversos tipos de organizações. Várias organizações já existentes, e, em especial, as organizações gays como o Grupo Gay da Bahia, em Salvador, e o Grupo Atobá de Emancipação Homossexual, no Rio de Janeiro, começaram a atuar em

uma série de atividades de prevenção e educação, visando responder ao risco conhecido enfrentado pelos homossexuais. ”

Como afirma o escritor João Silvério Trevisan, para quem, no caso específico dos homossexuais, que por muitos anos estiveram na linha de frente da epidemia, o HIV contribuiu bastante para os revelar ao mundo (Trevisan, 2000). A Aids obrigou os poderes públicos e a sociedade a discutir temas até então escondidos, envoltos com a sexualidade.

Terto Jr. (2004), em entrevista ao autor, analisa essa participação pioneira do movimento homossexual na luta contra a Aids:

“Antes mesmo dos casos serem notificados, a Aids já recrudesceu preconceitos e discriminação contra os homossexuais, podendo ser caracterizada como uma síndrome do preconceito, nas palavras de Herbert Daniel. De forma semelhante ao que acontecia nas grandes cidades norte-americanas, européias e latino-americanas, os homossexuais brasileiros começaram a ver amigos e amantes adoecerem e morrerem, enquanto eram alvo de ações discriminatórias, além da negligência de governos que eram inoperantes frente ao novo fenômeno. Por estas razões, mas também por já virem discutindo questões de saúde e direitos humanos, nas fileiras do movimento homossexual, os homossexuais estiveram entre aqueles que mais se mobilizaram e enfrentaram diretamente os desafios impostos pela Aids. Os grupos homossexuais organizados, como o Outra Coisa, o GGB, estão entre os primeiros grupos a reagirem contra a Aids no começo dos anos 1980, seja pressionando as autoridades governamentais de Saúde para que uma resposta governamental fosse constituída (tanto no âmbito da prevenção quanto da assistência), seja através da elaboração e da distribuição dos primeiros materiais educativos sobre Aids e sexo seguro a serem distribuídos em locais de encontros homossexuais.”

Terto Jr. destaca o caráter fundador do movimento social de luta contra a Aids que teve o movimento homossexual.

“Assim, mesmo antes que fosse criada a primeira ONG de trabalho em Aids no Brasil, o Gapa/SP⁴¹, em 1985, os homossexuais paulistas, baianos e cariocas, já educavam a comunidade sobre Aids e sexo mais seguro, pressionavam governos e criavam as bases do que seria caracterizado nos anos seguintes como movimento social da Aids e as respostas da sociedade civil organizada” (2004).

⁴¹ O Grupo de Apoio à Prevenção à Aids de São Paulo, o Gapa-SP, foi a primeira ONG/Aids criada no país.

Com a ação diante da realidade da Aids, entre seus pares, os grupos e ativistas homossexuais organizam suas respostas comunitárias à epidemia:

“...Esta trajetória deve muito ao trabalho dos grupos gays, que, basicamente, inventaram a idéia de ‘sexo seguro’⁴² e desenvolveram métodos para tornar isto parte das normas da comunidade gay e que outros grupos e comunidades agora estão tentando imitar” (Altman, 1995: 69).

Na época (início da década de 1980), construiu-se no mundo social a crença de que a síndrome seria uma “peste gay”⁴³. Essa construção levou a inclusão, nesse período, dos homens com práticas homossexuais como “grupo de risco”, definição médico-científica que caracterizava os homossexuais masculinos, os usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo, como grupos sociais de risco para a infecção pelo HIV/Aids.

A identificação dos “grupos de risco” era considerada, pelos profissionais da medicina e autoridades sanitárias, como estratégia fundamental para identificar a doença que se expandia e instaurava o pânico na população.

A contribuição da instrumentalização das oficinas de sexo mais seguro como uma atividade com metodologia e objetivos bem direcionados, não só reforçou as possibilidades e alternativas de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos, como aproximou os grupos homossexuais de outros grupos que desenvolviam ações de prevenção. O sexo seguro é um produto da organização política dos homossexuais em seus mecanismos de respostas à epidemia de HIV/Aids, e que foi incorporado pelas políticas governamentais e comunitárias de combate à Aids.

⁴² “ A idéia do ‘sexo seguro’ foi criada pela comunidade gay dos Estados Unidos com o surgimento da Aids, para divulgar um conjunto de cuidados e práticas sexuais visando diminuir ou eliminar os riscos da infecção pelo HIV/Aids. Com isso, várias técnicas e dinâmicas foram sendo elaboradas para a disseminação de tais cuidados e práticas, com o objetivo de tornar a idéia do sexo seguro mais atrativa, fazendo com que os homossexuais a adotassem em sua prática sexual. E assim, criaram-se as oficinas de sexo seguro, cujo objetivo é incentivar o uso do preservativo, fornecer informações sobre seu uso correto com acessórios adequados e ensinar como evitar algumas práticas sexuais de maior risco privilegiando outras mais seguras” (Rossi, ORG., 2002).

⁴³ Crença que tinha um respaldo científico, para tal eufemismo (“peste gay”), já que, entre 1981 e 1982, a Aids era conhecida como GRID, Deficiência Imunológica Relacionada aos Gays (Galvão, 2000).

Homossexualização & Des-homossexualização da Aids

De acordo com dados epidemiológicos oficiais, já no início da década de 90, a epidemia avançava crescentemente em direção às mulheres, às crianças e adolescentes. O Ministério da Saúde analisa esse “redirecionamento da epidemia”:

“Essa tendência, entretanto, observada em todas as regiões do Brasil, não deve ser compreendida como a reversão de um quadro epidemiológico, inicialmente negativo entre os homo/bissexuais: é efetivamente o resultado geral de uma discreta estabilização dos números absolutos de casos nesta subcategoria, comparativamente à progressiva disseminação da doença para outros segmentos da população (2002: 109).

O antropólogo Richard Parker, um dos mais importantes estudiosos da epidemia de HIV/Aids no Brasil, e suas várias dimensões sociais, analisa também esse “redirecionamento” do olhar da sociedade e dos governos com relação à Aids:

“Do mesmo jeito que a imagem da Aids como doença exclusiva dos gays permite que a sociedade negue sua responsabilidade diante da epidemia (supostamente a Aids estaria atingindo uma população restrita, marginalizada e de menor importância em face da “população em geral”), a declaração de que a Aids, hoje, tornou-se uma ameaça para os heterossexuais, produz semelhante efeito. Ironicamente, esse efeito não é o de reduzir o preconceito dirigido aos homossexuais, mas de atuar no sentido de desviar as atenções e a responsabilidade da sociedade e, em particular, das autoridades, perante a população homossexual.” (Parker, 1994: 52).

E o autor identifica a “des-homossexualização” da Aids, nos discursos oficiais de epidemiólogos e de autoridades de saúde pública, responsáveis pelo combate governamental à epidemia. Tal tendência reflete-se também no direcionamento de recursos governamentais para os programas de prevenção. Trevisan (2000: 456-457) revela:

“...as novas evidências de heterossexualização da epidemia também levaram o governo a destinar verbas mais substanciais para os programas de prevenção, agora visando adolescentes e mulheres heterossexuais, os mais atingidos, sobretudo nas populações pobres.”

Nessa perspectiva, especialmente a partir da segunda metade da década de 1990, o movimento homossexual pressionou, nos espaços políticos, por ações mais abrangentes e complexas, de prevenção das DST/Aids, pelo Ministério da Saúde. No ano de 2001, é constituído na então Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde o Comitê Assessor para Ações de Prevenção junto a Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), composto por representantes governamentais (das três esferas de governo) e da sociedade civil, para analisar e propor ações e políticas de prevenção das DST/Aids direcionadas a homossexuais e bissexuais masculinos.

No que se refere aos gastos nos orçamentos da área de DST/Aids dirigidas a esforços voltados aos homossexuais masculinos, quase até o final da década de 1990, havia uma crítica bastante contundente, por parte dos movimentos homossexual e de luta contra a Aids, de que a “des-homossexualização” da epidemia estava se refletindo sobre a realização de esforços e ações, assim como sobre a destinação de recursos financeiros, dirigidos a políticas de prevenção para os homossexuais masculinos. A partir do final dessa década, e início da década de 2000, há uma certa mudança nesse quadro. De acordo com os dados da então Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, o número de projetos de ONGs apresentados às concorrências públicas para a obtenção de apoio da Coordenação, era muito pequeno, e, muitas vezes, de baixa qualidade técnica, daí o número de projetos efetivamente apoiados também era pequeno, havendo significativo número de Estados sem nenhum projeto a ser desenvolvido.

Tal constatação evidencia a concentração dos esforços das ações de prevenção no âmbito das ONGs, com o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde se “desresponsabilizando” da realização dessas ações.

Em 1998/99, a partir do diálogo entre o movimento homossexual, através da ABGLT e a C N DST/Aids, estabeleceu-se como prioridade a realização de ações que visassem o desenvolvimento institucional de ONGs, através da formação e/ou estruturação de grupos de promoção dos direitos humanos de homossexuais, e que realizassem ações de prevenção dirigidas a homossexuais e bissexuais masculinos. Assim surgiu o Projeto Somos, em 1999, realizado pela ABGLT, com o apoio da C N DST/Aids. Segundo o Programa Nacional de DST e Aids, “Uma das principais estratégias políticas e técnicas do PN é o fortalecimento institucional de grupos de militância da sociedade civil. No caso de homossexuais, esta estratégia está fortemente associada a implantação, em 1999-2000, do ‘Projeto Somos’” (2004). O P N DST/Aids ressalta que a promoção da cidadania é o eixo fundamental do Somos e que as diretrizes da prevenção que orientam o trabalho do programa têm essa premissa como prioridade.

Segue o programa, afirmando que o projeto mostrou-se como uma estratégia de mobilização em torno da cidadania, com resultados relevantes na cobertura de ações preventivas voltadas para a população homossexual. Nesse sentido, ressalta que o projeto totalizou, no período de 1999 a 2003, mais de 100 grupos comunitários, acessados/capacitados/fortalecidos.

A ABGLT destaca a importância do projeto para a prevenção das DST/HIV/Aids com a população de gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens, e da promoção da cidadania como fator de prevenção, através do fortalecimento institucional de grupos específicos. E observa que, em 1998, havia poucos projetos de prevenção dirigidos a homossexuais, sendo que dos 13 Estados abrangidos pelo projeto, apenas em 8 havia projetos dirigidos a essa população. E que naquele ano existia poucos grupos homossexuais capacitados para elaborar e/ou gerenciar projetos (ABGLT, 2004).

Segundo dados do P N DST/Aids, em 2002, houve o apoio a 138 projetos, dirigidos a homossexuais e outros Homens que fazem Sexo com Homens, com um investimento governamental

de R\$3.008.646,00. Em 2003 (até junho/dados parciais) houve 97 projetos, com recursos da ordem de R\$1.149.649,00.

Destacamos que, ao longo desse processo, com a constatação de poucos esforços e recursos dirigidos a alguns grupos populacionais, para as ações de prevenção, a então C N DST/Aids chegou a estabelecer a obrigatoriedade da realização e/ou apoio a realização de ações, por Estados e Municípios, voltadas a homossexuais, usuários de drogas injetáveis e trabalhadores/a do sexo, quando do repasse de recursos financeiros destinados ao combate a Aids, efetuados do governo federal aos Estados e municípios. Tais populações eram freqüentemente “esquecidas” nos planos operativos anuais (que compreendiam as ações em DST/HIV/Aids) de significativo número de Estados e municípios.

É fundamental destacar a produção e a veiculação de campanhas educativas de massa, que visaram o combate ao preconceito à homossexualidade e a prevenção das DST/Aids, em 2002 e 2003. As campanhas, realizadas pela então Coordenação Nacional de DST e Aids, foram dirigidas à população em geral (Campanha de prevenção junto a Gays e outros HSH), as Escolas (aos professores e alunos, contra a homofobia na Escola), e aos profissionais de Saúde (por um atendimento não-homofóbico nos serviços de Saúde). As campanhas foram produzidas com a participação do Comitê Assessor para HSH da Coordenação Nacional de DST e Aids. Foi a primeira campanha educativa de prevenção das DST e Aids dirigida aos homossexuais masculinos, veiculada nos meios de comunicação de massa, em duas décadas de epidemia no país.

Uma das preocupações do movimento de luta contra a Aids tem sido a disponibilização dos medicamentos anti-Aids (os remédios anti-retrovirais, popularmente conhecidos como o “coquetel de medicamentos”), de maneira universal, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aos portadores de HIV/Aids que os necessitam, o que vem ocorrendo desde 1996. Esse fato tem sido um dos motivos para que o programa brasileiro de Aids seja considerado exemplar para os países em desenvolvimento, pelos organismos internacionais da Saúde.

Uma das questões fundamentais da agenda política do movimento social de luta contra a Aids é a possibilidade da quebra de patentes dos medicamentos anti-retrovirais (em poder, principalmente, de grandes laboratórios da indústria farmacêutica norte-americana) pelo governo, em favor da saúde pública, no Brasil, e nos países pobres, especialmente os africanos. Tal situação tem estimulado a produção dos medicamentos pela indústria farmacêutica estatal brasileira, e pressionado os laboratórios detentores das patentes a baixarem significativamente os altos preços desses medicamentos. Essa discussão tem sido realizada em fóruns políticos e comerciais multilaterais, como a ONU, a Organização Mundial do Comércio-OMC e a OMS e em manifestações públicas, no Brasil e em outras partes do mundo. De cada vinte pessoas que vivem com HIV/Aids, no mundo, apenas uma tem acesso a esses medicamentos, que podem prolongar bastante a sobrevivência dessas pessoas (Boletim ABIA, dez./2002).

Dessa maneira, o movimento homossexual encontra-se inserido nas lutas sociais pelos direitos humanos dos homossexuais, contrapondo-se à homofobia e engajado no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

As respostas sociais à epidemia de HIV/Aids, através de organizações da sociedade civil, como já vimos, antecederam as ações governamentais. De 1985 a 1987 surgem as primeiras ONGs constituídas para combater a Aids e estas, aliadas a algumas outras organizações já existentes, componentes do movimento homossexual, abraçam a missão da prevenção e do apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Em 1986, é constituído, na estrutura do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de DST e Aids, responsável pelo desenvolvimento das políticas de prevenção e assistência.

Em 1987, é formada a Comissão Nacional de Aids, CNAIDS, que, de acordo com sua última reformulação (em 1994), tem a função de participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e Aids; discutir diretrizes a serem observadas pela Coordenação Nacional de DST/Aids por intermédio dos Planos Operativos Anuais

(POA); identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos . Ainda como finalidades da Comissão, constam assessorar o Ministério da Saúde no monitoramento do desempenho das atividades da Coordenação Nacional de DST e Aids; participar do redirecionamento de estratégias e desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do Governo e da Sociedade Civil para a luta contra os problemas de Saúde Pública; e deliberar sobre assuntos a ela submetidos pelo Ministério da Saúde. Compõem a CNAIDS representantes do governo, da sociedade civil, órgãos formadores de recursos humanos, membros da comunidade científica e/ou pesquisadores da área de Aids de renome nacional e internacional (Ministério da Saúde, 2001). A CNAIDS passa a ser um importante espaço de diálogo e controle social em torno das políticas em DST/HIV/Aids.

Dessa maneira, não só a CNAIDS, mas outros espaços de controle social, como as Comissões Interinstitucionais de DST e Aids (como a existente no âmbito do Estado do Ceará⁴⁴), o Comitê Assessor para Ações de Prevenção entre Homens que fazem Sexo com Homens - HSH do Programa Nacional de DST e Aids e os Fóruns Estaduais de ONGs/Aids são cenários de significativa parte do diálogo entre governo e sociedade civil, quanto às políticas de saúde, em DST/Aids, e dirigidas a homossexuais masculinos (mais especificamente o Comitê Assessor para HSH).

Ressaltamos o pensamento de Silva (2001: 112), quando situa a participação cidadã:

“Esse tipo de participação não se define como simplesmente apoiando ou lutando contra o Estado, mas incorporando uma concepção de Estado que contém interesses contraditórios, construindo direito de todos os cidadãos e segmentos sociais, buscar formas de se fazer representar no interior do aparelho estatal, procurando legitimar seus interesses.”

O autor segue sua análise, comparando o controle social e a participação cidadã, afirmando que os conceitos confundem-se, porque ambos procuram conquistar direitos sociais e partilham dos mesmos valores. Ele ressalta:

“A participação cidadã, no entanto, está centrada na busca da equidade social, da universalização dos direitos, na solidariedade. Seus objetivos estão ligados à

⁴⁴ A Comissão Interinstitucional de DST/Aids do Ceará foi instituída através de portaria da Secretaria da Saúde do Estado, em 2000, mas desde 2003 não realiza suas reuniões regulares, por ausência de convocação da Secretaria.

construção de uma democracia mais substantiva, de igualdade, de conquistas. O controle social, por outro lado, constituiu-se em mecanismo de vigilância de agentes e instituições políticas que atuam nas estruturas de poder” (Silva, 2001: 113-114).

Nessa perspectiva apontada pelo autor, o movimento homossexual e as respostas à epidemia, assim como o diálogo com o Estado e os espaços formais em que esse diálogo se desenvolve, estariam inseridos num contexto de participação cidadã e controle social.

Na construção de suas respostas à Aids, o movimento homossexual tem sido interlocutor no diálogo entre Estado e sociedade civil, como analisa Galvão (2000), quando afirma que é possível dizer que quase todos os grupos gays masculinos brasileiros estão desenvolvendo projetos relacionados à Aids.

Assim, o conjunto de organizações da sociedade civil que tem a Aids em sua agenda política constituíram uma rede comunitária de ONGs que trabalham com o enfrentamento da epidemia. Como afirma Carvalho (2003), a rede sugere uma teia de vínculos, relações e ações entre indivíduos e organizações. A autora analisa o papel das ONGs: “As organizações não-governamentais são uma expressão desse novo protagonismo, alargando a esfera pública ao mesmo tempo que congestionando-a pela fragmentação de demandas e interesses” (2003, 03).

Nesse “alargamento da esfera pública”, é importante considerar as observações da autora, quanto à ação pública, quando afirma que ganham visibilidade na ação pública os diversos sujeitos do fazer social: o Estado, a sociedade civil, a iniciativa empresarial (o mercado), a comunidade e o próprio público-alvo da ação.

O Banco Mundial e as respostas à epidemia

É fundamental destacar a constituição dos três acordos de empréstimos realizados pelo governo federal junto ao Banco Mundial, e que possibilitaram o desenvolvimento dos Projetos Aids I, Aids II e Aids III.

O Projeto de Controle da Aids e DST (Projeto 3.659 BR), conhecido como “Projeto Aids I”, é oriundo de um acordo de empréstimo entre o Governo Federal e o Banco Mundial, no montante de 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões como contrapartida do Tesouro Nacional, e teve sua vigência no período de 1994 a 1998. Os objetivos gerais do projeto eram reduzir a incidência e a transmissão do HIV e DSTs; fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs e HIV/Aids.

“Envolvendo pelo menos 27 Secretarias de Estado da Saúde, 43 Secretarias Municipais de Saúde, 175 entidades da sociedade civil, uma rede de mais de 60 laboratórios e de 700 unidades de assistência às DSTs, 37 universidades, entre outros parceiros e iniciativas, o ‘Aids I’ mudou, substancialmente, o cenário nacional de respostas frente à epidemia (Chequer, 1998, apud Galvão, 2000: 152).

Nesse aspecto, no que dizia respeito ao apoio às organizações da sociedade civil, foi instituído o modelo de apoio, através de concorrência pública de projetos comunitários, que seriam financiados via Ministério da Saúde, pelo Programa Nacional de DST e Aids. “(...)se candidataram e foram apoiados grupos de base comunitária, como associações de profissionais do sexo, ONGs/Aids, organizações feministas, sindicatos, grupos gays, universidades, hospitais, fundações universitárias e entidades de planejamento familiar” (Galvão, 2000: 152).

O projeto previu a participação de ONGs para a implementação de atividades.

Nesse sentido, programas foram constituídos para o desenvolvimento de ações dirigidas ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. Na esfera governamental, os programas nacional, estaduais e municipais de DST/Aids são os órgãos executores da política governamental. No campo comunitário, programas de saúde são desenvolvidos, visando a redução da incidência de Aids junto a populações-alvo definidas. Os projetos de ONGs, na área da prevenção, referem-se a áreas de atuação

diversas, que vão desde intervenção comportamental (com a atuação de agentes de saúde que mantêm contato permanente com a população-alvo), produção e distribuição de materiais informativo-educativos, realização de treinamentos e eventos de intercâmbio de experiências, e desenvolvimento institucional (de grupos específicos e de redes de grupos comunitários). Nesses programas, tanto governamentais como comunitários, o fornecimento de preservativos é incluído como um insumo fundamental na realização das ações de prevenção.

Galvão ressalta que a prevenção era valorizada em detrimento de gastos em assistência e tratamento, e que nesses dois casos- valorização da prevenção e envolvimento das ONGs - a principal noção que guia tais escolhas é em termos custo/benefício. “(...) as ONGs são sobretudo vistas na sua possibilidade de prestar serviços à comunidade” (Galvão, 2000: 137).

Essa “participação” das ONGs se insere numa discussão polêmica e alvo de constantes reflexões por parte do movimento social de luta contra a Aids. Galvão (2000: 153) enfatiza a relevância dessas reflexões: “A participação de ONGs em projetos financiados pelo Banco Mundial tem crescido nos últimos anos, principalmente a partir da década de 1980, mas há um debate, por parte de instituições e pessoas que analisam as políticas dos bancos multilaterais, sobre o que significa ‘participação’ na ótica do Banco”:

“(...)apesar da ênfase recente do discurso dessas organizações, a participação ainda é elemento marginal. Sofrendo entraves de diversas ordens: ausência de normas e diretrizes claras, pouca flexibilidade nos procedimentos e desembolsos, limitações da experiência e capacitação do staff e restrições de ordem claramente políticas” (Soares, 1988, apud Galvão, 2000: 153).

Uma outra característica importante presente no “Aids I” foi a ênfase no trabalho com “grupos de risco”, baseada em mudanças de comportamento.

“(...)o ‘Aids I’, no que diz respeito ao componente de prevenção, está fortemente modulado nas noções de mudança de comportamento que, com poucas adaptações culturais, foi o ‘modelo de

exportação' de várias instituições que apoiaram projetos de prevenção em HIV/Aids em todo o mundo” (Galvão, 2000: 149).

O Projeto “Aids II” foi desenvolvido a partir do segundo acordo de empréstimo do Governo Federal junto ao Banco Mundial, que foi assinado em dezembro de 1998 e teve sua vigência até junho de 2003. O acordo englobou um montante de recursos financeiros no valor de 300 milhões de dólares, sendo 165 milhões a título de empréstimo e 135 milhões de contrapartida nacional (sendo 78 milhões do governo federal, 32 milhões dos governos estaduais e 25 milhões dos governos municipais).

O Projeto “Aids II” também foi executado pelo Ministério da Saúde, e envolveu a celebração de convênios com Estados, municípios e ONGs para a sua execução. No que se refere aos seus objetivos, o projeto pretendeu promover a descentralização das ações em DST/HIV/Aids e a sustentabilidade das políticas para as DST e Aids, nas três instâncias de governo.

Mattos, Terto e Parker (2001) refletem sobre as relações entre o governo brasileiro, o Banco Mundial e a resposta à Aids no país.

“A resposta à Aids no Brasil é muito anterior ao primeiro projeto financiado pelo Banco Mundial. Desde sua origem, ela foi marcada por dois eixos fundamentais: a participação e a demanda dos movimentos sociais organizados em torno da Aids; e a contribuição de técnicos compromissados com a construção de um sistema de saúde que assegurasse o direito universal da saúde. A ação conjunta desses dois eixos permitiu que o primeiro empréstimo do Banco fosse apropriado, sem que, com isso, o governo se afastasse das suas pretensões universalistas. Pelo contrário, o governo brasileiro pôde lançar as bases do que se tornaria um inovador programa de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais para os pacientes com Aids. O governo já havia decidido, antes de iniciar as negociações com o Banco, iniciar a aquisição para distribuição gratuita de medicamentos para a Aids”(2001: 18).

Nesse sentido, os autores ressaltam o caráter inovador do programa brasileiro de distribuição de medicamentos para a Aids, no que se refere a sua contribuição para a consolidação da visão de direito universal que guia o SUS. “Mais do que isso, ele (o programa) a amplia, na medida em que o acesso gratuito aos medicamentos não é garantido universalmente senão em relação a algumas poucas

doenças.(...) O programa tem tido evidentes impactos positivos como, por exemplo, na redução da mortalidade por Aids” (2001: 18).

As recomendações do Banco Mundial vão em direção contrária ao programa de distribuição.

“As terapias anti-retrovirais seriam pouco eficazes em termos de custo, e um subsídio exagerado aos pacientes com Aids. As recomendações do Banco são no sentido de que os pacientes com Aids paguem por seu tratamento da mesma forma e na mesma proporção dos pacientes com outras doenças” (Banco Mundial, 1997, apud Mattos, Terto e Parker, 2001: 18).

Os autores enfatizam sua reflexão de que o Banco Mundial preocupa-se com a elevação dos gastos públicos em saúde. Nesse aspecto, o Banco continua a ecoar as lições do ajuste estrutural.

A então Coordenação Nacional de DST/Aids avaliou que, “apesar de o acordo de empréstimo responder por 10% do total dos recursos aplicados em Aids pelo governo, o financiamento do Banco Mundial foi estratégico para a infra-estrutura do Programa Brasileiro de Aids e agilizou a estruturação dos serviços de saúde em Aids, as ações de prevenção e assistência” (2003).

O terceiro acordo de empréstimos com o Banco Mundial, que constituiu o Projeto “Aids III”, compreendeu um aporte de recursos da ordem de 200 milhões de dólares, sendo 100 milhões como empréstimo e 100 milhões como contrapartida do Tesouro Nacional. Sua vigência se situa no período do 2º semestre de 2003 ao 2º semestre de 2006.

É importante destacar o objetivo crescente da descentralização das ações nesse terceiro acordo de empréstimo.

“O terceiro Projeto de Controle das DST/Aids no Brasil tem como objetivos melhorar a cobertura e a qualidade das intervenções, descentralizar o financiamento e a administração de atividades do Programa para estados e municípios, fortalecer a administração do programa com o monitoramento e avaliação das ações, introduzir inovações tecnológicas, reduzir a incidência da transmissão das DST/HIV, melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids e reduzir a discriminação e o estigma associados ao HIV/Aids” (Ministério da Saúde, 2003, 1).

No Projeto “Aids III”, foram incluídos repasses do tesouro nacional para os tesouros estaduais (de todos os Estados) e de 411 municípios. É importante ressaltar também que o projeto prevê o repasse de recursos as ONGs, via projetos comunitários aprovados em concorrências públicas, via PAM (Plano de Ação e Metas) dos Estados. Dessa forma, foi a primeira vez que houve garantia de repasse de recursos para organizações não-governamentais via Sistema Único de Saúde, com a ocorrência de aprovação prévia dos Conselhos Estaduais de Saúde. Os recursos repassados aos Estados tiveram rubrica específica de 10% para o apoio a projetos desenvolvidos por ONGs.

Numa reflexão importante sobre o papel do Banco Mundial no combate à pobreza, Martins (2004) analisa as relações dessa instituição multilateral com as críticas que são dirigidas a sua atuação, ressaltando que o terrorismo, a guerra, a fome, a Aids, as drogas e o crime não reconhecem fronteiras territoriais. Para a autora, diante das constantes e diversificadas contestações, o Banco Mundial parece adotar uma postura conciliadora: faz autocrítica, envolve a sociedade civil, cria canais de participação, apura denúncias de irregularidades, divulga suas ações e adequa sua linguagem.

A autora reflete ainda sobre os empréstimos concedidos pelo Banco, chamando a atenção ao fato de que as contrapartidas em moeda nacional, exigidas nos empréstimos, podem comprometer a elaboração dos orçamentos dos estados, o que induziria cada governo a utilizar suas próprias receitas segundo as determinações do Banco Mundial.

A análise da autora nos remete à importância das reflexões sobre as relações entre os Estados nacionais e os organismos multilaterais e o impacto dos acordos e empréstimos para a vida das populações envolvidas.

Nesse sentido, é fundamental analisarmos as possibilidades e conseqüências que se inserem as políticas de ajustes estruturais, definidas por organismos multilaterais como Fundo Monetário

Internacional e o Banco Mundial, sobre a vulnerabilidade das populações dos países afetados diante de determinadas doenças.

Galvão (2000) destaca a relevância de se pensar sobre um debate, ocorrido mais intensamente entre 1993 e 1995, entre o Banco Mundial e pesquisadores norte-americanos. “Em artigo publicado em 1993, os autores, funcionários do Banco, argumentam que não há provas de que os programas de ajuste estrutural levem a conseqüências nefastas para a área de saúde dos países que os receberam e não há evidências de um crescimento da vulnerabilidade com relação ao HIV” (Elmendorf e Roseberry, 1993, apud Galvão, 2000: 138). A autora lembra que três pesquisadores norte-americanos, Lurie, Hintzen e Lowe, publicaram um artigo na conceituada revista AIDS, apontando justamente o contrário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção social da sexualidade nos revela as origens culturais da formação da homofobia no senso comum da sociedade brasileira.

Nesse sentido, vale a pena resgatar que as homossexualidades, no processo histórico de formação da sociedade brasileira, têm sido vinculadas a um estigma, que situa as pessoas com orientação homossexual num patamar de preconceitos, discriminações e exclusões. Enquanto

segmento populacional, com necessidades e direitos próprios, os homossexuais masculinos, nesse processo, salvaguardadas algumas iniciativas localizadas, ocorridas mais recentemente, estiveram inseridos num universo de invisibilidade, silêncio e omissão, ou quando não, de pretensa discriminação pelas instituições do Estado brasileiro, e por significativa maioria da sociedade.

Tal realidade, apontada pelas estatísticas disponíveis sobre a violência homofóbica, as exclusões no mundo do trabalho, na Escola, nos serviços de Saúde, nas políticas habitacionais etc, denota as desigualdades sociais provenientes do modo em que o Estado e a sociedade lidam com o componente orientação sexual, ou seja, os homossexuais têm um acesso mais dificultado às políticas públicas nessas áreas, da Saúde, Educação, Habitação, Trabalho e geração de renda, Lazer, Cultura etc.

Ao percorrer a história do movimento homossexual brasileiro e suas relações com a epidemia de HIV/Aids no país, o período histórico do início do movimento ocorre nas décadas de 1970 (segunda metade) e 1980. Estava em curso o processo de democratização do país, assim como do movimento de reforma sanitária, que compreendia a busca da democratização da Saúde.

Afetados de maneira direta, tendo sido um dos grupos populacionais com as maiores incidências de casos de Aids, no início da epidemia, os homossexuais masculinos depararam-se com uma dupla situação: o adoecimento ou a perda de muitos amigos, amantes, companheiros, acompanhado de um forte estigma que relacionava homossexualidade, Aids e morte. Poderíamos relacionar o conceito de morte civil, desenvolvido por Daniel (1994: 22), quando ele reflete que “(...) emergem e revalorizam-se velhos preconceitos contra grupos já anteriormente marginalizados (principalmente os homossexuais) e, sobretudo, decretou-se a morte em vida do soropositivo e do doente. Antes da morte biológica, a morte civil, a pior forma de ostracismo que pode suportar um ser humano”, com o imaginário coletivo que, sem bases na realidade, associaram homossexualidade com soropositividade para o HIV e conseqüentemente com morte. Embora a homossexualidade deixou de

ser considerada uma patologia, em 1985, esse olhar coletivo sobre a Aids lança sobre os homossexuais uma credencial de condição patogênica.

A morte civil poderia ser então de todo um grupo social, na medida em que seus estilos de vida, suas culturas, comportamentos sexuais e suas formas peculiares de socialização, ensejavam uma condição patogênica, associada a uma “mortalidade anunciada”. É importante afirmar que a realidade aponta que nem a homossexualidade é condição para se contrair o HIV/Aids, nem muito menos as pessoas que vivem com HIV/Aids perdem (ou deveriam perder) seus direitos civis e sua capacidade de exercer sua cidadania. Todo esse contexto era (e de alguma maneira ainda permanece sendo) reflexo de uma “síndrome do preconceito”, como definiu Daniel (1994).

Nesse aspecto, a definição de “grupos de risco”, por profissionais da Medicina, e que orientou as primeiras políticas oficiais de combate à Aids, não somente provocou a não efetivação de políticas de prevenção nos demais grupos populacionais, como ocasionou estigmas em relação às populações enquadradas nessa definição, entre as quais os homossexuais. Essa definição tampouco contribuiu para a implantação de uma política pública de prevenção das DST/HIV/Aids direcionada aos homossexuais masculinos.

Sendo assim, as ações do movimento homossexual e seus reflexos sobre as “comunidades” de homossexuais, resignificaram a epidemia de HIV/Aids, introduzindo e/ou valorizando elementos e métodos norteadores de uma política de resposta comunitária à epidemia, como o sexo seguro, as oficinas de sexo seguro, a educação entre pares e a solidariedade. Tais elementos vêm posteriormente a ser incorporados e/ou valorizados nos trabalhos de prevenção das DST/HIV/Aids junto a outras populações, por organizações comunitárias e pelo Estado.

No que se refere aos atores sociais envolvidos com as políticas de prevenção junto aos homossexuais masculinos, é possível afirmar que a política identitária enquanto fator de empoderamento individual e coletivo dos homossexuais vem compor uma estratégia de prevenção das DST/HIV/Aids junto a esse segmento da população. E o Estado (particularmente na esfera da política

nacional de DST/Aids) incorpora essa estratégia em suas diretrizes, a partir do diálogo com o movimento homossexual.

É importante destacar que o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids empodera os homossexuais na construção da cidadania, a partir da reação aos estigmas sobre as homossexualidades e do rompimento do silêncio (o silêncio sobre as homossexualidades, nas políticas do Estado, e até em algumas políticas de Direitos Humanos, oficiais ou comunitárias).

O estudo mostrou que o movimento homossexual ao realizar as primeiras ações de prevenção ao HIV/Aids, como cobranças junto ao poder público, distribuição de material educativo e mobilização dos homossexuais, lança as bases do que viria a ser o movimento comunitário brasileiro de luta contra a Aids, do qual faz parte.

Essa trajetória não só aproxima o movimento de outros segmentos que passam a compor o movimento contra a Aids, como, entre outros, as ONGs/Aids, o movimento de mulheres, o movimento das trabalhadoras do sexo, como o situa, em muitas ocasiões, até hoje, na articulação e organização das principais respostas comunitárias a Aids. Nessa direção, a atuação do movimento homossexual o aproxima também de outros setores da sociedade, que o reconheceria enquanto protagonista de uma ação de “utilidade pública”, benéfica para todos, o enfrentamento da Aids (especialmente a prevenção), já que a luta pelos direitos civis dos homossexuais não seria tão facilmente identificada, pela sociedade de uma forma geral, enquanto uma causa de interesse coletivo, mas corporativo, de um segmento estabelecido da sociedade.

A aproximação que a prevenção da Aids, protagonizada pelo movimento homossexual, provoca no próprio movimento com relação ao Estado, ocorre num primeiro momento através da cobrança, da pressão, da denúncia sobre o descaso da ausência de medidas governamentais eficazes, e depois numa perspectiva de diálogo mais organizado, efetivo e produtivo.

No percurso do movimento homossexual, a perspectiva da prevenção da Aids é incorporada como uma prioridade, que segue paralela à conquista dos direitos civis e os encaminhamentos das

demandas relativas às homossexualidades. Mas nessa perspectiva, em alguns momentos, algumas organizações homossexuais refletiram (e algumas ainda o fazem) sobre uma certa incompatibilidade em se associar luta pelos direitos civis dos homossexuais com a prevenção da Aids, posto que a Aids se associaria à homossexualidade.

Quando o conceito de “grupos de risco” passa a ser criticada pelo movimento social, o conceito de “comportamento de risco” é introduzido e, em seguida, os conceitos de vulnerabilidade e empoderamento começam a nortear as políticas em DST/HIV/Aids, a vulnerabilidade dos homossexuais masculinos diante das DST/HIV/Aids enseja novas necessidades e políticas, no campo dos direitos, das legislações, do trabalho, da educação etc. E novos desafios são postos para os trabalhos de prevenção da Aids, a exemplo do que aponta Ayres (2002: 17), “(...) Definir contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades constitui, no meu ponto de vista, um dos mais novos e decisivos desafios para a prevenção hoje”.

No que se refere a esse aspecto, a pesquisa revela, especialmente a partir da análise do material empírico, de que a não integração efetiva das políticas de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos no SUS, embora haja importantes ações empreendidas nessa direção, contribui para uma ação limitada sobre a vulnerabilidade dos homossexuais diante do HIV/Aids. A inexistência de políticas governamentais de assistência social, previdência, trabalho, entre outras áreas, dirigidas aos homossexuais masculinos, ocasiona o não enfrentamento integral do quadro de vulnerabilidade desse grupo populacional perante o HIV/Aids.

Nessa reflexão, o movimento homossexual, por seu intenso envolvimento nas políticas de prevenção das DST/HIV/Aids, de uma maneira geral, não demanda ao Estado cobranças e pressões nesse sentido, no mesmo grau de intensidade em que demanda as questões específicas da área de DST/HIV/Aids. Os grupos homossexuais, de uma maneira geral, estão bastante voltados para a

prevenção da Aids, para a agenda proveniente do diálogo construído com o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST e Aids.

Nesse aspecto, as questões de violência estrutural, do próprio combate a essa violência, e do diagnóstico, reflexão e protagonização de respostas sociais quanto aos ajustes estruturais, determinados por organismos multilaterais, como o FMI e Banco Mundial, adotados pelos sucessivos governos brasileiros, e seus impactos sobre a vida, os direitos civis e a saúde dos homossexuais, parecem requerer sua inclusão na agenda política do movimento homossexual brasileiro, a exemplo do que já ocorre com outros movimentos sociais, como o movimento de mulheres, o movimento ecologista etc. Como apontam Muñoz-Laboy, Aguila e Parker (2003: 3), “(...) o efeito maior da globalização, na perspectiva da saúde, podemos conceituar como ‘violência estrutural’ (Farmer, 1999a). Violência estrutural se refere aos efeitos que se produzem quando se entrecruzam pobreza extrema, exclusão laboral e exclusão social, tais como discriminação racial, étnica, de gênero e orientação sexual”.

Quanto às relações entre políticas de prevenção das DST/HIV/Aids e o Sistema Único de Saúde, o estudo analisa que as políticas de prevenção estão se incluindo formalmente no SUS, a partir de ações como campanhas governamentais por atendimentos não-homofóbicos no sistema de Saúde, a empreitada da descentralização das ações em DST/HIV/Aids, com uma participação mais acentuada de Estados e municípios, e a observância de mecanismos que incluam instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, nesse processo de descentralização. Essas ações contribuem para uma investida maior que vise a inclusão dessa política no SUS, mas ainda é um longo caminho a percorrer, não só quanto a inclusão das políticas no SUS, como também quanto à efetivação de um tratamento não-homofóbico, igualitário, dirigido aos homossexuais masculinos, no sistema público de saúde, nas áreas da prevenção como de assistência.

Nessa direção, a pesquisa revela que os princípios do SUS, de universalidade, integralidade e igualdade da assistência à saúde não são cumpridos no que se refere à população de homossexuais

masculinos. Os serviços públicos de saúde, de uma maneira geral, reproduzem o senso comum da homofobia, em suas prestações de serviços, e não há na rede pública de saúde uma estruturada atenção à saúde dos homossexuais, no que se refere a suas necessidades específicas.

A política de prevenção das DST/HIV/Aids para os homossexuais masculinos do Ministério da Saúde constrói suas diretrizes, em grande medida, a partir do diálogo com o movimento homossexual brasileiro. Podemos dizer que há no Estado brasileiro uma atenção à questão das doenças sexualmente transmissíveis e Aids junto aos homossexuais masculinos, mas essa atenção à Saúde se concentra na área de DST/Aids, mesmo que iniciativas (que na maioria das vezes partem desse diálogo entre movimento homossexual e o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde) sejam realizadas para ampliar essa atenção a outros campos da Saúde.

A política de prevenção das DST/Aids para homossexuais masculinos, desenvolvida pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, em parceria com o movimento homossexual e ONGs/Aids, quando reúne participação da comunidade, apoio a projetos comunitários, diálogo com gestores estaduais e municipais, fornecimento de insumos básicos (como preservativos, gel lubrificante, material informativo-educativo etc.), além de campanhas educativas de massa, caracteriza uma política de saúde para esse segmento populacional, na área de DST/Aids, com reflexos importantes sobre a vulnerabilidade dos homossexuais quanto ao HIV/Aids.

Ressalte-se, entretanto, que o impacto sobre a vulnerabilidade dos homossexuais se localiza diante de desafios como a ampliação da população acessada (as ações realizadas acessam um contingente bastante limitado de homossexuais masculinos, se considerarmos as estimativas oficiais quanto a essa população), a integração com outras políticas sociais (que em geral inexistem) que contribuam para a redução de vulnerabilidade social desse grupo populacional e a realidade do número ainda significativamente limitado de municípios onde se desenvolvem ações de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos.

Nesse sentido, o diálogo entre o movimento homossexual e o Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST e Aids) e a constituição de espaços formais para a realização desse diálogo, constitui uma estratégia paradigmática de construção de política de Saúde, mesmo fazendo a ressalva de que esse diálogo só tenha se iniciado de maneira mais organizada a partir da segunda metade da década de 1990, ou seja, quase 15 anos depois do início da epidemia de HIV/Aids no país. A pesquisa evidencia que esse diálogo se estabeleceu a partir de intensas críticas por parte do movimento social, com fortes tensões entre movimento homossexual e Estado, e cobranças do movimento quanto ao estabelecimento de uma política de prevenção dirigida a esse grupo populacional.

O diálogo analisado se investe de um caráter de diálogo comunicativo (Habermas, 1990), visto que as ações planejadas e realizadas têm a participação da sociedade civil, do cidadão, nesse caso através do movimento homossexual, enquanto ator social do processo.

A ampliação da política de prevenção das DST/HIV/Aids para homossexuais masculinos aos Estados e municípios, com a construção sistemática de diálogo entre sociedade civil e governos, assim como a realização de uma maior ênfase às ações de prevenção junto aos estratos mais pauperizados dos homossexuais masculinos, se apresenta como uma estratégia importante para a consolidação de uma política verdadeiramente nacional (com a participação das três esferas do Estado e sociedade civil) nessa área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Catálogo Homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

_____. Manual do Facilitador. Oficinas de Prevenção a HIV/Aids para Homens que fazem Sexo com Homens. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

ALBUQUERQUE, Durval Muniz Jr. Nordeste uma invenção do falo – Uma história do gênero masculino (Nordeste- 1920/1940). Maceió: Edições Catavento, 2003.

ALTMAN, Dennis. Poder e Comunidade – Respostas Organizacionais e Culturais à AIDS. Série História Social da AIDS. Rio de Janeiro: ABIA-IMS-UERJ-Relume Dumará Editores, 1995.

ARILHA, Margareth & CITELI, Maria Teresa (organizadoras). Políticas, Mercado, Ética – Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução - Editora 34, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GAYS, LÉSBICAS E TRAVESTIS, ABGLT. Apresentação para Oficina Nacional do Projeto Somos, ABGLT, fevereiro de 2004.

AYRES, J. R. C. M. et al . Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids in Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; São Paulo: Editora 34.

_____. Ao alcance dos olhos, longe das mãos: Lições aprendidas e desafios na prevenção da Aids (mimeo), 2002.

_____. Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública in Anais Seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década- Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à AIDS. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

BARBER-MADDEN, Rosemary. O UNAIDS e as políticas de desenvolvimento sustentável in PASSARELLI et all (ORGS.). AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

BASTOS, Francisco Inácio. A Feminização da Epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. Coleção Saúde Sexual e Reprodutiva nº 3. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

BOURDIEU, Pierre. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. “Compreender” in A Miséria do Mundo. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.

CÁCERES, Carlos F. “Opressão Sexual e Vulnerabilidade ao HIV”. In: Boletim ABIA nº 44. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

CÂMARA, Cristina. Cidadania e Orientação Sexual: a trajetória do grupo Triângulo Rosa. Rio de Janeiro: Academia Avançada, 2002.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Direitos Humanos e Cidadania Homossexual. Brasília: Comissão de Direitos Humanos, 2000.

CARVALHO, Maria. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. 2003.

CHAUÍ, Marilena. *Repressão Sexual, Essa Nossa (Des)conhecida*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

_____. *Brasil Mito Fundador e sociedade autoritária*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2001.

COMISSÃO ORGANIZADORA DO XI EBGLT. *Relatório Final Narrativo das atividades do XI Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros-EBGLT*. Manaus, 2003.

CORRÊA, Sonia. *A AIDS nos terrenos de disputa do desenvolvimento* in PASSARELLI et all (ORGS.). *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

_____. "Impasses da ética naturalista : Gide e o homoerotismo". In: *Ética*. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura, Cia. das Letras, 1992.

_____. "Homoerotismo: A Palavra e a Coisa". In: *Ética e o espelho da cultura*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1994.

COUTO, Edvaldo Souza. *Transexualidade - O corpo em mutação*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 1999.

DaMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução a Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

_____. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

_____. *A Casa & A Rua – Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DANIEL, Herbert. *Vida antes da Morte*. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

DEMO, Pedro. *Pesquisa e Informação Qualitativa*. Campinas, SP: Papirus, 2001.

DOVER, K. J. *A Homossexualidade na Grécia Antiga*. São Paulo: Nova Alexandria, 1994.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FRY, Peter. *Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil*. In: *Para inglês ver*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

GALVÃO, Jane. Aids no Brasil – A agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA e Editora 34, 2000.

GOLDEMBERG, Miriam. A arte de pesquisa: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GONDIM, Linda Maria de Pontes (ORG.). Pesquisa em Ciências Sociais: o Projeto da dissertação de Mestrado. Fortaleza: EUFC, 1999.

GUATTARI, F. O divã do pobre. In: BELLOUR, R., KUNTZEL, T. e METZ, C. (ORGs.). Psicanálise e cinema. São Paulo: Global, 1980.

HABERMAS, Jürgen. Pensamento Pós-Metafísico. Estudos Filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

_____. Teoria de la acción comunicativa. I/II. Madrid: Taurus, 1988.

HAGUETTE, M. T. F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987.

LINS, Daniel. “Os Amores Masculinos” . In: Jornal O POVO, 23.11.98, Fortaleza.

LOIOLA, Luís. Projeto de Pesquisa: O Currículo e a Construção da Identidade: estereótipos, preconceitos e discriminação no que se refere à homossexualidade. Fortaleza: FACED/UFC: 1999.

MAcRAE, Edward. A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da “abertura”. Campinas: Ed. UNICAMP, 1990.

MANN, Jonathan. “Saúde Pública e Direitos Humanos”. Physis – Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Eduerj , 6(1/2), 1996.

MANN, TARANTOLA E NETTER (ORGS..). A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: RELUME DUMARÁ: ABIA: IMS: UERJ, 1993.

MARTINS, Mônica Dias. Banco Mundial e a pobreza global já têm 60 anos in jornal O POVO, edição de 02.05.04. Fortaleza, 2004.

MASCARENHAS, João. A Tríplice Conexão – Machismo, Conservadorismo Político, Falso Moralismo. Rio de Janeiro: 2AB Editora, 1997.

MATTOS, Ruben Araújo de. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro in PARKER, GALVÃO E BESSA (ORGS.). Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA e Editora 34, 1999.

MATTOS, TERTO E PARKER. As Estratégias do Banco Mundial e a Resposta à Aids no Brasil. Coleção ABIA – Políticas Públicas e Aids, Nº 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

MAZULA, Brazão. A construção da democracia em África: o caso moçambicano. Maputo: Sociedade Editorial Ndjira, 2000.

MINAYO, Maria Cecília (ORG.). Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. O Desafio do Conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que fazem Sexo com Homens. Série Avaliação nº 05 - Brasília, 2000.

_____. Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/Aids junto aos Homens que fazem Sexo com Homens. (Teixeira et all). Programa de Cooperação Técnica Brasil-França – Seminário Anual. Brasília, 2002.

_____. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Série Avaliação nº 04 – Brasília, 2000.

_____. Aids II: Desafios e Propostas – Documento preliminar para discussão – Projeto Aids II – 2ª versão – Brasília, 1998.

_____. Comissões Interinstitucionais de DST/Aids- Consolidando o Controle Social. Brasília, 2001.

_____. A Resposta Brasileira ao HIV/Aids. Experiências Exemplares. Brasília, 1999.

_____. Revisão da Definição Nacional de Caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, 1998.

_____. Boletins Epidemiológicos. Brasília, 2001-2003.

_____. Revisão das Definições Nacionais de Casos de Aids em Crianças e Adultos. Brasília, 2004.

_____. Catálogo de Organizações da Sociedade Civil- HIV & Aids- 2001/2002; Câmara, Cristina (ORG.), Ministério da Saúde, 2003.

_____. Apresentação para Oficina Nacional do Projeto Somos; Cristiane Gonçalves, Ministério da Saúde, fevereiro de 2004.

_____. Reformulação dos Fóruns Assessores do Programa Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde, 26/04/04.

_____. Boletins Epidemiológicos, Ministério da Saúde. 2002/2004.

MOSER, Caroline O. N. Planificación de Género y Desarrollo - Teoría, Práctica & Capacitación. Lima: Rede entre mujeres/ Flora Tristán ediciones, 1995.

MOTT, Luiz. Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

_____. Sete Teses (Equivocadas ou Acertadas?) sobre a Aids no Brasil. Comunicação apresentada no simpósio “O Impacto da aids no Brasil”, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Agosto, 1990.

_____. Evolução da Ideologia e Posicionamento dos Homossexuais face à transmissão do HIV/Aids no Brasil in Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids junto aos Homens que fazem Sexo com Homens. Série Anais; nº 4, Série D. Reuniões e Conferências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Homofobia Cultural e Prevenção do HIV/Aids. Apresentação no II Fórum Latino-americano e do Caribe de DST/Aids, Cuba, Novembro, 2003.

_____. HSH: Um conceito homofóbico que perpetua a conspiração do silêncio contra o amor que ousa dizer o nome in Homossexualidade: Mitos e Verdades. Salvador: Editora GGB, 2003.

MUNÓZ-LABOY, Miguel, VASQUEZ DE AGUILA, Ernesto e PARKER, Richard. Globalización, Violência estructural y salud: Algunos comentarios desde la inequidad, estigma social y discriminación in Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina. Nº 3, Año I, 2003.

NABUCO, Joaquim. O Abolicionismo. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

NETO, Vicente Amato & PASTERNAK, Jacyr. “O HIV é a causa da Aids”. Páginas 1 a 3 – mimeo. São Paulo: 2001.

PARKER, Richard. Na contramão da AIDS – Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA e Editora 34, 2000.

_____. Corpos, Prazeres e Paixões: A Cultura Sexual no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Bestseller, 1991.

_____. A construção da solidariedade – AIDS, Sexualidade e Política no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA-IMS UERJ-Relume Dumará Editores, 1994.

PARKER, Richard & TERTO JR., Veriano (ORGs.). Homossexualidade e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.

PARKER, GALVÃO E BESSA (ORGs.). Saúde, Desenvolvimento e Política- Respostas frente à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA e Editora 34, 1999.

PASSARELLI, Carlos André F. Haverá paradeiro para isto? in Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids junto aos Homens que fazem Sexo com Homens. Série Anais; nº 4, Série D. Reuniões e Conferências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PEDROSA, Francisco. “A Aids e a indiferença”. In: Jornal O POVO, 01.12.00, pág. 06, Fortaleza.

_____. Entrevista. In: “Fique de Olho- Bandeirantes Mídia Exterior”. Jornal O POVO, 02.09.01. Fortaleza.

_____. “O arco-íris da liberdade”. In: Jornal O POVO, 28.06.01. Fortaleza.

_____. “Medicamentos e Cidadania”. In: Boletim da ABIA, nº 35, 1997. Rio de Janeiro.

_____. I Encontro GLTT do Ceará. Relatório (ORG.). Fortaleza: Grupo de Resistência Asa Branca, 2000.

_____. Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais. ROSSI, Lilia (ORG.), PEDROSA, Francisco ...[et al] (autores). Brasília; Ministério da Saúde, 2002.

_____. MACEDO, Altamir, PEDROSA, Francisco...[et al]. Ativismo e Liderança – Uma Metodologia na luta contra a Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____ e Nascimento. GRAB, 12 anos construindo cidadania. Jornal Construindo Cidadania. Nº 01. Fortaleza: GRAB, 2001

PELA VIDDA, Cadernos. Artigo Finalmente uma campanha dirigida aos gays. Edição de fevereiro de 2002. São Paulo: Grupo Pela Vidda.

PERLONGHER, N. Territórios marginais. In: MAGALHÃES, Maria C. Rios (ORG.). Na sombra da cidade. São Paulo: Editora Escuta, 1995.

RIOS, Luis Felipe. Desafios para o Futuro e Novas Estratégias de Intervenção in Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids junto aos Homens que fazem Sexo com Homens. Série Anais; nº 4, Série D. Reuniões e Conferências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ROCHA, Solange. AIDS: uma questão de desenvolvimento? in PASSARELLI et all (ORGS.). AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

SÁ, Carlos ...[et al]. Sexualidade Humana. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Pela mão de Alice – o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Boletim Epidemiológico da Aids Nº 01. Fortaleza, 2001.

SILVA, Hélio R. S. Travesti, A invenção do feminino – Etnografia. Rio de Janeiro: Relume Dumará – ISER, 1993.

SILVA, Silvio Fernandes da, Municipalização da Saúde e Poder Local – Sujeitos, Atores e Políticas. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

SOLANO, Nelson, As Organizações Não-Governamentais e a Coordenação Nacional de DST/AIDS in MARINHO, Rosa (ORG.), Direitos Humanos, Cidadania e AIDS. Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais-ABONG. Cadernos ABONG. São Paulo: Editora Autores Associados, 2000.

TREVISAN, João Silvério. Seis balas num buraco só – a crise do masculino. Rio de Janeiro: Record, 1998.

_____. Devassos no Paraíso – A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Record, 2000.

VALE, Alexandre. No Escurinho do Cinema: Cenas de um Público Implícito. Fortaleza: Annablume Editora, 2000.

VIDAL, Marciano...[et al]. Homossexualidade: Ciência e Consciência. São Paulo: Edições Loyola, 1985.

VIEIRA, Lizi. Os argonautas da cidadania – A sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro-São Paulo: Editora Record, 2001.

WATNEY, Simon. Practices of freedom: selected writings on HIV/AIDS. London: Rivers Oram Press, 1994.

WEEKS, Jeffrey. AIDS: the intellectual agenda. In: AGGLETON, P., HART, G., DAVIES, P. (Eds.). AIDS: social representations, social practices. Great Britain: Falmer Press, p. 1-20, 1989.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)