

# Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual

Narratives about risk and guilt among patients of a specialized HIV infection service: implications for care in sexual health

## **Cristiano Hamann**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: cristiano.hamann@gmail.com

## **Adolfo Pizzinato**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: adolfo.pizzinato@puccrs.br

## **João Luís Almeida Weber**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: jlweber27@gmail.com

## **Kátia Bones Rocha**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: katiabonesrocha@gmail.com

## **Resumo**

O objetivo deste estudo é compreender como se articulam percepções sobre HIV e aids em narrativas de usuários e usuárias do Sistema de Saúde, trazendo elementos qualitativos que demonstram a importância do aconselhamento em saúde sexual. Foram entrevistados nove usuárias e usuários de um serviço de saúde especializado (CTA) em Porto Alegre, no momento da procura pelo Teste Rápido para HIV, sífilis e hepatites B e C. As narrativas geraram dois eixos de compreensão: Risco/Promiscuidade e Culpa/Responsabilização. Estes eixos sintetizaram algumas das inúmeras possibilidades de significação frente à necessidade de realização do teste de HIV. Os elementos promiscuidade, risco, culpa e responsabilização se compunham a partir de diferentes marcadores sociais, envolvendo experiências sociais que se articulavam com o discurso biomédico epidemiológico. Neste contexto, o aconselhamento se apresenta como um espaço potente para desconstruir significações essencialistas e noções estereotipadas de risco. Este estudo mostra que as narrativas reiteram entendimentos de sexualidade como dimensão individualizada, indicando a necessidade de propostas de trabalho em saúde pela via da singularidade. Considera-se que análises qualitativas centradas na experiência de usuários(as) são estratégicas num projeto de promoção de saúde sexual como processo coletivo.

**Palavras-chave:** Aconselhamento; HIV; Sexualidade; SUS; Teste Rápido.

## **Correspondência**

Kátia Bones Rocha

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6.681, prédio 11, sala 931. Porto Alegre, RS, Brazil. CEP 90619-900.

## Abstract

The objective of this study is to understand how perceptions about HIV and AIDS are articulated in narratives of male and female patients of the Public Health System, with qualitative elements that demonstrate the importance of sexual health counseling. Nine male and female patients of a specialized health service (CTA) were interviewed in Porto Alegre when they visited the CTA for the HIV, Syphilis and Hepatitis B and C Rapid Test. The narratives generated two understanding axes: Risk/Promiscuity and Guilt/Accountability. These axes synthesized some of the innumerable possibilities of meaning in relation to the need to perform the HIV test. The elements promiscuity, risk, guilt and accountability were composed of different social markers, involving social experiences that were articulated with the epidemiological biomedical discourse. In this context, counseling represents a powerful space to deconstruct essentialist meanings and stereotyped notions of risk. This study shows that the narratives reaffirm the understanding of sexuality as an individualized dimension, which indicates the need for health work proposals on singularity. Qualitative analyses focused on the patients' experience are strategic measures in a project to promote sexual health as a collective process.

**Keywords:** Counseling; HIV; Sexuality; SUS; HIV Rapid Test.

## Introdução

O acesso facilitado de usuários(as) dos sistemas de saúde a serviços oferecidos está relacionado com melhores níveis de saúde e qualidade de vida. Ainda que existam investigações que corroborem esta informação, análises atuais demonstram que, no Brasil, diversas populações têm graves dificuldades de acesso, inclusive por discriminação econômica, de classe, raça/etnia e sexo/gênero (Boccolini et al., 2016). No campo de análise em que se encontram os Estudos de Gênero e Sexualidade com a Psicologia da Saúde, especificamente, temáticas como as vulnerabilidades ao HIV/aids, estratégias de cuidado e formas preventivas de ação têm colaborado para problematizações acerca da diversidade da população atendida nos serviços públicos de saúde e, concomitantemente, da dificuldade de acesso envolvido neste processo (Costa; Nardi, 2015). Aspectos relacionados à estigmatização e exclusão das intituladas “minorias sexuais”, por exemplo, têm sido alvo de pesquisas e trabalhos recentes, apontando ter relação com a precária situação do acesso no sistema de saúde por parte da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e *Queers* (Alencar Albuquerque et al., 2016).

De outra forma, os tensionamentos provocados pelas discussões atuais no campo das identidades/diferenças podem ser notados quando atentamos para a relação, e certa falta de articulação, entre dados epidemiológicos (com o uso de terminologias generalistas, que procuram contribuir abarcando uma maior dimensão populacional), e estudos qualitativos (que atentam para as potencialidades de se pensar os atuais microcontextos) no campo da saúde sexual. Pesquisas recentes, por exemplo, procuram enfatizar categorias estratégicas como HSH (homens que fazem sexo com homens), não sem suscitar tensões quanto às fragilidades de suspender da discussão em saúde aspectos de identificação e práticas sexuais particulares (Hamann; Ew; Pizzinato, 2017; Young; Meyer, 2005). Ainda que as informações epidemiológicas sejam importante forma de prospecção de aspectos relacionados à saúde das populações - como contextos de vulnerabilidade -, a necessidade de estudar dimensões discursivas relacionadas a sexo/gênero, moralidade

e discriminação são indicados como estratégicas por muitos dos e das estudiosas da área, podendo complexificar análises e ampliar horizontes (Alencar Albuquerque et al., 2016).

Ainda que o Brasil desenvolva pesquisas desde o surgimento da aids, na tentativa de subsidiar o enfrentamento de demandas do âmbito das relações e práticas sexuais, essas pesquisas acompanharam os conflitos anteriormente indicados com uma entrada menor no campo subjetivo e ênfase em dados epidemiológicos. Desde os princípios da epidemia, modificaram-se as estratégias de cuidado delineadas em diferentes diretrizes que precisaram migrar de uma perspectiva curativa de saúde para uma de acolhimento e promoção de saúde. As formas de compreender o cuidado são particularmente importantes nessa caminhada, em especial se indicamos um projeto não hegemônico ou generalista no cuidado com o(a) usuário(a) ou os(as) trabalhadores(as). Isto implica aos profissionais da saúde sensibilidade para atender as necessidades da população, especialmente quando mapear suas idiossincrasias se transforma em uma possibilidade de trabalho. Implica, concomitantemente, às pesquisas, indicar as particularidades e necessidades dos usuários e da relação que se constrói com os serviços e profissionais.

Historicamente as análises de necessidades e particularidades populacionais operavam em associações entre aspectos identitários e doenças sexualmente transmissíveis (como a prostitutas(os), homossexuais, transexuais e travestis, usuários de drogas injetáveis) e tensionavam a projeção de direitos e visibilidade social com a possibilidade de novas formas de estigmatização. A noção de “grupos de risco”, por exemplo, ao passo que tentava delimitar a dinâmica de infecções em certas populações, gerava ações de propósitos higienistas e moralizantes. Já que estas ações se coadunavam com perspectivas essencializantes que responsabilizavam exclusivamente os indivíduos por seu “contágio”, as formas de identificação baseadas na doença se atualizavam. A limitação estigmatizante do conceito de “grupo de risco” como vetor operacional das evidências na propagação do HIV explicitou-se com os processos de heterossexualização, feminilização,

envelhecimento, baixa escolarização, interiorização e pauperização da epidemia (Brasil, 2015a).

O conceito de vulnerabilidade proporcionou uma visão dos processos de saúde/doença para além da perspectiva dos “grupos de risco”, promovendo também a interpretação destes fenômenos como conjunções de aspectos individuais, sociais e institucionais (Ayres et al., 2003; Parker; Camargo Junior, 2000). A noção de vulnerabilidade, que compõe algumas das facetas relacionadas ao processo conhecido como ‘resposta brasileira à aids’, considerava uma perspectiva alinhada à noção de direitos humanos e implicada num processo de identificação do fenômeno nas esferas reconhecidas como social, programática e individual (Paiva, 2013).

Entre os ganhos da resposta brasileira às DSTs e à aids está a ênfase nas noções de território, diversidade, atenção e prevenção em saúde, enquanto aspectos vinculados a uma perspectiva de saúde/doença que concebe, simultaneamente, o caráter biológico e social (Rocha; David, 2015). Estas perspectivas procuram refletir sobre as sexualidades e sua interlocução com os cenários sociais e centram seus olhares às práticas cotidianas, enquanto forma de desnaturalizar certas condutas relacionadas a grupos específicos, assim como fortalecer a ‘diversidade’ enquanto conceito que deve compor a agenda de discussões em saúde pública. Esse campo de diálogo no Brasil vem se modificando, em especial no transcorrer das últimas três décadas. Um dos aspectos que passa a ser enfatizado nessa trajetória é a do cuidado centrado na(o) usuária(o) do Sistema Único de Saúde.

Há de se salientar ainda a importância de duas correntes de militâncias no que concerne à transformação da noção de grupo de risco para uma compreensão mais dinâmica das vulnerabilidades do campo da saúde. A primeira, de perspectiva feminista, coloca em pauta as implicações do controle biomédico, em especial no que concerne ao campo de direitos sexuais e reprodutivos (Diniz; Guilhem, 2008). Nesse espaço de discussão, a ampliação da conceituação de ‘saúde da mulher’ para o âmbito específico dos ‘direitos reprodutivos’ nos anos 1980 e 1990 no Brasil (Lemos, 2014), por exemplo, indica movimentações de incorporação de discussões críticas em relação às naturalizações do corpo, assim

como estabelece diálogos com esferas de sexualidade não heteronormativa. Neste período, a incorporação das noções de ‘direitos reprodutivos’ e ‘direitos sexuais’ como facetas indissociáveis da noção de ‘direitos humanos’, permitiu a construção de campos de discussão política que não se restringem às leituras tradicionais de saúde e legalidade. A outra dimensão de militância que promove mudanças em relação ao estatuto generalista do sujeito em saúde é a dos movimentos trans. Guaranha (2014) atenta que a reflexão operada por estes movimentos critica a reiteração de um sistema cissexista, no qual a vivência de pessoas cisgêneras - que vivem com uma identificação de gênero em consonância com a designação sexo/genital - é considerada legítima e universal.

Mesmo que de forma nem sempre continuada, a relação estabelecida entre diferentes movimentos sociais e gestores de saúde no Brasil gerou políticas e ações programáticas coconstruídas e com grande adesão. Se, por um lado, as propostas de enfrentamento da epidemia desenvolvidas no Brasil compõem-se atualmente em outro cenário, como os investimentos em dispositivos tecnológicos - como o fluido oral pelo projeto “Viva Melhor Sabendo” (Brasil, 2015b) -, ou na possibilidade de comunicação com novos coletivos sociais, o panorama nacional ainda se mostra demasiadamente discriminatório. Essa discrepância é perceptível em estudos atualmente desenvolvidos no país com foco em populações tradicionalmente estratégicas, como profissionais do sexo (Salmeron; Pessoa, 2012) e pessoas em situação de rua (Carneiro Junior; De Jesus; Crevelim, 2010). Neste sentido, a articulação entre as políticas de saúde no Brasil e as práticas de cuidado merece ser alvo de questionamento. Uma das formas de problematização pode operar por meio do enfoque no encontro entre as tecnologias (duras e leves) e como elas reverberam nos espaços de diálogo entre usuários(as) e profissionais de saúde.

Sabemos que é preciso desenvolver formas de aconselhamento mais efetivamente focadas nas necessidades de cada pessoa (Carvalho et al., 2016; Terto Junior, 2015). Entretanto, na esteira dessa discussão, considera-se necessário oferecer também subsídios para que os(as) profissionais possam se apropriar das diferentes dinâmicas

sociais envolvidas, analisar e ressignificar as diversas esferas de práticas sexuais e atravessamentos discursivos envolvidos. Seguindo essa perspectiva, esse artigo busca compreender como se articulam percepções sociais sobre HIV e aids em narrativas de usuários e usuárias do Sistema de Saúde, trazendo elementos qualitativos que demonstram a importância do aconselhamento em saúde sexual.

## Método

O presente estudo é resultado de uma pesquisa realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil. O CTA/ADS foi o primeiro CTA do Brasil, criado pelo Ministério da Saúde em 1988. Está sediado no ADS, que funciona desde 1920, historicamente destinado ao tratamento de problemas dermatológicos, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, tendo agregado na década de 1980 o atendimento aos primeiros casos de aids do país. Neste sentido, o CTA, assim como o ADS, funciona como importante referência na capital e no Estado para o diagnóstico e o tratamento de DST/HIV/aids, tendo ampla tradição de acesso a segmentos populacionais mais vulneráveis.

Foram convidadas pessoas que procuraram o CTA no período de março a julho de 2015 para a realização do Teste Rápido. Participaram nove pessoas que acessaram o serviço no período (duas usuárias mulheres cisgênero, seis homens cisgênero e uma usuária mulher transgênero). Os entrevistados e entrevistadas tinham entre 24 e 55 anos, em sua maioria com Ensino Superior completo, todos(as) brancos(as) e solteiros(as) (aspectos não elencados como critério, mas que caracterizaram as pessoas entrevistadas). As entrevistas tiveram duração aproximada de quarenta minutos, foram gravadas, transcritas e digitalizadas, reunindo um *corpus* único de análise. As entrevistas com as pessoas participantes desse estudo compunham o “estudo-piloto” para a consolidação da pesquisa “Testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais: análise do impacto dessa tecnologia de cuidado no acesso a populações em situação de maior vulnerabilidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento

(CTA) de Porto Alegre/RS<sup>1</sup>, que avaliou o impacto da implantação do Teste Rápido em Porto Alegre.

Os dados gerados foram analisados a partir dos pressupostos da análise temática. Seguiram-se os passos estabelecidos por Braun e Clarke (2006): familiarização com os dados (por meio do processo de transcrição, leitura e releitura dos dados), geração de códigos iniciais (produção de códigos sistemáticos, ao longo de toda a entrevista, agrupando dados relevantes), procura por temas (agrupamento de códigos em temas), revisão dos temas, definição e nomeação dos temas finais e produção do relato. Os resultados, por fim, sustentaram dois eixos temáticos: Promiscuidade/Risco e Culpa/Responsabilização, que demonstram algumas das inúmeras possibilidades de significação do momento vivido no CTA, assim como articulações do aconselhamento com discursos sociais que envolvem este campo de pesquisa - e que compreendem uma dimensão emergente e carente de estudos qualitativos.

## Resultados e discussão

Os eixos temáticos apresentados foram organizados a partir das narrativas das diferentes usuárias e usuários do serviço de saúde. As dimensões teóricas que os organizam (promiscuidade/risco e culpa/responsabilização) são discutidas à luz da literatura que tensiona as formas de apreensão de fenômenos relacionados à promoção de saúde. Essa discussão procura, além disto, compreender alguns dos possíveis lugares ocupados pelos(as) implicados(as) neste contexto, que estão intrinsecamente relacionados a estratégias futuras no processo de aconselhamento em saúde sexual.

### Promiscuidade/risco

A noção de promiscuidade e exposição a situações de risco permeou as narrativas das e dos participantes. Entretanto, o posicionamento em relação

às afirmativas nesse campo foi incorporado de distintas formas nas falas destes(as). Alguns exemplos das diferenças de posicionamento são da Usuária 1<sup>2</sup> e do Usuário 2<sup>3</sup> que serão apresentados a seguir. Os dois participantes não usaram preservativo com seus respectivos parceiros, indicando esse aspecto como motivo da procura do serviço de saúde.

Para a Usuária 1, a prática sexual que considera indevida, relacionada a quem corre maior risco, é aquela realizada por quem faz sexo “com várias pessoas”. Segundo a Usuária, o problema seria a “promiscuidade” que engloba suas formas de agir e de pensar. Essa usuária faz uma distinção bastante clara a sua situação em relação à doença e a posição social desempenhada pelos outros: “Existem pessoas que não têm esclarecimento nenhum [...]. É o meio em que eles vivem, estão acostumados com esse tipo de coisa.” (Usuária 1). A participante faz essa afirmação logo após comentar que havia sido infectada pelo marido, categorizado como promíscuo e com hábitos de vida condenáveis. Ainda que a posição social possa modificar-se, a ideia de responsabilização e ‘personalização’ esteve presente para outros participantes que, como ela, responsabilizavam totalmente parceiros(as) promíscuos(as) - ou a si mesmos, quando entendidos como tal.

Para o Usuário 2, as ideias de promiscuidade e de risco (termos utilizados pelo próprio usuário) se mostram intrinsecamente vinculadas a ser gay:

Agora eu decidi fazer porque com o meu ex eu fiz sem camisinha, e a gente acaba fazendo sexo oral sem camisinha, sabe? Muitas vezes a gente não se cuida, e acaba saindo muitas vezes em festas onde tem *dark room*.... Sabe *como é que é né, gay*... A gente acaba *indo no embalo* e.... A gente acaba não se cuidando (Usuário 2, grifo nosso).

Essa noção de um tipo de atitude ou forma de ser gay, enquanto intrinsecamente vinculada à promiscuidade, é uma leitura recorrente. Podemos compreender que as repetições que constituem este

1 Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS, financiada pelo Ministério da Saúde (Edital para seleção de subprojetos de pesquisa em DST, HIV/aids e Hepatites Virais - 2013/1).

2 Mulher cisgênero, branca, heterossexual, casada, 55 anos, ensino superior completo.

3 Homem cisgênero, branco, homossexual, solteiro, 29 anos, ensino superior completo.

campo normativo se manifestam historicamente relacionadas a movimentos de patologização ou estereotipia das sexualidades consideradas dissidentes (Pelúcio; Miskolci, 2009). Neste processo, enunciados que manifestam a suposta promiscuidade intrínseca aos gays contemplam uma lógica social que reitera um funcionamento de vigilância moral, assim como uma suposta ‘substância’ dessas pessoas. Na fala do Usuário 2, o processo de identificação com o ‘ser gay’ surge na narrativa como uma justificativa, um argumento diante da ‘acusação’ não manifesta pelo entrevistador, mas presente socialmente, de que gays são propensos a atitudes consideradas promíscuas, impróprias moralmente. Simultaneamente, a identificação com esse discurso é presente, e se desenvolve como uma possibilidade de ação dentro do que se parece conceber nas narrativas como um tipo de experiência gay da qual se é convocado quotidianamente a falar.

O Usuário 3<sup>4</sup> reitera a ideia de que os homossexuais são mais propensos ao HIV do que heterossexuais. Ainda que possamos compreender este fato como um resquício do discurso propagado no início da epidemia, na década de 1980, chama atenção a organização e os atributos narrativos utilizados:

Eu acho que a procura do público homossexual é bem maior que a do público heterossexual, no serviço de testagem. Primeiro pelos índices que mostram que os homossexuais têm bem mais HIV que os heterossexuais. Eu acho que por isso o homossexual procura bem mais o serviço que o heterossexual. As pessoas que trabalham com isso já *estejam* mais preparadas para lidar com o homossexual mesmo (Usuário 3, grifo nosso).

O uso nas entrevistas de supostas informações sobre infecção e homossexualidade, como na fala do Usuário 3, leva a pensar nas interfaces existentes entre os discursos sociais e o campo científico numa lógica de controle e vigilância. Concebido como forma de poder/saber e inscrito nesta lógica, a noção de biopolítica (Foucault, 1999) atenta para a organização de certos discursos sociais sobre os itinerários

e os processos vitais que estão constantemente se atualizando nos serviços de saúde. Este campo, que pode ser composto no que se reconhece como biopolítica (em certa medida estatal, disciplinar e controladora dos corpos), aponta para enunciados não unilaterais, mas (co)atuantes e atualizando-se em redes discursivas. Neste sentido, circunscrever a narrativa utilizando-se de um pressuposto cientificista, em expressões como “índices que mostram” (Usuário 3), demonstra como os enunciados do campo da biopolítica organizam-se dinamicamente e não verticalmente, sendo reproduzido por quem é alvo desse tipo de produção social.

Para o Usuário 4<sup>5</sup>, existe atualmente uma liberação sexual e de possibilidades de práticas diversas muito ligadas às possibilidades tecnológicas de comunicação interpessoal. Entretanto, é importante atentar para a noção de comunicação nesse contexto, que está intrinsecamente vinculada às possibilidades estabelecidas pelo anonimato. Apesar do alargamento das possibilidades sociais de homoerotização, a prática sexual homossexual ainda é muito associada a noções como discrição e traição conjugal.

Essas ferramentas de encontro pela internet e telefone, até de *casais ditos heterossexuais*. Até que você falou ‘homem que faz sexo com homem’... A quantidade de heterossexuais que fazem sexo com homem é muito maior do que tu possas imaginar. É tudo mais tranquilo, mais fácil, pode ser feito de uma *forma discreta* (Usuário 4, grifo nosso).

É importante notar que, por diversas vezes ao longo das entrevistas, referências a “falsos” ou “verdadeiros” heterossexuais estão presentes. Esses posicionamentos podem ser lidos como movimentos persecutórios em relação à homossexualidade ou ao exercício de práticas sexuais entre homens, parte do discurso social heteronormativo. Considerando as orientações sexuais como processos estabelecidos por meio da autonegação (enquanto dinâmicas identificatórias), é interessante observar que esteja presente em diversas falas a noção da sexualidade

4 Homem cisgênero, branco, homossexual, 24 anos, ensino superior incompleto.

5 Homem cisgênero, branco, homossexual, solteiro, 39 anos, ensino superior completo.

ou orientação ‘velada’. Trata-se aqui de que tipo de exercício da sexualidade pode ser legitimado e compreendido dentro de um espectro social discursivamente heteronormativo e discriminatório. Além disto, tais movimentações reiteram uma lógica na qual as práticas sexuais supostamente dariam conta da complexidade das posições sociais e subjetivas de todos os homens e mulheres, numa espécie de holismo generalizante.

O foco deste tipo de discurso (persecutório em relação à orientação) aparece voltado para os homens, especialmente com ligação às formas diversas de exercício da(s) masculinidade(s), ainda que diversos marcadores, como raça, gênero e sexualidade atentem para a necessidade de interpretações mais dinâmicas do ‘ser homem’ na contemporaneidade (Vigoya, 2011). Nesta perspectiva, poderíamos compreender que formas persecutórias de ‘desvelar’ a sexualidade verdadeira funcionariam tanto numa lógica de ‘sexualidade normal’, como em uma forma de exame em uma perspectiva identitária essencialista, marcada pelo medo da identificação com o feminino e as possíveis práticas relacionadas à posição historicamente subalterna das mulheres. O Usuário 4 ainda comenta, no que se refere a informação entre gays e aspectos de masculinidade:

A gente fala mais sobre isso entre nós. Agora, eu acho que entre famílias isso é tudo velado, mas se tu fores ver na internet tá cheio de homens casados buscando sexo. É muito mais frequente, só que não é falado, as pessoas não sabem isso. Eu acho que as mulheres são outras que vivem no ministério, no ministério do lar [risos]. Acho que elas nunca sabem do que está acontecendo, ela sempre acredita que o homem é fiel, aquela coisa que eu acho que é muito masculina, né? Eu digo, *essas questões de promiscuidade, traição... não é uma coisa de gay, é uma coisa masculina* (Usuário 4, grifo nosso).

Por diversas vezes, no contexto de pesquisa, a conjuntura masculinidade/traição/virilidade esteve relacionada com promiscuidade. Estes aspectos coadunam-se a outras interpretações sobre o exercício da sexualidade no contexto da masculinidade. Welzer-Lang (2001, p. 462), por exemplo, defende o termo ‘*a casa dos homens*’ para compreender

algumas destas construções sociais. O termo cunhado pelo autor procura abarcar o conjunto de lugares e espaços destinados à estruturação do masculino - como grupos de interação na escola, bares, clubes ou cafés - nos quais o homoerotismo pode ser experimentado, permitindo a incorporação de saberes estruturados em códigos e ritos, e nos quais a aprendizagem se conduz pela via do sofrimento e da dissimulação. Como fica evidente na fala, a concepção de homem e mulher, assim como do exercício de atributos masculinos e femininos, se dá de maneira relacional. Deste modo, na narrativa do Usuário 4, as referências a uma forma genérica de mulher servem como forma de circunscrever um atributo tomado como essencialmente do homem, a masculinidade.

Esses saberes/fazerem se inserem em uma lógica cotidiana de vigilância que assume diferentes maneiras - por exemplo, no que concerne à ansiedade gerada na possível identificação dos homens com o feminino (Torrão Filho, 2005) por meio de determinadas práticas e exercícios da sexualidade. Compreensões tradicionais das práticas sexuais, que envolvem penetração e que operam sobre a distinção hierárquica ativo/passivo (Carrara; Simões, 2007) e se atualizam nas narrativas cotidianamente, nos dão um bom panorama dessas questões. Uma fala que ilustra este discurso tradicional e normativo é a do Usuário 2, que em certo momento de sua narrativa, enquanto descreve um de seus parceiros, indica: “Quando ele cheira, ele deixa de ser homem e quer dar o cu”. Para este Usuário, o ‘ser homem’ está relacionado às posições penetrante/penetrado no ato sexual, o que nos remete a certas atualizações discursivas de temáticas que continuam a ter reverberação social.

De outra forma, muitas(os) usuárias(os) utilizam terminologias científicas, orientadas à hegemonia do saber biomédico sobre a sexualidade, na constituição de suas narrativas sobre as demandas e o serviço de saúde. Algumas falas deixam mais evidente a interlocução pesquisadoras(es)/pesquisadas(os), ou seja, de uma investigação contextualmente realizada em um Centro de Saúde e que, portanto, convoca os interlocutores e interlocutoras a um exercício de comunicação situada. Contudo interessa-nos particularmente a forma estratégica nas narrativas que estas aproximações ao discurso biomédico fazem

despontar. O Usuário 5<sup>6</sup>, por exemplo, nos atenta para algumas das interpretações sociais vinculadas a doenças infecciosas por meio do uso destas expressões do campo científico. Nesse movimento, reitera as noções de promiscuidade e risco como características dos homens - especialmente os que fazem sexo com outros homens.

Mesmo que eu me cure de algum *detalhezinho*, tipo, eu tenho relacionamento com *homens*, sabe? E aí sei que é um *grupo de risco*, promiscuidade é muito grande, pega um monte de cara casado que fica com outros e aí tu não pode confiar em ninguém, ninguém hoje em dia confia em ninguém. Não dá pra confiar (Usuário 5, grifo nosso).

Mesmo que o “*detalhezinho*” possa representar alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e que a evidente desconfiança em relação a possíveis parceiros possa configurar uma atitude protetiva, o que mais destaca-se nessa fala é a assunção identitária do termo “*grupo de risco*”. A literatura proveniente do campo das políticas para HIV e ISTs apontada para a noção de “grupos de risco” incrementou ações de propósito higienistas e moralizantes (Parker; Camargo Junior, 2000). Por meio desta fala, compreendemos que tal processo não é unilateral, mas, sim, atualizado na forma de enunciados. Neste contexto, é evidente a ênfase dada pelo Usuário 5 no que se refere à sensação de desconfiança em relação a parceiros e parceiras sexuais. Entretanto, para os/as participantes, essa desconfiança apareceu principalmente relacionada a figura dos homens. Na fala do Usuário 5, o foco são os homens casados que têm disponibilidade de circular em ambientes diversos, com a descrição proporcionada pelos meios de comunicação ‘anônimos’ como a internet e aplicativos móveis. Essa disposição histórica dos homens (tanto no incentivo social para o exercício do sexo pelos meninos e homens, como de um processo de dominação masculina na qual a virilidade está relacionada à traição e ao número de parcerias sexuais) nos dá indicativos sobre que tipo de feixe discursivo que atravessa

essas falas. Porém, no que se refere às mulheres, o movimento não se mostrou o mesmo:

Uma pessoa me perguntou e eu recomendei. Por que também a outra pessoa tem uma *vida sexual bem perturbada*. É uma colega de trabalho minha que sai e dá para um cara, a cada três dias ela sai e dá para um cara diferente. Mas não me conta se é com ou sem camisinha, mas *pelo jeito dela parece ser bem promíscuo* (Usuária, 6<sup>7</sup>, grifo nosso).

No contexto da pesquisa, se a desconfiança em relação aos homens teve um tom de acusação quanto à possibilidade de doença, para as mulheres as narrativas estiveram focadas na exposição da sexualidade e das práticas sexuais. Se no contexto dos homens o movimento acusatório está relacionado ao anonimato e à disponibilidade de itinerários sexuais discretos e perigosos, no contexto das mulheres esse movimento mostra-se voltado para o que ela ‘parece fazer’. Para a Usuária 6, por exemplo, essa forma de agir é um indicativo sobre as práticas sexuais.

Os aspectos que atravessam as falas das pessoas entrevistadas levam a pensar o eixo promiscuidade/risco como dimensão estratégica das negociações pessoais de gestão de risco. As narrativas em grande medida tinham caráter acusatório, no qual a possibilidade de personalização do problema do HIV se vê intrinsecamente articulada com formas de moralização dos exercícios da sexualidade, ou com a ignorância. Seja pela associação de uma experiência gay a uma ideia de vida promíscua - que apesar de fator histórico ainda é fortemente presente nos serviços -, de certo “jeito de ser” como indício dessa promiscuidade entre diferentes orientações sexuais, ou da figura do homem ‘ilegítimo’ que, mesmo casado, circula entre homens com quem faz sexo, mostra-se um campo de certas legitimidades que se organizam sob efeitos de pânico moral (Miskolci, 2007).

### **Culpa/Responsabilização**

As falas das Usuárias e dos Usuários, que comumente se associam à temática da “contaminação”,

6 Homem cisgênero, homossexual, casado, 30 anos, ensino superior.

7 Mulher transgênero, branca, bissexual, separada, 37 anos, ensino médio completo.

pendem entre posicionamentos mais próximos ou mais distantes das noções de culpa/responsabilização. Para a Usuária 7<sup>8</sup>, por exemplo, a responsabilidade pela “contaminação” aparece muito vinculada à figura masculina:

Ninguém vai querer saber se foi do meu ex-marido, se foi do namorado. É pelo estigma que o soropositivo carrega. É o que eu penso de um soropositivo. *Eu abro aspas para mim e mais duas ou três pessoas.* Porque são pessoas inconsequentes, que caem na noite, usam drogas, dormem.... Transam com qualquer pessoa. Foi o que o meu marido fez. Eu sabia o que estava acontecendo, porque *os homens estão trazendo isso para as mulheres*, cada vez mais (Usuária 7, grifo nosso).

A separação entre “nós” e “eles” é um processo comum na qual os atributos positivos podem estar vinculados ao grupo de ‘pertencimento’ de quem fala e os atributos negativos, aos que fazem parte dos ‘outros’ (Tajfel, 1981). A Usuária 7 coloca de maneira contundente que os culpados pela “contaminação” das mulheres casadas são os maridos. Para além da já notada noção de promiscuidade como algo indicado enquanto do âmbito masculino, reiterada na fala da Usuária 7, vemos que a posição das mulheres no que se refere ao uso de preservativo não é linear. Os significados atribuídos ao uso de preservativos podem ser atravessados pelas formas de dominação masculina no âmbito conjugal (Heilborn, 2004), mas, para além disto, o movimento feito pela usuária é de reiterar ao longo da narrativa pessoal uma distância muito bem marcada entre sua situação e a dos outros. Esse movimento de afastamento e diferenciação, entretanto, mostra-se balizado por atributos morais que a diferenciam em relação aos outros, fora das suas “aspas” de segurança. Os que estão fora das “aspas” são inconsequentes, drogados, promíscuos.

Alguns discursos sociais vinculam a noção de cuidado, resguardo e proteção, mascarando relações sexistas de domínio masculino que tornam nebulosas as interpretações lineares entre conjugalidade

e proteção ao HIV (Guilhem; Azevedo, 2008). Se as falas das entrevistadas denotam a perda de confiança em seus cônjuges, de alguma forma retomam um discurso de proteção associada à conjugalidade, ao amor romântico, à fidelidade, ao respeito e à cumplicidade construídos historicamente no Ocidente, entretanto, contextualizam esse discurso pela via da perda de um suposto espaço de proteção.

Na argumentação construída pela Usuária 7 é interessante notar que, além da tentativa de afastamento que faz dos homens da cumplicidade conjugal, tenta descolar de si o estigma do HIV da história de sua infecção: “ninguém vai querer saber se foi do meu ex-marido, se foi do namorado. É pelo estigma que o soropositivo carrega” (Usuária, 7). Durante parte de sua entrevista, ela reitera a noção tradicional de coexistência de duas possibilidades distintas de exercício da sexualidade que variam conforme o gênero, na qual às mulheres caberia o exercício com função de reprodução, atrelada à monogamia conjugal, enquanto, para o homem, estaria ligado ao prazer, seja dentro de uma relação monogâmica ou extraconjugal (Lôbo; Silva; Santos, 2012). Tais aspectos falam de formas consideradas legítimas de infecção, como pelas crianças e mulheres, sobretudo as com parceiros fixos, e outros que não ameaçam ideias moralizantes de exercício da sexualidade e das ilegítimas, promovidas por pessoas que põem em conflito o imaginário dominante (Guilhem; Azevedo, 2008).

Para o Usuário 8<sup>9</sup>, o posicionamento em relação à contaminação é de maior proximidade e de grande sofrimento.

hoje, eu não conseguiria transar com alguém sem camisinha. Sabendo que eu posso estar passando isso para.... Prejudicando alguém. Então essa é a minha.... Talvez (choro). Talvez seja *o meu castigo* agora, né? De todas as vezes que eu fui teimoso e não quis usar porque era desconfortável, porque tem gente que não gosta de usar. Talvez aí seja *o meu castigo, a minha consciência*, porque eu nunca quis prejudicar ninguém, *nunca quis o mal de ninguém* (Usuário 8, grifo nosso).

8 Mulher cisgênero, branca, heterossexual, separada, 32 anos.

9 Homem cisgênero, branco, homossexual, 24 anos, solteiro, ensino médio completo.

O uso recorrente de expressões como “castigo”, “consciência”, “o mal”, ao longo da entrevista com este usuário, denota uma posição que não pode ser compreendida simplesmente como justificativa ou desculpa, e sim como uma resposta a um contexto de julgamento moral sobre a infecção que remete ao discurso de culpa cristã. A dimensão religiosa, para além de estudos que trabalham com possibilidades de *coping* em contextos de promoção de saúde, é indicada como práticas, saberes e vivências que atravessam e constituem subjetividades. Os aspectos discursivos de cunho religioso colocam em pauta um ponto nodal acerca da memória social a respeito da aids, como indicam, considerando as diversas expressões do sagrado no discursivo, um campo que impacta fortemente a promoção de saúde (Lobato Vianna, 2014).

O posicionamento tomado pelo Usuário 8 denota uma dimensão do condenável, compreendida aqui como algo digno de repressão. Em outros contextos, a noção de defesa social (Moutinho, 2014) parece despontar num discurso de caráter higienista. Para o Usuário 9<sup>10</sup> por exemplo:

Acho que *devia ser obrigatório, como a vacina*. Vai contra a liberdade das pessoas, mas se tu tens por que é que tu não vai cuidar? Por que tu não vai evitar passar pra outra pessoa? Acho que devia ser obrigatório, tu é obrigado a votar, é mais medo do que noção (Usuário 9, grifo nosso).

Essa perspectiva - que tensiona promoções de autonomia no contexto de saúde/ISTs - retoma uma noção de controle dos corpos, vinculando as narrativas sobre a saúde pública a discursos que pendem entre a proteção social e a coerção (Souza; Czeresnia, 2007). Além disso, ao passo que a fala do Usuário 9 coloca uma ideia de defesa social como foco da atenção, e em oposição a possibilidade de autonomia, silencia pelo não reconhecimento público de formas diferentes de vivenciar a sexualidade (Moutinho, 2014).

O discurso científico, como os “dados epidemiológicos”, é utilizado para legitimar um discurso estereotipado em relação às formas de viver a

sexualidade fora dos limites da heteronormatividade e do amor romântico. Cabe destacar que as formas de viver a sexualidade para além destas normativas foi vista em si mesmo como potencialmente perigosa e arriscada. As narrativas também indicam o antagonismo entre culpados e vítimas em relação ao “contágio” com o vírus, o que de alguma forma mostra que existe uma hierarquia entre as pessoas e suas práticas sexuais, na qual algumas são mais vítimas que outras. Estas hierarquias também se refletem na ideia da “contaminação” enquanto castigo.

Também podemos concluir que os mecanismos de controle das condutas - estabelecidos por lógicas de repressão, não reconhecimento das diferenças, e por vezes sob o pretexto da defesa social - nos indicam a necessidade de pensar na saúde sexual a partir da noção de diversidade e de alteridade. Isto se dá, especialmente no contexto do atendimento em saúde sexual, quando da percepção de que as interlocuções em saúde estão envolvidas em um espaço social que privilegia uma premissa de sexo heterossexual e masculino, tanto por parte de usuários e usuárias - como indicam as entrevistas realizadas - como por parte de ações de profissionais da saúde. Ainda que o campo de pesquisas e experiências profissionais na área indique avanços na singularização de estratégias de atenção, cabe um apelo à reflexão sobre as necessidades éticas de incremento de análises nessa direção.

## Considerações finais

O alarmante panorama epidemiológico da infecção por HIV no contexto porto-alegrense indica que é necessário investir em diferentes análises relacionadas ao cuidado em serviço de saúde, em especial por meio de estudos qualitativos, que figuram de forma periférica no Brasil, ainda que a literatura aponte a necessidade deste tipo de problematização. Seguindo tal perspectiva, considera-se importante investigar a situação dos usuários e usuárias, compreendendo a dimensão cultural na qual se encontram, de modo que produzam condições para mudanças nesta conjuntura.

---

10 Homem cisgênero, branco, homossexual, 29 anos, casado, ensino médio completo.

Neste estudo, a diversidade das narrativas dos/das participantes girava entre os eixos: Promiscuidade/Risco e Culpa/Responsabilização. Estes sintetizaram algumas das possibilidades de significação frente à necessidade de realização do teste HIV. Os discursos de promiscuidade, risco, culpa e responsabilização articulam-se a partir de diferentes marcadores sociais. Podemos perceber isso quando da articulação entre as relações de feminilização e heterossexualização do HIV e das atualizações do discurso de amor romântico (intrinsecamente relacionado às estratégias de cuidado sexual), nas formas de colagem identitária entre a experiência sexual não heteronormativa e a noção de grupo de risco, ou outros aspectos transversais aos conteúdos narrativos, como os mecanismos de culpa e as estratégias narrativas vinculadas ao discurso biomédico.

A permanência e transversalidade de discursos estigmatizantes que compõem certa memória de 'grupo de risco' também nos convida a pensar nas atuais estratégias nos atendimentos em saúde sexual e o trabalho na interface saúde/cuidado que vem sendo promovido. Formas de manutenção de aspectos normativos são vislumbrados nestas narrativas e, ainda que não se resumam a estagnação e impossibilidade de promoção de saúde, são centradas em um sujeito heteronormativo e masculino que se atualiza com foco no controle da saúde sexual. A reiteração desses marcadores - como práticas sexuais específicas ou identificações em termos de orientação, por exemplo - nos indica que ainda carece, na atenção à saúde sexual e reprodutiva, uma visão que possa operar em prol da desconstrução de uma sexualidade entendida como individualizada (e, portanto, passível de uma forma de controle verticalizado). Entende-se que o trabalho com foco no aconselhamento deve operar de maneira singular à particularidade dos itinerários sexuais, vistos como não descolados de uma tessitura social que lhe compõem. Assim, estratégias de cuidado poderão ser elaboradas nos acolhimentos no sentido de proporcionar encontros entre histórias que, a despeito do que se lê nas narrativas elencadas, são construídas num mesmo campo social complexo, proporcionando produção de saúde para além da relação entre profissional/usuário(a).

Esse panorama, que torna o aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva um dispositivo importante de investigação e de atenção social, também permitiria vislumbrar alguns pontos nodais, por exemplo, no que concerne ao acesso e à permanência nos serviços da saúde pública. Pensar em um espaço de desconstrução de estereótipos e problematização das noções de risco e culpa, a partir de um olhar singular sobre os usuários, permite que estes também possam elaborar e construir de forma mais autônoma sua sexualidade, bem como delinear estratégias de autocuidado em seu itinerário sexual.

## Referências

- ALENCAR ALBUQUERQUE, G. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, London, v. 16, n. 2, p. 1-10, 2016.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-139.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 371-378, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: aids e DST. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, v. 4, n. 1, 2015a. Disponível em: <<https://goo.gl/dLbK1y>>. Acesso em: 9 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde inicia distribuição de teste oral para AIDS no SUS. *Blog da Saúde*, Brasília, DF, 6 fev. 2015b. Disponível em: <<https://goo.gl/1ifMoV>>. Acesso em: 9 jun. 2016.
- BRAUN, V.; CLARKE V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Abingdon, v. 3, p. 77-101, 2006.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; DE JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família

- para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.
- CARRARA, S.; SIMÕES, J. A. Sexualidade, cultura e política. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 28, p. 65-99, 2007.
- CARVALHO, F. T. et al. Counselling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: perception of users and health professionals at a counselling and testing centre in Porto Alegre. *Journal of Health Psychology*, Londres, v. 21, n. 3, p. 379-389, 2016.
- COSTA, A. B.; NARDI, H. C. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 715-726, 2015.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 599-612, 2008.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- GUARANHA, C. *O desafio da equidade e da integralidade: travestilidades e transexualidades no Sistema Único de Saúde*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.
- GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. M. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.
- HAMANN, C.; EW, R.; PIZZINATO, A. Homens que fazem sexo com homens: uma categoria de inclusão ou apagamento? In: STREY, M. N.; CÚNICO, S. (Org.). *Teorias de gênero: feminismos e transgressão*. Porto Alegre: ediPUCRS, 2017. p. 151-171.
- HEILBORN, M. L. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014.
- LOBATO VIANNA, J. H. Cuidar, rezar, falar: o soropositivo, memórias e religiosidades. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 34, n. 86, p. 80-98, 2014.
- LÔBO, M. B.; SILVA, S. R. F. F.; SANTOS, D. S. Segredos de liquidificador: conhecimento e práticas de sexo seguro por pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 395-403, 2012.
- MISKOLCI, R. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 28, p. 101-128, 2007.
- MOUTINHO, L. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 42, p. 201-248, 2014.
- PAIVA, V. S. F. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013.
- PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 89-102, 2000.
- PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 125-157, 2009.
- ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.
- SALMERON, N. A.; PESSOA, T. A. M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 549-554, 2012.
- SOUZA, V., CZERESNIA, D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de

testagem anti-HIV. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 531-548, 2007.

TAJFEL, H. *Human groups and social categories*. New York: Cambridge University Press, 1981.

TERTO JUNIOR, V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, p. 156-168, 2015. Suplemento 1.

TORRÃO FILHO, A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 24, p. 127-152, 2005.

VIGOYA, M. V. Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades: dilemas y desafíos recientes. *La Manzana de la Discórdia*, Cali, v. 2, n. 4, p. 25-36, 2011.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001.

YOUNG, R. M.; MEYER, I. H. The trouble with “MSM” and “WSW”: erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 95, n. 7, p. 1144-1149, 2005.

---

### **Contribuição dos autores**

Rocha e Pizzinato elaboraram o projeto inicial. Hamann redigiu a primeira versão do manuscrito. Todos os autores participaram no desenho do estudo e contribuíram para a análise dos dados, elaboração e revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

Recebido: 17/10/2016

Reapresentado: 21/08/2017

Aprovado: 23/08/2017