



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ISADORA ROCHA SOLER

**MASCULINIDADES E TRAJETÓRIAS DE VIDA:
VULNERABILIDADES DE HOMENS HETEROSSEXUAIS
VIVENDO COM HIV**

Londrina
2025

ISADORA ROCHA SOLER

**MASCULINIDADES E TRAJETÓRIAS DE VIDA:
VULNERABILIDADES DE HOMENS HETEROSSEXUAIS
VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 2.

Orientadora: Prof. Dra. Flávia Fernandes de Carvalhaes

Londrina
2025

174m

Soler, Isadora Rocha.

Masculinidades e trajetórias de vida: vulnerabilidades de homens heterossexuais vivendo com HIV / Isadora Rocha Soler. - Londrina, 2025.
127 f. : il.

Orientador: Flávia Fernandes de Carvalhaes.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025. Inclui bibliografia.

1. Masculinidades - Tese. 2. AIDS - Tese. 3. HIV - Tese. 4. Vulnerabilidades - Tese. I. Fernandes de Carvalhaes, Flávia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

ISADORA ROCHA SOLER

**MASCULINIDADES E TRAJETÓRIAS DE VIDA:
VULNERABILIDADES DE HOMENS HETEROSSEXUAIS VIVENDO
COM HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 2.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Flávia Fernandes de
Carvalhoes
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Prof. Dra. Eneida Silveira Santiago
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti
Universidade Estadual do Centro-Oeste
(UNICENTRO)

Londrina, 21 de fevereiro de 2025.

Dedico este trabalho às pessoas que resistem e lutam contra os estigmas relacionados ao HIV.

AGRADECIMENTOS

Aos homens entrevistados, pela generosidade em compartilhar suas histórias de vida e tornarem este trabalho possível.

À Flávia Fernandes de Carvalhaes, minha (des)orientadora, que me ensinou, neste processo, que a universidade pode ser vivida de forma saborosa, com afeto e cumplicidade.

A Eneida Silveira Santiago, Gustavo Zambenedetti e Regis Moreira, pela disponibilidade, leitura e contribuições valiosas a este trabalho.

Ao grupo Entretons, por ser um espaço de trocas instigantes e acolhimento.

Aos meus pais, José Antônio e Magali, por todo amor e pelo apoio incondicional. Sem vocês eu não estaria aqui!

À minha irmã, Isabella, pelo companheirismo e leituras atentas do texto.

Às minhas avós, Maria de Lourdes (*in memoriam*) e Aparecida, por sempre me incentivarem a estudar: “*Estuda, filha, pois o estudo ninguém te tira*”.

Ao meu companheiro, Eduardo, sua paciência e apoio foram essenciais nesta jornada.

À minha amiga de mestrado, Bruna, por compartilhar comigo as alegrias e os perrengues deste processo.

À Fernanda e Glória, por contribuírem na estruturação do pré projeto de pesquisa.

A todas as pessoas do grupo de apoio à pessoas vivendo com HIV do HC, por me acolherem e por me ensinarem tanto, enriquecendo profundamente minha trajetória.

Aos membros do COMUNIAIDS, pela implicação nas discussões sobre políticas públicas no campo do HIV.

A Luísa, Caroline, Beatriz, Lorena, Luana, Glória, Cosme, Fernanda e Giovanna, pela

amizade e celebração de cada conquista junto a mim.

À Inês, secretária do Programa de Mestrado, pela prontidão e disponibilidade para tirar todas minhas dúvidas.

À Letícia, minha psicóloga, por me encorajar sempre.

Aos militantes por uma universidade pública de qualidade e gratuita, estamos juntos na luta pelo acesso à educação para todas as pessoas.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho acontecesse, meu mais sincero agradecimento.

O que precisa ser combatido:
A mancha feia da ignorância
Tingindo a palavra intolerância:
Não existe nada pior em ação
— A grande síndrome da deficiência adquirida
É a desinformação —

O que precisa ser banido:
O efeito gerado e causado
Pelo preconceito
Que existe e insiste

...

Trecho citado do poema de Paulo Sabino no livro
Tente entender o que tento dizer: poesia + hiv/aids
(2018, p. 73).

Soler, I. R. (2025). *Masculinidades e Trajetórias de Vida: vulnerabilidades de homens heterossexuais vivendo com HIV*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

Pandemias são vivenciadas de modo intempestivo na história, a peste bubônica, a cólera, a gripe espanhola, a COVID, entre outras doenças que assolaram uma parcela considerável da população mundial, carregam consigo aspectos simbólicos relacionados ao medo, morte e caos. Neste cenário, destaca-se a epidemia da AIDS como um fenômeno social e político carregado de estigmas e noções distorcidas, o que remete a importância de debater sobre as dinâmicas de infecção do HIV e as condições que implicam em vulnerabilidades na população. Nesta conjuntura, destaca-se o fato de que dados epidemiológicos indicam aumento significativo de homens heterossexuais vivendo com HIV, devido também às noções hegemônicas de masculinidade que os constituem. Logo, esta pesquisa de mestrado analisa, sob o enfoque da psicologia social, mais especificamente da interlocução com estudos sobre masculinidades em uma perspectiva interseccional, as dimensões que implicaram em vulnerabilidades à infecção e a reinfecção pelo HIV nas trajetórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV. O percurso metodológico traçado nesta pesquisa se refere à história oral, sendo que neste viés as narrativas dos sujeitos se constituem enquanto elementos relevantes e principais, sendo estas acessadas por meio de entrevistas semiestruturadas com os homens participantes da pesquisa. Logo, a história oral problematiza marcadores culturais, estruturas sociais, processos históricos, relações interpessoais que se tecem no cotidiano. Nesta perspectiva, foram entrevistados três homens heterossexuais vivendo com HIV. A pesquisa está organizada em três capítulos. O primeiro capítulo trará os itinerários metodológicos da investigação, em destaque o debate sobre o método das “histórias de vida”, bem como a localização breve das histórias dos homens entrevistados. O segundo capítulo debaterá acerca do processo de construção social da AIDS, problematizando também dinâmicas de infecção do HIV na população, em destaque em homens heterossexuais. No terceiro capítulo será analisado o campo de estudos das masculinidades (hegemônicas e subalternizadas), a partir de um sistema de sexo-gênero. Destaca-se que trechos de falas dos homens entrevistados serão articuladas aos debates teóricos ao longo dos capítulos 2 e 3, não havendo um capítulo específico para análise dos conteúdos obtidos nas entrevistas. Por fim, são apresentadas as considerações provisórias e parte das reverberações dessa investigação.

Palavras-chave: Masculinidade; AIDS; Vulnerabilidades.

Soler, I. R. (2025). *Masculinities and Life Trajectories: vulnerabilities of heterosexual men living with HIV*. 98 sheets. (Masters Dissertation in Psychology). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ABSTRACT

Pandemics have been experienced tumultuously throughout history, the bubonic plague, cholera, the Spanish flu, COVID-19, and other diseases that have afflicted a significant portion of the global population, carry symbolic aspects related to fear, death, and chaos. In this scenario the AIDS epidemic stands out as a social and political phenomenon laden with stigmas and distorted notions, highlighting the importance of discussing the dynamics of HIV infection and the conditions that lead to vulnerabilities within the population. In this regard, it is noteworthy that epidemiological data indicate a significant increase in the number of heterosexual men living with HIV, also due to the hegemonic notions of masculinity that shape them. Thus, this master's research analyzes, from the perspective of social psychology, specifically through the lens of studies on masculinities from an intersectional perspective, the dimensions that have contributed to vulnerabilities to HIV infection and reinfection in the life trajectories of heterosexual men living with HIV. The methodological approach taken in this research involves oral history, where the narratives of the subjects are considered relevant and central elements, accessed through semi-structured interviews with the men participating in the study. Therefore, oral history problematizes cultural markers, social structures, historical processes, and interpersonal relationships that are woven into everyday life. In this perspective, three heterosexual men living with HIV were interviewed. The research is organized into three chapters. The first chapter will present the methodological pathways of the investigation, highlighting the discussion on the "life stories" method, as well as briefly situating the stories of the interviewed men. The second chapter will discuss the process of the social construction of AIDS, also problematizing the dynamics of HIV infection in the population, with a focus on heterosexual men. The third chapter will analyze the field of masculinity studies (both hegemonic and subordinated) from a sex-gender system perspective. Excerpts from the interviews will be integrated into the theoretical discussions throughout chapters 2 and 3, without a specific chapter dedicated solely to analyzing the interview content. Finally, the concluding remarks, and some of the reverberations of this study are presented.

Keywords: Masculinity; AIDS; Vulnerabilities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Foto de Marcus Vinícius Resende	17
Figura 2 – Captura de tela de artigo do Brasil de Fato	22
Figura 3 – Foto de notícia da década de 80	62
Figura 4 – Foto de notícia da década de 80	63
Figura 5 – Foto de notícia da década de 80	63
Figura 6 – Foto de notícia da década de 80	64
Figura 7 – Foto do cartaz “Transe numa boa” do GAPA criado pelo artista plástico e ativista Darcy Penteado	67
Figura 8 – Mandala de Prevenção Combinada	75
Figura 9 – Captura de tela do artigo do El País Brasil	79
Figura 10 – Captura de tela de um artigo do G1	81
Figura 11 – Captura de tela da rede social “X”	92
Figura 12 – Captura de tela de artigo da Istoé	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CD4	<i>Cluster of Differentiation 4</i>
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
I=I	Intransmissível é igual a Indetectável
I=0	Intransmissível é igual a zero risco de transmissão
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SES	Secretaria de Estado de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapias Antirretrovirais de Alta Potência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TcP	Tratamento como Prevenção
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	PERCURSO METODOLÓGICO	24
1.1	APRESENTAÇÃO DAS HISTÓRIAS DE VIDAS.....	30
1.1.1	A História de Douglas: “ <i>eu falo assim “é porque você é homem que acontece”, a gente tem vontade</i> ”.....	31
1.1.2	A História de Paulo: “ <i>. . . . a questão era a seguinte, era a peste gay, então, por exemplo, eu só saía com mulheres, né, então não tinha o porquê eu me preocupar com isso</i> ”.....	36
1.1.3	A História de Jonathan: “ <i>o HIV foi o que salvou eu de morrer</i> ”.....	53
2	A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS	60
3	MASCULINIDADES	86
3.1	A SEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO.....	87
3.2	HOMENS EM CONSTRUÇÃO.....	94
	CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS	109
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	122
	APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista.....	123

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....126

INTRODUÇÃO

*Eu tive Aids por dois meses
 Há 7 anos, eu tive Aids por dois meses
 Não morri
 Eu continuo aqui
 A Aids não
 Ela vazou
 Evaporou de mim
 E sumiu
 A Aids é coisa do meu passado
 Desde que me tornei indetectável
 O HIV sobreviveu
 Assim como eu
 Ele é um vírus que você não vê
 Pois eu pareço tanto com você!
 Não é mesmo?
 Eu poderia ser você
 E você poderia ser eu
 O HIV não escolhe bicha, machão
 Santa ou ateu
 Para o HIV, tanto faz onde você se meteu
 Ou com quem você meteu
 O HIV é meu, é teu
 É de quem cruzar seu caminho
 ...*

Trecho citado do livro *Exposta* do poema de Marina Vergueiro (2019, p. 71).

Desde o início de 2020 vivemos no Brasil a experiência da pandemia da COVID-19. Desde então, nos deparamos com o encontro com algo que boa parte da população ainda não havia vivido de modo tão próximo em sua trajetória de vida, que é a sensação generalizada de risco. A sensação de desamparo e medo, associada a gestão necropolítica do governo federal na administração da pandemia, bem como as inúmeras informações distorcidas que circularam nos últimos anos, contribuiu significativamente para produção de um imaginário social em relação a COVID que dividiu a população entre supostas vítimas ou supostos

culpados. Nesta conjuntura, vem circulando perspectivas de culpabilização relacionadas a determinadas populações em específico, como pessoas gordas, em situação de rua, chineses, entre outros exemplos, que culminam em discursos odiosos e excludentes (Mansano, Carvalho & Carvalhaes, 2021).

Pandemias são vivenciadas de modo intempestivo na história da humanidade, a peste bubônica, a cólera, a gripe espanhola, entre outras doenças que assolaram uma parcela considerável da população mundial, carregam consigo aspectos simbólicos relacionados ao medo, morte e caos. Susan Sontag (2007) discute este processo de construção social das pandemias a partir da “metáfora da peste”, ressaltando que estas são comumente associadas a algo estrangeiro, distante do nosso contexto, reforçando a necessidade de encará-la como algo da ordem do desconhecido, do não-nós, do outro. A autora evidencia que, por exemplo, doenças como a lepra e sífilis foram representadas a partir de concepções moralistas e alarmistas, sendo retratadas ao longo do tempo como “castigo divino”, reproduzindo uma relação ainda persistente entre pestes e noções de punição.

Neste cenário, destacamos¹ a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) como um fenômeno social e político que se articula em convergência com os cenários descritos nos parágrafos anteriores. Deste modo, debatermos sobre as dinâmicas de infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), bem como as condições que implicam em vulnerabilidades na população, remete a um debate aprofundado sobre o processo de construção social da AIDS e os efeitos dessa historicidade na população. Temos como objetivo, sobretudo, analisar sob o enfoque da psicologia social, mais especificamente da interlocução com estudos sobre masculinidades em uma perspectiva interseccional, as dimensões que implicaram em vulnerabilidades à infecção pelo HIV nas trajetórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV.

¹ Nesta dissertação escolhemos utilizar a primeira pessoa do plural, pois reivindicamos uma pesquisa tecida *no e com* o coletivo. Dessa forma, evidenciamos e reconhecemos as redes que se articularam nesse processo, fundamentais para a construção deste trabalho.

Fundamental considerarmos a questão específica dos homens heterossexuais no contexto da pandemia da AIDS, tendo em vista que nos primeiros anos de investigação do vírus este grupo foi apresentado como quase imune à doença, pois não estava circunscrito entre as populações demarcadas como grupos de risco. Tal associação corroborou para que esses homens heterossexuais fossem invisibilizados e negado a eles a posição de possíveis infectados e, conseqüentemente, transmissores do vírus. Tal conjuntura será aprofundada no capítulo 3 desta dissertação.

A AIDS tornou-se algo concreto no Brasil em 1983, com o falecimento do estilista brasileiro Marcus Vinícius Resende, também conhecido como “Markito” (Ver Figura 1), um dos primeiros pacientes conhecidos a serem afetados pela infecção do vírus no país (Santos, 2007). Desde então, o processo de construção social da doença, amplamente associado em nossa cultura a noções distorcidas sobre as dinâmicas de infecção, foram – e ainda são – relacionados a prazeres situados socialmente como desviantes, como, por exemplo, o uso de drogas, prostituição e práticas homoeróticas. Tais correlações, em uma sociedade marcada por conservadorismos e preconceitos, implica em uma série de desafios na implementação de políticas públicas de prevenção da infecção do HIV e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV (Jeolás, 2007; Wagner et al., 2010).



Figura 1 - Foto de Marcus Vinícius Resende.

Fonte: Viveração Podcast, 2021.

Embora nas últimas décadas as descobertas relacionadas às pesquisas sobre as dinâmicas de infecção do HIV venham significando avanços nas políticas de prevenção da AIDS, bem como das possibilidades de viver com HIV, o imaginário social da doença, alicerçado nas correlações entre promiscuidade, morte e prazer, ainda configuram a AIDS como doença do outro situado como desviante (Sontag, 2007; Jeolás 2007). Tal articulação implica em grandes desafios para implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde das pessoas vivendo com HIV, como, por exemplo, os dados que indicam que grande parte das pessoas infectadas pelo vírus no Brasil são homens heterossexuais que não se reconheciam como vulneráveis à infecção pelo HIV, embora este seja um público que demonstra resistência a testagem quando se depara com uma condição “soro interrogativa²” (Brasil, 2022c; Knauth et al., 2020).

À vista disso, poucas são as pesquisas as quais relacionam masculinidades heterossexuais em relação a maior probabilidade de infecção pelo HIV. Como exemplo dessa afirmação, destacamos os resultados de busca por bibliografias realizada em base de dados eletrônicos, referentes aos anos 2002 a 2023: ao pesquisar as palavras-chave "HIV", "masculinidade" e “heterossexualidade” em três reconhecidas plataformas digitais – sendo que nestas filtramos somente textos em português. No SciELO obtivemos apenas três resultados, na LILACS quatro resultados e no Periódicos CAPES também quatro resultados. Ao todo, excluindo artigos repetidos, somam-se cinco artigos, o que denota a lacuna de estudos a respeito do tema e sinaliza que este é um campo de investigação fundamental no cenário da psicologia.

Em uma breve leitura dos resumos dos artigos sinalizados, quatro dos cinco ressaltam os impactos das concepções socioculturais de masculinidades dos homens investigados nas

² “Soro interrogativos” são pessoas que desconhecem seu *status* sorológico para o HIV, este termo é utilizado por pessoas vivendo com HIV e/ou ativistas quando se debate sobre sorologia.

condições que implicaram em maior vulnerabilidades deles a infecção pelo vírus HIV, haja vista que nos resumos supracitados a ideia de um homem ideal, viril, forte e insaciável sexualmente estão presentes como representações incompatíveis ao imaginário da AIDS (Silva, 2002; Guerriero, Ayres e Hearst, 2002; Leal, Knauth e Couto, 2015; Domingues, 2014).

Outro ponto destacado em três dos cinco artigos elencados, problematiza que os homens heterossexuais têm uma percepção restrita das próprias condições que implicam em vulnerabilidades à infecção pelo HIV, considerando-se pouco vulneráveis ou até mesmo imunes (Knauth et al., 2020; Silva, 2002; Guerriero, Ayres e Hearst, 2002). A pesquisa de Domingues (2014) aponta que os homens entrevistados consideram, inclusive, que ao vivenciarem práticas sexuais “adequadas” – leiam heteronormativas – não estão vulneráveis, sendo vista como uma estratégia eficiente para se proteger contra a infecção.

É evidente, portanto, que os processos de construção de perspectivas normativas de gênero, alicerçadas em um sistema de sexo-gênero, institucionalizam nas práticas cotidianas, bem como nas relações midiáticas e institucionais, uma série de atributos considerados “naturalmente” de homens e de mulheres. Nesta matriz de inteligibilidade binária, o feminino é amplamente associado a heterossexualidade, passividade, docilidade e maternidade e o masculino a heterossexualidade, atividade, virilidade e provedor. Ainda nesta matriz, os corpos e modos de existência que embaralham esta suposta linearidade causal, como, por exemplo, homens tidos como afeminados, mulheres trans, pessoas não binárias, entre outros exemplos, são localizados, necessariamente, nos campos dos desvios, das anormalidades, da abjeção (Butler, 1993/2019).

Sob esta perspectiva, debatemos nesta pesquisa, de modo mais aprofundado, sobre noções de masculinidades hegemônicas e subalternizadas que circulam na vida em sociedade e que implicam em efeitos diversos nas trajetórias de vida de corpos assinalados no discurso

biomédico como homens. A partir dos pilares da homofobia, misoginia e racismo, um viés de masculinidade afirmado como hegemônico e superior se torna um imperativo no cotidiano de homens, sendo que nesta construção parte deles são também demarcados como inferiores, constituindo um grupo imerso em uma perspectiva de masculinidades nomeadas como subalternizadas (Kimmel, 1998).

No caso dos homens os efeitos são notáveis, atravessados por um ideal de masculinidade hegemônica que ressalta aspectos como força e virilidade e que abomina características como fragilidade e cuidado, estes se veem em tensões constantes decorrentes das exigências correspondentes a esse modelo (Kimmel, 2016; Zanello & Bukowitz, 2011). Não por acaso, os índices de uso de substâncias, suicídio e violência nessa parte da população são significativas – dados recentes indicam que 1,4% dos homens entre 12 e 65 anos já usaram crack em comparação com 0,4% das mulheres (Fiocruz, 2019); relativo ao suicídio, homens apresentam um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres (Brasil, 2021c).

Faz-se fundamental, ainda, localizarmos a contribuição da psicologia social no debate sobre a construção social da AIDS e os efeitos psicossociais na população, em destaque nos homens heterossexuais na presente pesquisa. Tendo em vista que o(a) psicólogo(a) social tem uma perspectiva singular na compreensão dos processos de subjetivação que se tecem na relação com a vida em sociedade, atento, portanto, a uma perspectiva de produção subjetiva que se articula em meio a relações políticas, sociais, institucionais e tecnológicas, bem como às vulnerabilidades e aos atravessamentos desses marcadores na população. A problematização dessa dimensão psicossocial é assinalada na literatura como de extrema importância para a formulação de políticas públicas que sejam adequadas e assertivas na resposta à epidemia do HIV (Wagner et al., 2010). Destacamos da literatura, por exemplo, a importância da análise psicossocial da baixa procura de homens heterossexuais por teste

sorológico para o HIV, e utilizar os resultados dessas pesquisas para o aprimoramento das intervenções propostas no campo das políticas públicas de saúde (Martins et al., 2018).

Além disso, nossa decisão por esse tema de dissertação, foi instigada, dentre outros encontros, por minha inserção como facilitadora em um grupo de apoio para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) durante a graduação no curso de psicologia. A partir desse contato com as especificidades dessa população e a leitura de diversos artigos sobre o tema, notei, de modo muito evidente, que apesar de pouco mencionada durante minha formação, a psicologia tem importância fundamental na construção e efetivação de políticas de prevenção e promoção de saúde no Brasil frente à epidemia do HIV. Afinal, ao que parece, o processo de construção social da AIDS, bem como os estigmas³ relacionados às pessoas que vivem com HIV, são temas ainda carregados de noções distorcidas que contribuem para ampliar as condições de vulnerabilidade da população brasileira, sendo que saberes psi podem auxiliar no processo de desconstrução dessas narrativas.

A especificidade do interesse em relação aos homens heterossexuais, começou em um dos encontros com o grupo mencionado acima, quando em nossas trocas chegou-se à conclusão de que as pessoas não deveriam temer se infectar por meio de relações sexuais com PVHIV em tratamento e sim com aquelas que não sabem a sua sorologia para o HIV, pois essas apresentam maior risco de transmissão do que pessoas em tratamento e com a carga viral indetectável. Tal consideração implicou no aprofundamento desse debate em termos teóricos, sendo constatado na literatura que homens heterossexuais hoje se configuram no Brasil como um grupo resistente à testagem anti-HIV, ao mesmo tempo que apresentam altos índices de mortes em decorrência da AIDS no Brasil (Brasil, 2022c; Knauth et al., 2020).

Ademais, destacamos, ainda, que o Brasil, país que em diversos momentos da

³ Para Goffman (1988), estigma é uma marca social que desqualifica um indivíduo, relegando-o a uma posição de “desvantagem” na interação social. O autor destaca como essas marcas, associadas a características físicas ou sociais, podem resultar em exclusão e discriminação, afetando a percepção e a interação dos estigmatizados na sociedade.

epidemia da AIDS foi referência a outros países no enfrentamento do HIV, vem apresentando retrocessos significativos em políticas de saúde ligadas ao HIV, sendo que salientamos os mais recentes, relacionados ao período de 2019 a 2022, marcados por discursos hostis, estigmatizadores e distorcidos provenientes de uma figura de extrema importância ao país, o presidente da República. Esses discursos não apenas afetaram negativamente os investimentos na área e combate aos estigmas advindos do imaginário socialmente construído acerca do vírus, mas também evidenciaram a persistência e atualidade de desinformações em relação ao vírus, perpetuando um imaginário equivocado e cristalizado quanto a PVHIV. Everton Santos (2022) evidencia o papel do ex-presidente da República Bolsonaro nesses regressos, apontando discursos hostis e falsos a respeito das PVHIV. O autor ainda relembra que durante esse governo, foi inclusive proposto pela ex-ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, Damares Alves, a abstinência sexual como forma de prevenção à gravidez e a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Ver Figura 2). O discurso da ex-ministra encontra ressonância com narrativas que circulavam na década de 1980 no país, ignorando todo o histórico de não adesão à proposta de abstinência sexual e de pesquisas científicas e avanços nas políticas públicas de prevenção pensadas visando eficiência e adesão, por exemplo, ao tratamento com a medicação antirretroviral.



Figura 2 - Captura de tela de artigo do Brasil de Fato
Fonte: Brasil de Fato, 2020.

Justificamos ainda a presente pesquisa pela necessidade iminente de problematizar

condições que implicam em vulnerabilidades na população de homens heterossexuais pelo vírus do HIV. Sobretudo, analisarmos a interlocução entre HIV, masculinidades e homens heterossexuais, em razão da escassa produção de estudos sobre o tema – quando confrontadas com produções dedicadas a outras populações (Knauth et al., 2020). Esperamos que os frutos desta pesquisa sejam úteis para a (re)formulação de estratégias nas políticas públicas brasileiras, contribuindo no enfrentamento do estigma e da epidemia do HIV. Assim como, acreditamos que ampliar o debate sobre HIV na atualidade – pautados na ciência e em aliança com PVHIV – seja um dos pilares para o enfrentamento da sorofobia, homofobia e outros estigmas que se atualizam e persistem neste âmbito.

A pesquisa está organizada em três capítulos. O primeiro capítulo trará os itinerários metodológicos da investigação, em destaque o debate sobre o método das “histórias de vida”, bem como a localização breve das histórias dos homens entrevistados. O segundo capítulo debaterá acerca do processo de construção social da AIDS, problematizando também dinâmicas de infecção do HIV na população, em destaque em homens heterossexuais. No terceiro capítulo será analisado o campo de estudos das masculinidades (hegemônicas e subalternizadas), a partir de um sistema de sexo-gênero. Destaca-se que trechos de falas dos homens entrevistados serão articuladas aos debates teóricos ao longo dos capítulos 2 e 3, não havendo um capítulo específico para análise dos conteúdos obtidos nas entrevistas. Por fim, são apresentadas as considerações provisórias, com breves ponderações sobre as reverberações deste processo de pesquisa.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

Uma vez que analisamos – sob a ótica da psicologia social em interlocução com o campo dos estudos de gênero, mais especificamente com estudos sobre as masculinidades em uma perspectiva interseccional – as condições que implicaram em vulnerabilidades nas trajetórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV no Brasil, optamos por uma abordagem qualitativa de pesquisa. Esse viés de investigação dialoga com o objetivo da pesquisa, dado que possibilita a análise de relações simbólicas, singulares, culturais, entre outros, assim como analisa Minayo (2001):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (p. 21).

Ao contemplar parte dos elementos citados acima, a pesquisa qualitativa nos permite uma investigação dos sujeitos vivendo com HIV masculinos em sua complexa relação com o mundo, onde são atravessados no cotidiano por múltiplas questões e que implicam em dimensões de vulnerabilidades à (re)infecção pelo HIV, como, por exemplo, noções hegemônicas de masculinidade que circulam na vida em sociedade, bem como perspectivas distorcidas da AIDS que foram historicamente construídas.

Outro aspecto da pesquisa qualitativa que torna interessante a interlocução com a presente investigação, se refere à importância dos sujeitos, ou participantes da pesquisa, no processo coletivo de produção de conhecimentos, assim como sinaliza Godoy (1995):

Os pesquisadores qualitativos tentam compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes. Considerando todos os pontos de vista como importantes, este tipo de pesquisa “ilumina”, esclarece o dinamismo interno das situações, frequentemente invisível para observadores externos (p. 63).

Ainda com relação ao lugar ocupado pelos participantes no percurso da pesquisa, outra estratégia metodológica que escolhemos para este trabalho foi a da história oral, sendo que neste viés as narrativas dos sujeitos se constituem enquanto elementos relevantes e principais. Assim, ao dialogar e escutar homens heterossexuais vivendo com HIV, buscamos delinear com eles aspectos que possam ter implicado em suas trajetórias de vida em vulnerabilidades à infecção e/ou reinfecção ao HIV. Destacamos que os diálogos estão alicerçados, sobretudo, em duas noções conceituais, a saber: as perspectivas de masculinidades hegemônicas e subalternizadas (Kimmel, 1998), bem como a de interseccionalidade (Collins & Bilge, 2020). Logo, estamos atentos ao fato de que homens articulam diferentes performances – bem como têm acessos desiguais a direitos fundamentais – de masculinidades a depender dos marcadores sociais de diferença que os constituem. Assim,

Como metodologia de pesquisa, a História Oral se ocupa em conhecer e aprofundar aspectos sobre determinada realidade, como os padrões culturais, as estruturas sociais, os processos históricos ou os laços do cotidiano. Os dados para o encadeamento são obtidos através de conversas com pessoas (relatos orais) que, ao focalizarem suas lembranças pessoais, constroem também uma visão mais concreta da dinâmica de funcionamento e das várias etapas da trajetória do grupo social ao qual pertencem, ponderando esses fatos pela sua importância na vida desses indivíduos (Cassab &

Ruscheinsky, 2004, p. 8).

Desse modo, tal estratégia metodológica vai ao encontro com traçados e objetivos desta pesquisa, visto que para analisarmos as dimensões que implicaram em vulnerabilidades nas trajetórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV é necessário escutá-los e compreender a importância e protagonismo deles em suas histórias. Assim, considera-se que a estratégia da história oral possibilita, então, que a subjetividade e suas múltiplas expressões – singulares e coletivas – sejam situadas enquanto possibilidade de fonte para o estudo, como ressalta Cassab e Ruscheinsky (2004):

Enfatiza-se através da metodologia em destaque a importância da elaboração e da trajetória da memória social como objeto de investigação que possibilita uma nova inteligibilidade do passado recente. Assim, reconhece-se a subjetividade como uma nova fonte de pesquisa (p. 12).

Destacamos, portanto, a importância da memória social na presente pesquisa. A memória, dentre outros aspectos, é sobretudo coletiva, sendo que se constitui nas relações sociais dos/as sujeitos/as, ou seja, nos lugares subjetivos e físicos aos quais estes/estas estão inseridos/as (Epelboim, 2004; Viana, 2006). Deste modo, podemos nos referir a “lembranças coletivas”, comuns a indivíduos de determinados grupos, composta por arranjos coletivos, como valores, tradições e experiências compartilhadas (Viana, 2006). Assim, a “memória individual é uma manifestação singular do coletivo” (Viana, 2006, p.9), que, apesar de singular, traz consigo, inevitavelmente, aspectos do social – deste modo, ao escutar as narrativas de histórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV estaremos ouvindo também uma memória que se afirma como social.

O caminho para encontrar os participantes, entretanto, não se deu de forma tão

simples, sobretudo devido ao estigma associado ao diagnóstico reagente para o HIV. Os cuidados com o sigilo em relação às identidades e o acesso a essas pessoas envolvem burocracias e barreiras que provavelmente não seriam tão restritas em pesquisas envolvendo outros diagnósticos, como, por exemplo, pessoas com diabetes. Neste sentido, consideramos importante incluir na dissertação tanto os desencontros enfrentados quanto as redes de trabalho e solidariedade que foram construídas ao longo desse percurso.

Nosso plano inicial envolvia uma parceria com o Centro de Testagem e Aconselhamento do município. Contudo, a instituição recusou o pedido, alegando questões de sigilo, mesmo após a apresentação do aval do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Lamentamos que essa negativa, além de tardia, não tenha sido acompanhada de sugestões e/ou alternativas para atuação no local. Diante disso, seguimos na busca de outros modos de alcançar o público estimado. Em partilhas sobre a pesquisa, nas redes formadas na UEL, soubemos da existência de um potente grupo de apoio entre pessoas vivendo com HIV que se encontrava na própria universidade, onde, posteriormente, conseguimos firmar uma parceria e realizar a pesquisa.

Durante o percurso deste mestrado, outras redes também se formaram, contribuindo de diferentes maneiras para o acesso aos participantes da pesquisa. Um exemplo marcante foi a realização de um simpósio local sobre HIV, no qual tivemos a oportunidade de conhecer um “braço” do Conselho Municipal de Saúde dedicado a discutir questões específicas relacionadas ao HIV: a COMUNIAIDS (Comissão Municipal de Prevenção e Controle de DST/HIV/Aids). Com a nossa inserção nesse local enquanto voluntárias, pudemos incentivar discussões, colaborar na distribuição de autotestes, conversar sobre a PreP e a PeP com a população, além de participar de um evento regional em Curitiba. Neste encontro, conhecemos também várias pessoas vivendo com HIV interessadas na temática da pesquisa, ampliando ainda mais nossas redes e possibilidades de diálogo.

Dito isso, a fim de ter acesso a população de homens heterossexuais vivendo com HIV em uma cidade do interior do Paraná, buscamos parceria com o Hospital Universitário local, especificamente o Ambulatório de Especialidades do HU. Apesar disso, a coleta de dados abrangeu outras cidades no Estado. Este constitui um dos serviços públicos com equipe multiprofissional de saúde de referência para PVHIV, que oferta um grupo de apoio a pessoas vivendo com HIV desde 2000, além de psicoterapia individual. A interlocução com esta instituição permitiu caminhos para acessar os participantes da pesquisa, uma vez que o processo de construção social da AIDS implica em uma série de estigmas que dificultam muitas vezes o acesso a esses sujeitos.

Deste modo, em diálogo com a psicóloga do serviço – que exerce também a função de co-coordenadora do grupo – foi possível participar de encontros pontuais, onde os homens heterossexuais sinalizados pela profissional estavam presentes. Assim, ao final do grupo, a psicóloga nos apresentava e falávamos resumidamente sobre a pesquisa, fazíamos o convite e anotávamos o contato. Posteriormente, retomávamos o contato via *whatsapp* a fim de marcar a entrevista, a qual poderia ser feita presencialmente na UEL ou online – a depender da disponibilidade do entrevistado.

A interlocução com a população masculina situada nesta investigação se articulou por meio de instrumento de coleta de dados das entrevistas, considerando esta como técnica que, supostamente, facilita o diálogo com os participantes da pesquisa, Minayo (2001) discorre que,

Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (p. 57).

Fizemos uso nesta investigação especificamente da entrevista semiestruturada, levando em consideração, em destaque, a particularidade do percurso de pesquisa proposto que dialoga com a história oral referenciada anteriormente. Assim como pontuado, este viés metodológico situa como elementar a narrativa dos sujeitos e os modos como estes comunicam suas memórias e histórias singulares e coletivas. Para tanto, consideramos a entrevista semiestruturada como instrumento que permite o acesso a parte dos fatos, memórias, opiniões e significados previstos e “não previstos” dos entrevistados. Sobre tal aposta, Minayo e Costa (2018) analisam a

. . . entrevista semiestruturada, que combina um roteiro com questões previamente formuladas e outras abertas, permitindo ao entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dar espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados (p. 142).

Pensando nessas especificidades e no aporte teórico construído nesta pesquisa, formulamos um roteiro da entrevista (apêndice A), que foi utilizado durante as entrevistas individuais previstas com duração de cerca de sessenta minutos – sendo estabelecido um tempo maior ou menor a depender dos rumos da conversa. Propusemos também que fosse realizada uma entrevista ou mais quando houvesse demanda, considerando que estas poderiam se articular em múltiplos encontros dentro do período previsto no percurso do mestrado para a coleta de dados.

O diálogo com os participantes foi gravado, mediante autorização deles no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B), no qual consta detalhadamente os procedimentos envolvidos durante a entrevista, o resguardo de sua privacidade, os riscos e benefícios da pesquisa, bem como as nossas estratégias de acolhimento caso algum dos

entrevistados apresente desconfortos e/ou sofrimentos disparados durante as entrevistas.

O processo de realização das entrevistas aconteceu na Universidade Estadual de Londrina (UEL) e no ambiente virtual, quando online. Destacamos que esta proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, tendo sido aprovado (parecer 6.657.227).

Como critérios de seleção dos participantes, informamos que estes deveriam, necessariamente, ser do sexo masculino, ter dezoito anos ou mais, possuir diagnóstico reagente para o HIV, identificar-se enquanto heterossexual e se dispor a assinar o TCLE (vide apêndice B). Destacamos, ainda, que acessamos homens de diferentes classes sociais, raças, gerações e etnias, entre outros marcadores sociais de diferença, no intuito de possibilitar uma leitura e análise interseccional.

Salientamos, contudo, que as falas, ponderações e problematizações dos entrevistados estarão evidentes e articuladas ao longo dos capítulos 2 e 3. Ou seja, situamos nesta pesquisa a importância dos conhecimentos dos homens entrevistados, com aqueles que a partir das próprias experiências tem a dizer sobre os processos de construção social da AIDS, acerca das vulnerabilidades à infecção pelo vírus e também sobre noções de masculinidades que coexistem em disputa. Convocamos, portanto, estes homens como autores de referência nesta investigação e não como meramente foco da investigação (objeto de estudo).

Deste modo, localiza-se a seguir um breve resumo das histórias de vida de cada homem entrevistado, tendo o cuidado de situar seus nomes de modo fictício. Ressaltamos aqui que não pretendemos descrever as histórias de vida destes homens em sua totalidade e complexidade, os relatos aqui presentes são partes das histórias dos quais os entrevistados foram gentis em compartilhar.

1.1 APRESENTAÇÃO DAS HISTÓRIAS DE VIDAS

1.1.1 A História de Douglas: *eu falo assim “é porque você é homem que acontece”, a gente tem vontade.*

Douglas⁴ tem trinta e nove anos, é um homem cisgênero, branco, heterossexual e tem segundo grau completo. Teve conhecimento do seu diagnóstico reagente para o HIV com trinta e sete anos, em 2021. Começou a trabalhar com dezessete anos, já assentou piso, já foi montador, garçom e, atualmente, trabalha na produção e venda de alimentos de forma autônoma. É pai de dois filhos – gerados em diferentes e antigos relacionamentos – os quais moram com as respectivas mães. Foi casado com três mulheres “no papel” e ficou um ano solteiro antes de conhecer Carla, sua quarta companheira, com quem vive em um relacionamento sorodiferente⁵ há três anos.

Descobriu seu diagnóstico reagente para o HIV de forma despreziosa, no dia em que ia começar um novo emprego e acordou tendo convulsões. Ao ser encaminhado para o hospital fizeram um *check-up* e ali recebeu a notícia de que constatarem meningite e HIV – “já veio tudo em uma pancada só” (Douglas). Contou que não tinha conhecimento algum sobre HIV, exceto pelo imaginário de morte e magreza de uma história que ouviu a respeito de um vizinho quando era mais novo. Desconhecia inclusive a possibilidade de tratamento:

. . . . Foi um baque muito grande, entendeu? Na minha cabeça, em relação ao HIV, eu imaginei tipo... acabou. Tipo... eu nunca conheci alguém com HIV. Sempre via pessoa muito magra, já me imaginei naquele... entendeu? Não sabia que existia coquetel, remédio... então assim... hoje, quando eu cheguei a ser internado, que eu tive o diagnóstico eu tava com 120 quilos e eu cheguei a pesar 49 dentro de um mês. . . .

⁴ Os nomes aqui utilizados são fictícios, a fim de manter o sigilo.

⁵ Um relacionamento sorodiferente, ou sorodiscordante, é composto por duas pessoas com diagnóstico diferentes para o HIV, uma reagente para o HIV e a outra não reagente para o HIV.

Pensei em morte, que não tinha um remédio, um tratamento... eu nem imaginava que tinha tratamento (Douglas).

Como consequência da meningite Douglas tem 10% da visão de um olho e precisa de ajuda para se locomover, uma vez que está perdendo o movimento das pernas. Assim, se encontra dependente de outras pessoas para atividades que antes fazia de forma independente e corriqueira:

Então assim, eu sempre fui aquela pessoa ativa. Eu gostava de correr atrás, de fazer as coisas, hoje em dia pra você ter ideia eu não consigo ir num barzinho na esquina perto de casa buscar uma coca sozinho, porque eu posso tropeçar... descer escada, rapaz! (Douglas).

A possibilidade de um diagnóstico reagente para o HIV, por sua vez, nunca havia passado pela cabeça de Douglas. Quando questionado se se reconhecia como alguém possivelmente vulnerável ao HIV respondeu:

Não. Igual eu falei, eu não parei... nunca passou pela minha cabeça, nunca parei pra pensar em relação a nenhum tipo de doença. Pra você ter ideia... um dia eu peguei aquela “crista de galo” que eles falam; tive que ir no médico e eles queimam – aquela lá eu não gostei não. Depois desse dia eu fiquei meio assim. . . . Foi em 2018. Foi antes de eu pegar o HIV, mas eu já estava ali naquele um ano de solteiro. Cheguei a pegar aquele tal do “chato”; porque você sai com duas, três num dia... não todo dia, mas eu falo assim, sexta, sábado e domingo é batata (Douglas).

Mesmo com um histórico de outras ISTs em sua vida, o HIV continuou fora do seu radar de preocupação, sendo que ele reconheceu, inclusive, que assim como foi infectado, também provavelmente também disseminou o vírus, uma vez que saía com diversas mulheres pois “*não tinha um perfil*”:

. . . . eu acho, eu acho tanto que eu peguei, tanto que eu acho que passei. Porque – não falando que eu sou o garanhão, não, jamais – mas eu saí com mulheres mais velhas, mais novas, o que aparecesse ali na frente pra mim era lucro. O coração bateu, pesou dez quilos, tava... eu não olhava... vixe. Tipo assim, não tinha um perfil, era o que... Então eu acho assim, fiz muito errado, igual eu te falei, assumo meu erro e tô pagando por ele (Douglas).

O tempo em que ficou solteiro é relatado diversas vezes por Douglas como um período em que se embebedava e saía muito, além de se relacionar com várias mulheres, das quais muitas vezes nem sabia o nome – na lente do presente, se arrepende do que fez no passado, enxergando as consequências de suas atitudes hoje, como a infecção pelo HIV. Tem a percepção que deveria ter parado para pensar no que estava fazendo, mas, naquele momento, só queria “*acabar com o mundo*”. Além disso, associa essa gama de práticas ao fato de ser homem:

E: quando você está solteiro e você está num lugar que tem bebida que tem tipo mulher solteira, você acaba se... alguém acaba chamando atenção, ou por mais que nem te chame atenção, mas você é homem, tipo assim... sei lá.

P: Como que é esse “você é homem”?

E: Ixiii. . . . Eu falo assim “é porque você é homem que acontece”, a gente tem vontade.

A gente tem desejo. Então às vezes você olha pra pessoa, a pessoa pode ser totalmente feia, mas você quer saber do corpo. Se ela tem um corpo legal, aí cê não tá nem vendo – igual eles falam né “mete uma sacolinha do Muffato⁶ na cara e o resto é resto” (Douglas).

Douglas encerrou esse período solteiro, quando se reaproximou de Carla, os dois haviam se conhecido anteriormente no trabalho, quando ele ainda estava casado, sendo que naquele momento tinham apenas uma amizade. Posteriormente, quando Douglas ficou solteiro, saiu com Carla para comer algo, ali trocaram histórias, começaram a curtir a presença um do outro e engataram em um relacionamento – quando recebeu o diagnóstico estava há dois meses em um relacionamento com ela.

Aprofundando a percepção de Douglas sobre masculinidades, ele ressalta sua criação em família, com seus pais e irmãos e acredita que teve “... *uma certa influência boa na vida*”. Destaca a figura do pai, já falecido, em quem se espelhava enquanto homem, que sempre o aconselhou:

Filho, você na vida se você quiser alguma coisa você vai ter que lutar. Não vai pro lado errado, não vai querer roubar coisa dos outros, não vai atrás de porcaria”, então cresci me espelhando no meu pai. Meu pai era certo, meu pai nunca foi preso, nunca... enfim. Meu pai hoje é falecido, mas assim, minha mãe é viva, então minha mãe fala muito bem do meu pai até hoje, minha mãe nunca arrumou mais ninguém... então assim, eu respeito isso e tenho muito carinho. Eu cresci com isso, então pra mim masculinidade é isso, sabe? (Douglas).

Posteriormente, Douglas conta que esse mesmo pai em que se espelha, bebia e agredia

⁶ “Muffato” é uma rede de supermercados.

sua mãe. Em um desses episódios, Douglas, com doze anos, saiu em defesa da mãe, ameaçando seu pai de morte:

Então assim, meu pai, meu pai, ele bebia. O dia que ele foi bater na minha mãe, eu tinha doze anos, ele bateu na minha mãe. Catei duas facas, fui tentar matar ele. Meu pai gemeu na minha frente chorando, prometendo que nunca mais ia beber e bater na minha mãe. Ele não bebeu e não bateu mais na minha mãe. Então assim, o cara tem que ser homem, ele tem que ser homem! (Douglas).

Sobre seu atual relacionamento com Carla, Douglas relata de forma contundente o companheirismo e dedicação de Carla com ele, ressaltando que ela esteve ao seu lado nos momentos em que estava hospitalizado, acamado e utilizando fralda. Atualmente, Douglas depende de cuidados constantemente por sua baixa visão e dificuldade de locomoção e Carla tem sido essencial nesse processo. Ademais, relata um romance “natural” entre os dois, que nunca havia experienciado em outros relacionamentos, pois se sente “bem tratado” (Douglas). Ele destaca, ainda, que quando recebeu o diagnóstico, decidiu compartilhar com Carla, que em um primeiro momento saiu chorando do hospital – “*ela foi embora pensou um pouco e veio e falou que ia ficar do meu lado e tá até hoje*” (Douglas).

Douglas fez a escolha de não contar a respeito de seu diagnóstico reagentes para o HIV à família, dado que no passado, quando teve hepatite, foi recebido com pratos e talheres de plástico – “*Aí assim, imagina se fosse o HIV*” (Douglas). Para ele, a reação de sua família no que se refere ao HIV seria de medo e preconceito.

Quanto a sua vivência em relação ao HIV, Douglas disse que não vê nenhum problema, que “*leva a vida numa boa*” (Douglas), busca fazer o tratamento da melhor forma, não perde sua consulta médica e sempre tem os exames em dia. Em seu relacionamento utiliza

preservativo e sua companheira faz exames de seis em seis meses para checar se continua não reagente para o HIV. Acredita que o primeiro passo ao receber o diagnóstico reagente para o HIV é aceitar e então fazer o tratamento.

1.1.2 História de Paulo: a questão era a seguinte, era a peste gay, então, por exemplo, eu só saía com mulheres, né, então não tinha o porquê eu me preocupar com isso.

Paulo tem cinquenta e dois anos, é um homem cisgênero, branco, heterossexual, tem segundo grau completo e curso técnico de enfermagem. Teve conhecimento de seu diagnóstico reagente para o HIV prestes a completar trinta anos, em 2000.

Começou a trabalhar cedo, por esse motivo possui um extenso currículo, iniciou o trabalho junto com sua família, depois entrou na Guarda Mirim onde passou por diversos empregos em instituições municipais enquanto aprendiz – começando com onze anos de idade. Já na vida adulta, foi dono de dois estabelecimentos comerciais junto com sua esposa na época, depois disso, quando mais tarde descobriu o diagnóstico reagente para o HIV, trabalhou em comunidades terapêuticas e em campos relacionados ao movimento social do HIV. Atualmente trabalha como servidor público municipal, enquanto técnico de enfermagem.

Foi emancipado aos dezesseis anos, na intenção de se casar, mas não deu certo. Casou-se mais tarde, onde viveu uma “*vida louca*” por dois anos com sua companheira. Donos de dois estabelecimentos comerciais, levavam “*uma vida bem desregrada*”, “*sempre com muita festa, sempre com muita bagunça e usava cocaína que nem doido da cabeça*” (Paulo). Enquanto comerciante local, junto com seus colegas de similar prestígio na cidade, encontrou na “*zona*”, um lugar para fazer uso de drogas de forma resguardada:

Por mais que eu era vida louca, vamos dizer assim, eu ia usar minhas drogas, entendeu,

eu ia pra dentro de uma boate, né? Um lugar fechado, até por causa, eu tinha comércio na época. . . . Então eu não ficava usando, né, em qualquer lugar. Ai a gente tinha uma turminha, entendeu, que envolve algumas pessoas que eram empresários na cidade e a gente ia pra dentro de uma boate e lá ficava. À tarde, passava lá. Tinha relações sexuais com essas meninas? Tinha, entendeu? Mas eu não era de sair com várias meninas – era uma específica ou outra (Paulo).

Para além de servir como um local para uso de drogas, também era onde se relacionava com essas “meninas” – profissionais do sexo. Apesar de profissionais e envoltos de transações monetárias, os relacionamentos com essas “meninas”, para Paulo, precisavam ir além do ato sexual em si. Para ele era necessário trocas de carinhos e conversas, para que houvesse “química”. Essa necessidade de conexão era tão presente que Paulo restringia suas relações a apenas três dessas meninas, como já mencionado.

Porque todo mundo vê a questão de uma garota que está lá trabalhando, entendeu, tipo assim, “não, ô, tá aqui o dinheiro, né. Deitou, abre as pernas e vai e pronto”, né? Então comigo não funciona isso, entendeu? Se não sentar, se não conversar, se não tiver carinho, se não tiver... Não vai, entendeu? (Paulo).

O casamento de Paulo com sua companheira seguiu até o momento em que ele descobriu uma traição. Assim, entraram em um conflito que resultou na separação e na venda dos dois estabelecimentos comerciais. Logo após o divórcio, Paulo se “enfioi nas drogas de vez” e passou a morar com sua mãe, até que em dado momento, sua mãe não pode mais tolerar ele dentro de casa daquele modo e Paulo passou a viver na rua.

. . . . *ai eu comecei a me enfiar nas drogas, me enfiar nas drogas... ai um dia, um belo dia, minha mãe pegou e falou “ó eu não vou aceitar você aqui dentro de casa desse jeito, porque se você ficar dentro de casa desse jeito seus irmãos vão pra rua e não tá certo né”. Ai eu fiquei um tempo na rua (Paulo).*

Passou seis meses em situação de rua e então pediu ajuda para sua mãe, que propôs o internamento em uma comunidade terapêutica, Paulo pensou “*ah eu vou pra lá, fico lá um mês, dois, três meses, dou uma arribada e depois eu saio, consigo trabalhar de novo tranquilo e tal*”, *na verdade foi uma rasteira que eu levei da vida. O processo foi bem diferente*” (Paulo).

Como requisito para entrada na comunidade terapêutica em questão, solicitaram uma série de exames, entretanto, devido a situação em que Paulo se encontrava, pularam essa etapa, e assim ele entrou na comunidade antes dos resultados saírem – dentre os exames exigidos, a testagem para o HIV. Os resultados dos outros exames saíram, mas do HIV não, disseram pra ele que seria necessário repetir e assim o fez, sem problemas. Até que Paulo percebeu que tinha alguma coisa errada, pela demora na entrega do resultado e passou a questionar os funcionários da comunidade terapêutica; foi quando disseram que perderam o exame e que por esse motivo teria que refazer o exame pela terceira vez: “*eu fui e coletei numa boa*” (Paulo). E novamente ocorreu a demora pra entrega do resultado, o que o fez indagar os funcionários:

. . . . *ai quando chegou a época do resultado de novo, daí eu não aguentei, entendeu, pressionei, pressionei, pressionei, ai eu olhei bem pra cara dele assim e falei “cara, para de mentira meu irmão, para de mentira. Eu não trabalho na saúde, mas eu entendo um pouco desse processo, não sou totalmente leigo. Se aconteceu alguma*

coisa, não é melhor falar? Do que ficar enrolando?”. Aí foi onde me chamaram no escritório. . . . o coordenador geral, me chamou no escritório e soltou a bomba. Ele ainda olhou pra mim e falou “não tem como eu te dar outra notícia, não tem como, entendeu, eu ficar falando um monte de coisa aqui. O resultado aqui foi positivo, né, a única coisa que eu posso te falar é que na experiência minha... eu tenho uma experiência de trabalhar com pessoas com esse diagnóstico e é tranquilo pra você. Eu sei que vai ser difícil e tudo, tem muita discriminação, tem tudo... mas aí começou a chegar a questão de medicação, então você já tem uma luz, de repente você não morre amanhã ou depois. Porque Deus tudo pode” (Paulo).

E, deste modo, Paulo soube do seu diagnóstico reagente para o HIV, prestes a completar trinta anos, nos anos 2000, internado em uma comunidade terapêutica. Paulo, naquele momento, apesar das palavras do coordenador, foi tomado por dúvidas quanto ao seu futuro e pensou que tudo tinha acabado:

. . . . “acabou tudo né, acabou”. Porque agora, tipo assim, como que eu vou resgatar minha vida? “Do que adianta eu fazer minha recuperação, entendeu, se vou morrer daqui uns dias? Eu não vou conseguir mais trabalho, não vou ter mais relacionamento com ninguém”, né, então vem tudo isso. “Onde que eu vou morar? Com quem vou morar? Quem que vai me aceitar?” Então esse processo aí foi complicado, muito complicado (Paulo).

Naquele dia, assim que ficou sozinho, foi para um lugar afastado na comunidade terapêutica, com a intenção de pôr fim a sua vida. Durante o caminho até esse local, ficou pensativo, “remoendo as coisas”, até que por fim o encontraram antes de ele cometer a

tentativa de suicídio. Passou os dias posteriores sem vontade de levantar da cama, querendo sumir e sair correndo.

O tempo foi passando e o dia da visita se aproximava, Paulo pensava em como ia dizer pra sua mãe sobre o HIV, pois acreditava já ser uma grande decepção à ela por conta do uso de drogas. Quando contou à mãe, recebeu uma resposta inesperada:

E quando eu contei pra minha mãe eu levei um choque, entendeu? Porque eu dentro da comunidade terapêutica, eu fui falar pra ela. Ela pegou e falou assim “Ah, pode ficar tranquilo”. Porque naquele tempo não tinha esse termo “HIV”, era só “AIDS”. Aí eu falei assim “ó mãe eu tô com AIDS”. Aí ela falou assim “ó fica tranquilo que você não vai morrer amanhã”. Foi aonde que eu descobri, porque minha mãe sempre fazia viagens, sempre ia pros negócios de final de semana e eu sabia que ela era voluntária no negócio da igreja, mas não sabia o que que era. E era justamente pra fazer ações com pessoas vivendo com HIV (Paulo).

Paulo quando questionado do seu entendimento sobre HIV antes do seu diagnóstico, respondeu que não tinha nenhum conhecimento, justamente por conceber como algo muito distante, ele se considerava, inclusive, imune, achava até que o HIV não existia.

P: Antes de você receber o diagnóstico, qual era seu entendimento sobre HIV? **E:** Nenhum, entendeu. O vizinho, lá o vizinho, ou o fulano lá na China tinha, entendeu? Eu era imune, entendeu? Eu achava que isso não existia. **P:** Você era imune, como isso? **E:** Porque você se acha entendeu, porque é o que todo mundo pensa, né, que não vai pegar né. É o que passa na cabeça de todo mundo né. “Eu saio com pessoas que eu conheço”, que na verdade eu saía, né. Eu não era um cara, como eu falei pra ti, que... eu era um

cara de zoeira, né. Mas quando se fala a questão de sexo eu era meio restrito, até porque vamos dizer assim, se uma mulher depender de mim pra chegar nela... assim, olhando no olho... é... tem que ter uma primeira conversa, porque se não, né. E quando se fala em sexo, piorou. P: Você era mais tímido, você diz? E: Eu era, é, sempre... foi um dos motivos de eu ter ido para a droga, entendeu, né, porque eu me soltava. Então, é... era difícil, mas eu nunca me vi nessa situação (Paulo).

Adiciona-se a isso, o momento em que Paulo recebeu o diagnóstico, nos anos 2000, um período em que certos estigmas e construções pejorativas já estavam estabelecidos quanto ao HIV e ele não se via enquanto vulnerável a uma possibilidade de infecção, uma vez que não se enquadrava no que era disseminado sobre o vírus:

Era morte, entendeu? Só que tipo assim, era num mundo que eu não vivia, entendeu? Porque na verdade tipo assim, não era, aquele tempo não era o “HIV”, né, era a “AIDS”. Era a peste gay, né? Então não tava no meu mundo. . . . Porque tipo assim, a questão era a seguinte, era a peste gay, então, por exemplo, eu só saía com mulheres, né, então não tinha o porquê eu me preocupar com isso né (Paulo).

Com auxílio de sua rede de apoio e de profissionais sensíveis frente ao diagnóstico, Paulo passou por um processo de aceitação do HIV, que não foi fácil e veio acompanhado de muita discriminação também. Menciona a relevância do trabalho da psicóloga e do coordenador da comunidade terapêutica, bem como a relação com sua mãe e irmãos, ressaltando como a acolhida e experiência destes foi essencial para o seu processo de assimilação e aceitação. Para Paulo, mesmo percebendo o medo e receio em algumas situações, o simples fato destas pessoas estarem tentando lidar com o seu novo diagnóstico, já

foi um diferencial.

Mas nem todos os encontros foram assim. Paulo, dois dias após receber o diagnóstico reagente, precisou ir ao dentista, tamanha a dor de dente que o acometia. Ao procurar o posto de saúde e revelar sua sorologia para a dentista, presenciou o medo desta. Retornou para a comunidade após o procedimento de extração do dente e depois que o efeito da anestesia passou, percebeu que a dor ainda estava ali. Com a ajuda de um colega da comunidade que havia trabalhado como enfermeiro, constataram o inesperado:

. . . . ele pegou e falou “cara, eu sinto muito em te dizer... eu não sei que dente que ela arrancou, mas seu dente inflamado tá aí na boca”. Ela arrancou, arrancou o dente errado. O medo dela era tão grande, que ela só aplicou anestesia e puxou o dente. O dente que tava, que precisava, entendeu, que tava cariado que tava com os negócio tudo, tava na boca (Paulo).

A partir dessa experiência, o coordenador da comunidade terapêutica levou Paulo para ser atendido no CTA, sendo que lá ele teve o tratamento ortodôntico adequado com um profissional preparado. Foi no CTA também que iniciou o acompanhamento médico e o uso das medicações – *“. . . . eram aquele monte de comprimido, comprimido de manhã, de tarde, de noite...”* (Paulo).

Concomitante a isso, Paulo diante do o diagnóstico reagente para o HIV, começou a entrar em contato com as pessoas que se relacionou para pedir que fizessem o teste, não porque gostaria de culpar alguém, muito pelo contrário, entendia que parte do processo de aceitação era entender também que *“a culpa não era de ninguém”* (Paulo). Contou que a primeira coisa que fez foi pedir para a sua mãe entrar em contato com sua ex esposa para tentar combinar dos dois se encontrarem pessoalmente para ele contar do diagnóstico, mas

recebeu uma resposta que não esperava, o que trouxe a Paulo uma “desconfiança” quanto a ex parceira.

Quando minha mãe foi falar com ela, né, transmitir o recado, ela falou assim “não, não quero saber dele. Ele já acabou com a minha vida, ele já me condenou à morte” – foi essas palavras que ela usou. Aí eu peguei e falei assim “mas pera aí, tem alguma coisa errada”. . . . Então daí quando eu saí da comunidade terapêutica eu fui pedir – né, eu tive a primeira saída com seis meses da comunidade – pra essas meninas fazerem os exames. Expliquei a situação e fui pedir. Todas elas fizeram o exame e nenhuma delas tinham – que na verdade todas elas eram três meninas – nenhuma das três tinha. Né, porque fora do meu casamento eu só me relacionava com essas três meninas. Independente do lugar da onde que eu ia, né. Podia tá acontecendo o que fosse era só com essas três Aí beleza, eu fui ver mais a fundo. Nessa história, logo depois, mais pra frente, daí que eu fui descobrir, entendeu, que na verdade veio de uma pessoa que a minha ex mulher saía. Que tinha infectado outras pessoas né, que eu também conhecia os maridos dessas mulheres, entendeu – que é uma história meio complicada – eu descobri que aí veio de lá. Só que aí eu falei, ah, independente de quem fez o que, não fui atrás de cobrar ela a respeito disso, mas o que eu tinha claro comigo era a questão de não levar pra frente. Era só isso (Paulo).

Assim, Paulo passou a entender que se infectou com HIV a partir do seu casamento, através de sua esposa, que, assim como ele, também mantinha relacionamentos fora do casamento. E, diante disso, adotou a postura de não ser um transmissor do vírus, “*de não levar pra frente*”.

Ao sair da internação, Paulo recebeu a oferta de trabalhar como coordenador em uma

comunidade terapêutica para jovens e ali ficou trabalhando até ser demitido “do nada”, depois Paulo descobriu o real motivo da sua demissão: pessoas da diretoria souberam de seu diagnóstico reagente para o HIV e o mandaram embora pensando que ele poderia infectar o pessoal da comunidade, demonstrando extremo desconhecimento e sorofobia – “... *Foi a primeira assim né, de um lugar que eu nunca esperei que ia vim, foi a primeira porretada que eu levei*” (Paulo). Logo após a demissão, Paulo foi chamado para trabalhar em uma instituição especificamente para PVHIV e assim se viu incentivado a adentrar no movimento social de luta pelos direitos das PVHIV, pois enxergou como uma oportunidade para se ajudar e ao mesmo tempo ajudar pessoas que estavam passando por uma situação parecida com a dele – “... *Porque eu queria tirar esse sofrimento, aquela agonia, aquele sofrimento aquele negócio de dentro de mim, mas ajudando as pessoas, pra que elas não passassem por aquilo.*” (Paulo).

Nesse novo emprego, Paulo participou de formações sobre ativismo e se instruiu sobre o tratamento, pôde, inclusive, conversar com médicos especialistas a respeito das medicações que fazia uso. Em uma dessas conversas descobriu que a prescrição que o médico do CTA havia o passado não era necessária, ele não precisaria iniciar as medicações de acordo com os exames apresentados – o protocolo para o tratamento do HIV era outro naquela época, nem todos eram submetidos a medicação – “*mas o médico também que era um clínico geral que não tinha preparo nenhum, conhecimento nenhum e ele se achava o especialista, ele pegou e entrou com a medicação*” (Paulo). Ainda nessa conversa, onde falaram sobre “junção de terapias” e o importante papel dos usuários no relato da experiência com as medicações, o infectologista recomendou a Paulo que fosse adicionado na sua terapia o Efavirenz, o qual era conhecido entre as PVHIV por seu efeito colateral alucinatório – “... *todo mundo falava que via bicho que via aquilo outro, que via não sei o que... e eu não sei era pelo processo que eu passei de drogadição né. . . . eu ia tomar o remédio pra ver os bichos que todo mundo*

falava que via, e eu não via nada, entendeu.” (Paulo).

Ficou cinco anos neste emprego, só saiu quando foi convidado a trabalhar num cargo que abrangia mais pessoas vivendo com HIV em todo o estado do Paraná, onde conheceu “*pessoas maravilhosas*” ao promover encontros com PVHIV e contribuir no processo de formação destas enquanto ativistas pelo fim da discriminação e preconceito. Contudo, uma recaída ao uso de drogas interrompeu este percurso, pois um médico “*puxou seu tapete*” ao lhe oferecer cocaína, sendo que Paulo acredita que tal oferta ocorreu devido ao fato de que o cargo que ele ocupava causava inveja em algumas pessoas. Com a recaída, Paulo foi em busca de um “reforço” em comunidades terapêuticas, mas recebeu muitos “nãos” por viver com HIV e por sua postura questionadora, até que conseguiu apoio de uma instituição.

Paulo a partir do momento que se inseriu no movimento social, foi se tornando cada vez mais engajado e atuante, contando com uma extensa trajetória de vinte e cinco anos de muitas experiências, articulações, acolhimentos, debates, formações, trabalhos e histórias. Vê o engajamento de pessoas no movimento social como elemento primordial para a construção que se tem hoje enquanto direitos das PVHIV. Neste percurso Paulo, particularmente, se posiciona de forma questionadora, buscando estabelecer articulações políticas que permaneçam nos dias atuais, tais como projetos e leis.

Apesar dessas conquistas, Paulo acredita que o movimento social que era forte e unido foi se fragmentando por estratégia de desmobilização do governo, que passou a financiar os projetos de forma separada. Assim, o que era uma rede nacional de pessoas vivendo com HIV, passou pela fragmentação de se constituir como a rede de jovens, a rede de mulheres, entre outras. Desse modo, as redes constituídas por populações específicas brigavam entre si em busca da verba e “*esqueciam*” de cobrar o governo.

. . . . *Então quer dizer aquele movimento social forte, unido, se fragmentou e um*

brigava com o outro, aí ele colocou um pra brigar com outro por causa de dinheiro e deixar o governo de lado Mas pra se discutir, quando você fala assim “ah, vamos discutir os direitos dos homens, das pessoas heterossexuais” danou-se porque vinha assim “ah, heterossexual, heterossexual dentro da casa dele, mas a noite vai lá pra esquina buscar a travesti”, era isso que eu ouvia. Então vamos dizer assim, a gente se via perdido no negócio (Paulo).

Paulo reivindicou e reenvindica os direitos das pessoas vivendo com HIV, mas, enquanto homem heterossexual no movimento, tem a percepção de isolamento e de ser visto enquanto um “*estranho no ninho*”. Ao participar de encontros com plenárias constituídas com mais de mil pessoas, por exemplo, percebia a presença de apenas quatro ou cinco heterossexuais do sexo masculino. Ele acredita que o motivo para essa ausência é a falta de espaço e reconhecimento das vulnerabilidades destes homens, pois estes só aparecem nos discursos de outras pessoas enquanto transmissores.

Na verdade, falta-se espaço. Porque tudo que você for ver de espaço de discussão e de verba pública ou encontros, entendeu, né. É... homossexual.

. . . . Quando a gente vai para um espaço de discussão, a onde que eu vou falar de saúde pública, e que eu vou falar da questão do HIV AIDS, eu não posso falar, entendeu? Ah, só da mulher. Eu não posso falar, entendeu. Só da travesti, entendeu, só do movimento LGBTQI, entendeu? Não, não. Aí, o homem nesse ponto de discussão, ele entra “ah, foi o cara que me trouxe”. “Foi o cara que me contaminou”. “Foi o cara que não sei o quê”. “Ah, eu peguei do fulano”, “eu peguei do ciclano”. . . . Aí esse protagonista, entendeu, que é que... Que, né, que vamos dizer assim, entre aspas... Que leva o HIV pra frente, ele não tá no espaço de discussão. Ele não tá no espaço de

discussão. Ele é atacado a todo momento, entendeu. (Paulo).

A partir dessa percepção, Paulo reivindicou em encontros sobre HIV que os/as participantes parassem de perder tanta energia discutindo nos encontros quem são os transmissores e/ou as “vítimas” e que mantivesse o foco no futuro, ou seja, nas lutas que ainda são necessárias empreender para garantia plena de direitos.

Em sua trajetória no movimento social, Paulo percebe um relacionamento “complicado” em virtude de alguns tipos de boicote à sua participação em atividades, mas acredita que seja em decorrência de sua postura questionadora e justa quanto a questões de distribuição financeira entre ONGs e outras instituições.

Após diagnóstico denota que a principal mudança para ele foi a valorização da vida, onde começou a dar mais sentido à vida ao trabalhar e ter contato diretamente com pessoas em situações de ainda mais vulnerabilidade – *“Aí eu comecei a conviver com pessoas, em estados terminais, que eu vi que eu não tava sofrendo nada. Que na verdade, tipo assim, isso pra mim foi, é... Foi Deus falando assim ó “para, para de se matar e vai ajudar as pessoas a viver” (Paulo).* Assim, a experiência de viver com HIV foi ressignificada em sua história.

Além da esfera laboral, Paulo compartilhou como foi o processo de se relacionar amorosamente após o diagnóstico reagente para o HIV. Ele teve cinco relacionamentos, desses somente dois foram com pessoas que compartilham do mesmo diagnóstico que ele – ressalta esse ponto dos relacionamentos sorodiferentes, pois ouviu que após o diagnóstico ele nunca teria uma mulher e que seria “obrigado” a se relacionar exclusivamente com pessoas vivendo com HIV.

Em relacionamentos que os encontros passam a ser constantes acredita que é seu dever revelar sua sorologia, e, nesses casos, também orienta a parceira quanto ao mecanismo de transmissão do vírus e a convida para o acompanhar até uma consulta com seu infectologista

e conversar com a equipe multidisciplinar caso queira. Além disso, Paulo pede para que as suas parceiras façam o exame desde o início e ressalta que nenhuma delas se infectou. Apesar de todos esses cuidados, Paulo contou que na maioria das relações sexuais que teve nesses relacionamentos, não usou preservativo, mas que isso partia de um desejo da parceira.

P: Depois, nesses relacionamentos mais duradouros, vocês abriam mão do preservativo? **E:** *Sim, em consenso, né?* **P:** E aí, como que era isso?

E: *Ah, era tranquilo. Tranquilo, entendeu? Era tranquilo porque às vezes partia... eu sempre deixava essa questão de... vamos dizer assim, eu deixava na mão da parceira, né? Porque havia sempre o questionamento de que estava faltando algo, entendeu? O fato de estar... toda hora, entendeu, que se ia fazer alguma coisa, né, que ia ter uma relação, entendeu, usar o preservativo e tudo, não sei o que e tal. Então, partia sempre dela que ficava uma coisa meio fria, entendeu?* **P:** De que “faltava algo”, você disse?

E: *É.* **P:** Em que sentido? **E:** *De contato, né. De contato, né. Mas eu, independente, entendeu, de saber que... da questão da carga viral, né, e elas também saber e tudo, né, tá tudo clarificado com relação a isso, né.*

Ainda sobre o uso de preservativo, Paulo contou que em relações casuais, depois que descobriu o HIV, se cuida para “*não levar pra frente*” o vírus. Falou que mesmo que a pessoa insista nos primeiros encontros, faz questão de usar o preservativo para evitar também que tenha algum problema em relação a isso no futuro e com outras doenças/infecções oportunistas. Mencionou que antes de saber do seu diagnóstico não gostava de usar preservativo, por “*conhecer*” as pessoas com que se relacionava e por acreditar que essa nunca seria sua realidade.

Paulo ressaltou diversas vezes o papel da ciência sobre a questão da carga indetectável

e a zero transmissão, assim como da importância de se ter consciência de “*não levar pra frente*” o vírus e seguir à risca o tratamento – “*é sempre tomar medicação, incluir uma boa alimentação e seguir essa a risca. Manter essa imunidade indetectável, uma carga do CD4 bom. E beleza*” (Paulo).

Ao ser questionado sobre os elementos de sua trajetória de vida que podem ter contribuído para a infecção pelo HIV, Paulo atribuiu o fato a uma vida desregrada, marcada pelo consumo excessivo de álcool, uso de drogas, múltiplos parceiros e frequentes festas noturnas. Quando questionado novamente sobre sua percepção de sua vulnerabilidade para o HIV, ele reafirmou que não se enxergava nesse lugar, justamente pela mídia e outros meios de comunicação associarem diretamente o vírus à comunidade gay, chamando de “*peste gay*”.

Passando ao debate sobre masculinidades, Paulo lembrou que começou a trabalhar cedo, justificando que precisava ajudar sua mãe a cuidar dos irmãos após a separação dos pais, ocorrida quando ele tinha onze anos. Além disso, evoca a figura de seu pai enquanto exemplo de homem na questão de força, segundo ele, apesar dele “*ir pra festa e fazer trapalhadas*” no outro dia estava trabalhando. Contudo, também trouxe memórias negativas relacionadas ao pai, principalmente pelo modo sofrido e agressivo como tratava sua mãe.

Ressaltou que foi criado por sua avó e sua mãe e que aprendeu muito com as mulheres de sua vida, vendo principalmente a sofrência das mulheres de sua família. Entre os ensinamentos que leva em sua vida, destacou a importância da valorização das mulheres e a rejeição da ideia de que o sexo masculino é superior.

Para Paulo homens e mulheres são complementares, e o homem tem a função de ser “*o suporte da casa*” e de “*suprir um lar*”:

O homem pra mim... É isso. Ser homem pra mim... É... Olha, como é que eu vou dizer pra ti, entendeu... É o que pra Deus, entendeu. O homem, entendeu, ele veio pra suprir;

pra suprir um lar, entendeu. O homem é o complemento da mulher, entendeu. A mulher é o complemento do homem, então não tem... “O homem é mais que a mulher”, o homem... “Ah o homem que gera a vida”, não, né. O homem dá o suporte pra que a mulher gere a vida, entendeu? (Paulo).

Contou que na época do colégio, não concordava com comportamentos do “*mundo dos homens*”, utilizou como exemplo o costume dos garotos falarem em rodinha de amigos o que fizeram com garotas de forma íntima, ele acredita que isso deve ficar apenas entre os dois, até “*porque mulher não é um objeto para você sair quantificando*” (Paulo).

Quanto a sua experiência enquanto pessoa vivendo com HIV no sistema de saúde, Paulo relatou que no começo foi bem difícil, que foi necessário lutar muito no movimento social para conquistar muito do que se tem hoje como direito. Citou como exemplo, a inclusão do médico infectologista e equipe multidisciplinar nos cuidados com as PVHIV, além disso a questão do preparo e oferta de cursos também foi e é essencial.

Antes a gente tinha o Centro de Referência, quer dizer, teve a conquista do Centro de Referência, onde se tinha uma equipe multidisciplinar, um psicólogo, um infectologista, aí o soropositivo ele ia para a consulta, aí de repente precisava do urologista, do cardio, alguma coisa. Era um... vamos dizer assim, tinha uma via, entendeu? Que ele tinha uma... uma acessibilidade maior, entendeu? Era mais fácil, né. Com a descentralização, entendeu, ele vai lá, né, pega com o infectologista, medicação, vê a questão do CD4, carga viral e o exame de rotina. As outras patologias, entendeu, ele volta para a unidade de saúde de novo, entendeu. Aí na unidade de saúde, entendeu, é a questão de espera, né? E aí a questão disso, não estou falando da questão de privilégio, estou falando da questão de necessidade, porque se a pessoa tem uma patologia

crônica, cuja a qual, a sua imunidade é vulnerável, então qualquer outra patologia existente é sinônimo de morte. É, então tipo... E se você ficar numa fila esperando seis meses, um ano, é complicado (Paulo).

No trecho acima ressaltou que as conquistas nem sempre são permanentes, a exemplo do que ocorreu com uma das ativistas do movimento social das PVHIV que aguardava na fila do Sistema Único de Saúde (SUS) por atendimento, que faleceu recentemente, não em decorrência da AIDS, mas sim de uma patologia adversa que tomou proporções maiores e não teve acesso ao tratamento com especialista em tempo hábil. Em virtude disso, ela teve que ser internada em caráter de urgência e não resistiu.

Paulo acredita que o SUS é o melhor sistema do mundo, apesar de faltar um gerenciamento adequado em determinados momentos. Quanto aos profissionais, especificamente médicos, relatou que há muito preconceito destes profissionais, principalmente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Evidenciou também que existem médicos que “*se acham entendidos*”, mas que passam medicações que interagem com tratamentos prévios do paciente, faltando preparo a esses profissionais.

E falta muito isso, principalmente quando as pessoas vão pro campo de psicotrópicos, entendeu? Pra CAPS, entendeu? Pra unidades de saúde, qualquer coisinha, o médico está jogando fluoxetina, carbamazepina, qualquer coisinha. E são medicações, entendeu, que interagem muito com o antirretroviral, dependendo do antirretroviral que a pessoa toma. Isso é complicado hoje. Só que você não vê ninguém falando (Paulo).

Apesar de seu posicionamento crítico, Paulo não generaliza todos os profissionais da

classe, pois já se deparou com ótimos profissionais que inclusive entraram em contato com o médico do centro de referência para ver uma combinação melhor, por exemplo.

Em relação a melhorias em campanhas e atendimento pensando nas especificidades de homens heterossexuais, Paulo entende que a acolhida e o preconceito devem ser os principais pontos a serem pensados e debatidos, uma vez que esses elementos influenciam diretamente a escolha de expor ou não aos profissionais sua história. Para ilustrar, contou da questão da disponibilização do preservativo.

Se você não trabalhar a questão do preconceito com acolhida, não tem como, ninguém vai chegar, ninguém vai se expor. O cara não vai ter coragem, entendeu? Você vê lá, no posto de saúde, tem lá uma caixa de camisinha. O adolescente não pega. Ele não pega, entendeu, porque tem um monte de família ali, da região, do bairro, que está sentado ali tem aquela vizinha fofoqueira, entendeu, que vai sair falando para todo mundo. Como que uma menina vai chegar lá e vai pegar um preservativo, entendeu, num monte de gente que está ali, de repente as pessoas que moram lá, ou na casa dela, ou ali perto... Então é insanidade pensar, agora tipo assim, se você vai fazer um trabalho de acolhimento, entendeu, com esses jovens, né, com esses adolescentes, entendeu, que estão sexualmente ativos, né, o que que vai acontecer? Na hora do aconselhamento, entendeu, lá dentro da salinha, o que que você, do acolhimento, né, o que que você vai fazer? Você vai ofertar o preservativo, mas lá dentro. Não é falar “ó tem ali fora, pega”, né? É complicado. Como você vai falar isso para um cara, entendeu, que de repente o cara é casado e tem outra parceira? Ou como você vai falar para um cara de 30, 40 anos que sai correndo do trabalho vai lá no posto de saúde e passa lá no posto de saúde para pegar um preservativo. Tem idoso que pega, mas é porque é cara de pau, entendeu. É, para falar assim, o negócio é o seguinte, é tipo pra mostrar assim “estou

ativo”. Mas ele só pega também, entendeu? Não usa. Porque não tem orientação
(Paulo).

Por fim, Paulo compartilhou sobre sua sorologia ser “*aberta*”. Como ativista acredita que é necessário “*dar a cara a tapa*”, não se esconder, pois acredita que enquanto não houver exposição às pessoas continuarão “*fechando os olhos*” para a causa. Inclusive já deu entrevistas a reconhecidos meios de comunicação, frequentemente objetivando chamar a atenção da população para o HIV. Por isso, nesta dissertação deseja ser chamado pelo seu nome de registro: Paulo.

1.1.3 História de Jonathan: *o HIV foi o que salvou eu de morrer.*

Jonathan tem quarenta e oito anos, é um homem cisgênero, pardo, heterossexual e com segundo grau completo. Não se lembrou exatamente quando teve conhecimento de seu diagnóstico reagente para o HIV, mas acredita que tenha sido próximo de 1998 – *Não tenho a data, eu não gosto nem de lembrar dessa época* (Jonathan).

Pai de Ana, de dezoito anos, fruto de seu relacionamento de igual duração com Paula, Jonathan herdou a profissão do pai. Aos quatorze anos ganhou seu primeiro caminhão e iniciou a vida na estrada, da qual sempre gostou. Agora mais velho, se afastou da estrada em si e se dedica a logística destes transportes em sua empresa.

Divide sua vida em antes e depois do diagnóstico do HIV, sua vida antes é descrita como algo “*fora do normal*”, onde Jonathan participava de muitas festas, repletas de álcool, drogas, sexo e sexo grupal. Quanto às drogas, usava a substância ilícita que estivesse disponível, desde que não fosse injetável, pois tinha medo de agulha. Contou que a cidade na qual residia ficou “*pequena*” e estranha para ele, disse que ficou mal visto e mal falado por

conta dos hábitos descritos anteriormente, por isso buscou outros lugares onde começava todo esse ciclo abusivo novamente.

O sexo apareceu diversas vezes no discurso de Jonathan, como algo que sempre gostou e praticou durante a sua vida antes do diagnóstico de forma visceral – *“Sexo, sexo mesmo. Sexo sem limites, troço fora da casinha aqui hoje. Não sei pra que isso. Coisa fora do padrão. Não é normal isso não. E vivia desse jeito”* (Jonathan). Relatou inclusive o uso de medicamentos originalmente indicados para o tratamento de disfunção erétil com o objetivo de potencializar sua performance sexual, principalmente nos contextos de sexo grupal, uma vez que sem o uso desse tipo de droga seria impraticável para ele.

Aí eu me afundei nos remédios. . . . Pra poder por pra torar mesmo. Pra conseguir manter um time bom, né? Ai eu partia assim, não era pra... era quantidade. . . . eu gostava de levar tudo pro quarto, de duas, de três mas isso era só na droga, na normalidade, isso é história pra boi dormir... agora cê cozido no remédio, o coraçãozinho quase pulando dentro do corpo, aí vai (Jonathan).

O preservativo nesse contexto, para Jonathan não era viável, uma vez que o método não “aguentava” – *“se “por derreter mesmo”, preservativo é o primeiro, você fica só com a argola. Tem... você fazer um troço tranquilo, calmo. Eu já fiz um teste. Não aguenta. Não aguenta, a pegada não aguenta. Então é pra fazer um negócio tranquilo, pra fazer um amorzinho é bacana”* (Jonathan).

No relato de Jonathan, o uso do preservativo naquela época era principalmente para evitar filhos. Então quando a outra pessoa dizia que estava tomando pílula anticoncepcional, dispensavam o uso sem pensar duas vezes. Mesmo nos casos em que a parceira não estivesse tomando pílula, ele também não recorria à camisinha. Contou que nunca fazia uso de

camisinha antes do diagnóstico e que sua filha com Paula foi gerada dessa forma.

Naquela época não tinha isso, porque camisinha? Que camisinha! Camisinha... A menina chegava e falava assim “eu não estou tomando remédio”. . . . Não tinha pílula do dia seguinte, tinha nada. Você falava “ah então seja o que Deus quiser”. E aí, pau. Entendeu? Eu não sei como que não tenho uns cinquenta filhos aí.. entendeu? Porque não tem, só falavam assim, Paula mesmo falou assim “aí eu não estou tomando remédio” ri e falei “então fechou o pacote”(Jonathan).

Também no período anterior ao seu diagnóstico foi quando viveu seu primeiro casamento, no qual se referiu ao sentimento pela ex companheira como algo “anormal”, relatou que se submetia a situações que atualmente não faria. Disse que ela era profissional do sexo – ou “prostituta”, como Jonathan nomeia –, que o traía e que ambos usavam drogas exacerbadamente. Além disso, mencionou que sentia muito ciúme, mas tudo isso era suprimido pelo sexo excepcional entre os dois – “ela tinha a manha do troço” – e pelo amor que sentia por ela.

Do mesmo modo, Jonathan relatou que ao acompanhar sua parceira em uma consulta médica, descobriu que ela vivia com HIV, uma vez que ela já tinha ficha em um serviço destinado ao tratamento do HIV – “ali eu descobri que ela era positiva e eu negativo. Aí ela veio com a história “não, que eu fui estuprada” (Jonathan). Ele contou que descobrir o diagnóstico dela não foi nada, pois o amor que ele sentia por ela era muito maior que qualquer “doença”, e Jonathan a via vivendo muito bem – “vivia bem, bebia, fumava, usava droga, transava, muito”. Contudo, com o tempo, Jonathan se cansou daquela dinâmica que viviam e mesmo a amando, decidiu abandonar tudo. Jonathan disse que não se arrepende do que fez nesses anos, mas não faria novamente.

Passou grande parte da sua vida na estrada, e foi nela também que viveu um momento marcante em sua história: passou muito mal a ponto de precisar encostar seu caminhão e procurar ajuda médica. Foi assim que Jonathan descobriu que estava vivendo com HIV, já em estágio de AIDS. Passou um mês internado, seu estado era tão crítico que chegou a ouvir de alguns médicos *“desocupa a vaga que não tem mais o que fazer com você”* e *“ó pode levar pra casa, porque não tem mais o que fazer com ele. Pode levar pra morrer. Leva pra morrer em casa”*. Dentre os diagnósticos que recebeu, mencionou que teve neurotoxoplasmose, onde ficou cego e se locomovia em cadeira de rodas.

O diagnóstico não foi uma surpresa total para Jonathan, uma vez que ele sabia que sua ex esposa vivia com HIV. O que realmente o surpreendeu foi o sumiço dos "amigos" e de todas as pessoas com quem costumava festejar, que desapareceram assim que ele ficou hospitalizado. Apenas duas pessoas permaneceram ao seu lado: sua mãe e Paula – atual companheira, mas que, na época, viviam um relacionamento sem compromissos, limitado ao vínculo parental com a filha que tiveram juntos.

Além disso, o que entendia sobre HIV antes do diagnóstico era associado a certos comportamentos de determinados grupos: *“era tudo gente que tava no mesmo sistema que eu, que tava virado no jiraya. Prostituta, né, homossexual. Era só os fudidos. Os desmandador na veia”* (Jonathan). Disse que se colocava nesse lugar também porque estava no meio, convivia nos mesmos ambientes, mas não imaginava que os *“furador”* – pessoas que faziam uso de drogas injetáveis – e os *“comedorzão”* – homens que se relacionavam com muitas mulheres sexualmente – também fossem se infectar. Para ele o HIV estava associado estritamente aos homossexuais, usuárias de drogas injetáveis e profissionais do sexo, e que ele por não pertencer a nenhum desses grupos estava imune – *“Que ia dar ruim para os comedores, né? Era só para os queima rosca, para as drogadas, para a muiéazada, né? Que dava para dez homens na noite. Não, eu sou imune a esse troço”* (Jonathan). Jonathan mencionou inclusive

que haviam boatos que se lavassem os genitais após o ato sexual, evitariam a infecção – *“É só acabar, tirar de dentro, lavar e cair”* (Jonathan) –, mas ele mesmo nunca fez isso.

Ele contou que era o *“super-homem”* *“era o cara”* e gente assim não se infecta pelo HIV – *“Não era o brabo, mas eu era top. E deu no que deu”* (Jonathan). Analisando com as lentes do presente, pontuou de forma objetiva os elementos de sua trajetória de vida que considera ter contribuído para a infecção pelo HIV: *“casar e morar com uma prostituta e usar crack”*.

Acredita que saiu vivo da internação por um milagre, pois os dias que passou lá não foram nada fáceis. Depois disso, mudou sua vida completamente: parou de frequentar as festas das quais sempre fazia parte, parou também de usar drogas ilícitas e passou a viver uma vida mais tranquila. Por esse motivo, enxerga o HIV como um grande divisor de águas, enquanto algo que o tirou de hábitos autodestrutivos.

Aí eu falo, o HIV foi o que salvou eu de morrer. . . . Que de fato, o HIV me salvou. Porque eu tava muito envolvido demais. Por ter uma situação financeira muito boa. Gostar demais de droga. E gostar demais de puta. Entendeu? Quanto mais droga, mais puta tivesse. Mais eu queria estar no meio. E aí isso não é qualquer pessoa que aguenta essa vida. É gente muito rica ou vagabundo. Entendeu? E eu estava num jeito que... O HIV me tirou do meio disso (Jonathan).

Aderiu aos antirretrovirais desde que descobriu sua sorologia, pois segundo Jonathan a escolha era simples, afinal era aquilo que o separava da morte – *“Tomo ou morre”*. Apesar de ser uma escolha *“simples”*, o uso da medicação não foi da mesma forma, o efeito colateral alucinatório do Efavirenz o afetou de forma severa, sendo necessário até o amarrar no leito do hospital. Mas, até hoje, continua utilizando os antirretrovirais de forma correta: *“Não pode*

parar. É obrigatório. É obrigatório. É igual água”.

Jonathan atualmente mora com sua parceira, Paula, no qual vive um relacionamento sorodiferente. Paula, mãe de sua filha, foi uma das pessoas que permaneceu ao seu lado durante o internamento. Ele relatou que Paula “*somou*” em sua vida e, entre idas e vindas, estão há mais ou menos dezoito anos juntos. Jonathan descreveu essa longa convivência como um “*balde de água fria*” em sua vida sexual, apesar de sentir muita vontade de “*fazer sexo*” – “*sinto muita vontade de fazer sexo, coisa de doido. Mas aí tem uns dezoito anos que eu estou com a Paula, isso esfria qualquer coisa. Mas rola, mas não é aquela loucura... De vez em quando... de vez em quando rola sim. Muito de vez em quando*” (Jonathan).

Jonathan relatou que após o diagnóstico do HIV ele passou a ficar “*quietinho na dele*”, vê esse fator enquanto “obrigatório”, pois desconfia da ideia de que realmente é intransmissível. Sendo assim, tem medo de transmitir ou de se reinfectar com outras cepas do vírus – “*O vírus já é uma tranqueira, imagina o super vírus*” (Jonathan). Quando questionado sobre o preservativo nesse contexto, Jonathan disse que no começo não usava com a Paula, mas que agora compra de vários sabores e que fica até “*bacana*”. Ele fica preocupado com a possibilidade de transmitir à ela, acredita que é um milagre ela já não ter se infectado antes dele saber do seu diagnóstico e todas as vezes que ela faz o teste ele se sente extremamente ansioso e mal até sair o resultado não reagente.

Contou que aguenta tudo o que Paula disser, que não reclama nem nada e apenas a deixaria num cenário onde Paula o traísse, mas nesse caso nem faria nada, só deixaria ela seguir seu caminho.

Quanto ao tema das masculinidades, Jonathan relacionou o masculino ao fato de gostar de sexo, de mulheres e ser provedor. Em relação a construção dessa percepção de “ser homem”, relatou a convivência com seus tios e seu pai, em um ambiente homofóbico onde “*era obrigatório macho mesmo, macho macho, macho dos brabos. . . . É... um ambiente*

totalmente homofóbico” (Jonathan). Nesse contexto, lembrou-se do episódio quando tinha mais ou menos dezesseis anos, estava viajando com seu pai e o mesmo enviou de surpresa uma profissional do sexo para o banheiro onde ele estava para que tivesse sua primeira experiência sexual.

A respeito de campanhas específicas para homens heterossexuais, Jonathan deu suas recomendações: cuidado com profissionais do sexo, use camisinha.

2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS

. . . . Não quero falar de Podres Poderes. Há coisas mais graves no ar. São Paulo atualmente é uma cidade tomada pela paranoia do Aids. Pelo menos na faixa de gente-como-a-gente: essa parcela mínima e privilegiada da população que não só come e mora (coisa rara), como ainda por cima ainda lê, vai ao cinema, essas coisas. Conheço pessoas que não se tocam mais. O que é que se faz quando aquilo que era possibilidade de prazer – o toque, o beijo, o mergulho no corpo alheio capaz de nos livrar da sensação de finitude e incomunicabilidade – começa a se tornar possibilidade de horror? Quando o amor vira risco de contaminação. Pouco importa se entre homens e mulheres, entre homens e homens ou mulheres e mulheres. Os médicos acham importante desvincular a ideia da Aids da homossexualidade, sabia? E pouco importa também não saber ao certo de onde veio o vírus maldito. As hipóteses não atenuam o fato: a coisa existe. E mata. Pior ainda: estimula a níveis dementes o preconceito contra a mais castigada das minorias. Há qualquer coisa de nazismo no ar. Qualquer coisa de fogueiras medievais para queimar os feiticeiros. Lenha é que não falta. . . .

Trecho citado do texto de Caio Fernando Abreu (1985).

A AIDS é uma das doenças mais temidas pela população. A construção social da doença sinaliza a complexidade das interações culturais, políticas e socioculturais que constituíram nossa compreensão da epidemia. Como observado por Leila Jeolás (2007), o HIV concentrou os temores advindos de outros contextos históricos em um único dispositivo, atravessado pelo receio da contaminação e a deterioração física do corpo, bem como a conexão entre HIV, atividade sexual e mortalidade. Logo,

. . . a aids toca dimensões profundas da existência humana e importantes domínios da vida social, articulando o medo da morte às representações do corpo, do sexo e da doença, palco de grandes mudanças na atualidade. Ela solicita nossa memória e nossas representações coletivas para adquirir significação, pois, como qualquer doença, não se limita a um fenômeno apenas biológico; envolve múltiplas dimensões da vida social, necessitando, portanto, da elaboração constante de representações sociais, aptas

a explicá-la e inseri-la na ordem cultural (Jeolás, 2007, p. 83).

Pensando nisso, neste capítulo traçamos um panorama histórico da construção social da AIDS, explorando como as representações da doença e as respostas sociais à epidemia foram constituídas ao longo do tempo, além de localizarmos os homens heterossexuais neste cenário. Ao longo do capítulo, ainda, trechos das falas de homens entrevistados neste processo de mestrado serão apresentadas e articuladas aos debates teóricos. Ressaltamos que a mídia e o estado desempenharam papéis significativos na formação dessas representações, muitas vezes perpetuando estigmas e estereótipos em torno da AIDS. Grande parte das concepções e julgamentos moralistas relacionados ao vírus persistem até os dias atuais, assim, ao compreendermos como a AIDS foi construída e interpretada socialmente, poderemos contextualizar as discussões subsequentes desta dissertação.

No presente momento, sabe-se que o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem como principal característica a supressão do sistema imune, fazendo com que os indivíduos infectados se tornem mais suscetíveis a doenças oportunistas, por atacar diretamente as células responsáveis pela defesa do organismo, conhecidas como linfócitos CD4 (Brasil, 2022b). A infecção, quando não submetida a tratamento medicamentoso, pode evoluir para a doença denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), onde as taxas das células de defesa se encontram baixíssimas e doenças oportunistas se instauram (Brasil, 2022b). Trata-se de uma infecção que é reconhecida sobretudo pela transmissão via sexual, sendo que além desta, pode ocorrer também por meio do compartilhamento de objetos perfurocortantes, transfusão sanguínea e verticalmente de mãe para filho – durante o parto ou amamentação.

O cenário histórico em que o HIV surge, coincide com um período de fervorosos debates sobre liberdade sexual e da reivindicação do sexo enquanto prazer na sociedade

ocidental. Nesse contexto, quando foi reportado um caso de infecção pelo HIV pela primeira vez na década de 1980, foi como um “balde de água fria” nas teorias libertárias da época, afinal, lidava-se com uma afecção completamente desconhecida, sendo relatada entre pessoas que apresentavam um único fator convergente entre si: eram homens homossexuais. Por este motivo, bem como da associação das homossexualidades à noção de desvio, o vírus inicialmente foi popularmente denominado na mídia de “câncer gay” ou “peste gay” (Schaurich, 2013). Abaixo constam exemplos (Ver Figura 3, 4, 5 e 6) de manchetes brasileiras da década de 1980 em que constam a correlação errônea feita inicialmente entre o HIV e a comunidade gay. Jane Galvão (2000) nos rememora que as notícias sobre o vírus chegaram no Brasil antes mesmo dos primeiros casos, sendo que os comunicadores brasileiros foram altamente influenciados pela mídia importada estadunidense e neste momento inicial – entre 1981 e 1982 – “a mídia se coloca como principal, e quase único, meio de informação” (p.49).



Figura 3 - Foto de notícia da década de 80
Fonte: Diretoria LGBT, 2020.



Figura 4 - Foto de notícia da década de 80
Fonte: Diretoria LGBT, 2020.



Figura 5 - Foto de notícia da década de 80
Fonte: Diretoria LGBT, 2020.



Figura 6 - Foto de notícia da década de 80
 Fonte: Diretoria LGBT, 2020.

Paulo acompanhou de perto esse processo da mídia retratando homossexuais enquanto “alvos” do HIV, chamou esse momento de “*massacre da mídia*” onde homens gays foram escolhidos enquanto “*bode expiatórios*” – citou artistas como Cazuza e Freddie Mercury, que, segundo ele, constantemente apareciam na mídia vinculados ao tema. E assim, o julgamento das pessoas passava para situações vivenciadas em seu cotidiano também, para além das telas de TVs e das folhas dos jornais:

. . . . Se via uma pessoa magra na rua, um homossexual, magro na rua, era, já falava “olha lá tá com AIDS”. Então era, querendo ou não... O homossexual ele sofreu muito no começo, entendeu, sofre até hoje, ainda sofre, mas eles foram muito crucificados, entendeu (Paulo).

A partir desta correlação entre a enfermidade e a comunidade gay, foi estabelecida, de forma prematura e reducionista pelas autoridades da época, a concepção de “grupos de risco”. Até este momento, não existiam estudos científicos suficientes acerca das dinâmicas de

infecção do HIV para que fosse possível delimitar um “alvo”, então, a correlação da AIDS a determinadas populações específicas (homossexuais, usuários/as de drogas e prostitutas), foi acompanhada de um evidente processo de moralização da doença e de práticas situadas como desviantes.

Importante destacarmos o recorte que Jeolás (2007) traça a respeito da posição do discurso médico-científico neste cenário. Segundo a autora, a compreensão da doença não se fez de forma separada do contexto cultural da época, ou seja, influenciou e foi influenciado pelos valores e preconceitos predominantes na sociedade. Em outras palavras, a forma como a AIDS foi inicialmente captada pela comunidade médica não se limitou aos aspectos biológicos da doença, mas foi profundamente interpelada por ideias moralistas preconcebidas sobre homossexualidade, sexualidade e promiscuidade – uma interação complexa entre ciência, cultura e sociedade.

Portanto, as categorias médicas, tanto quanto as outras, não têm significação unívoca e classificação precisa, mas se sujeitam também à lógica social. Isso quer dizer que as dimensões socioculturais, políticas e econômicas interferem na definição e na classificação das doenças, o que pode se observar, claramente, no caso da AIDS (Jeolás, 2007, p.79).

Assim, a estratégia adotada inicialmente para que a doença não se espalhasse era a recomendação à abstinência sexual somente as populações circunscritas no paradigma do “grupo de risco”, além do isolamento dos indivíduos já infectados (Barros, 2012). Deste modo, grupos – em destaque os homossexuais masculinos – que anteriormente já eram estigmatizados por sua sexualidade, passam a ser ainda mais condenados moralmente e colocados à margem da sociedade (Schaurich, 2013).

Aqui, faz-se necessário um adendo histórico sublinhado por Galvão (2000), o Brasil no momento do surgimento da epidemia passava pelo processo de redemocratização, de transição da ditadura civil-militar, encerrada em 1985, para a democracia. Deste modo, as respostas iniciais à epidemia são marcadas, sobretudo, pela omissão das autoridades governamentais – até 1985 – e pelo protagonismo da sociedade civil, por meio de movimentos sociais e Organizações Não Governamentais (ONGs), que têm um papel importantíssimo no cenário da AIDS no Brasil. Somente em 1983 é criado o primeiro programa governamental relacionado ao HIV em São Paulo – o Programa de AIDS do Estado de São Paulo – resultante da pressão de grupos de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais à Secretaria de Estado de Saúde (SES), destaca-se desses grupos o Somos e o Outra Coisa (Galvão, 2000). Tais grupos em parceria com a SES iniciaram a disseminação de panfletos de advertência pela cidade de São Paulo (Galvão, 2000).

Assim, neste cenário brasileiro do início da década de 1980, fica evidente a importantíssima participação da sociedade civil na resposta à epidemia. Em 1985, foi criada em São Paulo a primeira ONG especificamente voltada para a AIDS, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) – o GAPA foi pioneiro na produção de cartazes pela sociedade civil, como o “Transe numa boa” (Ver Figura 7), lançado em 1985, que objetivou a conscientização da população por meio do conhecimento (Galvão, 2000).

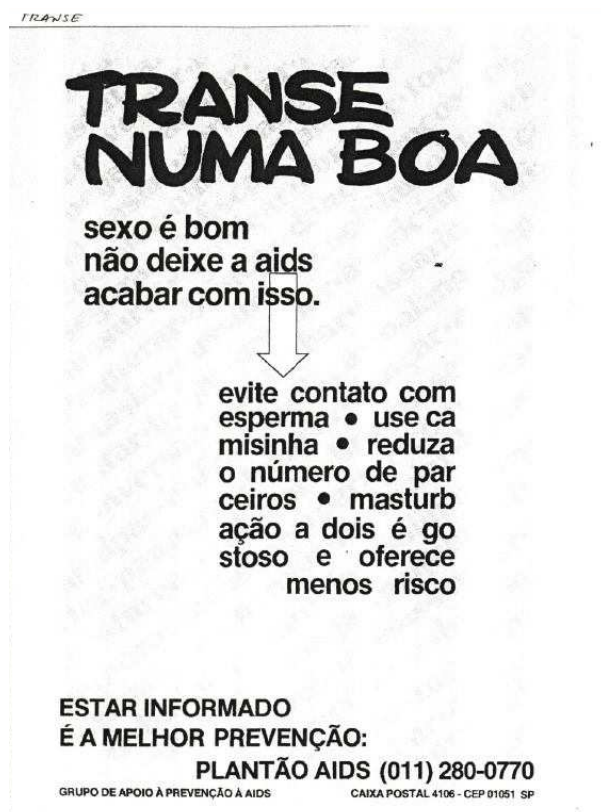


Figura 7 - Foto do cartaz “Transe numa boa” do GAPA criado pelo artista plástico e ativista Darcy Penteadó

Fonte: Museu da Diversidade Sexual, 2020.

Anos mais tarde novos casos se evidenciaram para além do restrito grupo estabelecido, o que demonstrou que não somente homens homossexuais estavam sendo afetados, como também heterossexuais, mulheres, crianças submetidas à transfusão sanguínea, usuários de drogas injetáveis, entre outros. Para Jonathan, por exemplo, foi uma surpresa quando pessoas para além de homossexuais e profissionais do sexo começaram a se infectar: “. . . mas eu não imaginava que os furador, os comedorzão não ia dar ruim, entendeu? Só que deu. . . . Era só para os queima rosca, para as drogadas, para a muiéazada, né? Que dava para dez homens na noite” (Jonathan). Nesse período, a comunidade científica deu início ao mapeamento das possíveis formas de transmissão e só então foram estabelecidos os termos AIDS e HIV. Sabendo dos mecanismos de transmissão do vírus, pode-se pensar em estratégias de prevenção ao HIV para além das disseminadas até o momento, que se restringiam à abstinência sexual e isolamento do “grupo de risco”. Adotam-se novas medidas de prevenção

como, por exemplo, uso de preservativos balizado pela noção de “sexo seguro” e a indicação do uso de agulhas descartáveis.

Juntamente a isso, altera-se e amplia-se a noção do “grupo de risco” para “comportamento de risco”, a fim de abranger indivíduos que agiam de modo a ficar mais expostos à possibilidade de infecção. Nesta perspectiva, foi considerado criticamente que a noção apresentada inicialmente, de “grupo de risco”, produziu no restante da sociedade uma noção de invulnerabilidade ao HIV, pois colocava os/as infectados/as com o vírus como responsáveis integralmente pela sua enfermidade devido às suas práticas supostamente desviantes (Barros, 2012). Entretanto, considerar dimensões de risco associados a comportamentos específicos também remetia a um processo de responsabilização individual pela infecção, tendo em vista que não problematizava uma série de outros analisadores que implicavam em (im)possibilidades de infecção pelo HIV, como questões culturais, sociais, familiares, entre outras que interferem em nossas práticas no cotidiano e modos de subjetivação.

Logo, posteriormente em 1989, a concepção de “vulnerabilidade” passou a ser adotada em substituição ao pressuposto do “comportamento de risco”, posto que este último, além de localizar à prevenção em um âmbito de responsabilização e culpabilização individual do sujeito, ainda corroborava com a ideia da AIDS como “doença do outro” (Barros, 2012; Schaurich, 2013). A noção de vulnerabilidade colocou em questão outros aspectos presentes nas trajetórias das pessoas, afirmando que toda a população tem o risco em potencial de infecção do HIV, a depender de um conjunto de condições subjetivas e objetivas que implicam em maior ou menor risco.

Segundo Ayres et al. (2009), a vulnerabilidade se articula em uma combinação multidimensional, não se leva em consideração somente aspectos individuais, mas abrange também aspectos coletivos e contextuais que influenciam a probabilidade ou não de infecção

e/ou adoecimento, por conseguinte, essas vulnerabilidades implicam em diferentes graus de recursos de diversas ordens para proteção. Nas palavras dos autores, o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido da seguinte forma:

Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres et al., 2009, p. 127).

Nesse sentido, os autores descrevem três aspectos constituintes e interligados a vulnerabilidade: a **dimensão individual**, que refere-se à profundidade e ao valor da compreensão que as pessoas possuem sobre o assunto, à habilidade e disposição de assimilar esse conhecimento em suas vidas diárias, bem como às oportunidades reais de converter essas informações em ações que proporcionem segurança e proteção; a **dimensão social**, que corresponde a captação de informações a capacidade de assimilar e aplicar essas informações em práticas cotidianas, sendo influenciada não apenas pelas características individuais, mas também por fatores como acesso aos meios de comunicação e a recursos materiais, nível de educação, capacidade de influenciar decisões políticas, habilidade de superar obstáculos culturais, ausência de coerções violentas e/ou habilidade de resistir a elas, entre outros elementos relacionados; e, por fim, a **dimensão programática**, que diz respeito aos esforços institucionais para a implementação de políticas públicas – e outros componentes do campo institucional – que garantam aos indivíduos recursos de proteção para que se evite a exposição ao vírus. Esta última dimensão desempenha um papel crucial na capacidade dos indivíduos

direcionarem os recursos sociais existentes, otimizarem sua utilização e identificarem necessidades adicionais, reforçando os fatores de proteção em face da epidemia (Ayres et al., 2009).

As três dimensões coexistem de modo relacional na vida de todos nós, sendo debatidas também por Cláudia Barros (2012):

A dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio de que todas as pessoas estão vulneráveis à infecção pelo HIV ou ao adoecimento. Nessa dimensão, consideram-se características da vida do indivíduo que contribuam para uma maior suscetibilidade à infecção ou ao adoecimento. Na dimensão social da vulnerabilidade são analisadas as relações raciais, de gênero, as crenças religiosas, além de condições socioeconômicas como a pobreza, distribuição de renda, entre outras. Por fim, na dimensão programática são consideradas a disponibilidade e planejamento de instituições de saúde (p. 28).

A partir do paradigma alicerçado na noção de vulnerabilidade, por exemplo, a decisão de usar ou não preservativo em uma relação sexual não depende apenas de uma escolha individual, pois há outros elementos que interferem nessa “opção”, como as noções tradicionais de gênero que demarcam performances masculinas e femininas consideradas normais ou desviantes, as construções culturais relacionadas a uma premissa de amor romântico em que não cabe desconfianças do/a parceiro/a, o acesso ou não ao preservativo na rede pública, entre outros exemplos.

Tais dimensões da vulnerabilidade, sobretudo a denominada acima como “social”, são fundamentais para complexificar a problematização de condições que implicam em maior ou menor vulnerabilidade na população em uma perspectiva interseccional. A noção de

interseccionalidade, assim como proposto por Patricia Collins e Sirma Bilge (2020), permite que reconheçamos que as categorias ali destacadas – raça, gênero, religião, classe – se articulam em uma relação de poder inseparável, ou seja, são inter-relacionadas. Sendo necessário, portanto, ao pensar nas dinâmicas de infecção do HIV, considerarmos marcadores sociais que implicam em diferenças e desigualdades na população.

Além disso, é salientado por Ayres et al. (2009) que as análises das condições que implicam em maior ou menor vulnerabilidade complementam as análises epidemiológicas de risco, já que as primeiras precisam interpretar variáveis em termos de suas dinâmicas sociais concretas, enquanto as segundas visam incorporar as interações entre diversos fatores envolvidos na intervenção, promovendo práticas mais abrangentes. A noção de vulnerabilidade busca, assim, contribuir para uma abordagem mais integral das políticas de prevenção.

Com o avanço das pesquisas durante a segunda metade da década de 1990 e a descoberta e circulação das terapias antirretrovirais de alta potência (TARV), o tratamento das pessoas vivendo com HIV mudou drasticamente. Tal terapia possibilitou que o vírus fosse controlado, desde que a TARV seja utilizada de forma contínua, pois freia o aniquilamento das células de defesa CD4 no organismo. Tal via de tratamento garante uma perspectiva de vida às PVHIV, pois, mesmo que não tenha como eliminar o HIV, esta passa a ser uma doença considerada crônica e não mais mortal – ao menos em parâmetros biomédicos (Timerman e Magalhães, 2015).

Não se pode perder de vista, que apesar dos avanços, apesar da disponibilização da medicação gratuita no Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS), o HIV ainda atinge pessoas de forma desigual a depender de suas intersecções. A AIDS em seus desdobramentos segue matando por diversos motivos – preconceito, falta de diagnóstico, diagnóstico tardio, não adesão ao tratamento, entre outros.

O próprio tratamento com a TARV causa diferentes reações no corpo a depender da pessoa e da medicação, ainda que um grande aliado, os efeitos adversos das medicações podem impactar significativamente suas trajetórias – no início do tratamento podem incluir náusea, vômito, diarreia, insônia, dentre outros. A longo prazo outras alterações metabólicas são relatadas, como, por exemplo, a lipodistrofia e o aumento do colesterol (Brasil, 2008b; Lima, 2019). A experiência de Jonathan nas primeiras vezes que tomou a medicação, especificamente o *Efavirenz*, foi complicada devido aos efeitos alucinatórios. Relatou que via “coisa”, gritava demasiadamente e por esse motivo foi necessário amarrá-lo no leito. Sempre viu a medicação como “obrigatória”, uma vez que entendia que era uma questão de vida ou morte – “*tomo ou morre*”.

O diagnóstico reigente para o HIV ainda é um resultado permanente, mesmo que as pesquisas e os avanços no campo científico estejam acontecendo, não temos “a cura” para esse vírus. Desta forma, pessoas articulam diferentes respostas, sentimentos, escolhas e barreiras frente ao diagnóstico, mas, de forma geral, se seguirem o tratamento como é proposto nas cartilhas, vivenciarão a partir daí um relacionamento constante com o sistema de saúde, o uso contínuo das medicações e prováveis mudanças de comportamentos e hábitos cotidianos (Alencar, Nemes & Velloso, 2008).

Neste cenário, a vivência do estigma associado à infecção merece atenção, dado que é um dos fatores que mais impactam negativamente as PVHIV e o enfrentamento da epidemia, engana-se quem pensa que o estigma relacionado às PVHIV tenha findado junto às inovações no tratamento. Um tema complexo que por si só tem rendido teses e dissertações, o estigma tem sido abordado por alguns autores/as como processos sociais empregados estrategicamente a fim de produzir e reproduzir relações e desigualdades sociais, funcionando “no ponto de intersecção entre cultura, poder e diferença” (Parker & Aggleton, 2021, p. 34).

Aspectos atuais deste tema são pontuados por Gustavo Zambenedetti (2020), que

ressalta as transformações e atualizações do estigma, vestindo-se com novas roupagens e estratégias que podem se apresentar de maneiras sutis, mas não menos prejudiciais. O autor ressalta, por exemplo, o estigma como estabelecimento de controle e gerência sobre PVHIV: “Trata-se não mais de rechaçar, mas de estabelecer certo controle e gerência sobre o sujeito, borrando a delimitação entre o público e o privado (Zambenedetti, 2020, p. 129).

Mais uma vez, cabe ressaltar que essa dinâmica do estigma afeta de forma desigual grupos historicamente marginalizados, logo, atravessamentos de classe, raça, gênero, orientação sexual, entre outros, agravam e evidenciam ainda mais questões de exclusão e vulnerabilidade social (Parker & Aggleton, 2021).

Outro ponto importante para localizarmos o HIV contemporaneamente, é a descoberta da equação “indetectável é igual a intransmissível” (I=I), ou, como passou a ser usado recentemente, para que não restem dúvidas: “indetectável é igual a risco zero de transmissão” (I=0). Pesquisas conduzidas entre os anos de 2007 e 2016 evidenciaram que o tratamento com a TARV, feito de forma consistente por pelo menos seis meses, torna a carga viral de PVHIV indetectável e intransmissível, isto significa dizer que essas pessoas não transmitem o vírus por via sexual (UNAIDS, 2018; Brasil, 2021b). Apesar da robustez científica desse achado, para muitas pessoas que vivenciam o HIV desde o começo da epidemia, a ideia de que I=I ainda pode soar como algo inacreditável. Durante uma entrevista, por exemplo, Jonathan perguntou diretamente se *“isso era mesmo verdade”*. Por outro lado, para Paulo, profissional da saúde, o conceito de I=I é algo seguro e de fácil compreensão. Ainda assim, ambos os entrevistados demonstraram grande preocupação com a possibilidade de reinfeção, evidenciando que, mesmo diante de avanços científicos, a cautela deve permanecer enquanto elemento central em suas práticas.

O advento da TARV reverberou inclusive no âmbito das políticas de prevenção, onde o tratamento passou a ser incorporado, afinal, PVHIV indetectáveis rompem a corrente de

transmissão ao diminuir a propagação comunitária do vírus (ABIA, 2021). Contudo, para que isso se efetive é necessário que os indivíduos se submetam ao teste sorológico de HIV e iniciem a terapia antirretroviral o quanto antes (Monteiro et al., 2019), sendo que os medicamentos são disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996 (Castejon, Granato & Oliveira, 2022).

O então denominado “tratamento como prevenção” (TcP) foi viabilizado em um cenário de avanços nas tecnologias dos testes, da descoberta da equação “I=I” e da inconsistência do uso de preservativos pela população (Francisco et al., 2019). Nas práticas de Jonathan, por exemplo, o uso de preservativos era inviável, bem como ele relatou, o preservativo acabava se rompendo ou “*não dando conta do recado*”. Assim como Paulo, que diante de sua realidade poderia incorporar outros meios de prevenção para além do preservativo, caso tivessem lhe apresentado. Esses casos ilustram como os avanços tecnológicos contemporâneos nas formas de prevenção podem ampliar as possibilidades de proteção para diversos tipos de ISTs, a exemplo do TcP, da PreP e PeP, além dos diversos modos contidos na “mandala de prevenção combinada” (Ver Figura 8) – que retrata ações que combinadas podem ser incluídas como métodos preventivos a depender das vivências e especificidades de cada sujeito (Brasil, 2025).

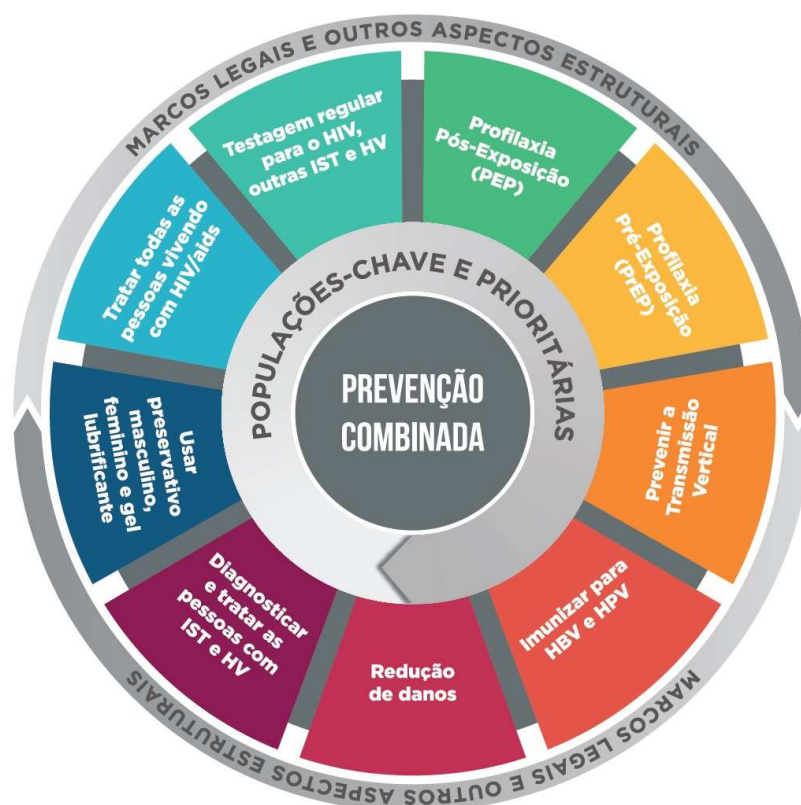


Figura 8 - Mandala de Prevenção Combinada
Fonte: Brasil, 2025.

O TcP tem sido incorporado no Brasil desde dezembro de 2013 (Monteiro et al., 2019) e, atualmente, auxilia no alcance da meta proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS): “a meta da UNAIDS para 2025 é de que 95% de todas as pessoas que vivem com HIV conheçam seu status sorológico, que 95% destas estejam em tratamento e que 95% destas últimas estejam com a carga viral suprimida” (Brasil, 2022a, p. 6). Entretanto, essa tarefa se apresenta como um desafio no Brasil, pois, segundo o Boletim Epidemiológico de 2021, estima-se que existam cerca de 920 mil pessoas vivendo com HIV, sendo que destas 101 mil não têm conhecimento da sua infecção (Brasil, 2021a; Brasil, 2022b).

Uma vez que as doenças oportunistas podem demorar até dez anos para se manifestar, uma grande parcela da população vive com HIV desconhecendo sua sorologia e só procuram assistência médica quando já se encontram com AIDS, ou seja, quando os sintomas se tornam

evidentes. Esta fase em que a doença se evidencia demanda um tratamento difícil onde as taxas de mortalidade são maiores – ocorrências que poderiam ser evitadas caso o teste fosse adotado com frequência pela população (Wagner et al., 2010). Como relatado anteriormente, Douglas e Jonathan fizeram parte dessa parcela da população que descobriu o HIV já em fase AIDS, sendo que passaram meses internados com a saúde extremamente frágil, onde até mesmo os profissionais da saúde duvidaram de sua recuperação. Até hoje carregam consigo sequelas desses momentos, perda de visão e de memória são um dos exemplos do que as doenças oportunistas fizeram em seus corpos.

No Brasil, diversas campanhas governamentais de promoção à testagem sorológica para o HIV são descritas na literatura, datando o início na década de 1990 – muito antes do TcP ser pautado de forma oficial como prevenção (Monteiro et al., 2019). Como exemplo desse esforço, é possível mencionar duas campanhas de 2003, uma delas, conhecida como “Fique Sabendo”, procurou incentivar a realização do teste de AIDS e enfatizar sua importância, contando com a participação de celebridades e influenciadores para combater o estigma associado ao HIV. A outra, chamada de “Campanha de Diagnóstico”, utilizou anúncios publicitários em vídeos de curta duração para transmitir sua mensagem – representava pessoas carregando pianos em meio a uma multidão, simbolizando a incerteza e a preocupação daqueles que estavam em “comportamento de risco” e ainda não haviam se submetido ao teste de HIV (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Após a adoção da noção de TcP, Monteiro et al. (2019), em sua revisão da literatura sobre testagem, destacam projetos brasileiros de incentivo a testagem, como o “Viva Melhor Sabendo”, e campanhas com o *slogan* “#partitueste”. Contudo, apesar dos esforços do Estado e das ONGs, pode-se observar nos dados divulgados nos boletins epidemiológicos anuais que uma parcela da população continua resistente à realização de testes, sobretudo na esfera do HIV.

Atualmente, uma das principais dificuldades e desafios no combate à epidemia se articula a essas pessoas que desconhecem o seu status sorológico – também chamados de “soro interrogativos”. Desde modo, seguindo a linha de raciocínio de Timerman e Magalhães (2015), é mais seguro fazer sexo com alguém com o diagnóstico reagente para o HIV com a carga viral indetectável do que com alguém que não sabe o seu status, ou seja, não se testa regularmente. Afinal, como mencionado por Jeolás (2007), “o vírus pode ocupar um corpo saudável por anos, mas nunca deixa de ameaçá-lo. Esse corpo, desde o início da infecção, torna-se agente de contaminação, mesmo antes de se perceber doente” (p. 82).

Desta maneira, pesquisadores apontam a importância de investigar aspectos associados à busca pelo teste com o intuito de otimizar as intervenções em saúde (Martins et al., 2018). À vista disso, estudiosos têm se debruçado neste tema a fim de entender as implicações, motivações, variáveis, fatores psicossociais associados à decisão – ou não – de realização da testagem. Exemplos deste tipo de estudo foram desempenhados recentemente por Barros (2012), Castejon, Granato e Oliveira (2022), Francisco et al. (2019), Mesenburg et al. (2017), entre outros/as pesquisadores/as.

Um dos analisadores assinalados por Wagner et al. (2010) e que dão pistas para compreensão do fenômeno de resistência de muitas pessoas à realização do teste, se refere a própria construção social do HIV que, desde o início de seu processo histórico, esteve – e está – envolta em um conjunto de estigmas e distorções, como as associações da AIDS a aberração, peste, práticas consideradas socialmente como promíscuas, entre outros exemplos. A mídia teve papel fundamental nesse processo de construção de um imaginário social carregado de noções pejorativas, sobretudo no início da epidemia, sendo responsável por disseminar discursos e imagens moralizantes relacionadas aos infectados pelo HIV, sobretudo ao correlacionar sexo, homossexualidade e morte (Jeolás, 2007), localizando PVHIV como referência do outro tido como anormal, desviante, distante, assim como analisa a autora:

O fato de a AIDS ter surgido, no início, entre homossexuais masculinos e outros grupos socialmente marginalizados e tradicionalmente estigmatizados no interior do convívio social – prostitutas, travestis e usuários de drogas injetáveis – fez com que a doença, o mal, passasse a ser representado no imaginário social enquanto enfermidade do outro: do estrangeiro que vem de (ou está) fora, longe; de homossexuais (câncer gay ou peste gay); de promíscuos; e, um pouco mais tarde, de usuários de drogas injetáveis. Já se viu o quanto a associação das epidemias com o estrangeiro faz parte constante da história das doenças. Contudo, o elemento novo, agora, fixa-se na figura do homossexual (Jeolás, 2007, p. 59).

Na conversa com Paulo, ele deixou essa noção de doença do “outro” bem nítida em uma fala quando foi questionado sobre seu conhecimento prévio sobre o HIV: “*Nenhum, entendeu. O vizinho, lá o vizinho, ou o fulano lá na China tinha, entendeu? Eu era imune, entendeu? Eu achava que isso não existia*”. Apesar dos esforços nas mudanças terminológicas realizadas ao longo dos anos e a compreensão acerca da dinâmica de funcionamento do vírus, as cicatrizes originadas do processo de construção social da AIDS ainda se sobressaem.

No Brasil, fica evidente que o “processo de cicatrização” é lento. Por exemplo, somente em 2020 o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu derrubar a restrição de doação de sangue para homossexuais (Ver Figura 9) (Oliveira, 2020). A restrição era nitidamente uma herança do início da pandemia da AIDS onde, como citado anteriormente, foi estabelecido de forma precipitada e errônea um “grupo de risco” para o HIV. Tal impedimento existir até 2020 mostra quão arraigados estão os estigmas e concepções falsas relacionadas ao HIV.

Em decisão histórica, STF derruba restrição de doação de sangue por homossexuais

Maioria dos ministros votou por tornar inconstitucional a proibição e considerou as regras da Anvisa e do Ministério da Saúde discriminatórias

Figura 9 - Captura de tela do artigo do El País Brasil

Fonte: Oliveira, 2020.

Nesta direção, os autores Wagner et al. (2010) corroboram com esta afirmação ao compartilhar dados de pesquisas que indicam que uma parcela significativa da população, mesmo tendo conhecimento sobre o HIV, a despeito disso concebe o vírus como sendo uma preocupação exterior, ainda associada ao outro supostamente “anormal” e, portanto, não reconhece suas vulnerabilidades a ponto de rever práticas de risco cometidas no cotidiano, ou mesmo a necessidade de realizar a testagem sorológica para o HIV.

Nesta conjuntura, destacamos questões de gênero que são evidenciadas enquanto um fator diferencial na procura pelos serviços de saúde; visto que, bem como descreve Francisco et al. (2019), o público masculino – principal afetado pela epidemia, correspondendo a 70,2% dos casos notificados no boletim epidemiológico de 2022 (Brasil, 2022c) – apresenta especificidades de ordem cultural que promovem a ideia de que “são fortes, provedores e viris e, por isso, negam a presença de doenças por considerar que o cuidado está associado ao feminino” (p. 162). Os dados de Marques Junior, Gomes e Nascimento (2012) apontam, ainda, os homens heterossexuais como suscetíveis à contaminação ao HIV justamente por terem em seu horizonte os valores associados a um exercício de masculinidade situada como hegemônica:

. . . a adesão ao modelo de masculinidade hegemônica – que tem como marcas

identitárias a heterossexualidade compulsória, as relações hierárquicas e opressoras de gênero – compõem um quadro onde os homens heterossexuais historicamente concebidos como não vulneráveis ao HIV tornam-se suscetíveis à contaminação a partir da incorporação desse modelo (p. 518).

Nesta direção, nenhum dos homens entrevistados considerava-se vulnerável ao HIV justamente por serem heterossexuais. Em seus relatos, ficou nítido como a construção social da AIDS influenciou nessa percepção. Deixamos aqui novamente a frase de Paulo “... a questão era a seguinte, era a peste gay, então, por exemplo, eu só saía com mulheres, né, então não tinha o porquê eu me preocupar com isso”, que exemplifica com exatidão esse ponto.

A masculinidade hegemônica, edificada a partir da homofobia, racismo e misoginia, é apontada por Rangel, Castro e Moraes (2017) como uma construção social que afeta diretamente os processos de efetivação de políticas de prevenção e promoção à saúde. Logo, ao ser assinalado pelo discurso médico como do sexo masculino desde o nascimento, os homens são interpelados ao longo de suas trajetórias de vidas a reproduzir performances de masculinidade que, em grande medida, se articulam a partir do imperativo de que “o homem deve ser forte, dominador, invencível e, por esse fato, não necessita ou pouco necessita de buscar promoção de saúde ou prevenção de agravos de doenças . . . pois esta busca é vista por eles, como sinal de fragilidade” (Rangel, Castro & Moraes, p.245). O debate sobre masculinidades, tanto hegemônicas quanto subalternizadas, será aprofundado no capítulo seguinte.

Contudo, o boletim epidemiológico de 2022 vai na contramão da idealização de um homem invulnerável conferida na perspectiva da masculinidade hegemônica, vide a razão da dinâmica de infecção por sexo, que indica que para cada dez mulheres vivendo com HIV

existem vinte e oito homens vivendo com o vírus. Um dado ainda mais alarmante é o coeficiente de mortalidade da AIDS também maior entre eles – são vinte e um óbitos entre homens para dez óbitos entre mulheres (Brasil, 2022c, p.26).

Outro dado fornecido pelo Ministério da Saúde no mesmo documento citado, revela um público ainda mais específico, que nos primeiros anos do HIV eram tidos como “imunes”, visto que estavam no extremo oposto das práticas sexuais colocadas como alvo, os homens heterossexuais. O boletim epidemiológico de 2022 aponta para altas de infecção especificamente na região Sul do país, onde a principal via de transmissão está relacionada a homens heterossexuais, compreendendo 45,2% dos casos (Brasil, 2022c, p.22). Essa dinâmica de infecção se expande para o resto do país quando se intersecciona os dados a um recorte etário, ou seja, “para homens com mais de 40 anos, a prática heterossexual é predominante, sendo de 45,7% para os de 40 a 49 anos e 54,3% para homens de 50 anos e mais” (Brasil, 2022c, p.23).

Apesar dos dados, a forma como o HIV foi construído no imaginário social ainda se sobressai para algumas pessoas. Por exemplo, mesmo depois de décadas e avanços nas pesquisas, em 2010, brasileiros que acompanhavam o *reality show Big Brother Brasil* (BBB) puderam ouvir de um participante que "hétero não pega AIDS, isso eu digo porque eu conversei com médicos e eles disseram isso. Um homem transmite para outro homem, mas uma mulher não passa para o homem" – o que gerou uma movimentação do governo brasileiro para que essa afirmação fosse desmentida ao vivo (Ver Figura 10) (G1, 2010).

29/03/10 - 17h03 - Atualizado em 29/03/10 - 20h10

Justiça determina que 'BBB 10' esclareça como se contrai o vírus HIV

Decisão foi motivada por declaração do participante Marcelo Dourado. TV Globo vai acatar a decisão e transmitirá informe nesta segunda (29).

Do G1, em São Paulo

Tamanho da
letra
A- A+

Figura 10 - *Captura de tela de um artigo do G1*
Fonte: G1, 2010.

A fala do participante, de certa maneira, reflete o que muitos pensam de forma equivocada sobre o HIV, que este estaria restrito a um grupo e os heterossexuais isentos à infecção. Até mesmo entre profissionais da saúde é possível ouvir discursos semelhantes a esse, profissionais que acreditam veementemente que homens heterossexuais vivendo com HIV, em suas histórias de vida em algum momento tiveram relações com outros homens e por esse motivo foram infectados.

A respeito dos homens heterossexuais, Knauth et al. (2020), em seu trabalho intitulado “O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia”, aponta a vulnerabilidade programática que esse público experimenta nas políticas públicas relacionadas a HIV, que não são focalizados nas ações no que compete às políticas de prevenção. Ainda neste artigo, as autoras ressaltam a importância de viabilizar essas políticas considerando as especificidades de tal público, a fim de que os diagnósticos e tratamento sejam realizados o quanto antes, proporcionando assim o TcP e prevenindo a disseminação do vírus para as mulheres que com eles se relacionam(rem).

O título do trabalho de Knauth et al. (2020) aproxima-se da história de Douglas, que em sua trajetória de vida nunca imaginou viver com HIV, mesmo tendo um histórico de outras ISTs e saindo com diversas mulheres sem utilizar preservativo. Quando referiu-se à descoberta de seu diagnóstico reagente para o HIV, Douglas expressou frases como: “foi uma

surpresa muito grande”, “*eu nem imaginava*”, “*nunca passou pela minha cabeça*”, “*eu nunca imaginei*”, “*nem passava pela minha cabeça*” e “*eu nem pensava*”. Essa situação também nos leva a refletir sobre o papel dos profissionais de saúde: será que, ao identificar uma IST em Douglas durante uma consulta, alguma estratégia de prevenção às ISTs foi apresentada a ele?

Enquanto vulnerabilidade programática, ressaltamos que as especificidades da saúde masculina no contexto brasileiro de políticas públicas foram, historicamente, pautadas somente em 2008 enquanto “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH). Tal documento visibiliza o debate acerca das singularidades da saúde masculina como uma garantia de direito a ser concretizada (Rangel, Castro & Moraes, 2017). A PNAISH também inclui como objetivo específico dois pontos relevantes ao campo do HIV:

- promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS; (Brasil, 2008a, p.32)

Entretanto, tem-se no início do histórico brasileiro – raras – campanhas relacionadas ao HIV voltadas ao público masculino, datadas em um período anterior ao da criação da PNAISH. No *website* do Ministério da Saúde, que reúne campanhas em uma linha do tempo, a primeira campanha pensada à esse público alvo foi lançada em dezembro 2000, chamada “Não leve aids para casa” e conforme consta no referido *website*, a campanha tinha como objetivo “atentar para a responsabilidade do homem sobre a sua própria saúde e a de seus parceiros e, principalmente, sobre o seu papel na prevenção e controle da epidemia da AIDS

no Brasil” (Brasil, 2024c). A campanha teria sido uma reverberação da 21ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, ocorrida em 1999, que chamou a atenção para a vulnerabilidade das pessoas do sexo masculino à infecção pelo HIV (Brasil, 2024c).

Pensando em um recorte de campanhas voltadas para o público masculino heterossexual, essas são ainda mais restritas. Uma hipótese para tal escassez é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de focar especialmente nas chamadas “populações-chave” para o HIV, a partir do entendimento de que esses segmentos populacionais específicos apresentam maior vulnerabilidade e prevalência à média nacional de 0,4% (Brasil, 2024d). São elas: “homossexuais; HSH; pessoas transsexuais; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais” (Brasil, 2024d). Embora essa abordagem seja de fundamental importância para que pessoas mais vulneráveis tenham acesso à políticas públicas e campanhas voltadas à elas, diversas problemáticas são apresentadas quando tais ideias passam para a realidade. Em um artigo publicado recentemente, os pesquisadores Lucas Ribeiro e Maiara Marques (2024), apresentam os desafios e iniquidades das políticas públicas em relação às populações-chave. Dessas, destacamos aqui que a maior parte das atividades extramuros – ações realizadas fora do espaço físico das instituições de saúde – não são direcionadas às populações-chave, revelando uma importante lacuna quando pensamos em vulnerabilidades (Ribeiro & Marques, 2024). Outro ponto salientado pelos autores que expõe uma certa incoerência é a ausência de dados institucionais do Ministério da Saúde quanto à essas populações, como transsexuais, travestis, trabalhadoras do sexo e a população carcerária, que não constam nos boletins epidemiológicos (Ribeiro & Marques, 2024).

Ainda que as intenções quanto ao uso da terminologia “populações-chave” sejam notáveis, não pudemos deixar de notar certa semelhança com a infeliz terminologia “grupos de risco” utilizada no início da epidemia, já amplamente problematizada nesse texto. Sendo

assim, consideramos primordial que tais termos não se confundam e principalmente que não reforcem estigmas e criem no restante da população a falsa percepção de invulnerabilidade – como o caso dos homens heterossexuais discutidos nesse texto.

Portanto, torna-se evidente a partir das discussões apresentadas anteriormente que as dimensões que implicam em vulnerabilidades enfrentadas pelos homens heterossexuais em relação ao HIV são desafios que demandam atenção e ação efetiva. Assim, a implementação da PNAISH em 2008 foi um passo e conquista importante, mas ainda há muito a ser feito para garantir que esse público receba a devida orientação, testagem e acesso ao tratamento adequado para o HIV. É fundamental que as políticas de prevenção sejam pensadas especificamente para esse público, somente assim poderemos reduzir a surpresa e a disseminação do vírus, promovendo uma abordagem inclusiva no enfrentamento da AIDS no Brasil.

No próximo capítulo desta dissertação, aprofundaremos o debate sobre as masculinidades e como estas se relacionam ao debate acerca das vulnerabilidades dos homens à infecção pelo HIV. Ao aprofundarmos o debate das questões das masculinidades e como determinadas performances implicam em saúde e/ou adoecimentos, poderemos problematizar fatores que contribuem para ampliar e/ou diminuir vulnerabilidades à infecção entre diferentes grupos de homens heterossexuais.

3 MASCULINIDADES

. . . . Abafamos a humanidade que existe nos meninos, enclausurando-os numa jaula pequena e resistente. Ensinamos que eles não podem ter medo, não podem ser fracos ou se mostrar vulneráveis, precisam esconder quem realmente são – porque eles têm que ser, como se diz na Nigéria, homens duros.

Trecho citado do texto de Chimamanda Ngozi Adichie (2014, p. 29).

Ao abordarmos as vulnerabilidades vivenciadas por homens heterossexuais vivendo com HIV, reconhecemos a importância crucial dos estudos das masculinidades em nossa análise. Contudo, para alcançar parte desse entendimento é primordial problematizarmos a noção de sexualidade como dispositivo, conforme proposto por Michel Foucault (1976/2022), dialogarmos com Judith Butler (1993/2019) acerca do sistema de sexo-gênero, e, por fim, situarmos o debate sobre masculinidades hegemônicas e subalternizadas a partir de Michael Kimmel (1998), interseccionando questões relacionadas à saúde dos homens.

Essa base teórica nos permitirá, então, aprofundarmos nossa discussão sobre as masculinidades propriamente ditas, estabelecendo uma interlocução significativa com o campo da saúde, visto que esta análise parte de vivências de pessoas vivendo com HIV. Deste modo, neste capítulo articulamos os debates propostos em dois momentos. Inicialmente, problematizaremos alguns operadores conceituais importantes nesta investigação, mais especificamente o dispositivo da sexualidade e o sistema de sexo-gênero. Em seguida, analisaremos a relação entre noções hegemônicas e subalternizadas de masculinidades e os efeitos dessas construções sociais nas questões relacionadas à saúde dos homens, em destaque nos processos de infecção e reinfecção pelo vírus HIV. Destacamos, novamente, que também neste capítulo as falas e análises dos homens entrevistados contribuíram na articulação do debate.

3.1 A SEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO

Em “História da Sexualidade 1: A vontade de saber”, Foucault (1976/2022) reexamina a história e, ao percorrê-la, produz uma análise crítica das relações de poder que constituem a sexualidade em cada tempo histórico. A partir disso, o autor localiza a produção da sexualidade enquanto dispositivo⁷ na modernidade, considerando essa em uma rede complexa de saberes e poderes que se articulam para além da dimensão individual, operando através de práticas discursivas, instituições e normas que a regulam e controlam. Portanto, a sexualidade constrói-se em meio a relações de poder que atuam de maneira difusa, disseminadas também nos discursos que na vida em sociedade constroem e definem normas e parâmetros sexuais considerados normais e/ou desviantes – a exemplo da medicina, que em seus manuais historicamente definem o que é considerado normal ou patológico também no campo da sexualidade (Foucault, 1976/2022).

Assim, Foucault (1976/2022) discorre sobre como na modernidade a sexualidade se constitui enquanto um importante dispositivo biopolítico de controle da população. Afinal, através da construção dessa nova forma de disciplinarização dos corpos, as sociedades modernas buscam resguardar sua ordem e funcionamento, educando indivíduos em sintonia com seus ideais, ou seja, articulando uma “sexualidade economicamente útil aos desígnios do poder vigente” (Carvalhaes, 2008, p. 51). Tal controle se manifesta, neste campo, no estabelecimento de parâmetros normativos dos modos ditos corretos e/ou naturais de viver a sexualidade, que circulam e se concretizam em políticas públicas, instituições e práticas discursivas que regulam fenômenos como, por exemplo, a natalidade, a mortalidade,

⁷Foucault, em entrevista a Alain Grosrichard, definiu dispositivo: “Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (Foucault, 2005, p. 244, como citado por Hack, 2014).

organização familiar, entre outros exemplos. Nesta conjuntura, a centralidade da heterossexualidade como expressão “normal” de sexualidade se configura como referência normativa que regula as relações na vida em sociedade. Os entrevistados, por exemplo, destacam em seus discursos a importância da sexualidade, sobretudo das práticas heterossexuais, em sua rotina e em suas trajetórias de vida. A presença constante da temática nos relatos, nos fez refletir sobre como os processos de construção das masculinidades estão agenciados ao exercício de ter que provar a todo momento certa virilidade. Douglas, nesse ponto, estabelece uma diferenciação entre as expectativas de comportamentos direcionadas a homens e mulheres quando ficam solteiros, apontando uma distinção entre os agenciamentos – as mulheres contidas, passivas e quietas, e os homens em busca de “zoeira” e parceiras sexuais.

. . . . a mulher se ficar solteira, se ela for cabeça, ela vai tocar a vidinha dela quietinha, ela vai trabalhar, ela vai conquistar as coisas dela tal. O homem não. Ele vai terminar com a mulher – vamos supor que ele vai morar sozinho – dois, três dias já tá com colega dentro, já tá com mulher dentro, já tá saindo com mulher, já tá... o cara não pensa em arrumar outra pessoa, não pensa em nada, o cara quer... zoar. É onde que acontece (Douglas).

Em diálogo com Foucault, Jeffrey Weeks (1996/2022) contribui ao sublinhar que a sexualidade a partir da sociedade moderna se constrói a partir da união de duas preocupações fundamentais, com a subjetividade e com a sociedade:

Estamos sugerindo que a sexualidade é modelada na junção de duas preocupações principais: com a nossa subjetividade (quem e o que somos) e com a sociedade (com a

saúde, a prosperidade, o crescimento e o bem-estar da população como um todo). As duas estão intimamente conectadas, porque no centro de ambas está o corpo e suas potencialidades. Na medida em que a sociedade se tornou mais e mais preocupada com as vidas de seus membros – pelo bem da uniformidade moral; da prosperidade econômica; da segurança nacional ou da higiene e da saúde – ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos indivíduos. Isso deu lugar a métodos intrincados de administração e de gerenciamento; a um florescimento de ansiedades morais, médicas, higiênicas, legais; e a intervenções voltadas ao bem-estar ou ao escrutínio científico, todas planejadas para compreender o eu através da compreensão e da regulação do comportamento sexual (Weeks, 1996/2022, p. 65).

As considerações pontuadas adquirem maior profundidade e complexidade quando dialogamos com os escritos de Judith Butler sobre o sistema sexo-gênero, em que a autora desafia concepções binárias e biologizantes a respeito da sexualidade humana ao situar sexo e gênero como produções sociais, culturais e performativas. Butler (1993/2019) conceitualiza o gênero enquanto performativo – algo dinâmico e produzido por práticas sociais, linguagem, comportamentos e normas do que é socialmente definido como masculino ou feminino. Sendo assim, a performatividade reitera normas sociais preexistentes em relação ao gênero assinalado a cada corpo, sendo que estas também que se constituem na repetição, ou seja,

a performatividade não é, assim, um "ato" singular, pois ela é sempre uma reiteração de uma norma ou conjunto de normas. E na medida em que ela adquire o *status* de ato no presente, ela oculta ou dissimula as convenções das quais ela é uma repetição. Além disso, esse ato não é primariamente teatral; de fato, sua aparente teatralidade é

produzida na medida em que sua historicidade permanece dissimulada (e, inversamente, sua teatralidade ganha uma certa inevitabilidade, dada a impossibilidade de uma plena revelação de sua historicidade). Na teoria do ato da fala, um ato performativo é aquela prática discursiva que efetua ou produz aquilo que ela nomeia (Butler, 1993/2019, p. 34).

Ao considerar o gênero em uma dimensão performativa, Butler desestabiliza categorias “tradicionais” de gênero pautadas em leituras essencialistas e naturalizantes. Essa perspectiva elucida processos de subversão da lógica colonial binária – masculino e feminino – uma vez que a suposta estabilidade do sistema de sexo-gênero é em grande parte também mantida por repetições performativas de masculinidade e feminilidade.

Nesta perspectiva, Butler (1993/2019) localiza modos como um sistema de sexo-gênero se articula na vida em sociedade na localização de modos de existência que se articulam como inteligíveis e ininteligíveis. Nesta configuração, noções tradicionais de feminilidade e masculinidades seguem uma aparente linearidade causal entre sexo anatômico (genitais femininos ou masculinos), gênero (aparência, status e *performatividade*) e sexualidade (heterossexual ou desviante). Na população, a articulação entre esses elementos opera por meio de uma suposta coerência entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, ou seja, nas correlações entre vagina/mulher/feminilidade/heterossexualidade e pênis/homem/masculinidade/heterossexualidade.

Enquanto modos de existência tidos como ininteligíveis – ou anormais – os homens homossexuais foram constantemente citados nas entrevistas, como grupo mais suscetível à infecção pelo HIV, apontando um julgamento moral que reflete os impactos da construção social da AIDS nas décadas anteriores e de processos de estigmatização que circulam comumente na vida em sociedade, no qual suas práticas são vistas como desviantes. A mesma

lógica pejorativa parece se estender a outros grupos citados pelos entrevistados, como prostitutas, usuários de drogas e infiéis. Assim, para os entrevistados, o HIV poderia infectar apenas pessoas que transgrediram a essas “normas” morais e heteronormativas. Do mesmo modo, ao se descobrirem com o diagnóstico reagente para o HIV, compreendem a infecção a partir de perspectivas culpabilizadoras e individualizantes, ou seja, se julgam como “merecedores” da infecção por agir de modos “anormais” – neste viés, perdem de vista, por exemplo, a precariedade das políticas de prevenção governamentais e/ou as normativas de gênero que interferem amplamente nos processos de subjetivação de homens e mulheres.

Neste viés, pessoas do sexo masculino são desde o nascimento comumente convocados a uma performatividade masculina, como pode ser notado nos brinquedos, brincadeiras e esportes usualmente apresentados à essas crianças – carros, super heróis, armas e futebol estão presentes nesse universo e se associam ao que é apresentado socialmente enquanto masculino, como a força, coragem, competitividade e violência (Zanello, 2022).

Nas entrevistas, a relação com a figura paterna foi evocada quando falamos sobre tornar-se homem, sobretudo enquanto uma figura no qual se espelhavam como referência. Inicialmente, os pais de Douglas e Paulo foram apresentados como fortes e provedores, mas, no desenrolar da entrevista, esses mesmos pais surgiram nas narrativas como figuras agressivas e violentas, compondo justamente as características do que se fundamenta enquanto masculino na nossa cultura.

A exemplo disso, tomemos a postagem de 2024 na rede social “X” (Ver Figura 11) com os seguintes dizeres: “Os meninos de hoje precisam voltar a assistir desenhos assim para formar um imaginário realmente masculino” (Fúria e Tradição, 2024), acompanhado de um vídeo do desenho Popeye. Tal declaração ilustra de forma nítida o que é articulado enquanto um “imaginário realmente masculino”, afinal, o protagonista Popeye ilustra explicitamente características associadas à masculinidade hegemônica: força física e bravura. Enquanto a

afirmação “os meninos de hoje precisam voltar a assistir desenhos assim”, insinua uma preocupação quanto a possível falta dessas características aos meninos da atualidade.



Figura 11 - *Captura de tela da rede social “X”*
Fonte: Fúria e Tradição, 2024

Também durante a infância, meninos são comumente desencorajados a demonstrar emoções através do choro, uma vez que essas são associadas ao feminino e a fragilidade, por outro lado, a manifestação de força, objetividade e razão são cotidianamente reforçadas aos corpos assinalados pelo poder biomédico como masculinos (Zanello, 2022).

Entretanto, a dimensão teatral que se materializa em atos performativos repetitivos nem sempre acontece da mesma forma, nem sempre, por exemplo, uma mulher se apresenta como frágil e/ou um homem se mantém racional, o que implica em processos disruptivos, deslocamentos e rupturas da ordem dos gêneros. Nestes momentos, contudo, a norma se articula de modo a localizar tais expressões disruptivas como expressão de anormalidade e desvio, classificando determinadas práticas e modos de existência no campo da abjeção, como

vidas ininteligíveis, assim como analisa Butler.

Desse modo, essa matriz excludente pela qual os sujeitos são formados requer a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são “sujeitos”, mas que formam o exterior constitutivo do domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “não-vivíveis” e “inabitáveis” da vida social que, não obstante, são densamente povoadas por aqueles que não alcançam o estatuto de sujeito, mas cujo viver sob o signo do “inabitável” é necessário para circunscrever o domínio do sujeito. Essa zona de inabitabilidade vai constituir o limite que circunscreve o domínio do sujeito (Butler, 1993/2019, p. 18).

Dentro dessa matriz de inteligibilidade, corpos e formas de existência que desafiam a aparente linearidade causal entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais, como, por exemplo, homens trans e pessoas não binárias, são sistematicamente posicionados nos domínios da anormalidade, como desvios, corpos abjetos que desafiam a rigidez das categorias binárias naturalizadas enquanto normais, sendo nomeados como perigosos ao ordenamento social – não por acaso, o HIV foi denominado “*peste gay*”, reforçando o estigma de que homossexuais eram perigosos, um risco à sociedade por suas práticas sexuais desviantes. Para muitos, como um dos efeitos dessa construção social, até hoje é difícil entender que mesmo nas práticas sexuais entendidas como heteronormativas é possível se infectar pelo vírus.

Os efeitos dos discursos que agenciam tais modos de existência a noções de anormalidade e periculosidade são notáveis, como, por exemplo, o alto índice de assassinatos de pessoas trans no Brasil, que em 2023 é pelo 15º ano consecutivo o país que mais assassina pessoas trans no mundo (Benevides, 2024).

Tendo apresentado parte das condições históricas, sociais e discursivas que constituem

o dispositivo da sexualidade e a racionalidade do sistema de sexo-gênero que se articula a partir da modernidade, podemos agora avançar mais especificamente para o debate sobre as masculinidades, nos aprofundando na problematização de elementos presentes nos processos de construção de modos de ser homem no ocidente, delineando expectativas, comportamentos, imperativos e atributos associados ao que é hegemonicamente concebido como "masculino".

3.2 HOMENS EM CONSTRUÇÃO

Ao avançarmos para o campo de estudo das masculinidades, é importante ressaltarmos a pluralidade de produções deste território multidisciplinar, ou seja, há diferentes perspectivas epistemológicas que nos colocam a pensar as múltiplas expressões daquilo que em nossa sociedade é situado como masculino. Além disso, trata-se de um campo de estudos em constante atualização, uma vez que as sociedades também estão em contínua transformação. Destacamos, ainda, que nesta dissertação o uso da palavra masculinidade no plural – masculinidades – ressalta o entendimento de que as expressões das masculinidades acontecem de formas diversas, plurais e localizadas. Deste modo, assim como analisa Kimmel (1998), “ao usar o termo no plural, nós reconhecemos que masculinidade significa diferentes coisas para diferentes grupos de homens em diferentes momentos” (p. 106). Logo, consideramos as masculinidades como produções localizadas e situadas, implica em compreender que as dimensões de gênero se constroem necessariamente em conexão a outros marcadores sociais de diferença, como as dimensões de raça, classe, etnia, geracionais, corporalidades, entre outros exemplos. Entretanto, na nossa análise não tivemos acesso a homens com marcadores sociais de diferença tão evidentes, sendo assim, não se tornou notável essa correlação na presente investigação.

Na composição deste vasto campo, Michael Kimmel é um dos autores que ganha destaque, sendo uma referência fundamental nesta pesquisa. Em seu texto “A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas”, publicado em 1998, ressalta a masculinidade como construção social, e que, portanto, este processo de produção se diferencia de acordo com cada cultura, se altera ao longo do tempo, além de também se transformar na trajetória de vida de cada homem.

Logo, Kimmel também remete a importância do debate interseccional, ao pontuar que existem diversas perspectivas sobre o que significa ser um homem, visto que existem diferentes homens, pois “. . . nossas experiências dependem da classe, raça, etnicidade, idade, região do país” (Kimmel, 1998, p.106). Então, ao debatermos sobre masculinidades nesta dissertação, pretendemos desestabilizar leituras que situam as masculinidades como permanentes, naturais e globais.

Nesta direção, Kimmel (1998) sinaliza elementos que compõem as masculinidades em sua trama complexa de relações

(...) as masculinidades são construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados de relações de poder – nas relações de homens com mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações dos homens com outros homens (desigualdades baseadas em raça, etnicidade, sexualidade, idade, etc.). Assim, dois dos elementos constitutivos na construção social de masculinidades são o sexismo e a homofobia (p.105).

Assim, o autor negrita de forma contundente dois dos pilares das masculinidades, o sexismo e a homofobia – que servirão de guia em um “ideal” masculino que foi construído socialmente ao longo do tempo. Além desses, Kimmel (2016) também localiza o racismo

como um dos pilares de construção de um modelo de masculinidade hegemônica.

Sendo assim, pensando em elementos constituintes deste ideal de masculinidade, faz-se necessário ampliar este debate, mais do que apenas citá-lo. Kimmel, em texto mais recente intitulado “Masculinidade como homofobia: medo, vergonha e silêncio na construção da identidade de gênero” (2016), destrincha cada um desses pilares, além de adicionar outras características comuns observadas entre homens, as quais discutiremos a seguir.

A **misoginia** e **sexismo** podem ser traduzidas no que Kimmel (2016) introduz no seu texto quando afirma a construção da “masculinidade enquanto fuga do feminino” (p.106), ou seja, uma vez que para se afirmar como masculino, deve-se rechaçar incansavelmente o feminino e características relacionadas à atribuídos socialmente definidos como femininos. Neste cenário, as próprias mulheres são alvos da desvalorização desses sujeitos, visto que são a personificação dos “atributos” que aprenderam a desprezar desde criança. Vemos na realidade brasileira manifestações em níveis extremos ressonantes desta dinâmica, a pensar, por exemplo, na violência de gênero. Em 2023 no país, a cada seis horas uma mulher foi vítima de feminicídio, segundo relatório do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023). Essa realidade foi vivida nos ambientes familiares de alguns dos entrevistados, que relataram pais violentos com suas esposas – *“Então assim, meu pai, meu pai, ele bebia. O dia que ele foi bater na minha mãe, eu tinha doze anos, ele bateu na minha mãe. Catei duas facas, fui tentar matar ele. Meu pai gemeu na minha frente chorando, prometendo que nunca mais ia beber e bater na minha mãe”* (Douglas).

A **homofobia** enquanto mais um importante elemento adicionado a constituição da masculinidade, evoca o medo da maior parte dos homens de serem lidos enquanto *gays*, o que gera uma exacerbação de elementos “tradicionais” da masculinidade, como a violência, a fim de que não sejam de forma alguma percebidos com características afeminadas ou homossexuais, já que qualquer desvio dos padrões heteronormativos pode resultar nesta

leitura (Kimmel, 2016). Nesse contexto, quando passamos a entrevista para o debate acerca das masculinidades, Jonathan lembrou que os ambientes em que cresceu eram extremamente homofóbicos. Ressaltamos também a persistência da correlação nas entrevistas entre o HIV e homossexuais – construída nos primeiros anos da epidemia, foi disseminada pela mídia e atravessada pela homofobia presente na sociedade. Aqui ressaltamos novamente o trecho da entrevista de Paulo onde fica evidente essa correlação.

. . . . Se via uma pessoa magra na rua, um homossexual, magro na rua, era, já falava “olha lá tá com AIDS”. Então era, querendo ou não... O homossexual ele sofreu muito no começo, entendeu, sofre até hoje, ainda sofre, mas eles foram muito crucificados, entendeu (Paulo).

Como um desdobramento da LGBTfobia no Brasil, o dossiê "Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023" revela que, entre os anos 2000 e 2023, foram constatadas 5.865 mortes em decorrência da intolerância e do preconceito a essa população (Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, & ABGLT, 2024, p.23).

O **racismo** na construção das masculinidades se apresenta enquanto expressão de exclusão e marginalização de grupos raciais e étnicos, partindo da ideia de que a masculinidade é alcançável apenas para uma “minorias distinta” (Kimmel, 2016, p. 116) – geralmente representada pelo homem branco, cisgênero, heterossexual e de classe média. A construção de uma imagem estereotipada de grupos marginalizados enquanto não humanos, bárbaros, hiper agressivos e violentos, possibilitou aos homens “civilizados”, leia-se homens brancos, apresentá-los enquanto inimigos que ameaçam a civilização, os colocando como o “outro”.

Em complementação a este ponto, cabe aqui citarmos o debate articulado por Deivison

Faustino no livro *Cartografias da Masculinidade* (2021), onde em diálogo com Frantz Fanon negrita que o racismo a medida que desclassifica homens negros como humanos, também faz manutenção do que é estabelecido enquanto hegemônico: “O racismo representa, assim, antes de qualquer coisa, a negação substancial – e não apenas linguística – da humanidade das pessoas negras; por isso, “o negro, não é um homem” (Faustino, 2021, p. 65). Esta questão pode ser exemplificada nos altos níveis de violência policial contra a população negra, sendo que no Brasil, em 2022, a cada quatro horas uma pessoa negra foi morta pela polícia (Ramos et al., 2023).

Além das contribuições de Kimmel sobre o debate acerca das masculinidades, cabe mencionar o trabalho da pesquisadora brasileira Valeska Zanello. A autora (2018) expande a discussão sobre os constituintes dos ideais da masculinidade hegemônica a partir da localização do “**dispositivo da eficácia**”. Segundo a autora, quem almeja ser “homem de verdade” tem em seu horizonte a eficácia em duas áreas principais: a sexual – deve ser um comedor sexual – e a laborativa – deve ser trabalhador. Tais considerações são de fundamental importância para nossa análise, uma vez que esse dispositivo influi diretamente na maneira como os sujeitos são constituídos. Douglas, por exemplo, associa a percepção de sua masculinidade ao que ouviu do seu pai durante sua vida: “*filho, na vida se você quiser alguma coisa você vai ter que lutar*” (Douglas). Tal associação se relaciona à perspectiva de eficácia que deve ser buscada no campo laborativo, como sinalizado pela autora (Zanello, 2018). Não por acaso, adjetivos e frases como “*batalhador*”, “*forte*”, “*guerreiro*”, “*provedor*” e “*homem veio para suprir o lar*” surgem no discurso de Douglas, Paulo e Jonathan quando o diálogo transita para o campo das masculinidades. Além disso, Douglas, no momento em que passou a ser solteiro, evidenciou a lógica de “comedor sexual” referenciado pela autora, associando tais comportamentos, de sair com várias mulheres na mesma noite, a ser homem:

Eu falo assim: “é porque você é homem que acontece”, a gente tem vontade. A gente tem desejo. Então às vezes você olha pra pessoa, a pessoa pode ser totalmente feia, mas você quer saber do corpo. Se ela tem um corpo legal, aí cê não tá nem vendo – igual eles falam né “mete uma sacolinha do Muffato na cara e o resto é resto” (Douglas).

Jonathan, por sua vez, estabeleceu uma ligação direta entre o conceito de "ser homem" e "gostar de sexo". Durante a entrevista, ele relatou várias experiências relacionadas a esse entendimento, incluindo sua participação em festas onde o sexo ocorria de forma coletiva e o uso de medicações para aumento de performance sexual. A própria história de sua iniciação sexual concretiza de forma evidente a valorização da dimensão sexual do dispositivo da eficácia, a ponto de seu próprio pai pagar a uma prostituta para iniciar seu filho sexualmente.

Por sua vez, o **sistema econômico e político** no qual nos encontramos, o capitalismo, atravessa diversas esferas da vida e influi de modo avassalador nos processos de construção das subjetividades que se constroem na relação com modelos exploratórios e extrativistas. As masculinidades forjadas nesse plano de fundo reproduzem características próprias desses ideais regulatórios, sendo que, nessa perspectiva, Kimmel (2016) esboça o que chama de “a masculinidade de mercado” ou “homem de mercado” originadas do sucesso capitalista. Kimmel (2016) desenvolve essa ideia, mais especificamente no seguinte trecho:

A masculinidade do Homem do Mercado era uma masculinidade que exigia provas, e que necessitava de aquisição de bens tangíveis como evidência de sucesso. Reconstituía a si pela exclusão dos *outros* – as mulheres, os homens não brancos, os homens nascidos não nativos, e os homossexuais . . . uma estória de luta para

corresponder às expectativas de ideais impossíveis de sucesso orientando a terrores crônicos de emasculação, de vazio emocional, e de raiva generificada que deixam uma ampla fileira de destruição em seu caminho (Kimmel, 2016, p. 104).

Jonathan e Paulo ressaltam em seus relatos o que Kimmel descreve em sua teoria, falam de uma vida agenciada por esse viés da destruição, sobretudo da autodestruição. Movidos pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, saíram dessa lógica autodestrutiva somente quando adoeceram e puderam refletir sobre como viviam.

Importante ressaltarmos neste momento, as considerações de Caetano e Silva Junior (2022), pois os autores nos lembram que as noções de masculinidades são amplamente entrelaçadas a dimensões sociais, políticas, econômicas, entre outras, não se restringindo unicamente ao que é concebido individualmente como homem. Deste modo, afirma-se que estes sistemas são estruturados a partir de perspectivas masculinistas e brancas, sendo que

. . . . convivemos com múltiplas realidades que atuam sobre as “masculinidades dos homens”, ora com padrões tradicionais, machistas e conservadores, ora com padrões mais libertários e igualitários. No entanto, é sempre preciso lembrar que as masculinidades não dizem respeito somente aos homens. Eles estão presentes nas perspectivas dos sistemas econômicos, políticos, jurídicos, de governo, entre outras formas de organização social (Caetano & Silva Junior, 2022, p. 25).

Pensando ainda na dimensão política e econômica, Sayak Valencia (2021) desenvolve uma importante reflexão sobre masculinidade necropolítica. A autora utiliza da imagem do “endríago” – um monstro que devorava virgens, segundo literatura espanhola – para descrever sujeitos masculinos obedientes à masculinidade e que se constituem de modos hegemônicos

nas relações capitalísticas e necropolíticas. Nesse contexto, tais sujeitos entendem que se afirmar enquanto homem diz respeito a exercer a violência contra grupos vulneráveis como mulheres, crianças, dissidentes sexuais e pobres enquanto formas de poder e controle.

Nos estudos sobre masculinidades, como pontuado por Zanello (2018), um dos pontos de convergência primordiais entre os pesquisadores do tema – a exemplo de Kimmel, Connell, Bourdieu e Zanello –, é a necessidade constante de “comprovação” dos sujeitos homens quanto a sua masculinidade entre os pares. Kimmel (2016) nomeia esse fenômeno de “masculinidade como aprovação homosocial”, onde homens avaliam, validam e aprovam a performance de outros homens, sendo que tal característica implica com que esses sujeitos exibam suas masculinidades constantemente tornando o processo de “ser homem” intensamente competitivo. Essa “prova” incessante se articula através de um conjunto de elementos almejados e situados enquanto hegemônicos, a exemplo do sexismo, homofobia e racismo, citados anteriormente, logo, a “(...) a masculinidade é definida mais pelo que indivíduo não é do que pelo que ele de fato é” (Kimmel, 2016, p. 106).

Este ritual de construção e reafirmação de um modelo hegemônico de masculinidade se materializa em diversas práticas cotidianas, como, por exemplo, as corridas ilegais ou “rachas” que parte dos homens estão envolvidos. A competição, o risco, a demonstração pública de coragem e audácia nessa atividade são entendidas enquanto comprovações de sua masculinidade, sendo uma das diversas formas que se processam os ritos das masculinidades, assim como analisa Jeolás (2018, p.1179): “A potência dos motores se transforma em metáfora da potência dos condutores, possibilitando a esses jovens responderem à impotência social com potência tecnológica”. A própria prática sexual grupal citada por Jonathan, onde se relacionava sexualmente com várias mulheres sem preservativo, pode ser citada neste ponto.

Paulo contou um pouco de sua experiência no colégio enquanto homem heterossexual, disse que aconteciam rodinhas entre os meninos onde eles compartilhavam sobre os encontros

que tiveram com meninas. Ele discordava e não participava disso, mas mesmo assim era questionado pelos pares “*Ô, Paulo, mas você não fica com ninguém?*”. Essa história exemplifica um dos ritos da masculinidade e as nuances das diferentes vivências, especialmente considerando a visão de Paulo, para quem “*mulher não é objeto para você sair quantificando*”.

Outro exemplo que pode ser aplicado à questão da construção e reafirmação desse modelo hegemônico de masculinidade é o que o Jair Messias Bolsonaro vem fazendo desde 2021 ao distribuir medalhas (Ver Figura 11) do denominado “Clube Bolsonaro”, com os dizeres “imorrível”, “imbroxável” e “incomível”. Bolsonaro entregou – e vem entregando – estas medalhas como forma de reconhecimento da “honraria” de fazer parte desse seleto grupo de homens que carregam os ideais dessa expressão da masculinidade nesses “três Is”, formando a seguinte lógica: um homem não pode ser comido – afinal a passividade sexual está reservada a mulheres e homossexuais –, não pode ser brocha – pois um homem é um comedor e está sempre pronto para o sexo – e não pode morrer – uma vez que o homem é forte e invencível. Além disso, a medalha é quase como a materialização da comprovação de que se é homem, fornecida por outro homem.



Figura 11 - *Captura de tela de artigo da Istoé*
 Fonte: Istoé, 2021

Acreditamos que ao falar de masculinidades, não podemos deixar de destacar a própria noção de “risco”. A palavra risco, apesar de possuir uma constituição histórica marcada por múltiplos significados – que variam conforme as áreas do conhecimento e os avanços científicos de cada época –, na atualidade, seu significado tem sido predominantemente associado a aspectos negativos. Risco é frequentemente entendido como “sinônimo de perigo, dano e perda” (Jeolás, 2007, p. 209), ignorando-se, em muitos casos, suas outras dimensões, como a probabilidade e a racionalidade (Jeolás, 2007).

No contexto das masculinidades, o risco é constantemente descrito na literatura enquanto característica própria das práticas tradicionalmente consideradas “masculinas” – como citamos anteriormente a questão das corridas ilegais de carro, esportes radicais, uso de substâncias ilícitas, as práticas sexuais com diversas parceiras sem preservativo e outras. Tais exemplos, alinham-se ao que se espera de um homem nos ideais da masculinidade

hegemônica ao reafirmar ideais de força e coragem.

Contudo, o risco vai além desses comportamentos em que o perigo parece visível e muitas vezes óbvio, ele se apresenta enquanto consequência direta da adesão à masculinidade hegemônica, em especial em comportamentos cotidianos que não necessariamente envolvem ações perigosas, mas que ainda assim resultam em riscos. Um exemplo disso é a negligência aos cuidados com a saúde, como a falta de exames rotineiros, que iremos nos aprofundar adiante nesse mesmo capítulo.

Deste modo, uma noção hegemônica de masculinidade se articula como ideal regulatório, na medida em que passa a ser situado por muitos homens como uma referência a ser constantemente almejada e buscada, embora nunca alcançada em sua totalidade. Nesta pesquisa, partimos do pressuposto de que este modelo inteligível e normativo de masculinidade implica em vulnerabilidades à infecção pelo HIV para os homens heterossexuais, sendo este debate articulado ainda neste subcapítulo.

“Masculinidades hegemônicas” e “masculinidades subalternizadas”, portanto, são nomenclaturas utilizadas de forma frequente no campo de estudos das masculinidades. A produção dessas masculinidades acontecem simultaneamente, uma vez que ao se estabelecer o ideal hegemônico, o que se distancia deste é posicionado como subalterno – nesta direção, por exemplo, mulheres e homens *gays* são o oposto do que se almeja na hegemonia (Kimmel, 1998). Zanello (2018) discorre mais a respeito dessa dinâmica de poder contida na relação entre masculinidades hegemônicas e outras masculinidades subalternizadas:

Para que ela seja hegemônica é necessário desqualificar as outras virilidades, dos outros homens. Portanto, o prestígio de uma se baseia na desvalorização das demais, ou seja, as masculinidades são construídas simultaneamente nas relações de poder de homens entre homens e dos homens em relação às mulheres. Ela não é fixa, mas

histórica e, portanto, sempre fruto de tensões e conflitos (ou cumplicidade) com outras masculinidades (Zanello, 2018, p. 224).

Importante frisarmos que as masculinidades subalternizadas, apesar de mais distantes do exercício de poder vinculado a hegemonia, ainda são permeadas pelos ideais da masculinidade hegemônica e ainda encontram-se em uma posição de privilégio em relação às mulheres (Kimmel, 1998; Zanello, 2022). Um dos exemplos dado por Zanello (2022) sobre essa cumplicidade entre as masculinidades, se faz em um diálogo misógino entre um homem heterossexual e outro homossexual, o homem *gay*, nesse caso, mesmo subalternizado pela hegemonia devido sua orientação sexual, apresenta comportamentos misóginos assim como aos dos homens que se alinham mais estreitamente ao ideal masculino hegemônico, ou seja, não necessariamente é isento de misoginia.

Assim, atualizam-se constantemente no tempo e espaço os ideais e parâmetros pelos quais homens devem se basear a fim de alcançar essa masculinidade utópica tida como meta. A título de exemplo dos efeitos dessas reconfigurações na atualidade, vê-se o crescimento na *internet* do que é chamado “novas masculinidades”, como os movimentos *redpill*, *incel* e *alpha*⁸, que têm em comum o ódio disseminado a mulheres e a misoginia como alicerces da masculinidade hegemônica. Estes grupos ilustram como a misoginia continua sendo um pilar central da masculinidade hegemônica, atualizando-se e perpetuando-se de novas formas.

Avançando na discussão, podemos debater os impactos dos sistemas de sexo-gênero nos processos de saúde e doença de homens no Brasil. Os efeitos psicossociais e físicos das construções sociais das masculinidades nos processos de saúde e doença de homens vêm sendo discutidos recentemente no Brasil, dado a relevância de se pensar as consequências das normativas de gênero que situam, por exemplo, características que devem ser almeçadas pela

⁸ Ver Romeiro, N. L., Garcez, D. C., Silva, F. C. G., Souza, M. S., & Frevier, P. R. (2023). "Porque eu sou é homem": Categorizações das novas masculinidades no Twitter. ISSN 2177-3688.

maioria, tal como força e virilidade e outras características que devem ser rejeitadas ao máximo, como fragilidade e cuidado. Ao almejar a masculinidade hegemônica, homens se colocam frente a “. . . riscos enormes para provar a nossa masculinidade, expondo-nos de forma desproporcional a riscos de saúde. . .” (Kimmel, 2016, p. 115). Enquanto um homem que se identifica enquanto tímido, Paulo contou que um dos motivos de ter começado a usar drogas foi justamente sua dificuldade em lidar com sua timidez, o que, eventualmente, resultou em adição e na busca por uma reabilitação, em razão das implicações negativas do seu abuso de substâncias.

Na mesma direção, Zanello e Bukowitz (2011), constataam que o próprio dispositivo da eficácia reverbera na saúde mental desses homens. Através de suas altas exigências, gera conflitos e tensões constantes, que pode resultar em adoecimentos ao tentar responder a esse dispositivo – deste modo “os homens acabariam assim por serem oprimidos por sua própria opressão” (Zanello & Bukowitz, 2011, p. 8). E quando adoecem psicicamente se veem num lugar de impotência frente a esferas que antes os constituíam e reafirmavam enquanto homens, uma vez que na maioria das vezes estão impossibilitados da eficácia sexual e/ou laboral (Zanello, Fiuza & Costa, 2015).

Como dito anteriormente, a própria criação de uma política pública no Brasil pensada especificamente para homens foi tardia, apenas em 2008 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Autores como Carrara, Russo e Faro (2009), nessa época, dedicaram-se a analisar tal documento, que apresenta a relação entre a negligência de muitos homens com sua saúde e questões valorizadas pelos modelos de masculinidades hegemônicas, uma vez que a ideia de invulnerabilidade, situada enquanto premissa, afasta esses sujeitos do cuidado com a própria saúde. Carrara, Russo e Faro (2009) sublinham que, no documento que marca o nascimento da PNAISH, os homens são apresentados enquanto vítimas deles próprios, “vítimas de sua própria masculinidade”

(Carrara, Russo & Faro, 2009, p. 672).

Os autores chamam também atenção para a complexidade e a dificuldade de se tratar deste assunto no sentido de traçar com homens estratégias preventivas e de cuidado à saúde. Como horizonte de atuação para modificação desse paradigma, os autores sugerem a importância de articulação de uma mudança cultural que possibilite aos homens se reconhecerem como vulneráveis “socialmente” para então conceber suas vulnerabilidades “biológicas”:

Tudo se passa como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para poder perceber sua vulnerabilidade biológica e para ver algum sentido na luta por ultrapassá-la. Dito de outro modo, mostrar-se invulnerável faz parte do exercício do poder pelos homens e o poder tem um “preço” (uma vida mais curta ou menos saudável) que, parece, os homens ainda estão dispostos a pagar (Carrara, Russo & Faro, 2009, p. 673).

Sobre este debate, Rangel, Castro e Moraes (2017) afirmam que homens, em sua maioria, por terem em seu horizonte os imperativos da masculinidade hegemônica como ideais regulatórios, acabam por negligenciar aspectos relacionados ao cuidado à saúde, buscando ajuda apenas quando atingem níveis mais extremos de enfermidade. As autoras ressaltam, inclusive, que muitos homens consideram que alguns cuidados e exames colocam à prova sua masculinidade, a exemplo do exame de próstata. Nesta perspectiva, questiona-se se seria também o teste anti-HIV, dado a construção social da AIDS e sua associação a homossexualidade, um exame que coloca à prova a masculinidade de homens heterossexuais? Douglas e Jonathan em suas trajetórias, por exemplo, aproximam-se do que os autores constataam, pois descobriram sua infecção apenas quando precisaram buscar um hospital,

tamanho agravou a sua saúde. Paulo, por sua vez, teria realizado o exame caso não fosse obrigatório para sua admissão na comunidade terapêutica?

Podemos relembrar neste aspecto, a questão apresentada anteriormente sobre os níveis de mortalidade em decorrência da AIDS, que apresenta taxas muito maiores em homens, mortes facilmente evitáveis caso o tratamento ocorresse em momentos anteriores. Em se tratando da AIDS, adiciona-se o histórico de construção da doença nos anos iniciais pela mídia enquanto algo relacionado a homossexuais. Tal associação quando relacionada aos preceitos da masculinidade que tem como imperativo “não ser *gay*” torna a simples ideia de infecção ao HIV uma impossibilidade – *como posso ser “homem”, heterossexual, e estar infectado por um “vírus gay”?*. Deste modo, podemos pensar nos impactos da construção social articulada inicialmente ao vírus e a AIDS, sendo esta amplamente circunscrita a uma noção de abjeção (Butler, 1993/2019), ou seja, a premissa de que a infecção estava restrita a pessoas e modos de existência situados socialmente como desviantes, o que impactou de forma significativa a dificuldade de percepção de homens cisgênero e heterossexuais quanto a sua vulnerabilidade ao HIV, sendo este o debate que articulamos ao longo desta dissertação.

CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

Durante todo o processo de construção desta pesquisa, buscamos analisar e debater as dimensões que implicaram em vulnerabilidades à infecção pelo HIV nas trajetórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV. Para alicerçar essa análise, recorreremos às histórias de vida desses homens por meio da metodologia da história oral, articulando-as com o debate teórico sobre a construção social da AIDS e aos estudos sobre masculinidades.

Agora, na parte final desta dissertação, gostaríamos de compartilhar parte dos aprendizados construídos ao longo desse percurso, refletir sobre os desafios enfrentados, os limites que marcaram o processo e as possibilidades que emergiram ao longo da investigação. Assim, deixamos também sugestões e caminhos que possam inspirar novas pesquisas e reflexões sobre a correlação entre masculinidades, HIV e seus atravessamentos no campo da psicologia social.

Ao nos contar sobre suas trajetórias individuais, os homens que compartilharam suas histórias conosco, evidenciaram dinâmicas sociais mais abrangentes, que expõem modos como eles vêm sendo interpelados ao longo de suas vidas por noções culturalmente estabelecidas de masculinidades. Assim como a teoria já nos sinalizava, esses homens nos mostraram através dos relatos das suas trajetórias de vida, a complexidade dos processos de construção das masculinidades, com todas as suas nuances, contradições e possibilidades face a realidade vivida – afinal, os participantes explicitam modos como noções culturais se materializam em práticas cotidianas, no sentido de reafirmar perspectivas hegemônicas de masculinidade e/ou de subvertê-las. Para Douglas, no cuidado com a casa, para Paulo na negativa às “rodinhas” que objetificam mulheres e para Jonathan a vivência do amor romântico... São exemplos de caminhos que ora reproduzem, ora questionam ideais regulatórios hegemônicos e que nos apontam fissuras, rachaduras e brechas nos processos de

produção de si.

Suas histórias evidenciaram que o ideal de masculinidade hegemônica os colocou frequentemente em condições de maior vulnerabilidade a infecção pelo vírus HIV, pois na busca por corresponder ao que lhes é esperado enquanto homens heterossexuais, colocaram muitas vezes em ação práticas que os expuseram ao risco, ainda que isso pareça contraditório uma vez que almejavam justamente parecerem fortes e viris – exemplificamos algumas das práticas: relações sexuais sem preservativo, uso de substâncias psicoativas e a negligência com a própria saúde.

Somado à isso tem-se a construção social da AIDS, onde a infecção foi associada erroneamente à grupos tidos socialmente como desviantes e nos quais o público masculino heterossexual não estava circunscrito, colocando-os inicialmente como “imunes” ao vírus. Sendo assim, durante um bom tempo, homens heterossexuais não se viam e nem eram vistos enquanto vulneráveis ao HIV, o que acabou também por deixá-los vulneráveis à infecção – os próprios entrevistados verbalizam isso: de que não se viam enquanto vulneráveis ao HIV justamente por se tratar do que foi disseminado na mídia enquanto “peste gay”.

Os relatos dos entrevistados mostram, contudo, que o diagnóstico do HIV também possibilitou uma ruptura significativa com parte das práticas associadas à masculinidade hegemônica. Entre os efeitos dessas mudanças, foram relatadas a diminuição do consumo de substâncias psicoativas e o início de práticas de autocuidado, como o acompanhamento médico regular – aspectos que antes eram negligenciados e que, a partir do diagnóstico, foram priorizados para garantir uma vida considerada saudável. Jonathan, expressou de forma marcante que o HIV “*salvou sua vida*”, justamente por o tirar desta lógica de autodestruição vinculada às exigências de “ser homem”. Assim, um diagnóstico que durante muito tempo foi entendido enquanto sentença de morte, pode, para alguns, implicar na produção de novos sentidos.

Nesse ponto, é importante considerar algumas características dos homens entrevistados. Todos frequentaram a escola até o ensino médio, e, devido à faixa etária, é possível supor que tiveram contato com a construção social da AIDS desde o início da epidemia. Além disso, dois dos três entrevistados descobriram seu diagnóstico reagente para o HIV já hospitalizados, em estágio avançado da AIDS – diretamente relacionado à nossa parceria com a instituição onde os grupos ocorrem, que acolhe pacientes encaminhados do HU, refletindo um perfil característico de indivíduos com diagnóstico tardio.

Acreditamos que diversificar as características dos homens entrevistados seria a melhor escolha para a pesquisa, ter acesso a homens com diagnósticos feitos em diferentes contextos, faixas etárias e períodos históricos. Entretanto, diante da realidade encontrada de um campo pouco permeável, marcado por recusas e dificuldade de acesso aos homens, não pudemos selecionar os participantes pensando nesses aspectos. Sendo assim, agradecemos imensamente aos homens que aceitaram participar da pesquisa, compartilhando generosamente suas histórias e contribuindo de forma valiosa para os estudos de masculinidades e HIV.

Além da limitação citada acima, consideramos que o fato das entrevistas terem sido conduzidas por uma entrevistadora mulher, cisgênero, de vinte e seis anos, pode ter sido um fator inibitório para alguns dos entrevistados. Um exemplo disso foi verbalizado por Jonathan, que relatou que não iria entrar em detalhes sobre determinado assunto por considerar a entrevistadora muito “menininha” – neste ponto foi realizada uma tentativa de estabelecer um ambiente ainda mais confortável e acolhedor, reafirmando a questão científica da pesquisa e dos pontos citados no TCLE. Entretanto, consideramos que a dinâmica de gênero e a questão geracional possa ter influenciado a profundidade de algumas respostas, como foi o caso do Jonathan.

O processo de construção social da AIDS reverbera até hoje em diversos campos e não

é facilmente desvinculada do que foi estabelecido inicialmente na história, por isso acreditamos que essa pesquisa também cumpre um importante papel ao questionar e desestabilizar essa associação do risco de infecção a determinados grupos, (re)lembrando – mesmo que na quarta década de epidemia – que o vírus não discrimina a orientação sexual.

Esse cenário nos leva também a refletir se essa lógica está ainda presente no imaginário de profissionais da saúde, afinal, será que esses profissionais têm oferecido testes e estratégias de prevenção a homens heterossexuais? Será que consideram a possibilidade de infecção pelo HIV ao atender homens heterossexuais com sintomas compatíveis? Essas questões, que emergem deste trabalho, podem ser exploradas em pesquisas futuras voltadas especificamente aos profissionais da saúde.

De qualquer forma, acreditamos ser de extrema importância que as políticas públicas relacionadas ao HIV no Brasil sejam ampliadas, garantindo o acesso possível e universal às formas de prevenção, testagem e tratamento para o HIV. É fundamental que profissionais da saúde incorporem em suas formações debates críticos sobre o processo de construção social da AIDS, para que exerçam suas profissões com menos preconceitos e de forma ética. Observamos também que a precarização do SUS e a terceirização de profissionais têm impactado significativamente a rede de serviços que atendem demandas relacionadas ao HIV, levantando questões sobre qualificação para o atendimento à essa população e a construção de vínculos. Como formar vínculos, oferecer testagem e acolhimento adequados, com profissionais qualificados para isso, em um sistema onde, frequentemente, renovam-se as equipes?

Além disso, enquanto profissionais da psicologia temos o dever de contribuir continuamente para a superação de estigmas, preconceitos e discriminações que afetam as pessoas vivendo com HIV. Atuando de forma a desconstruir quaisquer narrativas que perpetuem estigmas, questionando e colocando em debate perspectivas alicerçadas em uma

abordagem ética, interseccional e política, considerando também as singularidades dos sujeitos. Certas marcas da história são dificilmente cicatrizadas, ainda em 2025 é possível notar que pessoas vivendo com HIV são alvos de estigmas diários, sendo que falar sobre HIV abertamente ainda é um desafio, o que dificulta o enfrentamento efetivo da epidemia, reforçando o medo e o silenciamento.

Ouvir as histórias de Douglas, Paulo e Jonathan foi um convite para olhar além das estatísticas, compreender as entrelinhas e reconhecer os atravessamentos em suas histórias de vida, que refletem também as histórias de vida de outros homens heterossexuais vivendo com HIV em alguma medida. Encerramos esse ciclo com ainda mais certeza de que é imprescindível debater sobre o HIV em diversos espaços, escutar atentamente pessoas vivendo com HIV e trabalhar ativamente espalhando informações reais sobre o vírus – essas ações fazem toda a diferença para uma sociedade mais acolhedora a diversidade.

REFERÊNCIAS

- ABIA, Associação brasileira interdisciplinar de AIDS (2021). REFAZENDO A PREVENÇÃO DO HIV NA 5ª DÉCADA DA EPIDEMIA DE HIV E AIDS. [S. l., 2021]. Recuperado em 5 de novembro de 2022, de <https://abiaids.org.br/refazendo-a-prevencao-do-hiv-na-5a-decada-da-epidemia-de-hiv-e-aids/35273>.
- Abreu, C. F. (1985, 2 de junho). Duas ou três coisas sobre os anos 80. *Revista Domingo, Jornal do Brasil*. Disponível em <https://caiofcaio.blogspot.com/2017/06/>
- Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, & ABGLT. (2024). *Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023*. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT. ISBN: 978-65-994905-3-8.
- Adichie, C. N. (2014). *Sejamos todos feministas* (M. B. de Azevedo, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 2014)
- Alencar, T. M. D. de., Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1841–1849. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600019>
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. Em Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp. 121-144). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, C. R. S. (2012). *Fatores associados à realização do teste anti-HIV na população brasileira*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.6.2012.tde-22012013-103810.
- Benevides, B. G. (2024). *Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023*. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2008a). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. (2008b). *Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília. ISBN 978 85 334 0547 9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. (2021a). *Boletim epidemiológico AIDS/DST*. Brasília; 2021. ISSN 1517 1159.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2021b). NOTA INFORMATIVA Nº 5/2019. [Brasília, 2019]. Recuperado em 6 de novembro de 2021, de https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021c). Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovodadas no Brasil. Brasília; 2021. ISSN 9352 7864.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2022a). Diretrizes para a distribuição de autotestes de HIV no Brasil. [Brasília, 2022]. Recuperado em 5 de novembro de 2022, de <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias-periodo-eleitoral/publicacao-apresenta-diretrizes-para-a-distribuicao-de-autotestes-de-hiv>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2022b). AIDS: O QUE É, CAUSAS, SINTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO. [Brasília, 2022]. Recuperado em 5 de novembro de 2022, de <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias-periodo-eleitoral/publicacao-apresenta-diretrizes-para-a-distribuicao-de-autotestes-de-hiv>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids (2022c). Boletim epidemiológico AIDS/DST 2022. [Brasília, 2022]. ISSN 1517 1159.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2024a). Campanha Fique Sabendo - 2003. [Brasília, 2022]. Recuperado em 20 de junho de 2024, de <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-fique-sabendo-2003>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2024b). Campanha de Diagnóstico - 2003. [Brasília, 2022]. Recuperado em 20 de junho de 2024, de <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-de-diagnostico-2003>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2024c). Campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids: Não leve aids para casa - 2000. [Brasília, 2022]. Recuperado em 20 de junho de 2024, de <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-do-dia-mundial-de-luta-contra-aids-nao-leve-aids-para-casa-2000>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2024d). O que é população-chave para o HIV? [Brasília, 2022]. Recuperado em 07 de dezembro de 2024, de <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/faq/o-que-e-populacao-chave-para-o-hiv>.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2025). Prevenção Combinada [Brasília]. Recuperado em 05 de janeiro de 2025, de <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>.
- Brasil de Fato. (2020, janeiro 10). Damares assume incentivo à abstinência sexual na adolescência como política pública. Brasil de Fato. Recuperado em 15 de Julho de 2024 em <https://www.brasildefato.com.br/2020/01/10/damares-assume-incentivo-a-abstinencia-sexual-na-adolescencia-como-politica-publica>.
- Butler, J. (2019). *Corpos que importam*. São Paulo: n-1 Edições Crocodilo Edições. (Trabalho original publicado em 1993).
- Caetano, M., & Silva Junior, P. M. da. (2022). *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 19(3), 659-678. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>
- Carvalhoes, F. F. (2008). *Subjetividade e aids: a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV+ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.
- Castejon, M. J.; Granato, C. F. H., & Oliveira, C. A. de F. (2022). Diagnóstico sorológico da infecção por HIV/Aids no Brasil. *Boletim Epidemiológico Paulista*, São Paulo, 19, 1-39. doi: 10.57148/bepa.2022.v.19.37710.
- Cassab, L. A., & Ruscheinsky, A. (2004). *Indivíduo e Ambiente: a metodologia de pesquisa da história oral*. Biblos, Rio Grande, 16, 7-24.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo.
- Diretoria LGBT. (2020, junho 11). *Mês do Orgulho LGBTI: Um breve histórico sobre a luta da população LGBTI contra o HIV/AIDS*. Universidade Federal de Pernambuco. Recuperado em 24 de junho de 2024, de https://www.ufpe.br/nucleolgbt/destaques/-/asset_publisher/qLHUkFubNatN/content/mes-do-orgulho-lgbt-um-breve-historico-sobre-a-luta-da-populacao-lgbti-contra-o-hiv-aids/369525.
- Domingues, P. S. (2014). *A representação social do ser homem para homens heterossexuais e a vulnerabilidade para o HIV/AIDS* (Dissertação de mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
- Epelboim, S. (2004). Memória individual e memória social/coletiva: considerações à luz da psicologia social. *Memorandum*, 7, 18-31. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6772>

- Faustino, D. (2021). O negro, o drama e as tramas das masculinidades no Brasil. Em Ambra, P. (Org.), *Cartografias da masculinidade* (pp. 61-70). São Paulo: Cult Editora.
- Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz. (2019). Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. Juliana Krapp. Recuperado em 23 de junho de 2024, de <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>.
- Francisco, M. T. R., Fonte, V. R. F. da, Pinheiro, C. D. 'O. P., Silva, M. É. dos S., Spindola, T., & Lima, D. V. M. de. (2019). A realização do teste diagnóstico para HIV entre os participantes do carnaval. *Enfermeria Global*, (53), 151-166. doi: 10.6018/eglobal.18.1.306001.
- Foucault, M. (2022). *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1976).
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado em 19 de maio de 2023, de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>.
- Fúria e Tradição. [@FuriaeTradicao]. (2024, Maio 12). *Os meninos de hoje precisam voltar a assistir desenhos assim para formar um imaginário realmente masculino*. [Imagem anexada]. X. Recuperado em 21 de Maio de 2024, de <https://x.com/furiaetradicao/status/178982604596248601?s=46&t=SwiKaiU-oCHCDn ahqsqiPg>
- G1. (2010, março 29). Justiça determina que 'BBB 10' esclareça como se contrai o vírus HIV. Portal G1. Recuperado em 21 de Maio de 2024 em <https://g1.globo.com/Noticias/PopArte/0,,MUL1549511-7084,00-JUSTICA+DETERMINA+QUE+BBB+ESCLARECA+COMO+SE+CONTRAI+O+VIRUS+HIV.html>
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA. ISBN 85 7326 162 5.
- Godoy, A.S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de S.Paulo.35, 57-64.doi: 10.1590/S0034-75901995000200008.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. Tradução: Mathias Lambert, 4.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C., & Hearst, N.. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista De Saúde Pública*, 36(4), 50-60. doi: 10.1590/S0034-89102002000500008.
- Hack, R. F. (2014). *Foucault, a modernidade e o sujeito* (Tese de Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

- Istoé. (2021, agosto 31). Medalha “imorrível”, “imbroxável” e “incomível” é apresentada por Bolsonaro aos apoiadores. Istoé Publicações LTDA. Recuperado em 15 de Julho de 2024 em <https://istoe.com.br/medalha-imorrivel-imbroxavel-e-incomivel-e-apresentada-por-bolsonaro-aos-apoiadores/>
- Jeolás, L. S. (2007). *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da AIDS*. Londrina: Eduel.
- Jeolás, L. S.. (2018). Arriscar a vida por uma corrida: risco e corridas ilegais de carros e motos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), 1173-1182. doi: 10.1590/1807-57622017.0548
- Kimmel, M. S. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes antropológicos*, 4(9), 103-117. doi: 10.1590/S0104-71831998000200007.
- Kimmel, M. S. (2016). Masculinidade como homofobia: Medo, vergonha e silêncio na construção de identidade de gênero. *Equatorial*, 3(4), 97-124.
- Knauth, D. R., Hentges, B., Macedo, J. L. de., Pilecco, F. B., Teixeira, L. B., & Leal, A. F.. (2020). O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(6), e00170118. doi: 10.1590/0102-311X00170118.
- Leal, A. F., Knauth, D. R., & Couto, M. T. (2015). A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 143-155. doi: 10.1590/1809-4503201500050011.
- Lima, B. V. S. (2019). Efeitos adversos à terapia antirretroviral em pessoas infectadas pelo HIV: dificuldades na adesão ao tratamento e mudanças dos esquemas terapêuticos (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Mansano, S. R. V., Carvalho, P. R., & Carvalhaes, F. F. de. (2021). Pandemia, governamentalidade e biopolítica: a vida em disputa. *Revista Psicologia Política*, 21(51), 305-321. ISSN 2175-1390.
- Martins, A., Chaves, C., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Que fatores psicossociais se associam à realização do teste ao VIH? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(1), 3–10. doi: 10.15309/18psd190102
- Marques Junior, J. S., Gomes, R., & Nascimento, E. F. do. (2012). Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 511-520. doi: 10.1590/S1413-81232012000200024.
- Mesenburg, M. A., Wehrmeister, F. C., & Silveira, M. F. (2017). Teste de HIV solicitado e espontâneo: um estudo de base populacional com mulheres de uma cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 33(10), 1-15. doi: 10.1590/0102-311X00074415.

- Monteiro, S. S., Brigeiro, M., Vilella, W. V., Mora, C. & Parker, R. (2019). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24(5), 1793-1807. doi: 10.1590/1413-81232018245.16512017.
- Minayo, M. C. de S. (Ed. 26). (2001). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40, 139-15.
- Museu da Diversidade Sexual. (2020, dezembro 2). Por dentro do acervo MDS [Post no Facebook]. Facebook. Resgatado em 24 de junho de 2024, de <https://www.facebook.com/museudadiversidadeoficial/photos/a.1419664374981036/2888094348138024/>.
- Oliveira, J. (2020, Maio 8). Em decisão histórica, STF derruba restrição de doação de sangue por homossexuais. *El País Brasil*. Recuperado em 21 de Maio de 2024 em <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-08/em-decisao-historica-stf-derruba-restricao-de-doacao-de-sangue-por-homossexuais.html>
- Parker, R. & Aggleton, P. (2021). *Estigma discriminação e AIDS* [Livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. ISBN 978 65 87854 07 6.
- Ramos, S., et al. (2023). *Pele alvo: A bala não erra o negro* [Livro eletrônico]. Rio de Janeiro: CESeC.
- Rangel, E. M., Castro, B. G. D. S. M. M., & Moraes, L. P. (2017). “Porque eu sou é home!”: uma análise dos impactos da construção social da masculinidade no cuidado com a saúde. *Interfaces Científicas - Humanas e Sociais*, 6(2), 243-252. doi: 10.17564/2316-3801.2017v6n2p243-252.
- Ribeiro, L. T., & Marques, M. B.. (2024). (Bio)políticas públicas a pessoas que vivem com hiv/aids por uma ótica queer e desconstrucionista: desafios e iniquidades. *Saúde E Sociedade*, 33(3). doi: 10.1590/S0104-12902024220885pt
- Santos, E. da S. (2022). Necropolítica bolsonarista e discurso autoritário: considerações acerca dos impactos causados às pessoas que vivem com HIV. *Revista Extraprensa*, 15(Especial), 359-371 doi: 10.11606/extraprensa2022.193525.
- Santos, G. G. da C. (2007). Mobilizações homossexuais e estado no Brasil: São Paulo (1978-2004). *Revista Brasileira De Ciências Sociais*, 22(63), 121-135. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092007000100010>.
- Sabino, P. (2018). Síndrome da Humana Deficiência Adquirida. Em R. N. Mello (Org.), *Tente entender o que tento dizer: Poesia + HIV/AIDS* (p. 73). Bazar do Tempo.
- Schaurich, D. (2013). Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade: Reflexões em Tempos De HIV/Aids. *Revista Contexto & Saúde*, 4(6), 115-127. doi: 10.21527/2176-7114.2004.06.115-127.

- Silva, C. G. M. da. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Revista De Saúde Pública*, 36(4), 40-49. doi: 10.1590/S0034-89102002000500007.
- Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Timerman, A., & Magalhães, N. (2015). *Histórias da Aids*. Belo Horizonte: Autêntica. 150p. ISBN: 978-85-8217-626-9.
- UNAIDS, Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2018). Indetectável = Intransmissível. [Brasília, 2018]. Recuperado em 6 de novembro de 2022, de <https://unaids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>.
- Valencia, S. (2021, Maio 13). Uma masculinidade necropolítica. *Resista! Observatório de resistências plurais*. Recuperado em 8 de abril de 2023, de <https://resistadotblog.wordpress.com/2021/05/13/uma-masculinidade-necropolitica/>.
- Vergueiro, M. (2019). *Exposta*. São Paulo: Conecta Brasil.
- Viana, N. (2006). Memória e Sociedade: uma breve discussão teórica sobre memória social. *Espaço Plural*, 5(14), 8-10. ISSN 1518 4196.
- Viveração Podcast. [@viveracao]. (2021, Abril 19). *No episódio falamos sobre as mudanças na atuação dos movimentos sociais e também do próprio ativismo. Mas nossa história hoje é sobre pessoas. Vamos falar sobre Markito. E aí, você sabe quem foi Markito?*. [Imagem anexada]. X. Recuperado em 5 de Agosto de 2024, de <https://x.com/viveracao/status/1384150465781276672?s=46&t=SwiKaiU-oCHCDnahqskiPg>
- Wagner, T. M. C., Maggi, A., Souza, C. T. de., & Souza, R. da S. de. (2010). Estudantes Universitários em Tempos de HIV: O contexto da testagem. *Interação em Psicologia*, 1(14), 61-71. doi: 10.5380/psi.v14i1.9441.
- Weeks, J. (2022). O corpo e a sexualidade. Em G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (4ª ed., pp. 43-104). Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1996).
- Zambenedetti, G. (2020). A Atualidade e a Multitemporalidade dos Processos de Estigmatização da AIDS. Em V. Leite, V. Terto Jr., & R. Parker (Orgs.), *Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção* (pp. 125-130). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA.
- Zanello, V. & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys*, 20(2), 20-21.
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. doi: 10.1590/1984-0292/1483.

Zanello, V. (2018). Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris. 301p. ISBN 978-85-473-1028-8.

Zanello, V. (2022). A Prateleira do Amor: sobre mulheres, homens e relações. Curitiba: Appris. 144p. ISBN: 978-65-250-3372-3.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Roteiro da Entrevista

Dados Demográficos

1. Nome completo

2. Como prefere ser chamado

3. Pronome

- Ela/dela
- Ele/dele
- Elu/delu
- Outro: _____

4. Idade

5. Cor, Raça/Etnia

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela
- Outra: _____

6. Orientação sexual

- Heterossexual
- Bissexual
- Homossexual
- Panssexual
- Prefiro não informar
- Outro: _____

7. Frequentou a escola? Se sim, qual é o seu nível de escolaridade?
8. Você trabalha atualmente? Se sim, em qual área atua?

Diagnóstico

9. Como foi o processo de descoberta do diagnóstico de HIV?
10. Quais foram suas primeiras reações e sentimentos?
11. Fez o teste em que circunstâncias? Busca espontânea? Pedido médico?
12. Quais mudanças específicas você nota após o diagnóstico?
13. Qual era seu entendimento e/ou relação com a temática HIV AIDS antes do diagnóstico?

Trajetória de Vida e Vulnerabilidades

14. Quais elementos em sua trajetória de vida você considera que contribuíram para a infecção pelo vírus?
15. Você se via enquanto uma pessoa possivelmente vulnerável ao HIV? Por quê?

Masculinidades

16. Como você percebe a sua masculinidade?
17. Na sua percepção, quais foram as influências que moldaram essa percepção?
18. A partir do diagnóstico, você percebe alguma mudança na forma como se vê como homem?

Sistema de Saúde

19. Como tem sido a sua experiência com o sistema de saúde no tratamento do HIV?
20. Que sugestões você teria para melhorar as campanhas e o atendimento a homens heterossexuais vivendo com HIV no sistema de saúde?

Final

21. Há algo mais que você gostaria de compartilhar?

APÊNDICE B**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você foi convidada a participar da pesquisa “**Masculinidades e Trajetórias de Vida: Vulnerabilidades de Homens Heterossexuais Vivendo com HIV**”, realizada pela pesquisadora Isadora Rocha Soler, com a orientação da Profa. Dra. Flávia Fernandes de Carvalhaes. Essa pesquisa tem o objetivo de analisar condições individuais, sociais e programáticas que implicaram em vulnerabilidades à infecção pelo HIV nas trajetórias de vida de homens heterossexuais vivendo com HIV.

Você participará da pesquisa através de entrevistas individuais com a pesquisadora responsável, sendo estas gravadas para garantir a precisão dos dados coletados e posteriormente transcritas. Os benefícios da pesquisa envolvem o aprofundamento de debates acerca das vulnerabilidades de homens heterossexuais vivendo com HIV em relação à infecção pelo vírus. Os resultados dessa investigação também poderão ser utilizados para a (re)formulação de políticas públicas no campo do HIV. Quanto aos riscos, estes são mínimos, mas poderão ocorrer, como desconfortos, constrangimentos, dentre outros. Porém, neste caso, você será acolhido e atendido individualmente pela psicóloga pesquisadora responsável.

Quero deixar claro que a sua participação é voluntária e que você pode se recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento e isso não te afetará negativamente de forma alguma. Você também tem o direito de solicitar esclarecimentos adicionais ou tirar dúvidas em qualquer fase da pesquisa. As informações extraídas só serão usadas para os fins da pesquisa e sua identidade será preservada, ou seja, você não será identificado. Informo também que qualquer anotação da pesquisadora sobre o conteúdo das entrevistas será mantida em absoluto sigilo e segurança. Você não terá gastos, mas também não receberá nenhuma remuneração pela sua participação, todas as despesas geradas pela pesquisa serão devolvidas caso ocorram. Caso não queira participar da pesquisa, você poderá continuar participando das atividades do Centro de Testagem e Acolhimento (CTA).

Esse documento possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá nos contatar ou procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola de Pós-Graduação, sala 14, Campus Universitário, Campus Universitário, Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Paraná, CEP: 86057-970, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br, .**

Londrina, ____ de _____ de 2024.

Pesquisador Responsável

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____