

Marcadores sociais, estigma e narrativas de risco e saúde na testagem rápida para HIV entre usuários e profissionais da saúde

*Kátia Bones Rocha**

*Alice Martins Abadi***

*Betina Beltrame****

*Adolfo Pizzinato*****

Resumo

Objetivo: Analisar como as narrativas de profissionais e usuários articulam noções como risco e promiscuidade na identificação de quais usuários deveriam realizar o aconselhamento e o teste rápido para HIV na atenção primária. Método: Pesquisa qualitativa com 10 usuários e 8 profissionais da atenção primária de Porto Alegre, que responderam a uma entrevista semi-dirigida, analisada a partir dos pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Discursiva. Os resultados foram organizados em um mapa discursivo que aponta os preconceitos e estigmas associados à temática. Dentre os motivos para a escolha das pessoas que deveriam realizar o teste, surgem questões relacionadas à idade, gênero, vulnerabilidade, uso de substâncias e à ideia de pessoas “promíscuas”, que fazem “mais sexo” e têm “muitos parceiros”. É importante notar que o uso do preservativo, um dos elementos centrais que define a exposição, nem sempre estava presente, produzindo um discurso estigmatizador e moral em relação às vivências e práticas.

Palavras-chave: HIV/Aids; estigma; infecções sexualmente transmissíveis; aconselhamento

Social markers, stigma and risk and health narratives in rapid HIV testing among users and health professionals

Abstract

Objective: To analyze how the narratives of professionals and users articulate notions such as risk and promiscuity in the identification of which users should undergo counseling and rapid HIV testing in primary care. Method: Qualitative research with 10 users and 8 primary care professionals in Porto Alegre, who responded to a semi-structured interview, analyzed from the theoretical-methodological assumptions of Discursive Psychology. The results were organized in a discursive map that points out the prejudices and stigmas associated with the theme. Among the reasons for choosing which people should undergo testing, there are questions related to age, gender, vulnerability, substance use, and the concept of “promiscuous” individuals who have “more sex” and have “multiple partners”. It is important to note that the use of condoms, one of the key elements that defines exposure, was not always present, leading to a stigmatizing and moral discourse regarding experiences and practices.

Keywords: HIV/Aids; stigma; sexually transmitted infections; counseling

* ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-7603-1709> . Universidad Autónoma de Madrid. katiabonesrocha@gmail.com .

** ORCID iD <http://orcid.org/0000-0002-5864-9000> . PUCRS. alicemabadi@gmail.com .

*** ORCID iD <http://orcid.org/0000-0003-3493-1914> . UNIJUÍ. tinabeltrame@hotmail.com .

**** URL <http://orcid.org/0000-0002-1777-5860> . Universidade Federal do Rio Grande do Sul. adolfofopizzinato@hotmail.com .

Introdução

Nos últimos anos, as mudanças no panorama científico no campo do HIV/Aids implicaram em novas formas de compreensão, enfrentamento, tratamento e prevenção do HIV/Aids. Porém, apesar dos avanços e das novas demandas socio-sanitárias, o HIV continua sendo uma preocupação epidemiológica global. Diferente do que ocorre com outras doenças infecciosas (como a influenza, a SARS ou a COVID-19, por exemplo), o HIV/Aids ainda carrega outro fator de risco social: o forte estigma do julgamento moral, que intensifica a discriminação, a pobreza e a exclusão. Isso marca, nas diferentes sociedades, possibilidades existenciais muito distintas. Na década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de Aids, a epidemia foi associada aos chamados “grupos de risco”, os “4H”, dos quais faziam parte homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos e profissionais do sexo (“*hookers*” em língua inglesa) (Gomes, Silva & Oliveira, 2011).

O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/Aids continuam comprometendo os esforços dos indivíduos que vivem com o vírus em levar uma vida plena e digna, alimentando preconceitos sociais e rejeição, em última análise, impedindo uma resposta eficaz à epidemia (Rocha, Ew, Moro, Zanardo & Pizzinato, 2018; UNAIDS, 2013), isso sem considerar os retrocessos graves das políticas de cuidado do momento atual (Agostini, Rocha, Melo & Maksud, 2019).

A epidemia do HIV no Brasil, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), configura-se como concentrada: as prevalências em populações-chave (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo). A epidemia generalizada caracteriza-se como epidemia bem estabelecida na população geral, com prevalência da infecção acima de 1% entre as gestantes (WHO, 2000). No Rio Grande do Sul a epidemia pode ser considerada mista ou generalizada com 8,1 gestantes HIV positivas para cada 1000 nascidos vivos (Pereira, Shimizu, Bermudez & Hamann, 2018).

Apesar das mudanças no perfil da epidemia de HIV, a atual juvenilização (Ramos *et al.*, 2019) e o avanço conceitual no sentido de superar a ideia de grupo de risco, ela ainda está muito presente, assim como o estigma vinculado ao HIV. O estigma pode ser considerado um processo de exclusão que envolve diferentes níveis sociais em um jogo desigual de forças, podendo desencadear ações discriminatórias (Parker, 2012). A discriminação associada ao HIV decorre do estigma relacionado à doença, associado

ao fato de esta ser uma doença de transmissão sexual, o que significa que está carregada de julgamentos morais sobre sexo e sexualidade (UNAIDS, 2013), recrudescidos na atualidade pelo pânico moral também associado ao campo dos estudos de gênero (Pecheny, 2019).

Louro (2000) destaca que a sexualidade ainda é considerada por muitos como algo que se possui “naturalmente”, algo dado pela natureza e inerente ao ser humano. Em contrapartida a esta visão, a sexualidade pode ser entendida não apenas como uma questão pessoal, mas também como uma questão social e política que historicamente gera classificações dos sujeitos a partir da forma como se expressam e se apresentam corporalmente. Essas classificações atuam como marcadores sociais que estão fortemente associados a um discurso moral, mesmo que disfarçado de sanitarismo. De acordo com a autora, esse discurso é elaborado a partir do lugar social ocupado, que tem como referência o homem branco, heterossexual, de classe média e cristão (Louro, 2000).

Atualmente, um dos discursos nos quais as lógicas sanitárias e morais se manifestam em uma confluência perversamente perigosa, no contexto do HIV/Aids, é a ideia persistente de que uma vida sexualmente ativa, com diferentes parceiros(as), é automaticamente definida como promiscuidade, associada à transmissão do vírus. Muitas vezes, a ideia de promiscuidade está relacionada ao número de parceiros, seguindo uma certa lógica epidemiológica parcial. No entanto, frequentemente ignora-se o elemento central no caso do HIV, que é o uso do preservativo.

Nesta direção, a pesquisa de Gomes e colaboradores (2011) destaca que, entre pessoas portadoras de HIV, as representações sociais relacionadas à doença associavam-se a dois grupos específicos: os homossexuais e as pessoas promíscuas. Aliás, a maioria dos primeiros também fazia parte do segundo grupo (Silva & Cueto, 2018). Portanto, o estudo aponta que as representações associadas ao início da epidemia permanecem presentes no discurso social nos tempos atuais, mesmo no campo da saúde e entre os profissionais formados e treinados para o cuidado (Gomes *et al.*, 2011).

Passerino (2013), por exemplo, em um estudo desenvolvido com profissionais de saúde que trabalham com HIV/Aids e adolescentes na Argentina, destaca o discurso reiterado sobre a promiscuidade dos jovens como o elemento principal para o avanço da epidemia. Esse discurso é produzido por médicos como parte do processo de atendimento e diagnóstico, com tendência a se reproduzir também na fala dos jovens. Na pesquisa de Hamann, Pizzinato, Weber e Rocha (2017) com

usuários de serviços especializados de atenção à saúde de pessoas com HIV, as narrativas dos participantes giravam em torno dos eixos: Promiscuidade/Risco e Culpa/Responsabilização. Esses eixos sintetizaram algumas das possibilidades de significação diante da necessidade de realizar o teste de HIV.

Os discursos de promiscuidade, risco, culpa e responsabilização articulam-se a partir de diferentes marcadores sociais, como na relação entre as feminilizações e heterossexualizações do HIV (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001), bem como nas atualizações do discurso do amor romântico (intrinsecamente relacionado às estratégias de cuidado sexual). Isso ocorre nas formas de colagem identitária entre a experiência sexual não heteronormativa e a noção de grupo de risco, além de outros aspectos transversais aos conteúdos narrativos, como os mecanismos de culpa e as estratégias narrativas vinculadas ao discurso biomédico.

Monteiro, Villela e Soares (2013) destacam a importância de pensar o estigma associado ao HIV/Aids como um processo complexo produzido no encontro entre diferentes eixos de desigualdades sociais, como idade, gênero, raça/etnia, sexualidade entre outros. Em termos gerais, o estigma poderia ser considerado um processo de exclusão que envolve diferentes níveis sociais em um jogo desigual de forças, podendo desencadear ações discriminatórias em distintas lógicas excludentes que operam mediante a intersecção de diferentes eixos de iniquidades (raça/etnia, gênero, sexualidade, classe, etc.) (Seffner & Parker, 2016).

O estigma relacionado ao HIV/Aids produz uma série de barreiras de acesso, tanto ao diagnóstico, quanto ao tratamento do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Na pesquisa sobre a descentralização da atenção à saúde de pessoas com HIV para a atenção básica em Porto Alegre, Rocha e colaboradores (2018) explicitam a resistência de muitas equipes em organizar seus processos e estratégias de trabalho para acolher as demandas relacionadas a testagem e aconselhamento no campo das IST e HIV/Aids.

Neste estudo, a noção de promiscuidade relacionada ao HIV/Aids será analisada na intersecção com marcadores como idade, gênero e orientação sexual. Compreenderemos como a articulação desses discursos pode construir barreiras de acesso ao teste, aconselhamento e tratamento do HIV/Aids no contexto de descentralização do teste e aconselhamento na cidade de Porto Alegre, voltado para a atenção primária. Ainda que focada na discussão da visibilidade lésbica, Adrienne Rich afirma que a heteros-

sexualidade compulsória é uma instituição política criada e mantida pelo poder e privilégio masculino, que marginaliza ou ignora outras existências, como a das lésbicas. Dentro de seus argumentos, ela defende a importância da ampliação das análises singulares de diferentes grupos diante das demandas eróticas e sexuais. Segundo Rich (1980), mais recentemente, as lésbicas foram agrupadas com os homens homossexuais na categoria “gay”, ou totalmente ignoradas, assim como muitas formas de socialização, eróticas ou não. Um exemplo disso foi o advento dos clubes sexuais homossexuais urbanos (principalmente masculinos) nos Estados Unidos da América nas décadas de 1960 e 1970, como locais fundamentais para a formação de comunidades queer e de poder político. Durante a crise inicial da Aids na década de 1980, apenas os “homossexuais promíscuos do sexo masculino contribuíram para o bem público ao “inventar o sexo mais seguro”. A omissão ou menções simbólicas às lésbicas e outros grupos exemplificam a crítica de Rich (1980) à instituição do poder masculino da heterossexualidade compulsória e a necessidade de incluir as existências lésbicas, trans e não normativas em um “projeto LGBTQIA+” que desafiaria a base da opressão que marginaliza parte da humanidade como “queer”.

Em termos epidemiológicos, é importante destacar o contexto da pesquisa. Em 2019, o Rio Grande do Sul foi o terceiro estado com a maior taxa de detecção de HIV do Brasil (28,3/100.000 habitantes), enquanto a média nacional foi de 17,8 casos/100.000 habitantes. Porto Alegre foi a capital com a maior taxa de detecção de HIV, registrando 58,5/100.000 habitantes em 2019. Além disso, a taxa de detecção de HIV em gestantes no estado em 2019 foi de 9,0 casos para cada 1.000 nascidos vivos. O Rio Grande do Sul ocupou, assim, o primeiro lugar no ranking dos estados com a maior taxa de detecção entre as gestantes, sendo 3,2 vezes maior do que a média nacional (2,8/1.000 nascidos vivos). A taxa de detecção em gestantes de Porto Alegre foi de 17,6 casos para cada 1.000 nascidos vivos, quase o dobro da taxa estadual (ESP/RS, 2021).

Neste panorama surge a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que busquem investigar em profundidade como se constrói no cotidiano dos serviços as barreiras de acesso ao teste de HIV e outras ISTs. Assim, o objetivo central deste artigo é analisar como as narrativas de profissionais e usuários articulam noções como risco, promiscuidade e marcadores sociais (idade, gênero, orientação sexual) na identificação de quais usuários deveriam realizar o aconselhamento e o teste rápido

para HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) na atenção primária.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo. Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação do processo de implantação da política de testes de HIV na atenção primária, a partir da percepção de matriciadores, profissionais da atenção primária e usuários”.

Os participantes desta pesquisa foram selecionados por conveniência em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde de Família (ESF). Porto Alegre conta com oito gerências distritais de saúde. A partir da parceria com a Coordenação Municipal de DST/Aids, foram selecionadas três unidades que realizam um maior número de testes rápidos de HIV e outras IST e três unidades que menos testam de cada distrito de saúde, sendo realizado o sorteio de uma de cada grupo, totalizando 16 unidades, sendo que uma unidade se recusou a participar do estudo. Assim, as UBS e ESF foram selecionadas intencionalmente. Os pesquisadores chegavam nas unidades selecionadas e explicavam os objetivos da pesquisa, solicitando que, preferencialmente, fossem entrevistados profissionais que realizassem o teste rápido e os usuários.

Foram selecionados para esta pesquisa um recorte da amostra maior. Os participantes da presente pesquisa foram 10 usuários e oito profissionais que referiram o número de parceiros, troca de parceiros ou a promiscuidade como critério para a realização do teste. Para garantir o sigilo dos participantes, os fragmentos utilizados serão identificados com a letra “U” para usuários e a letra “P” para profissionais. Dentre esses usuários, sete são mulheres, autodeclaradas solteiras, casadas, separadas ou viúvas, com idades variando de 28 anos a 76 anos. Os demais participantes são três homens, com idades entre 40 anos e 71 anos. No que diz respeito aos profissionais, sete são mulheres com diferentes ocupações (médicas, enfermeiras e agentes comunitárias de saúde), com idades variando entre 30 anos e 50 anos; e um homem, ACS, na faixa etária dos 30 anos.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-dirigidas, que abordaram questões associadas à descentralização do aconselhamento e teste rápido para IST para atenção primária. Entre as questões se perguntava quem os usuários acreditavam que deveriam realizar o teste rápido de HIV e outras IST.

A análise dos dados será baseada nos pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia Discursiva. A epistemologia que fundamenta a escolha metodológica é construcionista e busca compreender como o discurso realiza práticas sociais (Rasera, 2013). Análise Discursiva consiste em etapas não sequenciais que englobam as questões de pesquisa, seleção do material, coleta de registros e documentos, entrevistas, transcrição do material, codificação e análise do discurso (Potter & Wetherell, 1987).

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), (Edital Universal nº 482051/2013-2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, via Plataforma Brasil (nº 779.500).

Resultados e Discussão

Embora inicialmente não fosse o foco das entrevistas, a frequência e a intensidade com que temas relacionados à ideia de “promiscuidade” surgiram nas entrevistas geraram a necessidade de uma análise específica sobre a temática. Com o intuito de compreender como os discursos sobre promiscuidade circulam no contexto dos serviços de saúde, que cada vez mais passam a atender as demandas de usuários no campo do HIV/Aids, os resultados foram organizados em um mapa discursivo. Neste formato de análise, é possível observar que os estigmas e preconceitos associados à temática do HIV/Aids são persistentes nas articulações discursivas sobre o cuidado. De maneira ilustrativa, na coluna do meio do Quadro 1 estão as características autodeclaradas dos profissionais e usuários entrevistados sobre si mesmos. Na coluna da esquerda, estão indicativos de falas referentes às pessoas que não teriam necessidade ou não seriam prioridade para realizar o teste de HIV, e na coluna da direita, respectivamente, e não literal, os indivíduos considerados prioritários para a realização do teste rápido de HIV. (Veja o Quadro 1 na página seguinte).

A partir da análise das entrevistas foram organizados os seguintes eixos discursivos: 1) Plano Moral; 2) Marcadores sociais; e 3) Vulnerabilidade. No Quadro 2 são apresentados os eixos temáticos e os sentidos e significados relacionados à palavra ou à ideia de promiscuidade no contexto do teste rápido de HIV e outras IST na atenção primária à saúde.

Quadro 1 – Mapa discursivo de caracterização dos participantes e de quem estes acreditam que deveriam e que não deveriam fazer o teste de HIV.

Usuário	Não deve se testar/ não tem risco	Quem fala	Deve se testar/tem mais risco
U2	“quem tem idade avançada”	Homem; 71 anos; Casado; 1º Grau Completo.	Jovens, pois são muito “liberais”
U8	Pessoas em relações estáveis	Mulher; 48 anos; Casada; Superior Incompleto.	Jovens, que não usam preservativo
U9	-	Homem, 49 anos, Solteiro; Superior Incompleto.	Gays, pois são promíscuos. Prostitutas. Jovens, pois não há mais a “cara” da AIDS
U15	-	Mulher; 28 anos; Solteira; Ensino Médio Completo.	Quem tem muitos parceiros e Gays.
U17	Quem “se cuida”, usa camisinha, vai ao médico...	Mulher; 34 anos; Solteira; Negra; Ensino Fundamental Incompleto.	Pessoal mais promíscuo, que faz mais sexo.
U20	-	Mulher, 66; Separada; 2º Grau Completo.	Principalmente mulheres, pois muitas não usam camisinha; fala em homens que se aplicam/injetam e não usam preservativo.
U26	-	Mulher; 55 anos; Solteira; Ensino Médio Completo.	Jovens e usuários de drogas devem se testar, pois saem com muita gente.
U27	-	Mulher; 53 anos; Viúva; 2º Grau Completo.	Jovens, pois estão na “gandaia” e saem para baladas.
U28	-	Mulher; 76 anos; Solteira; Branca; Ensino Fundamental Completo.	Jovens mulheres que saem com muitos homens, que saem com os maridos das outras.
U35	Pessoas de mais idade.	Homem; 40 anos; União Estável; Ensino Médio Completo.	Jovens que estão ficando e se arriscando sem pensar, se cuidando menos.
Profissional			
P3	-	Mulher; Enfermeira.	Quem tem muitos parceiros.
P6	-	Mulher; 47 anos; Agente Comunitária.	Meninas; Jovens; Quem troca de parceiro.
P18	-	Mulher; 28 anos; Enfermeira.	Adolescentes, pois não se testam, são promíscuos e tem muitos parceiros.
P21	-	Mulher; 33 anos; Médica.	Pessoas que não usam prevenção, que tem múltiplos parceiros ou que tiveram uma vida sexual ativa muito movimentada.
P24	Pessoas que mantém uma relação estável.	Mulher; Médica.	Pessoas que têm relações sem preservativos e trocam de parceiros; Usuários de drogas; Quem faz tatuagem em qualquer lugar.

Quadro 2. – Sentidos e significados relacionados a quem deveria realizar o teste rápido.

Plano Moral	Marcadores sociais	Vulnerabilidades
Mais sexo	Gênero: associação à masculinidade e à homossexualidade	Usuário de drogas
Menos seletivas	Geração: associação à juventude	Pobreza
Sexo sem relacionamento afetivo	Gênero: associada as mulheres	Doenças
Sexo sem preservativo	Geração: associação à juventude	
Infidelidades	Gênero: mulheres	

Foi possível observar que estigmas e concepções identitárias de risco associadas às pessoas que possuem alguma vulnerabilidade se perpetuam, mesmo quando entrevistados profissionais da atenção primária. Neste caso, a concepção de promiscuidade é marcante e atravessa o mapa discursivo, fazendo referência à ideia de que um grande número de parceiros sexuais é um fator de risco para a infecção ou transmissão do vírus.

A palavra promiscuidade foi amplamente utilizada e relacionada a sentidos e significados como: “promíscuo – faz mais sexo”, “promíscuo – o que pega todo mundo”, “vida promíscua – relações furtivas, desprotegidas, duvidosas”. Em relação a esses discursos, algumas perguntas podem ser feitas: Mais sexo do que quem? Mais sexo em comparação com o quê? O que seriam relações duvidosas?

Algumas possibilidades se levantam nos fragmentos de entrevista a seguir: “Sim. Vou te falar algumas coisas que eu já ouvi assim, de ‘ah, geralmente pessoal mais promíscuo, faz mais sexo e tal, aí é capaz de ter mais doenças” (U17). Nas análises também foram incluídas as pessoas que referem como justificativa um maior número de parceiros, sem nomear isto como promiscuidade, mas não vinculando a ideia do número de parceiros ao uso do preservativo. “Eu acho que as pessoas que têm vários tipos de relacionamentos com pessoas diferentes, eu acho importante fazer, quem transa muito” (U15); “Acho que quem troca de parceiro muito (U28); “Acho que quem tem troca de parceiro” (P6).

Nas falas das pessoas participantes, o maior número de parceiros (no masculino) aparece associado a um maior risco de infecção pelo vírus do HIV, e na maioria das vezes, o uso do preservativo é subestimado nessa equação. O não uso do preservativo, independentemente do número de parceiros, é o fator mais importante para a exposição ao vírus do HIV, mesmo que intermitentemente. Essa dissociação entre o uso de

preservativos e o número de parceiros pode apontar para um importante elemento moral, pois, independentemente das estratégias socio-sanitárias aplicadas, ter um maior número de parceiros define a percepção das pessoas.

Os mapas discursivos analisados apontam que a vida sexual ativa está associada à promiscuidade, bem como os/as participantes vinculam a infecção à troca de parceiros, desconsiderando o uso de métodos preventivos. A não utilização do preservativo foi apresentada como um fator de risco quando relacionada aos múltiplos parceiros e, por outro lado, as relações monogâmicas foram associadas à uma ideia de segurança e estabilidade, como também uma medida protetiva ao contágio das IST. Dessa forma, o casamento aparece muitas vezes atrelado a uma ideia de fidelidade, o que supostamente reduziria o estigma da promiscuidade, além de despertar um sentimento de segurança no que se refere à epidemia da Aids (Miskolci, 2007). É possível perceber essa ideia no fragmento:

(...) a menina que fez o exame me perguntou “vocês usam preservativo?” E eu “ah, eu sou casada há 23 anos, eu não uso preservativo, né?” (...) Não tem problema, eu acredito relativamente na fidelidade do meu marido, ele é um cara bem pacato, bem quieto, né? Não vejo motivo pra me preocupar... (U8).

Cabe ainda pensarmos de fato se há parâmetros que não morais para a definição de promiscuidade. Quando participantes da pesquisa reiteram a ideia de “mais sexo”, “muito sexo”, “muitos parceiros”, “vida sexual desordenada” etc., a que se referem? Mesmo não se explicitando nenhum indicador epidemiológico formal (a despeito de sua possível construção objetiva), fica evidente a ideia da vida sexual sem um relacionamento social/afetivo estável (ou fora dessa relação) como elemento constituinte chave no processo de estigmatização da promiscuidade. Existem

parâmetros associáveis a critérios epidemiológicos ou clínicos – como indicam trabalhos como o de Scanavino e Abdo (2010) ou o de Barbosa, Koyama e GEPSAIDS – Grupo de estudos em População, Sexualidade e Aids (2008) – que indicam que o número de parceiros sexuais por ano varia de acordo com sexo, gênero, idade, renda e escolaridade, apontando que as mulheres cisgênero heterossexuais de maior renda, maior escolaridade e mais idade tendem a ter um número significativamente menor de parceiros do que homens mais jovens, com menos renda e escolaridade e homossexuais. Entretanto, além de não problematizados tais parâmetros, apesar de epidemiologicamente relevantes, acabam munindo argumentos preconceituosos. A crítica não pode, entretanto, desconsiderar a denominada “epidemia concentrada” (Villela & Barbosa, 2017) e o que isso implica em termos de planejamento de ações e políticas de cuidado.

Os entrevistados também referem que existe a ideia de que quem procura a testagem para IST são naturalizadas como pessoas promíscuas, o que de antemão dificultaria a realização do teste, como destacam profissionais e usuários:

Eu acho que é da base da orientação né, assim, a base da orientação. De repente, uma estratégia de divulgação ou orientação que conseguisse desmistificar essa coisa de que a testagem rápida foi porque quem é promíscuo ou coisa do gênero (P14).

Eu acho que tu ia ficar encabulada de chegar num lugar com um monte de gente, dizer que tu veio fazer um teste de HIV (...) todos iam olhar para nós achando que a gente tem uma vida promíscua ainda. A venda da imagem de fazer teste de Aids tem a ver com relações, fugiu o termo, furtivas, desprotegidas, sei lá o termo, duvidosas, né (U9).

Aparentemente, o que pode ser apenas uma relação sexual descuidada, ou associável ao sexo casual, facilmente é significado como uma vida promíscua, especialmente quando fatores de intersecção operam de maneira vetorial nesse acoplamento discursivo: homens, homossexuais, jovens e usuários de substâncias psicoativas. Qualquer um ou mais de um desses fatores parece potencializar uma certa estigmatização moralizante de “promiscuidade”. No caso do discurso das profissionais da saúde a ideia de vários (mesmo sem parâmetro técnico de quantos seriam esse “vários”) parceiros aparece associada ao uso descontinuado de preservativos, agregando outros referenciais como “vida sexual tumultuada”, elementos

altamente condenáveis e dignos de culpabilização, como ilustra o fragmento a seguir:

Também os homens solteiros ou casados, enfim (risos), que tenham mais de um parceiro ou que tiveram uma vida sexual... hoje podem ter um parceiro só, mas pode ser que tiveram uma vida sexual muito tumultuada ou enfim, né, com várias parcerias, sem o uso de preservativo (...). Ou homens ou mulheres, não importa com quem tem relação, se sejam outros homens ou outras mulheres, se são casais héteros, casais homos, não importa, mas as pessoas que não usam prevenção, que tem múltiplos parceiros ou que tiveram uma vida sexual ativa muito movimentada, deveriam todos fazer a testagem (P21).

Outra participante também refere o preconceito em relação ao HIV e coloca, sutilmente, as pessoas casadas como em outro nível na equação da culpabilização em relação ao HIV:

As pessoas têm preconceito, já vão olhar assim... não importa se ela pegou com o marido, ele com a esposa, todo mundo vai olhar assim... mulher então o pessoal já parte que “nossa, isso aí devia tá com todo mundo” (...) “essa aí com certeza anda na mão de todo mundo” é isso que eu digo, as pessoas elas não falam, mas tem um preconceito (U8).

A partir da análise das informações pessoais operacionalizadas na Quadro 1, é possível pensar que, de forma geral, existe um distanciamento e uma tendência a acreditar que o “risco” ou a necessidade de realização do teste de HIV está no outro e não no grupo do qual eu faço parte. Por exemplo, o senhor de 71 anos identifica que os jovens deveriam realizar o teste. A mulher solteira de 28 anos considera que os homens e gays deveriam fazer o teste. O homem solteiro heterossexual de 40 anos identifica que os jovens e o gays deveriam realizar o teste. A senhora de 72 anos identifica que as mulheres que saem com muitos homens deveriam realizar o teste e assim sucessivamente com as diferentes pessoas entrevistadas.

Nesta direção, Louro (2000) refere que o reconhecimento do “outro”, daquele ou daquela que não partilha dos atributos que possuímos, é feito a partir do lugar que ocupamos. Segundo a autora, as sociedades realizam esses processos e constroem fronteiras entre aqueles que representam a norma, em consonância com padrões culturais, e aqueles que ficam às margens. A norma, segundo Louro (2000), se estabelece historicamente, a partir do homem

branco, heterossexual, de classe média urbana e cristão, que passam a ser considerados a referência. Serão os “outros” os sujeitos que se tornarão “marcados”, como as mulheres, “o segundo sexo”, e gays e lésbicas descritos como desviantes da norma heterossexual (Louro, 2000).

Considerando as pessoas que são apontadas como as que mais deveriam realizar o teste, observa-se como os marcadores de juventude são identificados como potencialmente perigosos, assim como as pessoas que não obedecem a uma normativa de heterossexualidade compulsória. A associação entre juventude, promiscuidade e HIV foi destacada no estudo de Passerino (2013). Na presente pesquisa o jovem muitas vezes aparece como alguém sem capacidade de avaliação e julgamento e que em função disto acaba colocando-se em risco. Nesta direção os entrevistados referem:

A gente entende que a tendência é maior, o quanto mais jovem mais facilidade de contrair. Porque hoje em dia tu sabe como é que é, é muito liberal (...). Então esse negócio da juventude de ser muito liberal está causando um grande transtorno inclusive para a vida deles, que estraga, coitadinhos. Não tem noção do que pode causar um momento de prazer na vida, pode ser muito bom, quem é que não gosta de um momento de prazer? De um momento prazeroso? Mas em compensação tudo tem o seu preço (...). Então isso tudo influencia muito, nessas coisas, porque não para para pensar, não para conversar com Deus, pode ter mais facilidade para contrair esse tipo de coisa, porque Deus tem que estar sempre em cima, conferindo e te ajudando né (U2);

Essa gurizada de hoje que tá vindo, eu tenho quarenta anos, eu vim de outra ... eu vim de uma época diferente da nossa. Hoje, se tu olhar bem tem esses bailes funk que não presta, só tem o que não presta ali. Essa gurizada de hoje se envolve ali e é ali que acontecem as coisas, se tu olhar bem. Eles tão pouco se lixando, o negócio é pegar. Não sei quem pegou, qual é o risco, o que ta acontecendo... mudou um monte de coisa aí. Antigamente se cuidava mais. Agora se cuida menos o público jovem (U35); “Os adolescentes porque ficam, né. Ficam hoje com um, amanhã com outro” (U26).

Observa-se que essa crescente preocupação com os hábitos adotados pelos jovens ainda pode fazer parte da lógica que apresenta a infecção por HIV/Aids como consequência de condutas sexuais fora do moralmente prescrito (Weeks, 2010). Além disso, percebe-se que o cuidado e a proteção ainda estão muito relacionados a

uma visão heterossexual e tradicional da mulher como detentora desse papel (Cabral, 2007). Esse panorama requer a existência de políticas importantes sobre informação e conscientização do uso de preservativo e das possíveis IST, a fim de preparar adolescentes de ambos os sexos e diversas orientações para a entrada na vida sexual (Cabral, 2007). Nesse sentido uma profissional refere:

Bom, além das gestantes, acho que todo mundo. Se a gente tivesse perna a gente podia oferecer pra todos. Mas, ah, os jovens daqui pelo menos o meu bairro... Eu digo bairro porque aqui é teu bairro. Tem muito jovem, é só jovem. Eu quase não atendo idoso. Então, eles são muito promíscuos... A gente até pensou em fazer uma coisa voltada pro adolescente... Eles não usam camisinha, é difícil (...). Nossa, muitos jovens. Mas acho que todo mundo, os meninos, as meninas, todo mundo tinha que fazer (P18).

As mídias, de acordo com Louro (2000), vêm colocando cada vez mais em evidência as sexualidades, gerando um desconforto na sociedade, que antes escondia e privava a experimentação do campo sexual. Neste mesmo sentido, o sociólogo brasileiro Richard Miskolci (2007) destaca que este desconforto é denominado pânico moral e diz respeito ao temor em lidar com processos e mudanças sociais que possam vir a ameaçar a norma que valoriza o “status” da família e do casamento.

Ao longo das entrevistas observa-se que a ideia da união estável ainda aparece muito associada às relações sexuais e à não exposição, evidenciando nos jovens uma ameaça à esta norma:

Eu tenho muita pessoa mais velha e casada, enfim, que certamente não tem nem a cultura de usar preservativo no casamento, mas que não chega a ser uma exposição. Bom, a pessoa que tem uma relação estável há não sei quantos milhões de anos e, enfim, resolveu fazer porque nunca fez... A maior exposição, na verdade, tem a ver com a faixa etária e com a naturalização do sexo (...) e não do teste rápido. (...) eu acho que quem mais tem que ser aconselhado é adolescente e a pessoa mais velha. O adolescente que tem acesso a informação, mas não dá bola pra ela (P30).

A vinculação entre a ideia do jovem e da promiscuidade aparece de forma importante no discurso dos usuários, mas também dos profissionais. Passerino (2013) em um estudo desenvolvido com profissionais da saúde que

trabalham com HIV/Aids e com adolescentes observa a questão da culpabilização do portador pela infecção, justificada por discursos dos profissionais de transgressão profilática, da insistência da promiscuidade dos jovens e da precocidade do início das relações sexuais. A culpabilização aparece explicitamente nesta entrevista em relação a uma jovem que se infectou com HIV:

As pessoas têm que saber. Apesar de eu não ter uma relação de maior risco, eu tenho medo, não estou tendo há muito tempo. Lá perto onde eu morava uma menina morreu de Aids, dessa doença aí. O Aids, é Aids? Entrevistador: “Sim”. Pode ser, então, Aids. Menina nova, morreu e deixou três ou quatro filhos. Ela andava com muitas pessoas lá perto de casa, estava solteira e tinha envolvimento com todos os homens da região, pegava todos. E aí, então... (U28).

Neste sentido, Passerino (2013) destaca que o discurso biomédico da prevenção pode ter um papel importante no processo de culpabilização dos sujeitos. Se a prevenção do HIV consiste em apenas usar preservativo, a decisão de não o usar é responsabilidade única do indivíduo. Este discurso se reforçaria pela necessidade descrita por muitos médicos de buscar a origem da infecção, potencializando o imaginário de culpabilidade quando a transmissão é por via sexual, no egoísmo e incompetência quando a transmissão é por via vertical (Passerino, 2013).

No que diz respeito às questões de gênero, é possível refletir sobre as expectativas em relação ao gênero feminino no campo da sexualidade. Cabral (2007) afirma que a perda da virgindade, anteriormente vista como um fator de estigmatização das mulheres, hoje aparece com menos força. No entanto, ainda existe a cobrança de uma virgindade moral, exigindo passividade, ingenuidade e ao mesmo tempo cuidado e zelo em torno da sexualidade feminina. Por esse ângulo, o fato de a mulher ter Aids aparece muito ligado também a transgressão do que é esperado para uma mulher, gerando uma ideia de culpabilização e perigo. É possível perceber esse contexto na fala:

É isso. E ela contou, ela disse que tem essa Aids e ela anda com os caras, com o marido das outras, só para passar (...). Foi esses dias, eu não sei o nome, mas deu agora a pouco. Um estudo, mas deu o nome lá né, que ele já sabe, então eles pegam e querem passar para os outros (...). Então eles andam, quanto mais eles passarem, mais eles se sentem melhor. Um perigo né. É... tu viu aquela guria que foi lá, ela passa para todo mundo, ela

tem o prazer de passar para os outros. Lá no posto que eu fui, era uma morena que veio de fora. Ela andava lá com um professor, com o marido dos outros. Já pensou, depois a gente que fica vendo, não é fácil né, a pessoa tem e quer passar para os outros (U28 falando a respeito de outra usuária).

Outro eixo que também aparece atrelado ao discurso sobre promiscuidade é a orientação sexual. Em relação à diversidade sexual de gênero, observa-se que o desejo erótico ainda aparece alicerçado na moral. Nesse sentido, Weeks (2010) afirma que a Aids tornou-se um importante metáfora e método de advertência para aqueles que desviam do comportamento esperado pela lógica moral. Dessa forma, identifica-se nas entrevistas falas que corroboram com essa lógica: “Ah, eu acho que é como eu falei: as pessoas que andam com muito... Têm vários relacionamentos e acho que as pessoas que têm um... Gays e coisa, eu acho que deveriam fazer esse teste” (U15).

As questões relativas ao corpo e ao comportamento sexual aparecem carregadas de estigmas que produzem dominações, subordinações e resistências em vários fragmentos. Profissionais e usuários correlacionam identidades sexuais, comportamentos e formas de identificação como constituintes de identidades promíscuas e desviantes. Isso se evidencia na fala de um profissional:

Por exemplo, eu não atendo quase nenhuma gay, não atendo... É muito difícil, Travesti... Eles se prostituem, tem muita prostituição de homossexual e eles não vêm até nós. “Entrevistador: Tu achas que eles não vêm ou, se eles vêm, não dizem?” Eles não vêm e a gente sabe por quê. Tem ponto de prostituição aqui perto e eles não vêm até nós. E a gente sabe que eles são mais promíscuos, eles se prostituem, nem sempre usam preservativos, então eles podem ter. E eles não vêm até nós. Eu acho que tinha que ter matriciamento até pra gente saber tem muitos casos aí, pra gente tentar buscar esses pacientes. Nossos médicos têm muitas dúvidas com relação a HIV, quanto há infecção com tuberculose, gera muitas questões... Acho que há uma falha aí (P18).

Seffner e Parker (2016) ressaltam que no cotidiano transgredir a norma está associado com aumentar a vulnerabilidade pessoal. Como exemplo citam os homossexuais, mais infectados pela epidemia por terem “decidido” viver uma vida que afronta a norma. Outro entrevistado recorre uma série de estereótipos para justificar porque os homens gays estariam mais vulneráveis ao HIV:

Porra, velho, é assim que rola essas parada aí e é um público que eu acho promíscuo, na boa, eu acho, eu, parece um absurdo te dizer isso, às vezes eu vejo o lado gay assim uma caricatura sabe, que tu não sabe se de homem ou de mulher, porque uma mulher não tem aquela afetação toda e parece que só pega a parte feia de mulher, sabe? A parte afetada, a parte do fútil, sabe? Pega só o que que às vezes, sabe, a pior parte. Todo homem tem as partes ruins, de atitudes do meio masculino, assim como as mulheres, eu acho às vezes que eu não sei qual a posição, entendeu? Eu não curto muito, eu lido com um público que isso aí faz os caras serem cada vez mais homofóbicos e não se darem com gays, tu entendeu? Por quê? Por causa dessa chinelagem, tu entendeu? Esse lado, esse lado puto, né. Gay é uma coisa, eu acho que puto, puta é outra coisa. Uma coisa é uma mulher de programa, uma coisa é uma puta, são duas coisas diferentes, eu acho vulgar e muito promíscuo deles. É muito fácil chegar e sair com o cara e sair falando de sexo, assim, uma proposta. “Entrevistador: Tu acha que essas pessoas tem mais chance de pegar HIV?” Claro, por exatamente esse tipo de atitude, tu entendeu? Exatamente por esse tipo de atitude (U9).

Passerino (2013) destaca que a culpabilização direta da pessoa que vive com HIV está associada a duas perspectivas que se retroalimentam, de um lado o castigo da transgressão e, por outro, uma forma de responsabilizar o indivíduo, de forma isolada, pela sua própria saúde. O castigo pela transgressão está relacionado a questões moralistas, relativos às formas de viver, aos costumes, que é utilizado como uma forma de legitimar a ausência do Estado, inviabilizando numerosas situações estruturais que propiciam a infecção, como o racismo, violência de gênero, violência política e desigualdades sociais.

Outro grupo que foi destacado como potencialmente promíscuo, ainda que vulnerável, foi o de usuários abusivos de substâncias. Um dos entrevistados refere: “Ah, eu acho que todo povo que esta aí. Principalmente os drogados, né, os ... e as meninas, os jovens” (U26). “Acho que os que tem troca de parceiro... porque assim, os usuários de droga pouco procuram o posto” (P6). Na mesma direção, um dos profissionais refere:

Na realidade, eu acho que todas as pessoas que estão expostas e cada um vai saber de si, mas não sabe do outro, do parceiro, por exemplo. A pessoa que não tem uma relação estável e que mantém relações sem preservativo, a pessoa usuária de drogas, todos aqueles fatores

de risco que a pessoa tem, cada um deles, e que não tem os cuidados necessários com cada situação, usuário de drogas que compartilha, sei lá, a sua seringa, a pessoa que faz tatuagem em qualquer esquina, pessoas que têm relações sem preservativo, troca de parceiros, enfim (P24).

Uma profissional ainda refere:

As outras situações a gente faz, principalmente gestantes que são expostas, ou enfim, com troca de parceiros, que não fazem uso de proteção, usuários de drogas... Essa testagem a gente faz no mesmo dia, faz o aconselhamento e realiza o teste. Pacientes com tuberculose, isso é certo, a gente faz, já testa (P12).

Da mesma forma que em um determinado momento da epidemia o uso de equipamentos não esterilizados para injetar drogas agravou a epidemia do HIV, o estigma do HIV foi parcialmente enraizado em torno da dependência de drogas. Assim, os indivíduos pertencentes a populações-chave que também vivem com o HIV são duplamente estigmatizados, tanto por causa de seus comportamentos e/ou identidades, bem como o seu estado serológico (UNAIDS, 2013).

Considerações Finais

Este artigo apresenta uma análise de como profissionais e usuários entendem a quem estão destinados o teste rápido e o aconselhamento no contexto da atenção primária. Considerando as pessoas que são apontadas como prioritárias na realização do teste, observa-se como os marcadores de juventude são identificados como potencialmente perigosos, assim como as pessoas que não seguem a normativa da heterossexualidade compulsória. Em outras palavras, apesar da discussão e da apropriação de dados epidemiológicos e clínicos sobre os riscos do HIV, nota-se um panorama ainda muito marcado pelas estigmatizações de caráter moral e pelas expectativas normativas sobre vida sexual e conjugal, tanto por parte dos usuários como dos profissionais.

Essa dinâmica de pertencimento a determinados grupos faz com que as pessoas se sintam mais protegidas em relação ao vírus e identifiquem no “outro” a maior probabilidade de infecção pelo vírus do HIV. Esse “outro”, identificado como aquele que deve fazer o teste, não é escolhido de forma aleatória. Essas escolhas estão marcadas por uma dinâmica histórica e cultural que intersecciona vários dos marcadores sociais anteriormente referidos, como idade, gênero e orientação sexual, além

da classe social. Isso indica que todas as campanhas de educação em saúde já realizadas ainda deixam temas pouco processados em nossa sociedade, reiterando a importância e a necessidade de intensificar suas ações.

Futuros estudos devem continuar analisando como os estigmas e o preconceito associados ao HIV/Aids e outras ISTs permanecem presentes nos discursos de usuários e profissionais. Nesse sentido, a problematização de conceitos como risco e promiscuidade, que estão presentes nos serviços de saúde, pode contribuir para a redução do estigma e das barreiras de acesso ao teste e aconselhamento.

Referências

- Agostini, R., Rocha, F., Melo, E., & Maksud, I. (2019). A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12). DOI: 10.1590/1413-812320182412.25542019.
- Barbosa, R. M., & Koyama, Mitti Ayako Hara. (2008). Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 21-33. DOI: 10.1590/S0034-89102008000800005.
- Bones Rocha, K., Affonso Gomes, G., Cé, J. P., Pujol Vezzosi, J. Í., Torres de Carvalho, F., Both, N. S., & Pizzinato, A. (2019). No somos estadísticas - La prueba rápida del VIH y la consejería de los representantes de las personas LGBT. *Diversitas perspectiv. psicol*, 15(1), 145-157. DOI: 10.15332/s1794-9998.2019.0015.11.
- Brasil (2019). Governo Federal. *Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217. DOI: 10.1590/S0037-86822001000200010.
- Cabral, C. S. (2007). Juventude, sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos. *Outro olhar: Revista de debates*, 5(6), 22-30.
- Brasil (2021). Boletim Epidemiológico: *HIV/Aids e sífilis*. Porto Alegre: ESP/RS, 2021.
- Ew, R. D. A. S., Ferreira, G. S., Moro, L. M., & Rocha, K. B. (2018). Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(3). DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7463>
- Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 1-8.
- Hamann, C., Pizzinato, A., Weber, J. L. A., & Rocha, K. B. (2017). Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 651-663. DOI: 10.1590/s0104-12902017170669.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2013). *Judging the epidemic: A judicial handbook on HIV, human rights and the law*. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201305_Judging-epidemic_en_0.pdf. Acesso em: 04 abr. 2022.
- Louro, G. L. (2000). (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Miskolci, R. (2007). Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu*, 28, 101-128. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000100006>.
- Monteiro, S., Villela, W., Pereira, C., & Soares, P. (2013). (Orgs.). *A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Parker, R. (2012). Estigma, preconceito e discriminação na saúde pública global. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 164-169. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100017>.
- Passerino L.M. (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Rev. Cienc. Salud*, 11(2), 217-233.
- Pecheny, M. M. (2019). Restaurações conservadoras na Argentina e no Brasil: o íntimo e o público sob ataque. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/interf.190051>.
- Pereira, G. F. M., Shimizu, H. E., Bermudez, X. P., & Hamann, E. M. (2018). Epidemiologia do HIV e aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(4). DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400004>.
- Ramos, G. F., Ribeiro, V. P., Mercadante, M. P., Ribeiro, M. P., Delgado, A. F., Farhat, S. C., & Silva, C. A. (2019). Mortalidade entre adolescentes e adultos jovens com doenças crônicas durante 16 anos: estudo em um hospital terciário da América Latina. *Jornal de Pediatria*, 95(6), 667-673. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.06.006>.
- Rasera, E. F. (2013). A Psicologia discursiva nos estudos em psicologia social e saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 815-834.
- Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs: Women: Sex and Sexuality*, 5(4), 631-660.
- Rocha, K. B., Ew, R. D. A. S., Moro, L. M., Zanardo, G. L. P., & Pizzinato, A. (2018). Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 67-78. DOI: <https://dx.doi.org/10.22235/ep.v12i1.1597>.
- Scanavino, M. D. T., & Abdo, C. H. N. (2010). Parceiros sexuais nos últimos 12 meses e parceiros significativos ao longo da vida, segundo o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. *Diagn. Tratamento*, 15(3), 138-142.
- Seffner, F., & Parker, R. (2016). Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à AIDS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 293-304. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>.
- Silva, A. F. C., & Cueto, M. (2018). HIV/Aids, os estigmas e a história. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(2), 311-314. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001>.
- Villela, W. V., & Barbosa, R. M. (2017). Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 87-96. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>.
- Weeks, J. (2010). Making the human gesture: History, sexuality and social justice. *History Workshop Journal*, 70(1), 5-20. DOI: <https://dx.doi.org/10.1093/hwj/dbq019>.
- World Health Organization. United Nations Programme on HIV/AIDS. *Guidelines for second generation HIV surveillance* [Internet]. Geneva: UNAIDS/World Health Organization; 2000 40 p. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

Submetido em: 13-12-2022

Aceito em: 29-9-2023