



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social – SER/UnB
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

JORGE AUGUSTO BORGES BEZERRA

**A VULNERABILIDADE DO HOMO/BISSEXUAL MASCULINO NEGRO AO
HIV/AIDS:
UM RETRATO DA REALIDADE BRASILEIRA**

**Brasília,
Agosto de 2022**

JORGE AUGUSTO BORGES BEZERRA

**A VULNERABILIDADE DO HOMO/BISSEXUAL MASCULINO NEGRO AO
HIV/AIDS: UM RETRATO DA REALIDADE BRASILEIRA**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB).

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

**Brasília,
Agosto de 2022**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB574v BEZERRA , JORGE AUGUSTO BORGES
A VULNERABILIDADE DO HOMO/BISSEXUAL MASCULINO NEGRO AO
HIV/AIDS: UM RETRATO DA REALIDADE BRASILEIRA / JORGE
AUGUSTO BORGES BEZERRA ; orientador LUCÉLIA LUIZ PEREIRA.
- Brasília, 2022.
134 p.

Tese (Doutorado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2022.

1. SAÚDE . 2. POPULAÇÃO NEGRA . 3. HOMO/BISSEXUAL . 4.
HIV/AIDS . 5. VULNERABILIDADE . I. PEREIRA, LUCÉLIA LUIZ ,
orient. II. Título.

JORGE AUGUSTO BORGES BEZERRA

**A VULNERABILIDADE DO HOMO/BISSEXUAL MASCULINO NEGRO AO
HIV/AIDS: UM RETRATO DA REALIDADE BRASILEIRA**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB).

Dissertação de Mestrado aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Lucélia Luiz Pereira

Orientadora – SER /UnB

Prof. Dr. Cristiano Guedes

Membro Titular – SER /UnB

Dra. Fernanda Lopes

Membro Externo – Fundo Baobá

Prof.^a Dra. Karen Santana de Almeida Vieira

Membro Suplente – SER/ UnB

**Brasília,
Agosto de 2022**

AGRADECIMENTOS

À Deus e à minha ancestralidade, a cada mulher e homem negro, que antes de mim lutou para que eu pudesse hoje está conquistando um sonho.

Aos meus pais, Lira Marta e Paulo Afonso, em especial à minha mãe, que com muita força e carinho me incentivou a buscar meus objetivos. Te amo mãe.

Aos meus familiares Paulo Fabrício, Ely, Pedro Arthur, Yasmim, Maria Paula e Eduarda, que me acompanharam nesse percurso e com amor tornaram minha caminhada mais leve.

À Jaciara Cristina, minha amiga, irmã, pessoa que na minha adolescência me deu a mão e até hoje estamos juntos. Agradeço pela inspiração que você é, e pelo estimo que você me dá para conquista de meus sonhos.

À minha orientadora, Lucélia Luiz Pereira, por ter me acolhido nessa empreitada e com dedicação, compreensão, excelência e humanidade me orientou.

À Fernanda Lopes e Cristiano Guedes por aceitarem fazer parte das minhas bancas de qualificação e avaliação, e pelas valiosíssimas contribuições para esta dissertação.

A todas as minhas amigas que desde o início dessa caminhada me ajudaram, e em cada momento se fizeram presente, em especial as amigas do trabalho.

Às colegas de mestrado/doutorado e docentes do PPGPS pela troca de conhecimentos e experiências, em especial à Dalila Maria Lisbôa, Gislene Rodrigues e Stephany Damasceno.

A cada professora e professor negro que passaram em minha história, que serviram de referência e exemplo.

A cada intelectual negra e negro que pavimentaram um caminho possível no saber científico/acadêmico, possibilitando minha conquista.

Sou negro e sou gay.

*Não posso separar as duas partes de mim em lutas secundárias ou primárias.
Então quando luto por minha liberdade, devo lutar contra ambas as opressões.*

— Simon Nkoli

RESUMO

O Brasil é referência mundial no enfrentamento ao HIV/aids, contudo nos últimos anos vem se identificando a retomada do aumento de casos em uma população específica, os homens que fazem sexo com homens (HSH). Desta forma a pesquisa analisa os fatores relacionados à vulnerabilidade dos HSH ao HIV, em especial o homem negro. Com base no método qualitativo, foi realizada análise documental e pesquisa bibliográfica, utilizando como fonte principal documentos de órgãos públicos e produzidos por pesquisadores em saúde e política pública de prevenção ao HIV/aids. A principal fonte de dados documentais foi o Ministério da Saúde por meio de suas produções e sites, em especial os boletins epidemiológicos dos últimos anos, bem como a plataforma *on line* de tabulação de dados sobre aids *TabNetWin*, com informações do período de 2010 a 2019. Realizou-se levantamento histórico da política de saúde brasileira (origem a realidade atual), identificando as concepções que permearam e permeiam o cenário brasileiro, e a compreensão do conceito de saúde (projeto médico-privatista x médico-social). Realizado esse percurso, o trabalho apresenta como balizador epistêmico o conceito de determinação social acompanhado dos conceitos de desigualdade, equidade e vulnerabilidade em saúde. Após o apresentado, realiza-se a análise dos marcadores sociais que se relacionam à determinação social e vulnerabilidade em saúde do grupo tema de pesquisa. Assim identificou-se que historicamente a população masculina é a mais infectada pelo HIV/aids. A população negra é a mais atingida, representando, no período de 2007 a junho de 2021, 51,7% dos casos. Na população masculina, em quatro décadas de epidemia, a maior proporção quanto à categoria de exposição variou. No segundo decênio dos anos 2000 identifica-se a volta do aumento de casos entre HSH e a notória diminuição do Estado no enfrentamento a epidemia, em especial com as populações – chave. Salienta-se para ausência de informações (subnotificação), quanto a categoria de exposição, nos últimos 20 anos, representando cerca de 42% dos casos entre homens. Nesta mesma lógica de invisibilização identifica-se a ausência significativa de informações sobre raça/cor, pois 36,41% do total dos homens com aids não tiveram a cor identificada no período entre 2010 a 2019. Nesta parcela da população (HSH), identificou-se que 48,04% são brancos, 46,06% são negros. Quanto a escolaridade entre HSH, a maioria tem entre 09 e 11 anos de estudos (41,46%). Na população apresentada (HSH), quanto menor a quantidade de anos estudados maior a parcela da população negra. Entre os analfabetos os negros representam 76,76% dos HSH, e entre os universitários ou já graduados a população negra representa apenas 35,89%. No tocante a região de moradia, fazendo um recorte de raça/cor por região, o território Norte apresentou a maior parcela da população negra dos casos de aids em HSH, 76,41%, seguida pela região Nordeste, com 73,27% dos casos. Importante ressaltar que ambas as regiões citadas são as que menos apresentam resposta nas áreas de prevenção e atenção à saúde de pessoas com HIV/aids. Quanto a faixa etária dos casos de aids entre HSH a maioria se encontra entre 20 a 29 anos (39,91%). Contudo, entre os mais jovens nessa categoria, de 13 a 19 anos, os homens negros que fazem sexo com homens representam a maioria 52,10%. Desta forma, identificou-se uma vulnerabilidade específica dos homo/bissexuais masculinos negros ao HIV/aids relacionada ao racismo, homofobia, e comumente a classe social que ocupam, estando sobre esse sujeito concomitantemente marcadores de opressão que interferem negativamente em sua condição de saúde.

Palavras-chave: determinação social; HIV/aids; homossexual; HSH; população negra; vulnerabilidade.

ABSTRACT

Brazil is a world reference in the fight against HIV/AIDS, however, in recent years it has been identified the resumption of the increase of cases in a specific population, men who have sex with men (MSM). Thus, the research analyzes the factors related to the vulnerability of MSM to HIV, especially black men. Based on the qualitative method, we carried out documentary analysis and bibliographic research, using as main source documents from public agencies and produced by researchers in health and public policy for the prevention of HIV / AIDS. The main source of documental data was the Ministry of Health through its productions and websites, especially the epidemiological bulletins of the last years, as well as the *on line* platform of data tabulation on aids *TabNetWin*. A historical survey of the Brazilian health policy was carried out (origin to current reality), identifying the conceptions that have permeated the Brazilian scenario, and the understanding of the concept of health (medical-privatist x medical-social project). After this course, the work presents as an epistemic marker the concept of social determination accompanied by the concepts of inequality, equity, and vulnerability in health. After this presentation, an analysis of the social markers related to social determination and health vulnerability of the research subject group is carried out. Thus, it was identified that historically the male population is the most infected by HIV/AIDS. The black population is the most affected, representing 51.7% of the cases between 2007 and June 2021. In the male population, in four decades of the epidemic, the highest proportion regarding the exposure category has varied. In the second decade of the 2000s, we can identify the return of the increase of cases among MSM. The absence of information (underreporting), regarding the category of exposure, in the last 20 years, representing about 42% of the cases among men. In this same logic of invisibilization, the significant absence of information on race/color is identified, since 36.41% of all men with AIDS did not have their color identified in the period between 2010 and 2019. In this portion of the population (MSM), it was identified that 48.04% are white, 46.06% are black. As for schooling among MSM, most have between 09 and 11 years of education (41.46%). In the population presented (MSM), the lower the number of years studied, the greater the share of the black population. Among the illiterate, blacks represent 76.76% of the MSM, and among the university students or graduates, the black population represents only 35.89%. Regarding the region where they live, making a clipping of race/color by region, the Northern territory presented the largest portion of the black population in the cases of AIDS in MSM, 76.41%, followed by the Northeastern region, with 73.27% of the cases. It is important to emphasize that both regions mentioned above are the least responsive in the areas of prevention and health care for people with HIV/AIDS. As for the age of AIDS cases among MSM, most of them are between 20 and 29 years old (39.91%). However, among the youngest in this category, from 13 to 19 years old, black men who have sex with men represent the majority 52.10%. Thus, we identified a specific vulnerability of black male homo/bisexuals to HIV/AIDS related to racism, homophobia, and commonly the social class they occupy, being on this subject concomitant markers of oppression that interfere negatively in their health status.

Keywords: social determination; HIV/AIDS; homo/bisexual; black population; vulnerability

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Casos de aids em homens segundo categoria de exposição por ano diagnóstico. Brasil, 2010 – 2019.....	100
Tabela 2: Casos de aids em homens segundo categoria de exposição por raça/cor. Brasil, período de 2010 a 2019.....	104
Tabela 3: Casos de aids em HSH segundo raça/cor por escolaridade. Brasil, período de 2010 a 2019.....	109
Tabela 4: Casos de aids em homens segundo categoria de exposição por região de residência. Brasil, período de 2010 a 2019.....	112
Tabela 5: Casos de aids em HSH segundo raça/cor por região de residência. Brasil, período de 2010 a 2019.....	112
Tabela 6: Distribuição da população, por raça/cor e Região da Federação. Brasil, 2018.....	114
Tabela 7: Categoria de exposição a aids em homens, segundo faixa etária. Brasil, período de 2010 a 2019.....	116
Tabela 8: Casos de aids em HSH segundo raça/cor por faixa etária. Brasil, período de 2010 a 2019.....	117

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- (Abia) Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
- (AIDS) sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
- (CNJ) Conselho Nacional de Justiça
- (COAS) Centros de Orientação e Apoio Sorológico
- (Cofen) Conselho Federal de Enfermagem
- (CTA) Centro de Testagem e Acolhimento
- (DFID) Departamento do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional
- (DST) Doenças Sexualmente Transmissíveis
- (GAPA SP) Grupo de Apoio à Prevenção à Aids de São Paulo
- (HBSH) Homens Brancos que fazem Sexo com Homens
- (HIV) Sigla em inglês para vírus da imunodeficiência humana - *human immunodeficiency virus*
- (HNSH) Homens Negros que fazem Sexo com Homens
- (HSH) Homens que fazem Sexo com homens
- (IBGE) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- (IPEA) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada –
- (IST) Infecções Sexualmente Transmissíveis
- (JHSH) Homens Jovens que fazem Sexo com Homens
- (LGBT) Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- (OPAS) Organização Panamericana de Saúde
- (PCRI) Programa de Combate ao Racismo Institucional,
- (PEP) Profilaxia Pós-Exposição de Risco
- (PNAD) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- (PNSILGBT) Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- (PNSIPN) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

(PNUD) Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento,

(PrEP) Profilaxia Pré-Exposição

(PVHIV) Pessoas Vivendo com HIV

(SIM) Sistema de Informações sobre Mortalidade

(Sinan) Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(Sinasc) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

(SUS) Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – SAÚDE NO BRASIL - DO SURGIMENTO AO DIREITO	24
1.1. Política de Saúde no Brasil.....	24
1.2. Conceito de Saúde e determinação social dos processos saúde-doença.....	35
1.3. Vulnerabilidade	46
CAPÍTULO II – ENCRUZILHADAS: MARCADORES SOCIAIS DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE	57
2.1 Raça, Racismo e Saúde.....	57
2.2 Patriarcado e gênero, homossexualidade/homofobia e saúde.....	70
2.3 Intercruzamento de opressões: Interseccionalidade e saúde	79
CAPÍTULO III – HIV/AIDS E HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS	87
3.1 HIV/AIDS no Brasil, da origem e realidade atual.....	87
3.2 HSH e HIV/Aids de 1980 a 2019	96
3.3. Além de Bicha, Preta (Raça/Cor).....	102
3.3.1 Escolaridade e Raça	107
3.3.2 Região e Raça	110
3.3.3 Faixa Etária e Raça	114
CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS	123

1. INTRODUÇÃO

Após um período de luta pela democracia, frente ao governo autoritário dos militares, em 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal Brasileira, que garante a saúde como direito universal, responsabilidade do Estado, e cria o Sistema Único de Saúde (SUS). É no início dessa mesma década, que a partir de casos de pneumonia atípica e de um câncer raro em homens jovens, previamente saudáveis, em sua maioria homossexuais masculinos, nos EUA, que é identificada uma nova e letal síndrome, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Logo após a descoberta do vírus, esse passou a ser associado à parcela marginalizada da população: homossexuais masculinos, haitianos, hemofílicos e heroinômanos (BASTOS, 2006). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), HIV é uma sigla para vírus da imunodeficiência humana, que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

No Brasil os primeiros casos de HIV foram diagnosticados em 1982, e da mesma forma que nos Estados Unidos, associado ao grupo citado, somando-se os profissionais do sexo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual (SANTOS, 2002).

Apesar da diversificação do perfil das pessoas vivendo com o HIV/aids, essa realidade não foi suficiente para mudar visão estigmatizada que ainda relaciona a parcela da população citada ao vírus. Contudo, é importante pensar nos motivos que faz uma parcela específica da população está mais vulnerável à infecção por HIV e adoecimento por aids.

Dados do Ministério da Saúde apontam para existência de uma população-chave, no que se refere à vulnerabilidade ao HIV/aids. O Ministério da Saúde (2018) aponta que pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras e trabalhadores do sexo e pessoas privadas de liberdade estão entre as populações que ainda enfrentam grandes obstáculos para obter cuidado integral, alcançar inclusão social e acessar programas e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento em IST, HIV/aids e hepatites virais, logo estão mais vulneráveis à infecções.

Ante ao apresentado, entende-se que a condição de saúde do sujeito é resultante da combinação de inúmeros fatores, e refletem as questões estruturais da sociedade, vinculadas às relações de produção do sistema econômico, interação social e relações de poder. A sociedade capitalista em que vivemos utiliza de marcadores sociais de diferenciação para subalternizar e justificar a exploração de parte da população por uma minoria. Os marcadores utilizados determinam a capacidade que os sujeitos dispõem (ferramentas) para lidar com as adversidades de existir em sociedade, considerando que todos são atravessados por esses marcadores: classe, raça/etnia, gênero, orientação sexual, região de origem, e outros; influenciando nas condições de saúde e existir com dignidade.

Desta forma, a alta frequência de alguns segmentos populacionais, entre eles, os homo/bissexuais masculinos, em comparação com a população em geral, no que se refere à infecção por HIV e adoecimento por aids, ocorre por razões diversificadas e complexas, não podendo ser implicado a determinado grupo ou sujeito, a responsabilização unilateral, particularizada, descontextualizada e repleta de valores morais para justificar a condição de saúde e a infecção pelo vírus HIV.

O Brasil é um dos países que notadamente, após a identificação do HIV em seu território e o reconhecimento de uma epidemia, passou a ter ações governamentais, motivadas pela organização da sociedade civil, em especial da comunidade LGBT, para o controle e enfrentamento do avanço da epidemia. As primeiras ações datam de 1983, e são voltadas à população, que naquele período, era mais acometida pela doença (homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis).

Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), paulatinamente o país passou a se dedicar e investir em ações de enfrentamento da epidemia, chegando ao reconhecimento internacional no que se refere a prevenção, promoção, e recuperação da saúde no tratamento do HIV/aids. O grande marco nessa luta contra o vírus foi a promulgação da lei que garante a distribuição gratuita de antirretrovirais pelo SUS.

O Ministério da saúde aponta que a epidemia de HIV/aids no Brasil alcançou parcelas variada da população, contudo com a presença de seguimentos que historicamente são mais atingidos. Essa constatação não reforça a visão estigmatizadora de associação de parte da população (grupos específicos) ao HIV/aids, mas demonstra a necessidade de reconhecimento de uma população – chave, composta por pessoas mais vulneráveis a infecção pelo vírus. Esse reconhecimento implica em compreender a

complexidade de viver em sociedade e suas condições estruturais, a importância das relações interpessoais, passando pelo conceito de saúde, vulnerabilidade, e determinação social em saúde.

Marcadores sociais são identificados entre as pessoas que compõem a população-chave para o enfrentamento a epidemia de HIV/aids. Em meio a população mais atingida pelo vírus identifica-se os homo/bissexuais masculinos, em especial os negros, como grupo notadamente acometido, sendo importante a compreensão do processo de determinação social que influencia na vulnerabilidade deste grupo. A vulnerabilidade em saúde do homo/bissexual masculino negro ao HIV/aids é multifacetada, relacionando-se diretamente com as condições que o mesmo apresenta diante da realidade em coletivo e sua subjetividade, perpassando por questões de classe social, gênero, raça/etnia, orientação sexual, composição etária, e outros.

A pesquisa teve por objetivo geral análise como o processo de determinação social e fatores estruturantes da sociedade como a heteronormatividade, homofobia, classe social, e raça/racismo influenciam na vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/aids. Para tanto, se realizou o levantamento documental e bibliográfico sobre HIV/aids, bem como identificou-se o perfil dos homo/bissexuais masculinos negro vivendo com HIV/aids. Por fim, apresenta-se a relação de como a determinação social e os marcadores sociais apresentados incidem sobre a vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/aids.

A pesquisa tem como parte de suas ferramentas de análise da realidade o pensamento decolonial, assim, apresenta-se o *locus* de enunciação no qual o pesquisador se encontra. Bernardino-Costa e Grosfoguel (2016), sinalizam para a proximidade entre pesquisador e pesquisa, existindo entre esses uma relação de troca. Os autores afirmam que o estabelecimento do *locus* de enunciação, no pensamento decolonial, significa ir na contramão dos paradigmas eurocêtricos hegemônicos que, mesmo falando de uma localização particular, assumiram-se como universais, desinteressado e não situados. Diante disso, a trajetória individual e coletiva dos sujeitos subalternos é vista como um privilégio epistemológico de onde se elabora um pensamento de fronteira a partir de uma perspectiva subalterna.

Nesta toada, explicita-se o existir em sociedade do pesquisador enquanto homem negro, periférico, homossexual e assistente social. A trajetória particular do investigador, as mediações que lhe perpassam, e suas escolhas frente à realidade são

partes fundantes da motivação para escolha do tema pesquisado. Ademais, apresenta-se a construção acadêmica do pesquisador, pautada em valores éticos-políticos de justa e equidade, em busca de uma nova ordem societária. Somam-se ao apresentado nove anos de atuação como assistente social, realizando atendimento direto a vítimas de violência, por diversos estados do país, e três anos de atuação no SUS, em unidade de média e alta complexidade do Distrito Federal.

De nível igualmente importante as experiências pessoais de afetividade e sexualidade dissidente do pesquisador também colaboraram para a análise empírica da realidade, por meio de uma vivência racializada, em especial no “mundo homossexual”, que apresenta suas hierarquizações e nuances. As constantes dificuldades e barreiras vivenciadas no particular do pesquisador se expressão nos diversos autores abordados e suas análises quando a realidade do sujeito tema de pesquisa.

As vivências particulares e profissionais do pesquisador reiteram a relevância dos marcadores sociais de classe, raça, gênero, orientação sexual e outros, como determinante na vulnerabilidade, em âmbito diverso, dos sujeitos em sociedade. Oportunamente, salienta-se que em meio à jornada acadêmica e laborativa, dois importantes momentos contribuíram para escolha da pesquisa realizada.

O primeiro ocorreu em novembro de 2017, momento que o pesquisador participou de uma roda de conversa, na qual a Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, Sra. Damiana Bernardo de Oliveira Neto, era a facilitadora e falou sobre sua pesquisa e atuação na promoção da saúde e prevenção do HIV, saúde da população negra e gênero. Outro momento ocorre no mês de outubro de 2018, quando na realização de sua pós-graduação, em Gestão Pública, pela Universidade do Estadual do Goiás, o pesquisador tem acesso ao artigo “*Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids*” da Doutora em Saúde Pública, Sra. Naila Janilde Seabra Santos.

Metodologia

No que tange a metodologia utilizada, o trabalho embasa-se no método qualitativo, com análise documental e pesquisa bibliográfica, utilizando como fonte principal, documentos escritos, impressos e disponíveis em plataformas digitais (arquivos em mídia eletrônica), divulgados por órgãos públicos, e artigos, texto, livros, revistas, reportagens, dissertações e teses produzidas por pesquisadores especialistas em saúde e política pública de prevenção ao HIV/aids.

Tendo em vista o uso da metodologia de análise documental, Cellard (2008), fazendo uma delimitação do conceito, define que documento consiste em todo texto escrito, manuscrito, ou impresso, registrado em papel. Ademais, o autor faz a ressalva para importância de se considerar as fontes, primárias ou secundárias, que são exploradas, no contexto de um procedimento de pesquisa. A diferenciação da fonte documental é importante, pois se relaciona diretamente com a metodologia escolhida.

Para Sá-Silva e outros (2009), tanto a pesquisa documental como a pesquisa bibliográfica têm o documento como objeto de investigação. Os autores apontam como elemento diferenciador a natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, ou seja, a informação é reconhecidamente tratada e apresenta cunho científico. Quanto à pesquisa documental, essa recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico (científico), ou seja, são fontes primárias, como leis, resoluções, manuais, relatórios, reportagens, entre outros.

Segundo Miotto e Lima (2007), a pesquisa bibliográfica é um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas. Ademais, para as autoras, essa metodologia de pesquisa se diferencia da revisão bibliográfica, uma vez que vai além da simples observação de dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles a teoria, a compreensão crítica do significado neles existente

Quanto a delimitação do tema a ser pesquisado (Vulnerabilidade Do Homo/bissexual Masculino Negro Ao HIV/Aids: um retrato da realidade brasileira) científica-se que os documentos que abordarão especificamente a temática de HIV/aids, contemplarão as quatro décadas de epidemia no país, de 1980 a 2021, contudo o período que foi realizada a busca dos dados secundários (numéricos), referente a aids, junto ao Ministério da Saúde, se limitou aos últimos dez anos, de 2010 a 2019. Os demais materiais, referente a outras categorias-chave da pesquisa datam de períodos variados. O universo pesquisado, inicia-se pelos casos de HIV/aids em todo território brasileiro, nas quatro últimas décadas, apresentando um panorama macro da epidemia no país. Ato contínuo se realiza a análise dos dados referente ao grupo escolhido no tema de pesquisa.

A principal fonte de dados documentais foi o Ministério da Saúde por meio de suas produções e sites, em especial os boletins epidemiológicos dos últimos anos, bem como a plataforma *on line* de tabulação de dados sobre aids *TabNetWin*, (<http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def>). Quanto aos boletins epidemiológicos, foram utilizados os de 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021. Esses apresentaram informações e dados no que se refere à população em geral, no período de 40 anos, dados quanto a população masculina e feminina, informações etárias, distinção por raça/cor e dados sobre os óbitos relacionados à aids, bem como contemplou o público tema de pesquisa.

No que tange as informações sobre os casos de aids na população masculina, nas últimas quatro décadas, foi elaborado uma linha do tempo, fazendo a distinção de cada período, bem como os dados específicos de aids na população masculina de HSH (elaboração de 07 tabelas), em especial no período de 2010 a 2019. Os dados foram extraídos da plataforma *on line* *TabNetWin*² 2.4: Casos de aids identificados no Brasil (<http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def>). No banco de dados *on line* se utilizou de variáveis como categoria de exposição, faixa etária, região de residência, escolaridade, raça/cor, possibilitando a combinação entre elas.

As tabelas apresentadas no trabalho são produtos da variação de dois elementos fixos, divididos em linha e coluna, tendo com marcador temporal um período (2010 a 2019). As opções para o preenchimento da linha são: ano diagnóstico; ano de notificação; região/UF res.; residência UF; região res.; região/UF não¹.; notificação UF; região não.; fx. idade (11); fx. idade (13); fx. idade (SINAN); idade detalhada; gênero sexual; raça/cor; escolaridade; categoria exp hierar; município (res); capital (res); região atendida. (res); município (não); capital (não); região atendida. (não); e fonte de dados.

As opções para o preenchimento da coluna são: não ativo; ano diagnóstico; ano de notificação; região res.; região não.; fx. idade (11); fx. idade (13); fx. idade (SINAN); gênero sexual; raça/cor; escolaridade; categoria exp hierar; e fonte de dados. Salienta-se que todos os itens da opção linha podem ser subselecionados posteriormente dando especificidade ao público pesquisado. Essas variáveis se inter cruzam a depender do interesse do pesquisador.

¹ Entende-se que na ferramenta de tabulação *on line* *TabNetWin*, nas opções de preenchimento, a palavra “não” logo após uma delimitação territorial é uma abreviatura de notificação, exceto na opção “não ativo”, disponível em colona.

Desta forma, as tabelas forma produzidas da seguinte maneira: **Tabela 1:** linha (categoria exp hierar); coluna (ano diagnóstico); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino). **Tabela 2:** linha (categoria exp hierar); coluna (raça/cor); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino). **Tabela 3:** linha (raça/cor); coluna (escolaridade); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino) e categoria exp hierar (homossexual e bissexual). **Tabela 4:** linha (categoria exp hierar); coluna (região res.); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino). **Tabela 5:** linha (raça/cor); coluna (região res.); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino) e categoria exp hierar (homossexual e bissexual). **Tabela 7:** linha (categoria exp hierar); coluna (fx. idade 11); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino). **Tabela 8:** linha (raça/cor); coluna (fx. idade 11); período (2010 a 2019); sendo marcado como especificidade o gênero sexual (masculino) e categoria exp hierar (homossexual e bissexual).

Comumente as produções no campo da epidemiologia não utilizam na elaboração de tabelas, com dados numéricos, o quantitativo referente aos dados não informados (ignorados – não dado). Porém, considerando que a presente pesquisa se realiza no campo das ciências sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS-UnB), e apresenta caráter qualitativo, optou-se por não adotar a referida formatação. As tabelas citadas anteriormente apresentam colunas com as seguintes nomenclaturas: categoria de exposição, raça/cor e faixa etária. Nessas colunas, entre as respostas contabilizadas, está o dado “ignorado”.

A utilização desses dados ignorados ocorre devido à importância dessa informação como sinalizadora para compreensão da realidade e elaboração de políticas públicas. Na presente pesquisa, identificou-se uma quantidade significativa de dados ignorados quanto a categoria de exposição ao HIV e a cor de pele (raça/etnia) da pessoa vivendo com HIV/aids. A identificação da referida “não informação” apontou para questões relacionadas aos marcadores sociais de opressão (raça/racismo e heteronormatividade/homofobia). A pesquisa explica possíveis relações entre os dados ignorados e os marcadores sociais de opressão.

Oportunamente, informa-se que considerando o tema de pesquisa escolhido, faz necessário elucidar algumas especificidades quanto aos dados estatísticos

apresentados pelo Ministério da Saúde. De início, salienta-se que a pesquisa se restringe aos homo/bissexuais masculinos, com ênfase no homem negro. Outro ponto importante refere-se à forma que os dados sobre a população homo/bissexual masculina se apresentam nos documentos do Governo Federal. Nos boletins epidemiológicos, quando se fala da categoria de exposição ao HIV/aids, por via sexual, trata-se em momentos da categoria homens que fazem sexo com homens (HSH – categoria epidemiológica), e em outros momentos faz a distinção entre homossexual e bissexual. Ante ao apresentado, quando se trata de dados estatísticos apresentados pelo Ministério da Saúde, considera-se a categoria HSH, que engloba homo e bissexuais. Contudo, quando abordamos a temática, com base na epistemologia escolhida, apresenta-se o foco na categoria homossexual, mais especificamente na “bicha preta”, uma abordagem socioantropológica, que relaciona-se a identidade. Oportunamente sinaliza-se que a categoria bicha preta contempla homo e bissexuais masculinos negros (pretos e pardos), apresentado-se como categoria identitária.

Aponta-se para a existência de uma discussão sobre a diferenciação entre gays e HSH. Os gays estariam associados a uma identidade homossexual pública e notória, sendo esse sujeito identificado não apenas pela prática sexual com outro homem, mas por uma identidade em específico. Por outro lado, o HSH estaria relacionado a realização da prática sexual entre homens em oculto, pessoas que por inúmeros motivos, comumente relacionados a heteronormatividade, não se identificam como gays, vivenciando sua sexualidade dissidente em oculto.

Segundo Duque e Pelúcio (2010) o marco temporal da referida discussão é o ano de 2008, com a criação e implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis. Para os autores a disputa de narrativas quanto a distinção entre gays e HSH, por uma parcela do movimento gay brasileiro, na tentativa de diferenciar e nomear as especificidades dos “Gays” em detrimento dos “HSH”, teria por objetivo transformar uma categoria epidemiológica em “identidade”, tarefa contraproducente, pois pouco ou nada acrescenta em termos de levantamento epidemiológico e efetivação de políticas públicas.

A categoria “HSH” surgiu no Brasil a partir da classificação dos dados epidemiológicos, centrado nas ciências médicas, sendo, portanto, uma categoria epidemiológica e não político-identitária. Isto é, ela é uma classificação outorgada e não reivindicada (DUQUE e PELÚCIO, 2010). Desta forma, a pesquisa realizada utiliza de

dados que apontam para a população de HSH, que é diversa, multiforme e plural, não se limitando em uma única identidade quanto aos dados apresentados. Contudo, considerando a saúde como resultante de múltiplos fatores, da mesma forma que a vulnerabilidade, ressalta-se que marcadores sociais são identificados e apresentados como determinantes em saúde; e a condição do homo/bissexual masculino negro em sociedade apresenta suas especificidades e particularidades que dizem sobre o papel social que ele ocupa, como se relaciona com o todo, e como é visto pelo mundo (intersubjetividade).

Oportunamente, quanto aos cuidados éticos em pesquisa, científica-se que por se tratar, de pesquisa documental e bibliográfica, o estudo não envolve pesquisa com pessoas, não havendo, portanto, a exigência de submissão à Comissão de Ética em Pesquisa

Em análise preliminar a realização da pesquisa, identificou-se categorias que estão diretamente relacionadas ao tema e foram trabalhadas por meio da pesquisa bibliográfica. As categorias-chave identificadas, para além das apresentadas no título são: saúde, determinações sociais, raça/racismo, heteronormatividade, gênero, patriarcado, homofobia e interseccionalidade. Esse conjunto preliminar de categorias se ratificou ao longo da pesquisa, num processo dinâmico de confronto constante entre levantamento de dados e teoria, possibilitando um olhar específico sobre o tema escolhido.

Considerando que o estudo volta-se para saúde, é importante salientar que por volta dos anos de 1970 e 1980, no campo da saúde, há o surgimento de marcos teóricos vinculados ao materialismo histórico, com especial destaque para as dimensões políticas dos processos de produção (condições de trabalho) e reprodução (estrutura de classes) da sociedade (ALMEIDA-FILHO, 2010). Desta forma, a produção teórica científica (epistemológica) sobre saúde, não apenas no Brasil, foi paulatinamente agregando concepções progressistas, à luz da teoria marxista, base que se apresenta nesse estudo.

Assim, o estudo é norteado pelo método crítico dialético de Marx. Com base em Netto (2009), compreende-se que a teoria social de Marx é vinculada a um projeto revolucionário, que tem como objeto central de estudo a origem, consolidação, desenvolvimento e as condições de crise da sociedade burguesa, fundada no modelo de produção capitalista. Assim, esse estudo faz uma análise buscando compreender a totalidade dos fatores sociais, políticos, históricos e econômicos que são determinantes

quanto a vulnerabilidade da população homo/bissexual masculina negra ao HIV/aids. Ademais, é feita a análise da interação desses fatores citados com o processo de subjetividade do indivíduo tema de pesquisa e sua relação com o todo.

Como sugerido por Netto (2009), objetivou-se ter nesse trabalho uma visão global da dinâmica social concreta, que envolve a realidade da política de saúde brasileira e o existir do homo/bissexual negro; tenta-se encontrar as principais mediações que vinculam o objetivo geral de pesquisa com as expressões da questão social² e outros determinantes; e por fim, se buscou apropriar-se criticamente do conhecimento prévio existente sobre o problema, por meio da leitura de material bibliográfico e documental que envolva a temática.

A perspectiva crítica-dialética adotada aborda às contradições da realidade, a qual está em constante transformação. Parte da compreensão total da realidade, pois considera que nenhum problema pode ser compreendido de forma isolada, isto é, desvinculado do contexto histórico e cultural em que se insere. Segundo Gil (2008), a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, e etc.

Seguindo a lógica de compreensão da realidade apresentada, o trabalho também se embasa no pensamento decolonial, epistemologia que apresenta condições de fazer a análise do proposto de forma a não reproduzir o pensamento eurocêntrico, racista, heteronormativo, classista, e por vezes empirista, do pensamento ocidental. O pensamento decolonial permite fazer uma pesquisa que considera as questões de gênero e sexualidade como inseparáveis da história pós/neocolonial do ocidente, englobando as experiências da escravidão, do racismo, da diáspora e dos fenômenos de imigração e dos novos imperialismos, como apontando por Rea e Amancio (2018).

Ademais, foi utilizada a categoria interseccionalidade, uma vez que o pensamento decolonial coaduna com o conceito, que teve origem no feminismo negro norte americano. Segundo Akotirene (2020), a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo,

² Questão Social que se apresenta como “base” fundante do Serviço Social enquanto trabalho especializado é conceituada como “... conjunto das expressões das desigualdades que aparecem com a sociedade capitalista e que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação do seu produto mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1998. p.27).

capitalismo e cisheteropatriarcado, produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça, e classe; salientando para a matriz de opressão colonialista.

Outrossim, a autora afirma que a interseccionalidade não se restringe às mulheres negras, mas contempla todas e todos que vivenciam concomitantemente duas ou mais opressão, abarcando negros, população LGBT, estrangeiras (os), pessoas com deficiência, e todas as pessoas que enfrentam vulnerabilidades que refletem as intersecções de racismo, sexismo, opressão de classe, lgbtfobia, capacitismo e outras formas de subalternação.

Desta maneira, as perspectivas teóricas citadas pavimentaram o processo de elucidação e compreensão dos motivos que envolvem a vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro aos HIV/aids, desvelando como fatores estruturais relacionam-se e determinam a incidência da infecção por HIV nas populações específicas.

CAPÍTULO I – SAÚDE NO BRASIL, DO SURGIMENTO AO DIREITO

1.1. Política de Saúde no Brasil

A compreensão de saúde e política pública de saúde no Brasil passou por inúmeras transformações, em diversos períodos históricos do país, até que na Constituição Federal de 1988 passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado, conforme o artigo 196 da Carta Magna: “*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Não obstante, para se chegar ao que se apresenta constitucionalmente garantido, percorreu-se um longo caminho, permeado por disputa ideológica política, de relações de forças, ligados a interesses de classes e manutenção de um *status quo* hegemônico dominante.

Não se pode datar com precisão o surgimento de práticas em saúde em terras pindorâmicas, contudo muito antes da chegada dos invasores europeus e suas doenças na região do Brasil, os povos originários realizavam ações voltadas para o cuidado em saúde (ações terapêuticas). Essas ações relacionavam-se com a organização social dos povos, sua cultura e religiosidade. Nesta mesma lógica de cuidado em saúde, os povos que habitavam o continente africano e foram escravizados pelos europeus, também desenvolviam suas práticas terapêuticas em saúde. Salienta-se que, por anos, parcela da população marginalizada e explorada encontrou nos saberes tradicionais o único espaço de cuidado em saúde. Em decorrência da colonização e da medicina ocidental, os saberes tradicionais passaram a ser invalidados, apontados como crenças e inferiorizados.

Para Bertolli Filho (2001) as primeiras ações relevantes que marcam a trajetória da saúde no Brasil datam de 1808, com a vinda da corte portuguesa para o país, com ações médicas voltadas para as questões sanitárias. O serviço de “saúde pública” era prestado por pouquíssimos hospitais e fortemente amparado pelas Santas Casas de Misericórdias, que eram norteadas por princípios de caridade, solidariedade e bondade, voltadas a população pobre, tendo neste momento histórico função muito mais assistencial que terapêutica. As ações médicas-sanitárias neste período eram focadas em simples orientações e restrições a navios estrangeiros, tidos como os principais responsáveis pela propagação das doenças no país.

Com o passar do tempo e a evolução política e econômica do país, a atenção pública focada nas ações sanitárias se perpetua, isso até o início da industrialização. Em 1889 é proclamada a República no Brasil e com isso há necessidade de se atualizar a economia e a sociedade, sendo reconhecida a importância da mão de obra do trabalhador para o desenvolvimento do país. Por volta de 1900, as ações sanitárias são voltadas para as questões urbanísticas, reconhecendo que o principal motivo das epidemias nas cidades brasileiras, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, era a aglomeração de trabalhadores pobres, que viviam em condições extremamente precárias nesses centros urbanos (Bertolli Filho, 2001). Assim, com objetivo da manutenção do modelo de produção vigente, se têm início as primeiras medidas de proteção social, entre elas, ações voltadas à saúde do trabalhador.

Bravo (2001), aponta que a saúde pública, na década de 1920, adquire importância política. Entre as ações públicas, a mais importante foi a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, reguladas por meio da Lei Elói Chaves. As CAPs posteriormente se tornam os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), seguindo a mesma lógica de atendimento aos trabalhadores formais (lógica contributiva/seguro social). Esta realidade demonstra que desde seu surgimento a política de saúde se apresenta com características restritivas, e de acesso seletivo aos que estavam formalmente incluídos nos mercados de trabalho, não sendo tratada como um direito universal pelo Estado.

Em 1930 o governo Getúlio Vargas ascende ao poder, ocorrendo de fato a institucionalização da saúde pública no Brasil. O governo Vargas é historicamente marcado pela introdução e expansão de políticas de proteção ao trabalhador. Porém, é importante enfatizar que isso não se deu por simples sentimento de justiça social desse governo, mas como estratégia de controle social da crescente organização política e mobilização dos trabalhadores em prol de seus direitos (Behring e Boschetti, 2007).

Bravo (2001), citando Braga e Paula (1986), aponta as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940: a) ênfase nas campanhas sanitárias; b) coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; c) interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; d) criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste,

1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940); e) reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Em 1946, o país inicia um período de experiência democrática, com a promulgação de uma nova constituição, após 15 anos de governo ditatorial de Vargas. No período entre os anos de 1946 e 1964, a política de saúde pública é caracterizada por uma estrutura centralizada com vários programas e serviços verticalizados para implementação de ações sanitárias. Com essas ações pontuais e limitadas, a saúde no período citado, não conseguiu acabar com o quadro de doenças infecciosas, parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral, situação esta intimamente ligada à falta de condições básicas de saneamento (Bravo, 2001).

Depreende-se que no período apresentado, a determinação social em saúde (acesso a bens e serviços essenciais, como saneamento básico, água potável, alimentação e outros) era fator central no quadro geral de saúde, da maioria da população brasileira, que vivia em condições precárias e tinha acesso parco, ou mesmo nulo, aos serviços citados e aos bens de consumo básicos.

Em 1964 se instaura o regime militar. Esse regime político é marcado pelo autoritarismo, supressão dos direitos constitucionais, perseguição política, prisão e tortura e morte dos opositores. De forma compensatória ao cerceamento dos direitos civis e políticos, neste período, houve também a expansão das políticas sociais, que permaneciam com caráter meritocrático, vinculado a inserção no mercado de trabalho (Bertolozzi e Creco, 1996). Até 1964 a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos, sendo minoria a compra dos serviços médicos a terceiros, porém essa lógica se inverte a partir do regime militar.

Segundo Bertolli Filho (2001), a saúde no período militarista ficou caracterizada pelas ações curativas comandadas pelo setor privado, predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de ações técnicas burocráticas voltadas para a mercantilização da mesma. O sub-setor de saúde pública foi deixado em segundo plano, com extrema carência de recursos financeiros, se apresentando incapaz de atender a uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada, eram excluídos do sistema de saúde previdenciário e eram atendidos somente por meio de ações restritas a campanhas de saúde de baixa eficácia.

Seguindo ao mando e lógica capitalista, o governo militar primava por entender a saúde como mercadoria, privilegiando o setor privado em suas ações, sendo o acesso ao serviço “público de saúde” restrito basicamente para a população empregada. Entende-se que a saúde no período era compreendida como fato biológico natural individualizado, desconsiderando o contexto político econômico e forma do indivíduo existir em sociedade (desresponsabilização estatal).

Com o fim do “milagre econômico brasileiro³”, aumento da dívida externa e da inflação, baixos salários para os trabalhadores, taxa de desemprego alta, empobrecimento da população e o agravamento da questão social no país, em meados da década de 70, se inicia a crise do governo militar. Esse cenário de crise do Estado absolutista foi um terreno fértil para a mobilização de diversos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização do país, por meio da garantia dos direitos sociais e civis de todos os brasileiros. Entre os movimentos sociais, houve a organização de diversas categorias de profissionais da saúde, principalmente médicos, acadêmicos e cientistas; que em seminários e congressos faziam uma análise crítica da qualidade de vida do povo e denunciavam os problemas criados pelo modelo de saúde existente (Bravo, 1996 e 2001).

Menicucci (2003) afirma que a teoria social da saúde foi o marco teórico/ideológico que norteou o movimento sanitário. A autora aponta que no final dos anos 60 e início de 70, desenvolveu-se uma abordagem marxista histórico-estrutural das condições e dos problemas de saúde da população no âmbito dos departamentos de medicina preventiva (DMPs) de algumas universidades brasileiras. Nesse período foi constituindo o pensamento médico-social, e delimitou-se um novo campo de estudo, denominado de saúde coletiva. Uma das formas de difusão do pensamento médico-social, associada ao posicionamento pela democratização do país e pela oposição à privatização da saúde, foi por intermédio do movimento estudantil do setor de saúde, particularmente nas Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESACs) (MENICUCCI, 2003, p. 159).

Em 1986, quando os líderes do movimento sanitário ocupavam um papel importante em instituições responsáveis pela política de saúde, ocorreu o evento mais

³ No período de ditadura militar ocorreu na economia do país uma rápida diversificação e modernização da indústria e serviços, sustentado por mecanismos de concentração de renda nos estratos sociais mais ricos, expansão do mercado interno e abertura ao capital estrangeiro, fato conhecido por Milagre Econômico Brasileiro (BERTOLOZZI e CRECO, 1996).

significativo para o movimento, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nela, o movimento pela democratização da saúde reconhece a necessidade da ampliação do conceito de saúde e a importância do fortalecimento e expansão do setor público. Como resultado dessa conferência, compreende-se o conceito de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007). O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS – (2009), sintetiza o movimento de Reforma Sanitária:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 17).

Salienta-se para importância do movimento de reforma sanitária e sua intrínseca vinculação com os movimentos populares de redemocratização do país. O movimento sanitário buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil, nas suas demandas pela democratização do país (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011), sendo uma força política construída, a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime militar. Com objetivos básicos como a ampliação de cobertura, a articulação das esferas de governo com vistas à maior utilização da rede pública e a participação da população, o movimento de reforma sanitária se demonstra claramente contra o modelo de assistência à saúde médico-privatista, consolidado na trajetória da política de saúde brasileira (Menicucci, 2003).

Em 1987 é instaurada a Assembleia Nacional Constituinte, que se ateve em garantir a participação popular na formação da nova Constituição, pois foram criadas subcomissões de trabalho, que deveriam ouvir a sociedade. A saúde ficou em uma subcomissão separada, juntamente com a seguridade social e meio ambiente, fator que permitiu que fosse dada a importância devida à questão sanitária brasileira. A presença popular e das entidades da área da saúde foi muito importante, possibilitando um debate

com a sociedade, repercutindo no relatório final da subcomissão, que se pautou nas orientações da 8ª Conferência (Bravo, 1996).

A autora citada aponta que a Assembléia Constituinte se tornou uma arena política em que os interesses na saúde se organizavam em dois pólos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústria Farmacêutica (setor privado/médico privatista), e as forças responsáveis pelo Movimento de Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde.

O primeiro grupo, vinculado a uma concepção positiva de saúde (fenômeno biológico-natural), tratava a saúde como “mercadoria”. O outro grupo, com entendimento embasado no materialismo histórico, buscava contemplar as complexidades de existir em uma sociedade capitalista, centrada no trabalho e marcada pelas desigualdades, para a compreensão do que é saúde.

Como marco histórico, principalmente no que se refere aos direitos sociais no Brasil, é promulgada em 1988 a oitava Constituição Brasileira, conhecida como “Constituição Cidadã”, por ter garantido direitos sociais para as mulheres, crianças, indígenas e trabalhadores rurais; principalmente pelos avanços alcançados na previdência, assistência social e saúde, com a criação da Seguridade Social.

Boschetti (2006) explicita o marcante embate entre o setor da política ligado aos movimentos populares, que lutavam pela consolidação e estatização dos direitos sociais, e outro que se vinculava ao setor privado da economia, norteado por idéias neoliberais, que lutavam pela privatização das políticas sociais, principalmente a saúde. Assim, compreende-se que a “Constituição cidadã” é resultado de um acordo político dos setores citados. A autora aponta como ficou a saúde na conquistada seguridade social brasileira:

A saúde obedeceu quase inteiramente aos princípios defendidos e aprovados na Conferência Nacional de Saúde, o que revela a força do Movimento Sanitário ocorrido no Brasil nos anos que antecederam a Constituinte. No projeto, ela foi garantida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Sua organização deveria se basear em um sistema único e descentralizado, financiado por um fundo nacional de saúde, cujos recursos seriam originários do orçamento do Estado e não deveriam ser inferiores a 10% do PIB anual (BOSCHETTI, 2006. p. 156).

Observa-se no histórico brasileiro que o entendimento de saúde, bem como a política pública voltada ao atendimento da temática, estavam centradas, inicialmente, em uma perspectiva positivista, predominante na epidemiologia tradicional, entendendo

a saúde como fato biológico natural e a doença como evento clínico-biológico, enquanto suas causas eram consideradas fatores sociais isolados (Nogueira, 2010).

Por volta dos anos de 1970 e 1980, no campo da saúde, há o surgimento de marcos teóricos vinculados ao materialismo histórico, com especial destaque para as dimensões políticas dos processos de produção (condições de trabalho) e reprodução (estrutura de classes) da sociedade (Almeida-Filho, 2010). Desta forma, a produção teórica científica (epistemológica) sobre saúde, não apenas no Brasil, foi paulatinamente agregando concepções progressistas, à luz da teoria marxista.

As construções teóricas sobre a compreensão de saúde perpassam o cenário político ideológico, não só no país, mas também em âmbito mundial. É fato que a consolidação da Constituição de 1988 é uma vitória para democracia e justiça social brasileira. Contudo, não se pode desconsiderar que o texto constitucional expressa a dualidade do período, em que estavam em disputa projetos societários distintos: *democracia de massas* versus *democracia restrita* (Netto, 1990). O primeiro projeto vincula-se à universalidade de direitos e promoção da cidadania, viabilizando o acesso de todos aos serviços de proteção social, entre eles à saúde. O outro projeto relaciona-se à contenção de gastos públicos, norteado pelas ações de ajuste estrutural do Estado.

Os projetos em disputa vinculam-se às distintas compreensões de saúde relatadas, sendo que o primeiro apresenta o entendimento amplo sobre saúde, relacionando-a ao acesso a direitos, bens e serviços. O segundo projeto relatado, de caráter positivista, entende a saúde como fator biológico natural, isolado, responsabilizando cada indivíduo por sua condição, e acesso a serviço de saúde.

Nos anos que se seguem à promulgação da Constituição de 1988 é perceptível a aproximação e distanciamento da concepção da política de saúde dos projetos societários em disputa, havendo a nítida vinculação da saúde ao projeto de democracia restritiva, mesmo essa sendo garantida como direito de todos e dever do Estado.

O artigo 199 da Constituição Federal de 1988, expressa a ambiguidade no direito a saúde, pois afirma que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada, “*As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos*” (Constituição Federal de 1988, Art. 199, § 1º, p:40), permitindo assim a continuidade e consolidação de um sistema de saúde privado, e da saúde como mercadoria.

O marco legal da saúde como direito, relacionado ao projeto de democracia ampliada, logo ao sistema de saúde público-estatal, é a Lei Federal 8.080, de setembro de 1990 (Lei Ordinária da Saúde). A lei citada dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Os princípios e diretrizes do SUS, apresentados na lei citada, refletem a concepção progressista e democrática, de sua formação no interior da Reforma Sanitária. Entre os princípios e diretrizes destacam-se: universalização do acesso à saúde; equidade na prestação dos serviços ofertados; e integralidade na assistência.

Aqui colocaria, ainda que sucintamente a definição dos princípios do SUS e organização da rede (primária, secundária e terciária), de forma a visibilizar que a intenção do Sistema é garantir o processo de prevenção, educação em saúde, tratamento e recuperação.

Em 1990, a elite dominante garante sua posição política privilegiada, e o país elege para presidência da república o Sr. Fernando Collor de Melo, candidato vinculado ao projeto societário de democracia restrita. Consequentemente, o governo Collor imprime em suas ações a lógica de Estado mínimo, e no campo da saúde há o predomínio da lógica privatista. Assim, indo contra a reforma democrática ocorrida no país nos anos 80, tem início o processo de contra-reforma do Estado (Behring, 2003)⁴, que tem como foco o ataque às conquistas garantidas pela Constituição Federal de 1988, entre elas a saúde como direito de todos.

Apesar do processo de democratização da saúde, por meio da criação do SUS, os anos 90 se caracteriza pela implementação das ações de ajuste neoliberal no cenário político brasileiro e pela paulatina consolidação do projeto de saúde privatista. O Conselho Federal de Serviço Social (2010) afirma que a contra-reforma do Estado atingiu a saúde através das proposições de restrição do financiamento público; promoveu a dicotomia entre ações curativas e preventivas, e rompeu com a concepção de integralidade do direito a saúde, através da “criação” de dois subsistemas, um público-estatal e um privado.

⁴ As principais características da contra reforma do Estado são: ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado – abertura comercial e privatização –, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional; reforma da Previdência Social, inovação dos instrumentos de política social; reforma do aparelho do Estado e aumentando a sua eficiência (BEHRING, 2003. p.178).

Compreende-se que o primeiro subsistema é de acesso universal, gratuito e igualitário, como proposto pelo movimento de reforma sanitária, com ênfase na população menos favorecida, e com prestações de serviços de saúde básicos. E o segundo subsistema é de acesso restrito aos que podem pagar por esses serviços, que o adquire por meio da compra ou inclusão no mercado formal de trabalho, caso em que o acesso a saúde é financiado parcialmente ou totalmente pelo empregador, e nele os serviços de saúde prestados são principalmente ambulatoriais especializados, de média ou alta complexidade.

Bravo e Matos (2002) fazem um panorama da política de saúde brasileira, de 1990, a partir da promulgação da Lei Federal 8.080, e o desenrolar da política nesta década. No período citado, os autores identificam quatro importantes momentos no setor. O primeiro momento, situado na era Collor, é marcado pelo retrocesso nos setores sociais, inclusive na saúde, expressos por meio da redução de verbas públicas para esses setores. Neste período, fato marcante para política de saúde, foram as tentativas sistemáticas e contundentes de boicote à implementação do SUS. Realidade demonstrada por meio das apresentações de propostas de emendas constitucionais, que contrariavam nitidamente os avanços conquistados na Constituinte de 88, como, por exemplo, a que propunha a comercialização de sangue e hemoderivados. Outro acontecimento que demonstra o boicote ao SUS foi a demora na aprovação da Lei Orgânica da Saúde e os inúmeros artigos vetados, referentes ao financiamento e ao controle social.

O segundo momento, apontam os autores, refere-se à era Itamar Franco, que significou um freio ao sucateamento do setor saúde, apresentando proposições de fortalecimento do SUS, e vinculação a concepção democrática de saúde, bem como ao projeto societário de democracia de massas. Nesse momento foram retomados certos aspectos do Projeto da Reforma Sanitária, como a influência da sociedade civil nos conselhos; a municipalização da saúde, situada no reconhecimento da diversidade das situações; experimentação de modelos alternativos nas esferas estaduais e municipais e reativação de movimentos ligados à cidadania (Paim, 1998, *apud* Bravo e Matos, 2002).

Destaca-se também nesse período, a promulgação da Norma Operacional Básica – NOB /93⁵.

O terceiro momento compreende os dois primeiros anos de governo Fernando Henrique Cardoso, marcado pelo descaso governamental, na medida em que o presidente da república nada fez para intervir nessa política setorial, e a única ação em prol da saúde, nesse período, é do Ministro da saúde, Sr. Adib Janete, que lotou, isoladamente, pela aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, que inicialmente destinava-se para o financiamento da política de saúde.

O quarto momento, também no governo FHC, compreende o período em que apresenta-se uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS. Isso fica claro com a entrada do Sr. José Serra, no Ministério da Saúde, que por meio de suas decisões explicita o ajuste da política de saúde à proposta de reforma do Estado. Tal explicitação se dá na defesa de reestruturação do atendimento hospitalar e ambulatorial, pela regulamentação dos planos privados de saúde e pela normatização dos medicamentos (BRAVO e MATOS, 2002).

As sucessivas conquistas da parcela da sociedade vinculada ao capital financeiro, projeto societário de democracia restritiva, na década de 90, trouxe grandes prejuízos à implementação do SUS que, em decorrência da política econômica ortodoxa adotada pelo Estado, não conseguiu disponibilizar um sistema de saúde que de fato fosse universal, igualitário, e integral, e atendesse de forma eficiente a demanda de toda sociedade brasileira.

A lógica privatista da saúde, associada à compreensão de democracia restrita, bem como ao de saúde como fenômeno biológico-natural, consolida-se por meio da promulgação da Lei Nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Desta forma, a saúde é reconhecida pelo Estado como mercadoria e esta agência é responsável por fiscalizar o lucrativo mercado de saúde privado, que não mais se apresenta como complementar ao setor público, mas como suplementar, pois a disponibilidade de sua estrutura e serviços é fundamental para a atenção da saúde da população brasileira.

⁵ A Norma Operacional Básica – SUS 01/93, regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde, e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e diretrizes para os investimentos no setor.

Nas últimas duas décadas, o sistema de saúde brasileiro foi consolidado por meio dos ditames da política macroeconômica neoliberal, que ao derruir o financiamento das políticas de seguridade social, entre elas a saúde, estimulou o avanço das instituições privadas (setor médico privatista), pois essas lucram ao disponibilizarem serviços que deveriam ser prestados pelo Estado aos cidadãos, bem como, ao serem contratadas pelo Estado para prestarem esses serviços.

A priorização da rentabilidade financeira em detrimento da universalização de direitos sociais se explicita nitidamente na política pública de saúde brasileira dos últimos anos. O setor ficou marcado pela contenção dos gastos públicos, racionalização da oferta de serviços, e descentralização, com isenção de responsabilidade do poder central. Com isso, a tarefa do Estado se limita em garantir um mínimo aos que não podem pagar, com a oferta de pacote de serviços básicos, de atenção primária à saúde, geralmente em centro de saúde ou clínicas; ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado (MENICUCCI, 2006).

Considerando a significativa importância do financiamento público para a realização de uma política social, e a efetivação do direito a ela relacionado, faz-se necessário, mesmo que brevemente, sinalizar, algumas das ações que fazem parte, do conjunto estratégico de decisões governamentais, de enfraquecimento do SUS, segundo a lógica de austeridade fiscal adotada pelo Estado.

Em 2000, foi aprovada a Desvinculação de Receitas da União (DRU), mecanismo que permite ao Governo Federal retirar 30% do orçamento da seguridade social para o tesouro nacional (destinação para rentabilidade econômica). Em continuidade ao desmonte das políticas sociais, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC 95), ou também conhecida como “PEC da Morte”, uma emenda constitucional que determina o congelamento dos gastos com políticas sociais, entre elas a saúde, por 20 anos.

A universalidade do direito a saúde, um princípio fundamental do SUS, está intrinsecamente ligado à responsabilização do Estado, principalmente no que se refere ao financiamento dessa política, que deve ser de inteira responsabilidade desse e totalmente prestado por ele. Porém, o que se constata na história do financiamento da saúde são os sucessivos ataques aos recursos da seguridade social, conseqüentemente ao financiamento da saúde pública, fator que interfere na qualidade e quantidade dos serviços públicos de saúde prestados.

Com isso, os princípios de universalidade, equidade e integralidade não se materializam como realidade e são desprezados pelo governo. Esse posicionamento do Estado é coerente com o modelo econômico neoliberal adotado no Brasil, a partir dos anos 90, que determina a contenção de gasto público e o privilegiamento do capital financeiro.

1.2. Conceito de Saúde e determinação social dos processos saúde-doença

Ante ao resumo exposto sobre saúde e sua política pública no Brasil, apresenta-se como referencial os conceitos que se seguem: “A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. Isso deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doenças e promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2017)”; saúde é “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2006)”.

Os conceitos de saúde apresentados são complexos e amplos, e buscam de forma ontológica contemplar o existir humano, reconhecendo a importância da observação do contexto social (relação indivíduo e coletividade) como fundamental para compreensão de saúde. Para tanto, apresenta-se o olhar de autores que se dedicam a construção de saber na temática saúde.

Nogueira (2010), reconhecendo a multicausalidade da determinação em saúde, ressalta a importância da devida compreensão do conceito de “determinantes sociais”. O autor destaca que o termo “determinantes sociais” atualmente se apresenta de forma acrítica, desprovido do teor político de seu surgimento, característico do período de reforma sanitária brasileiro. O termo passou a se apresentar basicamente em episódios de causalidade social dos problemas de saúde, ou seja, fazendo a relação estatística de fatos com problemas de saúde. Para o autor, os estudos atuais de “determinantes sociais” se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade entre os diferentes grupos da população. A ação pura de relacionar variáveis sociais a doenças, e a morte causadas por essas, se apresenta como equívoco, pois desconsidera as causas das variáveis sociais, como se a existência dessas fosse um fenômeno natural, e não tivesse relação direta com a ação humana. Assim o autor enfatiza como se apresenta a concepção empiricista de determinante:

Na etapa epistemológica da Filosofia ocidental, o conceito de determinante foi reduzido ao de fator causal empírico pelo neopositivismo e pela própria ciência contemporânea, mediante o uso

dos métodos estatísticos de probabilidade. Supõe-se, agora, que a inferência de uma causa em relação a um efeito depende de testes que excluam a hipótese de a relação dar-se por acaso. Portanto, a causa é validada não mais por um conceito geral ou uma lei, conforme pensou Kant, mas de acordo com uma indução empírica que se assenta em parâmetros estatísticos. Determinante é o fator causal que tem sua validade estatística confirmada por pesquisa de campo em relação a um número suficientemente grande de indivíduos ou de casos. Estes são os mesmos critérios que a epidemiologia utiliza para avaliar os chamados determinantes sociais da saúde, a partir de estudos de campo. (NOGUEIRA, 2010, p.140)

Como alternativa ao termo que se vinculou à perspectiva positiva de saúde, e domínio na epidemiologia tradicional, Nogueira (2010) recomenda o abandono do termo “determinantes sociais”. Ele explica que essa expressão conota preconceito cientificista, subentendendo-se que, para ser válido, o conhecimento dos fenômenos da saúde deve estar sempre fundado na explicitação de relações de causalidade em sentido estrito. O autor ressalta que entender a determinação da saúde vai muito além do emprego de esquemas de causalidade e não deve ser confundido com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais. Desta forma, no lugar de determinantes, o autor prefere falar de “determinação”.

[...]a determinação social implica aceitar que cada domínio da realidade apresenta processos mediadores que interferem com a emergência de novas características nos níveis de complexidade crescente, de modo que a consequência, em termo de saúde e doença, será sempre a resultante de um processo complexo de determinação-mediação (BARATA, 2009, p.24).

Para chegar à conclusão apresentada, Nogueira (2010) salienta a importância da tradição filosófica de autores clássicos como Aristóteles, Kant, Hegel, Marx e Heidegger, pois para o autor é imperioso a análise crítica da realidade em que vivemos, por meio de conceitos e teorias que expliquem à sociedade e sua complexa organicidade, bem como o conceito de saúde.

Desta forma, usando como base o filósofo alemão Martin Heidegger, um dos principais autores do século XX, Nogueira (2010 e 2011), em seus artigos “*A determinação objetual da doença*”, e “*Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger*”, se dedica a análise da contribuição ao estudo fenomenológico da saúde e da enfermidade, feita pelo filósofo, nos seminários de Zollikon (ocorridos entre 1959 e 1969). Segundo o autor, para Heidegger a saúde e a doença constituem fenômenos ontológicos que se referem a dois modos de ser essenciais do homem, e que se pertencem mutuamente. A doença é a privação da saúde,

porém essas não podem ser percebidas pelos sentidos: constituem assim fenômenos ontológicos, unicamente acessíveis pelo pensamento.

Percorrendo os caminhos de Heidegger, Nogueira (2010 e 2011), sinaliza que existimos sob o império da determinação objetual, tal conceito diz que: tudo o que há de experimentável no mundo são objetos, representados de forma certa e segura pelo sujeito do conhecimento. Contudo, o autor ressalta que só se pode examinar os objetos da experiência com base numa postura essencial do homem, que representa para si a presença das coisas como objetividade.

A compreensão crítica do conceito de saúde e determinação perpassa primeiramente por meio da relação entre causa e determinação, noções interligadas pela filosofia. Com base em autores clássicos como Kant, Aristóteles, e Lukács, Nogueira (2010), aponta que atualmente o que está referido comumente como causa ou causalidade no debate em saúde tem o mesmo sentido adotado pela escolástica medieval de “causa eficiente”, sendo essa entendida, de forma restrita, como o que está na origem de algo ou que provoca uma mudança em algo (concepção empiricista de causa).

Contudo, o autor afirma que Heidegger entende que o comportamento humano não obedece a qualquer tipo de causa eficiente. Portanto, o filósofo alemão coaduna com pensamento kantiano, que afirma que a causa se relaciona com o efeito de acordo com uma lei fundamental da razão pura, ou seja, causa não é um fator empírico, mas um conceito que se articula com outros conceitos por meio de uma lei ou teoria. Por esse motivo, a base teórica metodológica de compreensão da realidade é fundamentalmente importante para desvelar as nuances do complexo existir em sociedade, incluindo a compreensão de saúde.

Na mesma toada, de compreensão “limitada” de análise da realidade, o conceito de determinante foi reduzido ao de fator causal empírico, pelo neopositivismo e pela própria ciência contemporânea, mediante o uso dos métodos estatísticos de probabilidade (Nogueira, 2010). Desta forma, o conceito de determinante apresenta relação meramente empírica de causa e efeito, validado por métodos estatísticos. Portanto, o autor ressalta que falar atualmente em “determinantes sociais da saúde”, sem que estes estejam vinculados a conceitos gerais, ou seja, a uma teoria acerca do que é a sociedade e do que é a saúde, é algo que só é possível com base numa linguagem de moldes positivistas (Nogueira, 2010).

Em contraposição à doutrina empiricista dos fatores causais, é preciso jamais perder de vista o sentido kantiano de determinação. Como Kant estava preocupado, especialmente, com leis universais sobre tudo o que acontece, seu conceito de determinação prende-se, em grande parte, à formulação do caráter legal universal da natureza, de acordo com o modelo da Física matemática de Newton.[...] Portanto, existem pelo menos quatro concepções de determinação: a) relação meramente empírica de causa e efeito, validada por métodos estatísticos; b) a lei universal que relaciona um evento a outro no tempo, como causa e efeito; c) a especificação de um conceito de modo dialético e que origina o real como ‘concreto pensado’; d) o fundamento histórico da compreensão do ser dos entes enquanto *physis*, criatura ou objeto. Em síntese, o item ‘a’ corresponde a uma compreensão extremamente restritiva dos conceitos de determinante e de determinação, que passa por cima da tradição filosófica que vem de Aristóteles e se estende a Kant, Hegel, Marx e Heidegger. Por isso, falar atualmente em ‘determinantes sociais da saúde’, sem que estes estejam vinculados a conceitos gerais, ou seja, a uma teoria acerca do que é a sociedade e do que é a saúde, é algo que só é possível com base numa linguagem de moldes positivistas, que é sempre tanto antikantiana quanto antimarxista. (NOGUEIRA, 2010, p.141).

A desconstrução do conceito de determinantes sociais da saúde, e a relação entre dados estatísticos (empíricos) e a ocorrência de doenças, apresenta-se como extremamente importante, e um marco no entendimento da saúde como fenômeno complexo, resultante de múltiplos fatores, não sendo o indivíduo, de forma particularizada, o único agente responsável por seu bem-estar físico e a ausência de doenças.

Em conformidade a construção crítica sobre o conceito de saúde, apresenta-se a observação sobre as perspectivas teóricas e metodológicas de estudos referentes a desigualdades em saúde. Quanto a esse conceito Almeida-Filho (2010), chama a atenção para como o processo de construção teórica vem sendo realizado na literatura, com especial atenção ao problema do rigor conceitual e, portanto, da estrutura terminológica adequada e específica. Para tanto, o autor tem como principal fonte os estudos realizados pelo filósofo político norte americano John Rawls, e professor de economia e filósofo indiano Amartya Sen, para chegar ao importante conceito em saúde, desigualdade.

Ao fazer a análise da teoria referente ao conceito de justiça de Rawls (1997), Almeida-Filho (2010), aponta que para o filósofo político, a justiça na sociedade implica um sistema de prioridades que justificaria sucessivas escolhas por valores, bens e produtos em disputa. Se os agentes sociais escolhem um bem em detrimento de outro, é porque existe forte razão para considerá-lo mais desejável e prioritário que o outro.

Essa noção de justiça apresentada transversaliza a sociedade brasileira em inúmeros aspectos (econômico, político, cultural e étnico-racial), sendo palpável nas expressões da questão social⁶, como racismo, sexismo, e homofobia.

A teoria sobre justiça apresentada também propõe igualdade de oportunidades e distribuição de bens e serviços referentes a necessidades básicas. Aplicada ao tema específico da saúde, tal conceito de justiça implica distribuição igual dos determinantes da saúde (Daniels; Kennedy; Kawachi, 2000 apud Almeida-Filho, 2010). Contudo, essa visão se apresenta de forma incompleta, segundo o autor, pois a saúde é entendida por Rawls como bem natural, dependendo dos recursos individuais, ao invés de está entre as liberdades básicas (necessidades básicas / direito líquido e intransferível).

Considerando a incompletude relatada, Almeida-Filho (2010), aborda a visão de Amartya Sen, que adota o conceito de desigualdades (*inequalities*) como complemento ao conceito de bem-estar social, sendo esse vinculado à padrões de distribuição da riqueza, relacionada à ideia de justiça distributiva. Todavia, não basta distribuir riqueza / valor (equidade distributiva), pois existimos para além de determinações materiais objetivas, sendo necessária a busca constante pela compreensão da diversidade humana, e nessa entender a peculiaridade do particular e do grupo. Reconhecendo a existência de desigualdade como cambiante, considerando especificidades ou contextos diferentes (raça-etnia, gênero, orientação sexual, classe e outros).

Contemplando a complexidade que está imbuída no termo de desigualdade em saúde, Almeida-Filho (2010), aponta para a ressalva feita por Sen, que reprova a utilização de indicadores clássicos de desigualdade como ferramentas precisas, ao serem utilizados sem criticidade, não articulados com teorias que buscam a compreensão da totalidade do contexto social de vivência humana. Ao serem utilizados de tal forma, os indicadores tendem a fazer uma leitura que aparenta uma “precisão científica”, porém ilusória dos fenômenos estudados, pois desprezam o caráter contingente, dialético ou mesmo ambíguo da desigualdade em saúde.

Com ênfase na crítica à utilização de modelos matemáticos e estatísticos de determinante, para medir a desigualdade em sociedade, bem como em saúde (método que geralmente tem como base a utilização de indicadores econômicos); Almeida-Filho

⁶ A Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

(2010), adverte que a saúde é mais complexa de ser medida que a renda e a economia. Dessa forma, o autor faz uma importante observação, quanto a dois pensamentos comumente disseminados: as falácias econocêntrica e econométrica.

De forma resumida, Almeida-Filho (2010), aponta que os pensamentos citados supõem que a esfera da economia poderia ser à referência dominante da sociedade, ou seja, capaz de explicar processos e objetos da vida em sociedade, entre eles a saúde. Ademais, denota-se das falácias que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas e econocêntricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade. Contudo, o autor lembra que a saúde não pode ser linearmente produzida, armazenada, investida, e redistribuída do mesmo modo que a renda.

Dessa forma, pode-se inferir que as máximas apresentadas resumem o complexo existir em sociedade à questão econômica, e seus problemas limitados à questão social e suas expressões, ou seja, tudo estaria centrado na relação capital trabalho, de uma sociedade centrada na produção de bens, e marcada pela desigualdade na distribuição de riquezas. Oportunamente, salienta-se que os indicadores econômicos ou as desigualdades socioeconômicas (questão de classe), são fundamentais para análise da determinação em saúde, contudo somente essa abordagem não contempla questões socioculturais que extrapolam os aspectos “econocêntricos e econométricos”, como racismo, sexismo, homofobia, e outros fenômenos que transversalizam o existir em sociedade (aspectos subjetivos), bem como a saúde dos indivíduos.

Oportunamente, ressalta-se a inexistência de quantitativos matemáticos de mensuração, que afirmem para maior ou menor importância de fatores, sejam eles econômicos, sociais, culturais, de dimensão objetiva, ou mesmo subjetiva (individuais e/ou coletivas), quando falamos de determinação social em saúde. Pois essa se apresenta enquanto processo complexo, composto por diversos fatores estruturais (marcadores sociais), em concomitância.

Frente ao grande número de autores tratando sobre a temática de desigualdade em saúde, cada teoria apresentando suas contribuições e limitações, Almeida-Filho (2010), constrói uma cadeia argumentativa que culmina em um glossário. O autor considera os fenômenos da disparidade social em planos ou campos distintos, apontando que o conceito *diversidade* remete primordialmente à variação em

características dos membros de uma população, *diferença* ao plano individual, *desigualdade* à esfera econômico-social, *inequidade* ao campo da justiça, *iniquidade* ao político, *distinção* ao simbólico (prática cultural cotidiana de agentes sociais). Assim, o autor busca analisar de forma mais abrangente (holística) o processo de determinação em saúde contemplando as particularidades dos indivíduos, a vivência em coletividade e a interação entre esses pólos.

Portando, com base em Almeida-Filho (2010), falar em desigualdade em saúde é tratar sobre variação quantitativa em coletividades, ou seja, distribuição de renda e acesso a bens e serviços, fatos possivelmente produtores de injustiças sociais, que são inequidades em saúde. As inequidades em saúde, perpetuadas pela estrutura social e manifesta nas expressões da questão social são as geradoras das iniquidades (segregação, discriminação, perseguição e outras) em saúde, que são o reflexo das escolhas (decisões políticas), evitáveis, e cruéis feitas em sociedade.

Todos os fatos sociais anteriormente citados interferem diretamente no plano individual (*diferença*) e simbólico (*distinção*) dos indivíduos. Os pontos apresentados constituem um ciclo, no qual não se pode delimitar marco temporal de ocorrência (primeiro ocorre determinado fato e em sequência os demais), esses coexistem simultaneamente e relacionam-se.

Cruéis marcadores sociais de diferenciação, historicamente construídos e consolidados, relacionados ao sistema econômico e organização social, são elementos da conformação sociocultural, que interagindo com os fatores biológicos, são os balizadores das desigualdades em saúde. A compreensão e indignação com a realidade apresentada é o caminho para a construção de uma sociedade mais justa, com igualdade em saúde e superação das iniquidades estruturais, que aflige pessoas com base nas diferenças de gênero, orientação sexual, geração, raça-etnia e classe social.

Na continuidade do tema de justiça e desigualdade em saúde, Almeida-Filho (2010) cita Margareth Whitehead, sinalizando para a importância do conceito de equidade em saúde, trabalhado pela autora, que é referência mundial na temática. O autor entende que para Margareth Whitehead equidade em saúde equivaleria à justiça, qualidade de vida e sobrevivência posto que, idealmente, todos e todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém deveria estar em desvantagem nesse processo.

A autora citada, por anos, pesquisa as desigualdades sociais em saúde e suas consequências. Para Whitehead e Dahlgren (2006), desigualdade e iniquidade em saúde são sinônimos, e são direta ou indiretamente geradas por fatores sociais, econômicos, ambientais e estilos de vida estruturalmente influenciados.

Em suma, o termo iniquidade, conforme usado nos documentos da OMS, refere-se às diferenças em saúde que não são apenas desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, são consideradas injustas. Os julgamentos sobre quais as situações são injustas variam de um lugar para outro e de tempos em tempos, mas um critério amplamente usado é o grau de escolha envolvido (WHITEHEAD, 1985, p.07).

Whitehead e Dahlgren (2006) apontam para três características distintas que, quando combinadas, tornam-se pontos observáveis e definidores de desigualdade social em saúde: Primeiro, o padrão sistemático das diferenças na saúde. Essas diferenças não são distribuídas aleatoriamente, mas mostram um padrão consistente em toda a população, e relacionando-se aos grupos sociais do qual os indivíduos fazem parte. Segundo, os processos sociais que produzem diferenças de saúde, ao em vez de essas diferenças serem determinadas biologicamente. E terceiro, as iniquidades sociais, que são diferenças amplamente consideradas injustas, pois são geradas e mantidas pelos arranjos sociais injustos.

Os pontos citados são socialmente produzidos, refletindo o contexto da sociedade excludente e desigual, característica da estrutura econômica e social vigentes, logo possivelmente evitáveis, pois não são biologicamente motivados. Mesmo que Whitehead e Dahlgren falem especificamente sobre diferenças socioeconômicas e condições de saúde, depreende-se que os pontos elencados relacionam-se com as condições de saúde de grupos distintos e seus marcadores sociais, sejam eles econômicos, étnico-raciais, de orientação sexual, ou gênero. Assim, ao observar a alta frequência de morbidade e mortalidade entre pessoas empobrecidas, negras ou que apresentem outros marcadores sociais, aponta-se para a importância da inequidade e iniquidade⁷ em saúde.

⁷**Inequidade:** denota disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político em populações humanas e de agregados. Trata-se de um neologismo, correspondente a *inequity* e *inequidad*. Significa o oposto de equidade, ou seja, ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde. Metodologicamente, requer desenvolvimento de indicadores de segundo nível para avaliar associação com heterogeneidades intragrupoais. **Iniquidade:** corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se de ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis (ALMEIDA-FILHO, 2010, p. 30).

A diferenciação no processo saúde-doença, relacionado ao marcador social de classe é denominado de *gradiente social da saúde*⁸. Considerando que saúde é resultante de um complexo processo, influenciado por determinação social, de forma análoga, se estende o conceito de *gradiente social da saúde* para questões socioculturais. Em uma sociedade hierarquizada étnico-racialmente, o racismo se apresenta como gradiente social em saúde. Da mesma forma, os indivíduos que apresentam identidades e/ou comportamentos sociais dissidentes aos hegemônicos dominantes (cisheteropatriarcado) têm, em sua medida, sua condição de saúde negativamente atingida.

Em suma, as desigualdades em saúde relacionam-se com a forma de organização social e o papel que o sujeito ocupa em sociedade. Assim, Barata (2009) afirma que as desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade, bem como, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doenças. Estando na centralidade desse processo a reprodução social. Desta forma, a autora sinaliza que a saúde é produzida socialmente e algumas formas de organização social são mais saudáveis do que outras.

Quanto à equidade em saúde, Whitehead e Dahlgren (2006), entendem essa como multifacetada relacionada ao igual acesso geográfico, econômico e cultural aos serviços de saúde para todos e todas. Assim, depreende-se que a desigualdade no acesso aos serviços, bens, ou qualquer outra circunstância de diferenciação socialmente determinada, com implicações subjetivas ou materiais ao indivíduo, a depender do grupo socioeconômico, étnico-racial, de orientação sexual, gênero ou qualquer outro marcador social, é o que baliza esse conceito. Em suma, a autora afirma que equidade em saúde implica que, idealmente, todos devem ter uma oportunidade justa de atingir

⁸*Gradiente social da saúde*: as evidências vêm cada vez mais mostrando que os mais pobres dos pobres têm a pior saúde, um fenômeno global constatado em países de baixa, média e alta renda. Dentro dos países, as evidências mostram que, em geral, quanto mais baixa a posição socioeconômica de uma pessoa, pior a sua saúde. Esse fato é conhecido como gradiente social da saúde, e significa que as iniquidades em saúde afetam a todos. Fonte: Organização Pan-América da Saúde, 2012. In: Saúde nas Américas, edição 2012. Disponível em: https://www3.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sna-2012-volume-regional-29&alias=251-capitulo-2-determinantes-e-desigualdades-em-saude-251&Itemid=231&lang=pt. Acessado em: 08 de Ago. de 2021.

seu potencial pleno de saúde, e que ninguém deve ser prejudicado em atingir esse potencial, se ele puder ser evitado (WHITEHEAD, 1985).

Desta forma, Whitehead e Dahlgren (2006) enfatizam que em decorrência do gradiente social da saúde, os grupos socioeconômicos mais baixos, tendem a necessitar mais de cuidados em saúde. Entende-se que essa lógica se aplica aos grupos historicamente desfavorecidos em virtude de marcadores sociais. Portanto, espera-se o maior uso de serviços por eles do que por grupos mais favorecidos ou que tenham qualquer outra situação de privilégio socialmente determinada, se de fato suas necessidades em saúde estivessem sendo atendidas. Logo, ao se falar em equidade e formulação de política pública de saúde o gradiente social da saúde deve ser considerado, com objetivo de reduzir as diferenças existentes quanto ao acesso a saúde e bem-estar.

Whitehead (1985) aponta como exemplo extremo de acesso desigual em saúde quando as pessoas são rejeitadas ou não podem usar os serviços por falta de renda, raça, sexo, idade, religião ou outros fatores não diretamente relacionados à necessidade de cuidados. Como exemplo, pode se pensar na situação da população negra no Brasil. O ex-ministro da Saúde, Sr. Agenor Álvares, em entrevista ao Jornal Estadão (2006), admitiu a existência de racismo institucional no atendimento das pessoas negras no SUS, que pode ser expresso nos diagnósticos incompletos, exames que deixam de ser feitos, recusa de se tocar no paciente e até desprezo em emergências (ESTADÃO, 2006)⁹. Silvia e Almeida-Filho (2009), quanto à equidade em saúde, afirmam que:

[...] as diferenças de ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente. Desse modo, refletem interações entre diferenças biológicas e distinções sociais por um lado e iniquidades sociais por outro, tendo como expressão empírica as desigualdades em saúde. Por esse motivo, tratar teoricamente o problema da equidade em saúde toma como imperativo examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade no que diz respeito especificamente a situações concretas de interação entre os sujeitos sociais (SILVIA e ALMEIDA FILHO, 2009, p. 223).

No Brasil, a equidade passa a compor o campo da política de saúde pós Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, que tem em sua base o acesso universal, público e igualitário. Ademais, a equidade aparece nas Leis Orgânicas, e nas Normas Operacionais Básicas da saúde. Segundo o Conselho Nacional de Saúde

⁹ Fonte: Estadão, 27 de outubro de 2006. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/20061027-41282-nac-19-ger-a20-not>. Acessado em: 22 de agosto de 2021.

(CNS, 2003), a equidade é um dos principais desafios para o SUS, pois se constitui no princípio e no objetivo estratégico central, que perpassa os outros princípios, tornando-se estratégia para a universalização e aumento da eficácia do sistema. Considerando o contexto socioeconômico brasileiro o CNS afirma:

Sob o ponto de vista das condições da saúde da população brasileira, o princípio da equidade encontra-se, ainda, extremamente distante da sua efetivação. A maior causa é intersetorial, com a iniquidade e desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar (urbana e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor, caso as políticas públicas referentes aos demais setores estivessem também sob a lógica dos direitos de cidadania, como a do SUS (BRASIL, 2003, p. 24)

Em consonância ao apresentado, Fleury-Teixeira e Bronzo (2010), afirmam que as condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é base da própria saúde. Ao tratar sobre condições de saúde, os autores também utilizam do conceito de gradiente social, e salientam para importância das relações sociais e do subjetivo quando se fala em determinação social em saúde.

A dupla afirma que os menos favorecidos (mais pobres), para além do contexto que permeia toda a sociedade, estão também submetidos aos agravos oriundos da falta de perspectiva e reconhecimento na vida, da frustração e da sensação de injustiça e impotência. Ou seja, a resultante negativa ao se fazer um balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos pobres obtêm no curso de suas vidas é fator desfavorável para realização da saúde. Neste sentido, chama-se atenção para as condições de vida e saúde de alguns indivíduos, que em seu existir em sociedades, além das limitações inerentes a questão de classe, vive implicações socioculturais de uma realidade patriarcal, machista, racista e homofobia.

Desconsiderar os pontos já apresentados no texto para fazer a análise de saúde de uma população, ou de um grupo específico em sociedade, é negar a complexidade e diversidade de existência em coletividade. Essa ação fortaleceria uma postura conservadora, de responsabilização do indivíduo por suas condições de saúde (individualização do problema), legitimando relações de poder historicamente construídas, e pautadas em uma dita neutralidade científica, fazendo a leitura de saúde de forma mono-determinista ou monocausal.

O percurso traçado até o momento permite se chegar à conclusão que antes do adoecimento o indivíduo em muito tem sua realidade atingida e determinada por múltiplos fatores socioculturais estruturantes que ditam sobre sua condição de saúde. Em âmbito subjetivo, apresenta-se a cultura e a interação do indivíduo, família e sociedade (intersubjetividade). E em âmbito objetivo trata-se de acesso a bens, serviços e políticas públicas. O complexo processo de determinação em saúde retrata as condições que se apresenta para responder aos possíveis agravos em saúde, logo o nível de suscetibilidade no processo saúde-doença. Assim, chega-se ao importante conceito orientador do tema de pesquisa ora trabalhado, vulnerabilidade.

1.3. Vulnerabilidade

Segundo Carmo e Guizordi (2018), a utilização do termo vulnerabilidade em saúde começou com os estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Os autores afirmam que o ser humano vulnerável não necessariamente sofrerá danos, mas está a ele mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada.

Desta forma, os autores sinalizam que o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos; bem como a disponibilidade de meios e condições que o indivíduo tem, de ordem diversa, para se proteger de enfermidades. Assim, ante ao tema de pesquisa trabalhado, mais uma vez salienta-se para a determinação social em saúde relacionada à desigualdade social, de gênero, diversidade sexual, e raça-etnia.

Abordar a temática de vulnerabilidade em saúde implica necessariamente se debruçar sobre os estudos e pesquisas do médico e professor o Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. O Autor citado é uma referência nacional no tema, e desde o início dos anos 90 realiza pesquisa e produz ciência sobre o conceito. No texto “*O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios*”, o autor faz um resgate histórico do surgimento do conceito, que na ciência da saúde relaciona-se as pesquisas sobre HIV/aids e a epidemiologia.

Contudo, faz-se importante relatar que o conceito de vulnerabilidade apresenta suas raízes no segundo pós-guerra, quando uma corte formada por juízes dos Estados Unidos reuniu-se para julgar os crimes cometidos pelos médicos nazistas em campos de

concentração. Esse julgamento teve notoriedade mundial, devido às atrocidades cometidas em nome da ciência, resultando na elaboração do Código de Nuremberg (Diniz e Corrêa, 2001). O código trata sobre a fundamental e necessária capacidade da pessoa participante de uma pesquisa em consentir quanto a sua participação (capacidade de decisão/escolha).

Segundo Ayres e outros (2009), o termo vulnerabilidade tem origem no campo dos direitos humanos, e se expande mais amplamente no campo da saúde em 1992, em decorrência de uma publicação norte americana (*Aids in the World*). Lopes (2003) salienta que essa publicação foi elaborada pela Escola de Saúde da Universidade de Harvard, e tinha com base dispor informações não restritas aos manejos estatísticos de dados clínicos e epidemiológicos, acessando saberes das ciências humanas, econômicas e políticas, para responder a epidemia de HIV. Faz-se importante ressaltar a participação dos movimentos populares e ativistas políticos em prol dos direitos humanos, em especial da comunidade inicialmente mais atingida pela epidemia (gays, profissionais do sexo e usuários de drogas).

Antes do termo vulnerabilidade falava-se de fatores de risco relacionados ao HIV, tendo como base a utilização de instrumentais epidemiológicos. Assim, no início da epidemia, de forma equivocada, se difundiu o conceito de grupo de risco, gerando iniquidade aos grupos mais atingidos pela infecção do HIV. Lopes (2003) sinaliza que homens que fazem sexo com homens (HSH), hemofílicos, usuários de drogas injetáveis (UDIs), e profissionais do sexo foram destituídos de sua humanidade, incluídos no grupo de risco e apresentados à sociedade como únicos suscetíveis à doença e, por conseguinte, potencialmente perigosos.

O conceito caiu em desuso com o avanço das pesquisas sobre HIV/aids, a multiplicidade de casos por todas as parcelas da população, e a luta dos grupos estigmatizados em prol dos direitos de seus representados. Seguindo a mesma lógica de responsabilização, mas agora culpabilizando o indivíduo e não um grupo específico, se apresenta o termo comportamento de risco. Assim, o comportamento do indivíduo é colocado no centro da cena, sendo atribuída ao sujeito a falha na prevenção (AYRES *et al.*, 2009).

Os autores cientificam que no fim dos anos de 1980 a epidemia de HIV/aids se espalha geograficamente, e se identifica uma tendência de novos casos de infecção pelo vírus associando à pauperização. A exposição à infecção pelo HIV espalha-se mais

rapidamente nos países pobres, nos bairros e periferias das grandes cidades, mesmo entre as nações ricas. Desta forma, ganha-se espaço a compreensão sobre o adoecimento e ações de prevenção ao HIV, não restrita ao comportamento individual de risco, mas se passa a apontar para outras causas de alcance social ou estruturais, ou seja, compreendendo a suscetibilidade ao vírus resultante de um processo (AYRES *et al.*, 2009).

E nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve. Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individual, mas também coletivo, 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).

A transição do conceito de risco para vulnerabilidade é de extrema importância, pois expressa uma nova forma de se olhar a epidemia do HIV, reconhecendo o processo que envolve a suscetibilidade à infecção, e as possíveis respostas, tanto estatal, da sociedade civil, quanto do indivíduo para o enfrentamento da epidemia. Ayres e outros (2009) sinalizam para a diferença entre os termos, ressaltando que risco é conceito epidemiológico, com caráter eminentemente analítico matemático, ocorrendo a associação entre eventos ou condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas, causalmente relacionáveis (relação causa e efeito).

Desta forma, infere-se que o termo “risco” ocupa categoria conceitual análoga à de “determinantes sociais”, trabalhado pelo pesquisador Dr. Roberto Passos Nogueira, e apresentada anteriormente nesse trabalho, que segundo o autor faz a relação estatística de fatos com problemas de saúde, se limitando a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade entre os diferentes grupos da população, ou seja, ação de relacionar variáveis sociais a doenças, e a morte causadas por essas.

Em contrapartida, o termo vulnerabilidade se apresenta repleto de criticidade política, trazendo elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para o plano da elaboração teórica, fazendo a relação do todo e cada um dos indivíduos, que vive em certo conjunto de condições e o potencial de adoecimento, uma relação de plausibilidade (AYRES *et al.*, 2009).

O conceito de vulnerabilidade coaduna perfeitamente com o de “determinação social” em saúde, pois como já expresso anteriormente nesse trabalho, ambos entendem a saúde como resultado do complexo processo de existir em sociedade, e da interação

do indivíduo com o todo, e as mediações que perpassam as relações sociais. O Quadro 1 demonstra os conceitos apresentados, e expressa bem a distinção entre eles e algumas de suas características.

Quadro 1 – Comparação das características práticas dos conceitos usados em prevenção

CONCEITO	PROBLEMA ALVO	RESULTADO ESPERADO	CONSEQUÊNCIA
Grupo de risco	Contato entre pessoa vivendo com HIV e suscetível	Barreira à transmissão	Isolamento e estigmatização de grupos
Comportamento de risco	Exposição ao HIV	Prática segura	Responsabilização individual com a prevenção
Vulnerabilidade	Suscetibilidades populacionais	Resposta social	Equidade/cidadania Dignidade humana

Fonte: Ayres *et al.*, 2009, com adaptações do autor

Considerando o processo multidimensional que resulta na vulnerabilidade dos sujeitos ao HIV, os autores dividem a análise da mesma em três eixos interligados. Salienta-se que a divisão e categorização apresentada por Ayres e outros (2009), comumente serve de base para demais pesquisadores realizarem o mesmo processo de categorização avaliativa:

- Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações, e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.
- Componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meio de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas etc.
- Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/ Aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da pandemia (AYRES *et al.*, 2009, p. 127).

Nessa seara, Garcia e Souza (2010), possivelmente embasados em Ayres e outros (2009), também subdividiram a vulnerabilidade em três categorias: individual, social e político – programático. Segundo os autores, a vulnerabilidade de ordem individual diz respeito aos seguintes fatores: a) epidemiológico – aqueles que apresentam maiores graus de exposição; b) operacional – aqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência; c) social – aqueles que não têm seus direitos efetivados e aqueles sem acesso aos serviços e bens sociais disponíveis; e d) econômico – aqueles sem acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras.

A vulnerabilidade de ordem social, para Garcia e Souza (2010), relaciona-se à noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual. Soma-se aos pontos citados o repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/doença/cuidado; e os sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à masculinidade, à feminilidade e às identidades de gênero, à idade e geração, denominação religiosa, dentre outras dimensões.

Quanto à vulnerabilidade político-programático essa é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições (GARCIA e SOUZA, 2010).

Considerando o tema pesquisado, a exposição prática de exemplos dos eixos acima apresentados auxilia na melhor compreensão da categoria e o que cada subitem abarca. Com dados coletados no município de Salvador – BA, que faziam parte do estudo *Comportamento, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV e Sífilis entre Homens que Fazem Sexo com Homens em 10 Cidades Brasileiras*, Brignol e outros (2015), agrupam as variáveis pesquisadas segundo a dimensão da vulnerabilidade.

[...](1) individual: resultado dos testes rápidos do HIV e sífilis, relato de sintomas de DST (presença de feridas, bolhas, verrugas e corrimentos no pênis ou ânus), idade na data da entrevista, número total de parceiros sexuais nos seis meses anteriores à entrevista (homens, mulheres e travestis), sexo anal receptivo desprotegido com o último parceiro fixo e com o último parceiro casual, e idade da primeira relação sexual; (2) social: escolaridade, raça/cor da pele, renda familiar, situação de trabalho atual, categoria sexual, se sofreu algum tipo de discriminação (por raça/ cor da pele, por condição social, pela idade, ou pela orientação sexual), histórico de xingamento

na vida e no último ano, e se contou para pai ou mãe que sente atração sexual por homens; e (3) programática: resultado do teste rápido para HIV e sífilis, relato de teste prévio de HIV, relato de teste prévio de sífilis, conhecimento sobre algum serviço de saúde onde o teste de AIDS é feito gratuitamente, acesso a alguma informação ou insumo de prevenção de DST nos últimos 12 meses, recebimento de gel lubrificante nos últimos 12 meses, participação ou conhecimento em alguma atividade organizada por igreja, grupo religioso, organização não-governamental (ONG) de HIV/AIDS, ou ONG de Direitos Humanos, se usou ou costuma usar algum serviço de saúde do SUS (BRIGNOL *et al.*, 2015, p. 04).

As definições apresentadas quanto ao conceito de vulnerabilidade são do campo das ciências da saúde, contudo, considerando o espaço de produção acadêmica da pesquisa em questão, ciências sociais e política social, é importante apresentar a ressalva desse campo epistêmico quanto ao conceito.

O termo vulnerabilidade se aplica a diversas áreas do conhecimento, estando em processo de consolidação, bem como, em disputa, apresentando sentidos e formas distintas, a depender da área do saber e suas dimensões teórico-metodológicas, sendo assim, caracterizado pela imprecisão conceitual e aplicabilidade. Todavia, independente da abordagem científica adotada, o termo relaciona-se ao conceito de risco, que da mesma forma, também apresenta variabilidade conceitual. Os termos são tão usuais que não há como precisar o momento em que o risco e a vulnerabilidade foram introduzidos na teoria social, entretanto sabe-se que foi a partir dos estudos sobre as transformações decorrentes da crise de 1970 (BARROSO, 2019)

Importante tentar delimitar temporalmente o momento de ocorrência da construção/definição do termo em destaque. Da mesma forma que na saúde, no campo da política social, a partir dos anos 1990, inicia-se um esforço teórico para a compreensão do fenômeno da pobreza e suas consequências para além do enfoque nas variáveis puramente econômicas (CARMO E GUIZARDI, 2018). Oportunamente lembra-se que neste período ocorre no país o processo de contra reforma do Estado, e o Brasil passa a adotar ações de austeridade fiscal, norteadas por organismos financeiros internacionais, com Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (Bird), e a Organização Mundial do Comércio (OMC).

Essas ações são reflexo da política neoliberal que se implementou nos países centrais e em seguida se espalhou pelo mundo. Segundo Harvey (2008), o pensamento neoliberal passa a conduzir a política e economia em âmbito mundial a partir do fim dos anos 70, como resposta a crise de acumulação de capital do período. O autor afirma que

o pensamento neoliberal apregoa que as liberdades individuais são garantidas pela liberdade de mercado e de comércio, sendo que essas levariam ao bem-estar da população em geral. Para tanto, o Estado neoliberal atua de forma firme, para criar condições favoráveis à acumulação lucrativa de capital, e de forma mínima para a proteção social. As liberdades que esse Estado encarna refletem os interesses dos detentores da propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro. Idéia oposta as ações da política macroeconômica keynesianista-fordista e de Estado de Bem-estar Social, que orientavam as nações de capitalismo avançado pós segunda guerra mundial.

No Brasil, na década de 1990, de um lado, com base na Constituição de 88, tinha-se o princípio da construção da universalidade e promoção da cidadania, viabilizando o acesso de todos aos serviços de proteção social, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. Do outro lado, tem-se o princípio da contenção de gastos públicos, norteado pelas ações de ajuste estrutural do Estado (MARQUES e MENDES, 2009).

As duas correntes citadas retratam os projetos societários que disputavam o cenário político brasileiro após o fim do regime militar, democracia de massas e democracia restrita, conceitos introduzidos no tópico anterior. O projeto societário de democracia de massas é comprometido com a classe trabalhadora, tem por objetivo integrar a democracia representativa e a democracia direta, garantindo a ampla participação social nas decisões políticas, sendo responsabilidade do Estado às políticas sociais, por conseguinte as respostas às inúmeras expressões da questão social, ficando clara a consonância desse projeto com a Constituição de 1988. Seguindo a lógica de ajuste estrutural do Estado, com base em um Estado mínimo para o social e máximo para a reprodução do capital; caracterizado por contenção de gastos públicos, privatização da máquina estatal e interferência direcionada do Estado, na economia e no mercado, para a proteção do capital, tem-se o projeto de democracia de restrita (NETTO, 1990).

Seguindo o fluxo mundial, o país passa a adotar as ações de austeridade fiscal, tendo implicações diretas na constituição de políticas públicas e ideário social quanto às responsabilidades estatais e dos sujeitos. Esse é o contexto político econômico global, no qual ocorre o sequestro do termo vulnerabilidade, pela direita conservadora mundial, representada pelos organismos internacionais, à luz das orientações neoliberais.

O novo sentido dado ao termo naturaliza a situação de contingência vivenciada pelos sujeitos, tendo viés restritivo quanto ao acesso às políticas públicas, que se distancia do princípio da universalidade, ao delimitar-se a parcela específica da população, elegível a atuação do Estado, por está em condição de miserabilidade, sendo o sujeito vulnerável o responsável por sua condição, ocorrendo o chamamento do mesmo, de sua família, comunidade e toda rede de apoio para superação da situação adversa vivenciada.

Atentando-se para lógica de focalização das políticas sociais na América Latina Stein (2008), aponta:

É também expressivo o empenho dos países no aperfeiçoamento dos instrumentos da focalização, em contraposição ao princípio da universalidade, com o discurso de que a atuação deve ser seletiva por beneficiar a população empobrecida. Contudo, a Seletividade apoiada na equidade visando identificar necessidades particulares para melhor atendê-las, foi substituída por uma seletividade injusta, centrada na defesa dos gastos sociais, que exige das políticas sociais, a criação de estratégias de rebaixamento das necessidades humanas à sua expressão emergencial, visando, assim, diminuir as despesas do Estado. Assim, a relação dinâmica, que poderia ser mantida entre a seletividade e universalidade, foi transformada na focalização, como um princípio antagônico à mesma (STEIN, 2008, p.215).

O novo conceito de vulnerabilidade, que se relaciona a focalização, se expressa na política pública de proteção social brasileira, entre elas, saúde e assistência social. Pode-se identificar a focalização na política da saúde ao se observar o sistema de classificação de risco, para atendimento em unidade de saúde de média e alta complexidade. Mesmo sendo garantido pela Constituição Federal o atendimento de todos, ocorre a classificação dos sujeitos que deveram ser atendidos, dando prioridade aos que apresentam maior risco iminente à vida. Aos demais, o atendimento é secundarizado. Quanto à Política Nacional de Assistência Social (2004), essa estabelece que o público usuário da política é o cidadão e os grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, sendo essa a tônica que determina a ação de toda a política.

Ademais, como estratégia de desresponsabilização do Estado, em ambas as políticas citadas se identifica a centralidade sociofamiliar, haja vista a expansão da cobertura do SUS a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), na atenção primária, e a adoção da matricialidade sociofamiliar como eixo estruturante do Sistema Único de Assistência Social, lembram Carmo e Guizardi (2018).

Faz-se imperioso lembrar o caráter dialético e contraditório da proteção social, que pode ao mesmo tempo, atuar para punir e resgatar, aprisionar e emancipar, coagir e desonerar, pois essa é resultado do conflito de interesses, no qual o lado mais forte é o que geralmente ganha, e no capitalismo, o lado vencedor sempre é o da rentabilidade econômica (PEREIRA, 2019).

A crítica quanto às políticas voltadas a parcela específica da população, se dá em decorrência da desconsideração dos fatores estruturais na elaboração e execução de política voltada a um grupo ou sujeitos específicos, bem como, a naturalização da situação vivenciada por esses. Com isso, os grupos ou sujeitos das políticas seletivistas são responsabilizados por suas condições, e invocados a resolvê-las. Contudo, se as ações de proteção social forem orientadas pelas necessidades de seus usuários, tendo como base de sua elaboração e efetivação o contexto sócio-histórico de seu público, elas colaborarão para uma sociedade mais justa e igualitária.

O distanciamento do conceito de vulnerabilidade de um teor político ideológico crítico, que o envolve nas ciências da saúde e nas pesquisas do HIV, compõe a lógica de ressignificação linguística, parte do processo de manutenção de privilégios da elite econômica conservadora neoliberal (*novilíngua* e ou *duplipensar*¹⁰). Pereira (2019), sinaliza que a linguagem vai servindo aos interesses (neo)conservadores¹¹, e as palavras e conceitos, carregados de história e significado, são esquecidos e esvaziados do seu sentido próprio, passando, às vezes, a comunicar o oposto do que exprimiam originalmente. Nesse sentido, Carmo e Guizardi (2008), quanto à política de assistência social e o termo vulnerabilidade, esclarecem que

Não obstante as críticas em torno de sua indefinição conceitual bastante amalgamada à noção de risco, a adoção de tal categoria, ao mesmo tempo em que buscou definir o objeto próprio e específico da assistência social, se contrapondo ao esvaziamento teórico-metodológico de suas entregas, aproximou-se de uma solução terminológica típica de correntes neoliberais e orientações de organismos internacionais. O que imprimiu nas ações da política um pressuposto ético-político individualizante, de focalização na parcela mais pauperizada da população (CARMO E GUIZARDI, 2018, p.02).

¹⁰ Configura-se como estratégia de dominação, em que a linguagem em si é seqüestrada, esvaziada e ressignificada, perde sua capacidade original de propiciar o diálogo e a comunicação e converte-se em ferramenta eficaz de fragmentação do mundo entre “nós” e “eles” (PEREIRA, 2019, p. 64).

¹¹ Neoconservadores: defendem um Estado forte, sem hesitações na utilização desta força na salvaguarda dos valores tradicionais, um governo presente e que exerça sua autoridade em todas as esferas da vida social (e particular), em solo nacional e além-mar. Mas que não ultrapasse a oferta de alívio residual e contingencial aos mais pobres, já que níveis de desigualdade social, para os adeptos desta corrente, são naturais, insuperáveis e saudáveis (PEREIRA, 2019, p. 69).

Trazer a tona o processo de *novilíngua* e ou *duplipensar* faz-se importante, pois esse compõe as ações de desconstrução dos direitos sociais conquistados na Constituição de 1988, entre eles o direito a saúde. Pereira (2019), aponta que, coadunando com essa lógica encontra-se os discursos de extrema-direita, de ódio e perseguição a minorias historicamente massacradas (negros, LGBTs, indígenas, religiões de matriz africana e outras), imprimindo-se características fascistas às políticas públicas. Em meio ao contexto apresentado, encontra-se o sujeito do tema de pesquisa trabalhado, sendo cotidianamente subalternizado e transversalizado pelas desigualdades estruturais, que o afeta simbólica e objetivamente, tornando-o mais suscetível ao adoecimento por HIV/aids.

Ante ao apresentado, o trabalho adota a concepção crítica, histórica e política, evidenciada no campo da ciência da saúde, sobre vulnerabilidade. Essa é balizada na compreensão da complexidade da vida em sociedade, marcada pela desigualdade, exploração e concentração de poder. Ademais, o conceito adotado considera as expressões subjetivas das relações e interações indivíduo e sociedade, sendo o somatório de todos os pontos apresentados parte do processo de determinação em saúde e suscetibilidade a agravos.

Dessa forma, entende-se que a vulnerabilidade apresenta uma relação proporcionalmente inversa as condições disponibilizadas ao sujeito para tomadas de decisão e realização de escolhas. Ou seja, quanto mais vulnerável o sujeito menor as condições (ferramentas) para a realização de escolhas seguras. A depender do tecido social no qual se encontra o sujeito, sequer devemos falar em escolhas, pois não lhe é facultado alternativas.

Como exemplo, hipoteticamente, apresenta-se dois homens jovens (20 anos), cisgêneros, homossexuais, de contextos distintos. O primeiro jovem é branco, de família de classe média, tem o ensino superior incompleto, reside na casa de propriedade dos pais (família nuclear), em bairro de classe média, com toda a infraestrutura urbanística, e tem sua orientação sexual acolhida por sua família, desde os 15 anos. O outro jovem é negro, de família pobre, com ensino médio incompleto, reside em casa cedida, na companhia da família (monoparental – mãe solo, com três filhos), em bairro periférico, com parca infraestrutura urbanística, e mantém sua orientação sexual em oculto.

Apesar de apresentarem importantes marcadores sociais em comum (sexo, gênero, idade e orientação sexual), em muito os jovens citados se distanciam quanto

pensamos em vulnerabilidade e HIV/aids. O distanciamento entre os sujeitos hipotéticos ocorre em virtude da configuração social estabelecida, na qual as pessoas, a depender de raça, classe social, escolaridade, local de moradia, acesso a bens e serviços, bem como, suporte intrafamiliar e afetivoemocional, estruturam ferramentas, capacitadoras ou não, para lidar com condições adversas.

O exemplo citado ressalta o caráter multidimensional, dinâmico e não unitário da vulnerabilidade. Que segundo Ayres e outros (2009), em uma mesma situação o sujeito está vulnerável a alguns agravos e não a outros; a dimensão ou grau de vulnerabilidade muda constantemente; e a vulnerabilidade não responde ao modelo “sim ou não” há sempre gradações. Portanto, as pessoas não “são” vulneráveis, elas “estão” vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço (AYRES *et al.*, 2009, p. 138).

O entendimento de vulnerabilidade adotado coaduna a com a observação feita por Lopes (2003). A autora aponta que o conceito permite realizar a interação de trajetórias individuais inseridas em amplos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais, e os estudos sobre construção de identidade. A autora lembra que durante os processos identitários, os mecanismos de (re)produção das iniquidades podem ser explicitados e explorados, pois a identidade está relacionada ao papel social ocupado pelo sujeito. Segundo Woodward (2000), a identidade é relacional, ou seja, depende da existência do “outro” e identificação da diferença entre “nós e eles”. A diferença é sustentada pela exclusão e classificação, além de ser estabelecida por uma marcação simbólica relacional a outras identidades.

A compreensão da identidade, multifacetada, do sujeito tema de pesquisa, homo/bissexual masculino negro, e a análise dos fatores que transversalizam essa existência, se faz imperioso, na compreensão da vulnerabilidade do mesmo à infecção por HIV e ao adoecimento por aids. A forma que esse indivíduo está inserido na sociedade, o tecido social que o permeia, e a relação/interação do mesmo com o todo (intersubjetividade), bem como, a forma que ele é visto pela sociedade, compõe os elementos de proteção frente a possíveis agravos em saúde. Desta forma, dedica-se a apresentação dos marcadores sociais do tema de pesquisa, e a relação desses com o sujeito em específico e a vulnerabilidade ao HIV/aids.

CAPÍTULO II – ENCRUZILHADAS: MARCADORES SOCIAIS DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE

2.1 Raça, Racismo e Saúde

Pensar em vulnerabilidade em saúde exige a compreensão da realidade social da população que será analisada. Desta forma, faz-se necessário compreender minimamente como se deu e se expressa na sociedade brasileira fatores estruturantes da organização social vigente. Assim, salienta-se para a necessidade de entender a formação sociohistórica e cultural do Brasil, permeada pelo racismo, poder oligárquico, e patriarcalismo.

Munanga (2004), afirma que o racismo é a tendência em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são consequências diretas de suas características físicas ou biológicas. O estabelecimento da relação entre caracteres biológicos e qualidades morais, psicológicas, intelectuais e culturais resulta nas chamadas raças distintas, classificadas em superiores e inferiores. O racista considera naturalmente inferior o grupo social, que apresenta características físicas, culturais, religiosas e linguísticas distinta da sua. O autor ressalta que a racialização da humanidade ocorre com o objetivo de hierarquizar, estabelecendo uma escala de valores com objetivo de dominação de uma raça sobre outra. Neste caso, a dominação da raça branca sobre as demais, em especial a raça negra, tida como a mais inferior, portanto sujeita à escravidão e a todas as formas de dominação.

A pseudo construção científica da racialização da humanidade é basilar para a consolidação das práticas econômicas realizadas pelos países da Europa, a partir do século XV(colonialismos). Caracterizado pela expansão marítima, grandes navegações, invasões, saqueamento, e barbarismo aos povos nativos, dos novos territórios acessados pelos europeus; o mercantilismo validou a escravização dos povos originários, por meio do racismo. Todavia, ressalta-se que os estudos da genética humana, biologia molecular e bioquímica, chegaram à conclusão de que a raça não é uma realidade biológica. Ou seja, biológica e cientificamente, as raças não existem, sendo essa uma construção sociológica de dominação e de exclusão (MUNANGA, 2004).

Para Bernardino-Costa e Grosfoguel (2016), a raça e o racismo se constituem como princípios organizadores da acumulação de capital em escala mundial e das relações de poder do sistema-mundo, ou seja, a diferença entre conquistadores e

conquistados foi codificada a partir da ideia de raça. Desta forma, entende-se que o sistema capitalista, marcado pela exploração e acumulação de capital, encontrou no racismo ferramenta para sua consolidação, expansão e reprodução.

Faz-se importante salientar que o racismo não tem em sua raiz unicamente o contexto econômico de acumulação de capital, mas compõe o sistema societário de forma complexa, estando presente na cultura, subjetividade, instituições e outros espaços do existir, relacionado diretamente ao poder. Motivo pelo qual, mesmo cientificamente comprovada à inexistência de raças distintas na espécie humana, o racismo continua presente, seja de forma dolosa (ação deliberada de oprimir e/ou subjugar pessoa ou grupo, em detrimento de sua cor de pele ou origem étnica, com fim de manutenção do local de privilégio de determinado grupo), ou culposa (ação ou omissão que perpetue o racismo e colabore para manutenção e reprodução do *status quo* de privilégio de determinado grupo – branquitude).

Almeida (2020), afirma que a classificação de seres humanos se apresenta como uma das categorias do colonialismo europeu para a submissão e destruição de populações das Américas, da África, da Ásia e da Oceania. Para o autor, o racismo apresenta três concepções: racismo *individualista* – fenômeno ético ou psíquico individual ou coletivo, ocorrido de forma isolada ao contexto social de existência e formação; racismo *institucional* – considera que a vida em sociedade é permeada pelas instituições, e que essas podem atuar de forma, direta ou indiretamente, a privilegiar ou desfavorecer determinado grupo em decorrência da raça (diretamente relacionado ao controle de determinado grupo ao aparato institucional – poder); e o racismo *estrutural* – processo social do existir moderno, entendido como o balizador das ações em âmbito particular e institucional, apresenta-se como inerente a ordem societária, sendo elemento “natural” presente nas relações políticas, econômicas, familiares e outras.

Na América, a ideia de raça foi uma maneira de legitimar as relações de dominação impostas pelos conquistadores. Com o colonialismo, os países da Europa passam a disseminar o ideário de superioridade e centralidade de conhecimento por todo o mundo, elaborando a perspectiva eurocêntrica e teórica de raça, como naturalização dessas relações coloniais de dominação entre europeus e não-europeus (QUIJANO, 2005).

Por meio do colonialismo europeu, de inferiorização e dominação dos povos nativos (indígenas) e dos negros, raptados de seu continente de origem e escravizados,

que o Brasil surge e se constitui enquanto nação, marcada pelo racismo, desigualdade social e grande concentração de renda. A economia nesse período era caracterizada pelo escravismo, grandes latifúndios, monocultura de exportação, e extrativismos mineral; com realização de exploração predatória, objetivando lucro em curto tempo, sendo todas as ações econômicas voltadas para o benefício da Europa, aponta Prado Jr.¹²(2004). Realidade que subsidia a formação cultural, econômica e política do país.

Com exceção da exploração do pau-brasil, nos três primeiros séculos pós-invasão das terras brasileiras (Pindorama¹³), o trabalho escravo foi à principal mão de obra e base do sistema econômico, que se desenrolou em ciclos de exploração agrícola e mineral (cana-de-açúcar, ouro, algodão e café). Segundo Theodoro (2008), no campo agrícola, o Nordeste foi o produtor da cana-de-açúcar e do algodão, na região centro-sul estava à atividade de mineração, e na região que se estendia do estado de Rio de Janeiro até o oeste paulista, ocorreu o ciclo do café, na segunda metade dos anos de 1800. O autor aponta que nos espaços urbanos, da primeira metade do século XIX, a força de trabalho consistia, em sua maioria, de trabalhadores escravizados, contudo identificava-se a presença dos trabalhadores negros chamados livres ou libertos. Os escravizados produziam bens e serviços, trabalhando na limpeza e conservação das vias públicas, no transporte, realizando atividades domésticas e outros.

O fim da escravidão relaciona-se a transição do mercantilismo para o capitalismo industrial e a necessidade de mercado consumidor dos produtos manufaturados, ou seja, relacionava-se com a necessidade de acumulação de capital. A insustentabilidade de um sistema opressor escravocrata frente às reações abolicionistas (quilombos por todo o território brasileiro, Movimento Abolicionista Cearense, Conjuração Baiana, Cabanagem, Revolta dos Malês, Balaiada, entre outros), impulsionada por outros países que já haviam dado fim ao sistema escravocrata, desmente o senso comum de passividade e inércia dos negros frente a situação em que viviam. Assim, somando o interesse liberal de produção e acumulação de capital, as ações revolucionárias abolicionistas, e após algumas legislações embrionárias sobre a

¹² O autor Caio Prado Júnior, em sua obra *A Formação do Brasil Contemporâneo*, faz uma importante crítica ao processo de formação do país, que é voltado para o atendimento dos interesses da Europa. Contudo, salienta-se que em sua escrita identificam-se elementos que denotam uma inferiorização dos povos negros e ameríndios frente ao europeu.

¹³ Pindorama é o nome dado por alguns dos povos originários ao território brasileiro antes da invasão dos portugueses. Palavra de origem tupi, que significa região (ou país) das palmeiras.

temática (Lei Euzébio de Queiroz, proibição do tráfico de escravos – 1850, Lei do Ventre Livre – 1872, e Lei do Sexagenário – 1885), é proclamada a abolição da escravatura em 1888.

Com o fim da escravidão o colonizador branco, detentor do poder político, econômico e cultural, implementa ações com fim de manutenção de seu poder, frente à, agora, numerosa população livre de trabalhadores negros. Moura (1983) denomina essas ações de ideologia do branqueamento, uma tática para desarticular ideológica e existencialmente o segmento negro a partir da sua autoanálise. A ideologia prega a inferioridade biológica, estética e cultural do negro.

Os escravizados recém libertos são colocados a margem do novo modelo econômico (industrialização), e sua mão de obra é rejeitada em detrimento do imigrante europeu, que além do trabalho proletário, cumpre o papel de interesse da elite dominante, de embranquecimento da população brasileira, fazendo parte de uma política pública eugenista. A política em questão foi adotada pelo governo brasileiro com objetivo de estímulo a imigração massiva de europeus, desejando a miscigenação e assimilação da população negra. Salienta-se que no período aproximado de trinta anos, o país trouxe da Europa praticamente a mesma quantidade de pessoas que foram escravizadas da África, em três séculos (BENTO, 2002).

Após a proibição do tráfico de escravos, gradativamente a mão de obra imigrante começa a substituir a dos escravizados, principalmente nos centros mais dinâmicos da economia, ocorrendo à exclusão dos negros das regiões urbanas e de industrialização. Os negros, pós-abolição da escravatura, se deparam com um país em processo de industrialização, necessitando de mão de obra, mas as ações governamentais privilegiam os brancos estrangeiros, que na época eram a grande maioria nas indústrias.

Ante ao apresentado, restou à imensa população de ex-escravizados, deslocarem-se para as áreas rurais, em busca da economia de subsistência; ou nas cidades, sendo forçados a atuar nas atividades temporárias, árduas, de menor remuneração, e subalternas. Esse processo vai dar origem ao que, algumas décadas mais tarde, será denominado “setor informal”. Ademais, nos espaços urbanos os ex-escravizados passaram a constituir bolsões populacionais de pobreza, formando as periferias (THEODORO, 2008).

Bento (2002), ressalta que se constrói uma imagem do negro estigmatizado, depreciado, desumanizado, adjetivado pejorativamente, ligado a figuras demoníacas.

Realidade que praticamente inviabiliza a mobilidade social do negro, para além dos danos simbólicos, materiais, objetivos e subjetivos causados a essa população. Frente à violenta imposição/assimilação cultural realizada pela branquitude dominante, de constante associação do ser negro ao negativo e inferior, essa população tende a se distanciar de sua origem étnica racial buscando se enquadrar nos padrões brancos.

Frantz Fanon em seu livro, *Os Condenados Da Terra*, de 1961, retrata com brilhantismo o processo de opressão realizado pelo europeu junto aos povos colonizados, e a desumanização desses de forma a animalizá-los. Frente a essa realidade, o povo oprimido busca o lugar do colonizador opressor e algo diário: “*O colonizado é um invejoso. O colono sabe disto; surpreendendo-lhe o olhar, constata amargamente mas sempre alerta: “Êles querem tomar o nosso lugar.”: É verdade, não há um colonizado que não sonhe pelo menos uma vez por dia em se instalar no lugar do colono.*” (FANON, 2005: 29).

A compreensão do processo de formação econômica do Brasil e o papel do negro são de extrema importância para entender a realidade dessa população, o processo de pauperização da negritude, o racismo estrutural, bem como a manutenção e perpetuação de uma elite branca dominante. Nesta seara faz-se importante salientar que a sociedade é centrada no trabalho, que os negros foram escravizados e excluídos do mercado de trabalho, pós abolição (por meio políticas públicas notadamente racistas), culminando no ostracismo social dos ex-escravizados, e no acolhimento e futura mobilidade (ascensão) social do branco europeu.

O conjunto de fatores econômicos e sociais apresentados estabelece no país uma sociedade inegavelmente desigual e racista. Da abolição para o presente momento mais de 130 anos se passaram, contudo, infelizmente, pouco se mudou quanto à situação do negro em sociedade; a cultura do embranquecimento se consolidou e se expressa cotidianamente na realidade da população brasileira. A desigualdade e injustiça social vivenciada pelo povo negro, resultante do processo de formação do Brasil, podem ser identificadas quantitativamente, bem como se apresentam nos conflitos existentes em sociedade.

A política de exclusão da população negra do mercado de trabalho e a tentativa da assimilação do povo negro foi, de certa forma, bem sucedida. A população negra não foi assimilada (desapareceu), como objetivava as ações eugênicas governamentais, contudo o existir desse grupo populacional é demasiadamente penoso, frente às

barreiras impostas pelo racismo estrutural, que garantiu que o negro permanecesse como a camada social mais explorada.

No mercado de trabalho os dados expressam o racismo. Segunda a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2019), no primeiro trimestre de 2019, 63,9% dos desocupados no Brasil eram negros. As taxas de desocupação observadas entre as pessoas de cor preta ou parda apresentaram as estimativas mais elevadas ao longo de todo o período de coleta da PNAD Contínua. Segundo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2021), a partir de 2015, com a crise econômica e política que se instalam no Brasil, as taxas de desemprego voltam a subir, atingindo sobremaneira os trabalhadores e trabalhadoras negras, e em 2019, já alcançavam 16,6% das mulheres negras, valor que é mais do que o dobro da taxa encontrada para homens brancos (8,2%).

No que se refere à ocupação, o IBGE (2019), sinalizou em seu estudo “*Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*”, que entre as pessoas ocupadas, no ano de 2018, na população negra, 47,3% estavam na informalidade, ao passo que entre as pessoas brancas esse percentual cai para 34,6%. A PNAD Contínua (IBGE, 2019), aponta que o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% superior ao das pessoas negras. Salienta-se que, tanto na ocupação formal, quanto na informal, as pessoas pretas ou pardas recebem menos que as de cor branca.

Seguindo essa mesma lógica de desigualdade e racismo, o estudo citado aponta que a hora trabalhada do negro também é menor remunerada. Enquanto o rendimento médio de pessoas ocupadas brancas atingiu, R\$ 17,00 (dezessete reais) por hora, entre as pessoas negras o valor foi de R\$ 10,10 (dez reais e dez centavos) por hora. Ademais, quando se aponta para a ocupação nos cargos gerenciais, essa é feita em sua maioria por pessoas brancas (68,6%), contra (29,9%) de pessoas negras. A pesquisa apontou que quanto mais alto o rendimento, menor é a ocorrência de pessoas ocupadas pretas ou pardas.

Ademais, o IPEA (2021), aponta que os negros, por estarem sobrerrepresentados entre os autônomos e informais, são especialmente afetados pela crise econômica e sanitária de 2020 (pandemia de Covid-19). A crise também afetou a população negra formalmente empregada, por terem grande concentração de trabalhadores nos setores mais atingidos (alojamento e alimentação; trabalho doméstico; transporte, armazenamento e correios; educação; e comércio).

Como se sabe, as condições de empregabilidade determinam a renda da população. Desta forma, o IBGE (2019), também apontou que a população negra, mesmo sendo a maioria, representa apenas 27% das pessoas quando se consideram os 10% com os maiores rendimentos no país; enquanto entre os 10% de menor rendimento (mais pobres) a população negra apresenta a maioria absoluta de 75,2% dos indivíduos. Outro dado importante, relacionado às condições de trabalho e renda, é a porcentagem de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza. A população negra representa mais que o dobro da população branca vivendo abaixo da linha da pobreza, sendo respectivamente de 32,9% frente 15,4%.

A divisão racial do trabalho apresentada, em que a população negra exerce as atividades mais penosas e degradantes, com menor remuneração, mesmo quanto realiza as mesmas tarefas das pessoas brancas, refletem diretamente na vida da população negra, que apresenta dificuldade no acesso a bens e serviços básicos para a subsistência, como alimentação, moradia, vestuário, educação, saúde e outros.

No que se refere à moradia, o estudo citado salienta que nos dois maiores municípios brasileiros, São Paulo e Rio de Janeiro, a chance de uma pessoa preta ou parda residir em um aglomerado subnormal (favela / comunidade) era mais do que o dobro da verificada entre as pessoas brancas. Ressalta-se que os aglomerados subnormais são caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação. Em 2018, verificou-se maior proporção da população negra residindo em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca), implicando em condição de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças (IBGE, 2019).

Os dados referentes ao acesso a educação apontam para a atenção e oportunidades ofertadas aos sujeitos, instrumentalizando esses para viverem em sociedade, ofertando ferramentas para a inserção social e autonomia, em suas diversas possibilidades (financeira, política, material, cognitiva, e mesmo subjetiva). Neste campo, mais uma vez o racismo se expressa com nitidez. Em 2018, a taxa de analfabetismo na população negra foi de 9,1%, e entre a população branca foi de 3,9%. Enquanto à proporção de pessoas de 25 anos ou mais de idade com pelo menos o ensino médio completo foi de 40,3%, entre os negros essa proporção salta para 55,8% na

população branca. No que se refere à população jovem, de 18 a 24 anos, que frequentavam ou já haviam concluído o ensino superior, entre a população negra esse percentual é de apenas 18,3%, frente a 36,1% de brancos. Levando em consideração a mesma faixa etária, mas analisando os alunos cursando o nível superior em 2018, a desproporção se mantém. Entre os negros apenas 55,6% dos jovens cursavam nível superior, enquanto 78,8% entre os brancos estavam na graduação (IBGE, 2019).

Os dados apresentados permitem sinalizar para a inseparabilidade da questão racial e de classe, havendo para a pessoa negra, em seu cotidiano, na esfera coletiva ou individual, subjetiva ou objetiva, o sobressalto da questão racial associada a outras, ocorrendo o mesmo quando se trata de gênero, orientação sexual, local de origem e outros. Quanto ao imbricamento de raça e classe, Almeida (2020) afirma:

Logo, o racismo não deve ser tratado como uma questão lateral, que pode ser dissolvida na concepção de classes, até porque uma noção de classe que desconsidera o modo com que esta se expressa enquanto relação social objetiva torna o conceito uma abstração vazia de conteúdo histórico. São indivíduos concretos que compõem as classes à medida que se constituem concomitantemente como classe e como minoria nas condições estruturais do capitalismo. Assim, classe e raça são elementos socialmente sobredeterminados (ALMEIDA, 2020:185).

O racismo carrega em sua essência a violência e a coisificação do não branco (o outro). Bento (2002) sinaliza que a branquitude identifica no outro o arauto do mal, e essa projeção serve de justificativa para dirigir contra esse inimigo comum (a outra raça), as mais cruéis e perversas ações, que tem como único objetivo a manutenção do privilégio branco. Ante ao exposto, sinaliza-se para os dados da violência no Brasil. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019), as mortes decorrentes de intervenções policiais (MDIP), ou seja, pelas mãos do Estado, no ano de 2018 totalizaram 6.220 vítimas, sendo que 75,4% eram pessoas negras, e 77,9% tinham entre 15 e 29 anos.

No ano de 2019 a porcentagem de MDIP entre os negros cresce para 79% de vítimas versus 21% de vítimas brancas. Salienta-se que mesmo o Brasil não sendo uma nação que adote a pena de morte, somando os dois anos citados (2018 e 2019), segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019 e 2020), o Estado foi o responsável direto pela execução de 9.687 pessoas negras, por meio das mortes decorrentes de intervenções policiais. Essa desigualdade racial se reproduz quando falamos de mortes violentas intencionais (MVI) no país. Em 2019 foram 74,4% de vítimas da raça/cor

negra, 25,3% branca, 0,3% amarela e 0,1% indígena (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). A gritante disparidade racial se elucida na afirmativa do estudo, que revela que para cada mulher branca vítima de MVI no Brasil, 22 homens negros morreram em decorrência da violência letal.

A violência do racismo transcende o extermínio da população negra. Outro ponto que se ressalta é o encarceramento dessa parcela da população. Em 2019, os negros representaram 66,7% da população carcerária, enquanto a população não-negra, considerados brancos, amarelos e indígenas, representou 33,3%. A taxa de variação de pessoas encarceradas no período de 2005 a 2019 mostra o crescimento de 377,7% na população carcerária negra, valor bem superior à variação para os presos brancos, que foi de 239,5% (FÓRUM NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Ademais, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2020), constata que historicamente, a população prisional do país segue um perfil muito semelhante aos das vítimas de homicídios. Em geral, são homens jovens, negros e com baixa escolaridade. O estudo citado também aponta que nos espaços de privação de liberdade o racismo institucional se expressa com nitidez, existindo uma forte desigualdade racial no sistema prisional, materializada não somente nos números e dados apresentados, mas que pode ser percebida concretamente na maior severidade de tratamento e sanções punitivas direcionadas aos negros.

O sistema de justiça brasileiro é um dos responsáveis pela realidade do sistema prisional apresentado, e nessa instância o racismo institucional também se apresenta. O Relatório Analítico Propositivo *Justiça e Pesquisa* (CNJ, 2018), aponta que o tratamento judicial é mais duro para os acusados negros, incluindo o que se passa na audiência de custódia. Segundo essa pesquisa, entre as pessoas brancas conduzidas à audiência de custódia 49,4% permaneceu presa e 41% recebeu liberdade provisória com cautelar. Entre os negros 55,5% teve a prisão mantida e 35,2% recebeu liberdade provisória com cautelar.

Considerando o conceito de saúde adotado neste trabalho percebeu-se a necessidade de apresentar os dados socioeconômicos acima, uma vez que compõem o processo de determinação social em saúde, resultante do somatório de fatores como: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Assim, raça compõe o processo de determinação social

do povo brasileiro, no qual notadamente a população preta e parda são negativamente atingidas, no que se refere ao direito à saúde.

Neste sentido, quando se estuda saúde e realidade brasileira, Lopes (2005), aponta para importância de se analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e não-negros numa dada condição social, considerando sexo, idade, região de moradia, educação formal, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, denominação religiosa, capacidades e incapacidades, rede social e comunitária, possibilidades de acesso aos serviços e aos bens sociais.

Ante ao apresentado, o estado brasileiro, por meio do Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o racismo é o principal fator de determinação social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos os fatores que compõem o conceito de saúde (BRASIL, 2017). A PNSIPN se caracteriza pelo:

[...] o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (BRASIL, 2017, p.24).

Segundo Werneck (2016) o racismo institucional encontra-se na dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais, garantindo exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos. Dessa forma, a autora enfatiza que desse ponto de vista, o racismo institucional atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas – produzindo e reproduzindo a hierarquia racial.

Contudo, é importante salientar que entre o reconhecimento pelo Estado Brasileiro da questão do racismo como fator que compõe o processo de determinação em saúde, até a elaboração de uma política específica, se passam quatorze anos. Segundo Jurema Werneck (2005), as primeiras iniciativas de atendimento da situação de iniquidade em saúde da população negra no Brasil, aconteceram em resposta à demanda

apresentada pelo movimento negro diretamente ao presidente, na época o Sr. Fernando Henrique Cardoso, em 1995. Que reconhece oficialmente a vigência do racismo mediando as relações sociais no país, bem como a existência de desigualdades raciais na saúde.

Percorrendo o período de 14 anos que antecedem a promulgação da PNSIPN, no ano de 2012, pesquisador e Doutor Deivison Mendes Faustino, em seu artigo “*Equidade Racial na Política de Saúde*”, elenca as conquistas em prol da saúde da população negra, que balizaram a criação da PNSIPN e foram resultado da luta do movimento negro para a promoção da equidade racial em saúde, tema importante para o fortalecimento do SUS. Os avanços listados pelo autor são:

- a introdução do quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito e nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM), nascidos vivos (Sinasc) e a compreensão da doença falciforme como marcador das respostas do SUS à saúde da população negra em 1996;
- a elaboração do *Manual de doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente*, do Ministério da Saúde;
- a elaboração, em 2001, do documento *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*;
- a criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2002/2003, uma iniciativa do Departamento do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro por meio do Ministério Público Federal e a Seppir;
- o estabelecimento do Plano Estratégico HIV/Aids e Racismo; as publicações *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* e *Atlas Saúde Brasil*;
- a realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em 2004, a inserção do tema saúde da população negra no plano nacional de saúde e no PPA (2004-2007); e a realização, em 2005, do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra e o reconhecimento, por parte do ministro da saúde, da existência de racismo institucional no SUS; a criação de uma vaga oficial para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde em 2006 e, no mesmo ano, a aprovação, deste Conselho da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a instituição do dia 27 de outubro como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra e a criação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme foram fatos marcantes na história da saúde da população negra no Brasil (FAUSTINO, 2012, p. 106).

Com panorama mais próximo do contexto atual, o Ipea (2011) informa que a população negra representa 67%, do público atendido pelo SUS, enquanto a parcela da população branca é de, 47,2%. A maioria dos atendimentos ocorre entre os usuários

com faixa de renda entre um quarto e meio de salário mínimo. Ademais, no que se refere aos planos privados de saúde, apenas 17,2% da população negra possuem o serviço, frente a 34,9% da população branca. O dado expressa a desigualdade social em saúde e a subjetividade do racismo, fato que interfere diretamente nas condições de saúde dos sujeitos, e se materializa nas iniquidades em saúde.

Dialogando sobre um panorama da política de saúde brasileira a PNSIPN (2017) sinaliza que a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74, 8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras ficam abaixo da média nacional, que é 71,2%, de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses. Segundo Filho (2012), a população negra morre mais jovem que a população branca; homens negros de 10 a 29 anos apresentam risco de morrer 80% maior do que os jovens brancos. O risco de morte é maior tanto nas causas transmissíveis como nas causas não transmissíveis entre a população negra de 10 a 29 anos.

Os dados sobre a mortalidade infantil e materna são importantes na demonstração da desigualdade em saúde, e como a população negra é atingida. Segundo o Ministério da Saúde (DATASUS, 2021¹⁴), no período de dez anos (2010 a 2019) 50,21% das crianças que morreram antes de completar um ano de vida eram negras, 37,22% eram brancas, 01,16% indígenas, 0,15% eram amarelas, e 11,23% das crianças que moram tiveram a informação sobre raça/etnia ignoradas. Quanto à mortalidade materna reitera-se a alta frequência da população negra. No mesmo período citado, 62,69% dos óbitos maternos foram de mulheres negras, 31,93% de mulheres brancas, 1,51% de mulheres indígenas, 0,22% de mulheres amarelas, e 3,62% dos óbitos não tiveram a raça etnia identificada.

Nada mais evidente, no presente momento, para reiterar a relação entre racismo e a vulnerabilidade em saúde, que a análise dos dados da pandemia de Covid-19 no Brasil. Pereira (2020), aponta que o país enfrenta uma crise sanitária, política e econômica que incide com maior força na população preta, pobre e de mulheres, realidade que exige que se considerem os marcadores sociais de diferença de raça, classe e gênero para o enfrentamento da pandemia.

¹⁴ Fonte: Dados extraídos pelo autor do DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acessado em: 04 de Ago. 2021.

Segundo Vargas e outros (2020), os dados dos sistemas de informação em saúde apontaram que 54,8% das pessoas negras internadas com Covid-19 morrem, enquanto entre as pessoas brancas o percentual é de 37,9%. Quanto à saúde da mulher, entre as gestantes, as mulheres negras representaram 48% dos casos da Covid-19, enquanto as brancas representaram 24,2%. Ademais, no que se refere aos óbitos relacionados à doença, entre as gestantes, a desigualdade se confirma, com as mulheres negras representando 55,5% das vítimas fatais, enquanto para as gestantes brancas este percentual foi de 13,9%. Os autores citados ressaltam que o racismo estrutural é uma forma de violência responsável por milhares de adoecimentos e mortes evitáveis todos os anos no Brasil, mas durante a pandemia da Covid-19 as disparidades étnico-raciais evidenciaram a realidade de racismo e injustiça social estruturante em nossa sociedade.

Corroborando com os dados citados, quanto a infecção e adoecimento por Covid-19, o boletim do Ipea (2021), apresenta a pesquisa realizada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que buscou trabalhar a partir da identificação de anticorpos relacionados ao combate à Covid-19 por cor/raça. Os resultados refletem os casos ativos e com potencial de infectar outras pessoas para quatro períodos distintos de tempo, entre maio e agosto de 2020. Em todos os períodos estudados, os brancos tiveram as menores prevalências observadas, sendo as populações negra e indígena os grupos étnicos mais vulneráveis.

O boletim conclui que entre todas as vidas que estamos perdendo na pandemia, são as vidas negras as que mais estão sendo impactadas. A condição de maior vulnerabilidade da população negra relaciona-se às condições estruturais de desigualdade que essa está historicamente submetida, compondo o processo de determinação social da saúde dessa parcela da população. São pontos apresentados como dificultadores nas medidas de prevenção, promoção e proteção contra a Covid-19 entre população negra:

[...] maior incidência e menor tratamento de doenças crônicas, maior taxa de trabalho informal, dificuldade em acesso à equipamentos de saúde, maior presença em domicílios com saneamento inadequado, maior utilização do transporte coletivo e número maior de pessoas por domicílio, o que dificulta o isolamento social quando necessário (IPEA, 2021, p. 28).

A população negra, frente à realidade de exclusão social que foi e é submetida, vivencia o reflexo direto da segregação racial em seu cotidiano, em todas as suas dimensões e complexidades. O racismo, responsável pela pobreza, encarceramento,

morte e tantas outras mazelas, é determinação social singular na condição de saúde do povo negro. Explicitar a relação direta do racismo, suas sequelas e as condições de saúde é algo complexo, considerando o caráter multifacetado da questão racial e o abrangente conceito de saúde.

Para fazer a relação entre o processo saúde-doença e o racismo se parte da máxima que a sociedade é centrada no trabalho, e que a população negra historicamente foi e é explorada, excluída e atualmente realiza as tarefas mais penosas e degradantes destinadas ao ser humano, bem com, é a população de menor remuneração, e a que mais trabalhada. O trabalho é basilar para o acesso a bens e serviços, desde itens de necessidade básica, até voltados para o lazer e entretenimento. A baixa remuneração da população negra se reflete nas condições alimentares, de educação, moradia, acesso a serviços públicos e outros. A não realização dos direitos ora citados resulta na baixa qualidade de vida das pessoas negras, evidenciando a fragilidade dessa população para se proteger de danos e situações adversas relacionadas à saúde (enfermidades).

Faz-se importante ressaltar que o racismo também se expressa no subjetivo e particular dos indivíduos, não estando relacionado somente a uma questão de classe e acesso a bens e serviços. Sucessiva condição de subalternização implicada a população negra, associação da imagem ao negativo e inferior, e demais estratégias do racismo, pode gerar em suas vítimas dores e sentimentos provocadores de baixa autoestima, bem com adoecimento mental, fatores que refletem diretamente na manifestação do sujeito em sociedade e nas condições desse em lidar com as adversidades relacionadas ao processo saúde doença.

A raça não é o único marcador de diferenciação criado pela forma de organização socioeconômica e cultural vigente. Com importante papel na lógica de acumulação econômica, a distinção entre gênero apresenta-se como razão de subalternização do outro. Diretamente relacionado ao conceito de gênero está o patriarcado, base para heteronormatividade, que vincula-se à homofobia, sendo esses importantes fatores quando se pensa em vulnerabilidade em saúde.

2.2 Patriarcado e gênero, homossexualidade/homofobia e saúde

O gênero é um dos fatores basilares de existência em nossa sociedade, sendo determinante dos papéis sociais ocupados, das relações interpessoais e coletivas vivenciadas, definindo o local e forma de ser no espaço familiar, comunitário, laboral,

afetivo e outros. Ao reconhecer a importância do gênero no existir humano não se pode desconsiderar o mesmo quando se pensa em determinação social em saúde, bem como vulnerabilidade. Segundo Machado (2000) gênero é uma categoria que se refere ao caráter fundante da construção cultural das diferenças sexuais, desvendando as mais diferentes e diversas formas de as sociedades estabelecerem as relações sociais entre os sexos, nas quais o que se entende por masculino e feminino é pertinente e faz efeito sobre as mais diversas dimensões das diferentes sociedades e culturas.

O termo vincula-se ao conceito de patriarcado, que apresenta historicidade, e juntos elucidam a complexidade envolvendo as relações sociais e diferenças sexuais socialmente construídas, que determinam o papel de homens e mulheres. De forma objetiva, o patriarcado define-se pela dominação masculina e opressão das mulheres em todas as dimensões da sociedade. Partindo do conceito clássico de Weber, Machado (2000), explica que o patriarcado se expressa em uma organização social onde a autoridade esteja centrada no patriarca de uma comunidade doméstica. Essa autoridade determina a divisão sexual, tida com natural. Contudo, a autora salienta que o patriarcado não se apresenta como natural, tendo sua base no engendramento social e cultural como um “sistema” ou como uma forma de “dominação”.

Saffioti (1976) apresenta a relação do surgimento do capitalismo e a consolidação do patriarcado. A autora afirma que o capitalismo se apropria de características socioculturais já existentes, bem como cria novas, com objetivo de justificar as desigualdades existentes e a inferiorização de determinadas parcelas da sociedade. Assim, para manutenção da extrema desigualdade social, existente na sociedade capitalista, faz-se necessário a eleição de fatores que justifiquem a exploração de determinados indivíduos ou classe. Nesse sentido, fatores apresentados como naturais (sexo e etnia), servem como motivo para a sujeição do outro. A autora enfatiza que o sexo perpetuará como fator “natural” de desvantagem entre homens e mulheres enquanto durar o sistema capitalista, existindo nesse a divisão sexual do trabalho.

A condição de subalternidade feminina na sociedade capitalista é embasada em duas ordens: a natural, relacionada à diminuição da capacidade produtiva durante a gestação e puerpério; e a social, relacionada à obrigatoriedade feminina de cuidar dos filhos. A exclusão ou periferização da mulher na estrutura produtiva da sociedade de classes relaciona-se, historicamente, a sua função familiar social de reprodutora e cuidadora (SAFFIOTI, 1976). Contudo, faz-se importante enfatizar que, as distinções

descritas pelas autoras denotam com veemência que, as diferenças encontradas em sociedade quanto ao masculino e feminino são socialmente construídas e estão relacionadas à manutenção do sistema produtivo e estrutura social vigente.

A apresentação dos conceitos acima trabalhados faz-se necessário considerando o tema de estudo em questão (vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/aids), pois um dos fatores de vulnerabilidade vivenciado pelo grupo, foco deste trabalho, é a homofobia, que está intrinsecamente relacionado ao patriarcado e questão de gênero, tendo em sua origem fundamentos culturais e produtivos similares.

Dois importantes autores contemporâneos, Borrillo (2010) e Katz (1996), demonstram com limpidez como o patriarcado e a questão de gênero estão na base para a construção de um padrão sociocultural heteronormativo, no qual a vivência de qualquer sexualidade que não se enquadre na normativa hegemônica é tida como desviante e não aceitável. Ademais, sinalizam que, culturalmente foi estabelecido como reprovável para os homens, além da prática distinta da heterossexual, o comportamento que ocupe o papel tido como socialmente feminino.

No livro *A invenção da heterossexualidade*, Katz (1996), aponta que o modo de organizar os sexos e a sexualidade varia muito conforme o período histórico, sendo a hétero, homo, e bissexualidade conceitos e construções (arranjos sexuais) de nossa sociedade. Esses têm como determinante para os padrões de aceitabilidade estabelecidos em cada período histórico a organização econômica e o meio de produção vigente. Traçando uma linha do tempo o autor aponta que desde que a ação ou comportamento sexual não seja um empecilho para o processo produtivo, esse será socialmente validado. Desta forma, com o passar do tempo o comportamento heterossexual, que colaborou para a manutenção do sistema capitalista em seu período de nascimento e consolidação, se concretiza como natural e biológico, e a homo/bissexualidade como desviante.

Katz (1996), afirma que no período colonial o sexo se apresenta como meio para a reprodução da vida e economia (mão de obra). A maximização da produção e manutenção do sistema era apoiada pela religião (igreja católica) e outras ferramentas socioculturais, que puniam qualquer ato que interferisse com a procriação, como a sodomia, bestialidade e masturbação. Assim, todo o tipo de desejo sexual que pudesse desviar o processo reprodutivo (procriação) era tido como pecado, não exclusivamente o desejo homossexual. Neste período o desejo erótico pelo sexo diferente não era visto

como norma, tampouco o desejo pelo mesmo sexo era tido como desviante. Ter no corpo o espaço de realização do prazer era sinônimo de distanciamento de Deus, pois o objetivo do sexo era a reprodução humana.

Com o passar do tempo, associada à gradual mudança no modo de produção, a atividade erótica entre homem e mulher é colocada na vida privada e tida como válida, pois a dedicação de energia, na realização do sexo entre os diferentes, era algo produtivo para o sistema. Assim, paulatinamente a heterossexualidade vai se consolidando como natural, biológica, e a homossexualidade como desviante. No final do século XIX e início do século XX, a classe média se estabelece, passa a validar o prazer, desde que seja purificado pelo amor verdadeiro (casamento), e afirma publicamente, como natural e universal a heterossexualidade (KATZ, 1996).

Somente no final do século XIX a classe média conquistou o poder e a estabilidade que tornaram-na livre para afirmar publicamente, em nome da natureza, a sua própria *heterossexualidade*. A criação da classe média e a invenção da heterossexualidade caminharam de mãos dadas.[...] a classe média do final do século XIX precisava nomear e justificar as práticas eróticas particulares que se tornavam mais comuns e conhecidas. O interesse especial daquela classe se revelaria na proclamação de uma heterossexualidade universal. A invenção da heterossexualidade nomeava publicamente, normalizava cientificamente e justificava eticamente a prática da classe média de prazer de sexo diferente (KATZ, 1996, p. 52 e 61).

No processo de reconhecimento da heterossexualidade como normativa (compulsória), os primeiros autores que defendiam o amor pelo mesmo sexo (homoafetividade) foram os pioneiros na conceituação da categoria homossexual, logo relacionada como oposição a heterossexual¹⁵. Os termos são acolhidos pela comunidade científica, e reforçam a naturalização da heterossexualidade.

O principal propagador e consolidador do modelo médico histórico da heterossexualidade é Freud, que dedica-se ao estudo do comportamento humano com base na sexualidade, e expressa em sua obra, por vezes de forma explícita, e em outras por meio do silêncio, que a heterossexualidade é o comportamento sexual satisfatório, enquanto o comportamento homossexual apresenta-se como desviante (KATZ, 1996). Considerando que Freud debruça-se no que compreendia como desviante no comportamento humano, as reiteradas citações sobre a homossexualidade, reforça a

¹⁵ Em uma carta, datada de 6 de maio de 1868, o escritor Karl Maria Kertbeny, usou quatro novos termos que inventara: *Monosexual* (refere-se à masturbação); *Homosexual* (refere-se atos eróticos praticados por pessoas do mesmo sexo); *Heterosexual* (refere-se atos eróticos de homens e mulheres); *und Heterogenit* (refere-se atos eróticos de seres humanos com animais) (KATZ, 1996, p.63).

heterossexualidade como norma. Katz (1996) ressalta que para Freud a orientação sexual é um processo, no qual o sujeito tem êxito ao se tornar heterossexual.

Por exemplo, ele tipicamente fala sobre os homossexuais como pessoas *fixadas* em um estágio *imaturado* do desenvolvimento, inferior porque menos evoluído, menos civilizado e mais perto da sexualidade natural *perversa epolimorfa* da criança não socializada e do selvagem primitivo. Os termos críticos de Freud, *fixadas* e *imaturas*, impuseram julgamentos negativos dolorosos e até mesmo devastadores a gerações de homossexuais que assimilaram a narrativa do mestre psicanalista (KATZ, 1996, p.81).

Reiterando a importância da “cientificidade” para a padronização de um comportamento sexual como natural, Borrillo (2010), declara que no fim do século XIX e início do século XX, o discurso médico considerava a ausência de desejo pelo sexo oposto como algo que cominava em uma relação estéril, algo tido por patológico, frente a importância da reprodução sexual para o período.

O autor também ressalta para a importância de Freud, como um dos expoentes da patologização da homossexualidade. Para Borrillo (2010), a psicanálise situa a homossexualidade na categoria de doença, neurose, perversão ou excentricidade, e as ações nesse campo são para o tratamento e adaptação do sujeito ao modelo monogâmico heterossexual. Para além da psicanálise, o autor demonstra que, em momentos históricos pregressos, outros campos do conhecimento também propagaram a ideologia homofóbica, entre eles a antropologia, liberalismo, comunismo, e nazismo.

Desta forma, entende-se que a heteronormatividade se constitui ao longo da história, relacionando-se ao modo de produção vigente, e a necessidade de diferenciação dos indivíduos, para explorá-los. O comportamento erótico sexual vincula-se ao papel desenvolvido em sociedade e ao lugar de poder dos sujeitos. Notadamente o lugar de poder e privilégio, na sociedade em que vivemos é ocupado pelo homem hétero cisgenero, e ousa acrescentar brando. Junto ao local de privilégio ocupado por este homem, tem-se um conjunto de costumes e normas sociais que inferiorizam a mulher e o feminino, pré determina papéis sociais a serem ocupados, e hierarquiza comportamentos e práticas sexuais, cisheterossexismo.

Mott (2001) aponta que a prática heterossexual como padrão, na sociedade ocidental, antecede ao sistema de produção capitalista, e tem como alicerce a religiosidade judaico-cristã e islâmica. Segundo o autor a normativa de comportamento sexual, que define como abominação a homossexualidade, é fundamentada no ordenamento religioso, que encontra-se presente nos livros sagrados Torá, Bíblia e

Alcorão. Segundo Mott (2001), nos livros, Abraão, figura histórica para as religiões citadas, recebeu a promessa de Deus, de ter uma descendência numerosa, estando essa promessa como ordenamento aos que comungam do judaísmo, cristianismo, e islamismo, servindo como projeto civilizatório. Desta forma, como já foi relado, qualquer ação que interferisse negativamente na procriação, promessa e ordenamento divino, era condenável.

As pesquisas de Borrillo (2010) ratificam a religião judaica cristã como fundamental para a construção de uma moral e naturalização da heteronormatividade, pautada na superioridade masculina e na ordem patriarcal. O pesquisador ressalta que, antes do cristianismo, no mundo ocidental antigo (Grécia e Roma), a homossexualidade era tolerada e prática social não condenável. Entretanto, conforme o cristianismo se consolida e se propaga quanto religião predominante, suas lideranças influenciam as nações por onde passam, pregando a abominação à prática homossexual, com a validação da condenação dos sodomitas. Na atualidade, a tolerância a homossexualidade é pregada pela doutrina católica. Contudo, a igreja continua a colocar a prática heterossexual como natural e a homossexualidade como oposição a ordem natural e divina.

O construto social e científico que naturalizou a heterossexualidade como padrão é o validador da homofobia presente na sociedade. Borrillo (2010) conceitua a homofobia como uma forma de inferiorização, consequência direta da hierarquização sexual, conferindo um status superior à heterossexualidade, e situando essa como natural.

A homofobia pode ser definida como a hostilidade geral, psicológica e social contra aquelas e aqueles que, supostamente, sentem desejo ou têm práticas sexuais com indivíduos de seu próprio sexo. Forma específica do sexismo, a homofobia rejeita, igualmente, todos aqueles que não se conformam com o papel predeterminado para seu sexo biológico. Construção ideológica que consiste na promoção constante de uma forma de sexualidade (hétero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquização das sexualidades e, dessa postura, extrai consequências políticas (BARRILLO, 2010, p. 34).

Assim, segundo o autor, a divisão de gênero e desejos sexuais funciona como dispositivo de reprodução da ordem social, transcendendo a esfera da população homoafetiva e atingindo a todos que não aderem à ordem clássica de gênero. O sistema apresentado é pautado em uma sociedade organizada em tratamento segregacionista

segundo a orientação sexual, conceituado pelo autor de heterossexismo, no qual a heterossexualidade ocupa uma posição superior frente às demais.

Considerando a complexidade do termo homofobia, Borrillo (2010), faz a distinção entre alguns pontos ao analisá-lo: a) homofobia psicológica, que é a condenação da homossexualidade; b) homofobia social, que ocorre quando se pretende perpetuar a diferença entre homo/hétero; c) homofobia geral, que é a manifestação do sexismo; d) homofobia específica, que é a intolerância destinada a gays e lésbicas.

Oportunamente em sua escrita, o autor faz a relação da homofobia com outras formas de opressão, sinalizando para similitudes entre a homofobia, o racismo e questões de gêneros. Borrillo (2010) aponta que todas as formas de opressão citadas têm o objetivo de organizar, intelectualmente, a divergência ao naturalizá-la, utilizando essa justificativa para subjugar o outro (negro, mulher, homossexual).

A capilaridade da homofobia e sua capacidade de atuar como orientador de comportamentos e interações sociais é algo significativo em nossa sociedade. Desta forma, Borrillo (2010) salienta para relação entre os aspectos psicológicos e a organização social, elucidando os elementos que compõem e balizam a homofobia. Assim, o autor afirma que a homofobia é um elemento constitutivo da identidade masculina em nossa sociedade, sendo fator determinante para o impedimento de homens estabelecerem relações de intimidade com pessoas do mesmo sexo. Ademais, para o autor, a homofobia é uma importante guardiã do diferencialismo sexual, ou seja, do enraizamento da diferença entre os sexos, seja no campo biológico, ou cultural (mulheres mais amáveis, sensíveis e altruístas; homens de natureza mais agressiva, com habilidades para vida fora de casa, comércio e política). A diferenciação entre os sexos constitui um mecanismo político de ação e reprodução social que permite a legitimação tácita das desigualdades.

A homofobia é uma realidade em meio à sociedade brasileira, se apresentando como obstáculo quanto a não realização de direitos constitucionais básicos, como direito a vida e acesso a saúde. Segundo o Grupo Gay da Bahia (GGB, 2020), o Brasil é um dos países que mais mata lésbicas, gays, bissexuais, travesti e transexuais (LGBT)¹⁶ no mundo. No ano de 2017 foram 445 LGBT mortos no Brasil, vítimas de homofobia.

¹⁶ O presente trabalho utiliza a sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), para se referir orientação sexual diversa a hétero, conforme faz órgãos e políticas públicas brasileiras, bem com acordado na 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em Brasília, entre 5 e 8 de junho de 2008.

Somando os anos de 2017, 2018 e 2019, chega-se a estarrecedora marca de 1.194 vítimas, mais de uma pessoa por dia.

O reconhecimento da homofobia como realidade presente no país, e no cotidiano da população LGBT brasileira, ocorrem em 13 de junho de 2019, quando o Supremo Tribunal Federal (STF), determina que a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero seja considerada como crime, enquadrada na lei de racismo. A conduta do STF tem como base a inegável cultura cisheteronormativa, presente na sociedade brasileira, motivadora da violência, preconceito e exclusão social desse grupo.

A homofobia é um importante limitador no acesso à saúde e fator determinante na qualidade de vida das pessoas que cotidianamente sofrem essa violência. Na mesma lógica do preconceito racial, a discriminação por orientação sexual é determinação social no processo saúde-doença das pessoas e coletividades, sendo gerador de exclusão social. A cadeia discriminatória quanto a orientação sexual, não raro, se inicia no espaço familiar, primeiro local de socialização do indivíduo, passando pelo ambiente escolar, e segue nos demais espaços de existência dos sujeitos, conforme a idade: trabalho, lazer, socialização, construção de vínculos, e afetividades.

As primeiras ações governamentais em prol da saúde da população homossexual datam do início dos anos 80, provocados pelos movimentos sociais organizados, principalmente por homens gays, em decorrência dos elevados números de casos de HIV/aids nessa população. Neste período o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia. O movimento, então constituído majoritariamente por homens, gradualmente foi incorporando grupos com outras identidades sexuais e de gênero, particularmente as lésbicas e travestis (BRASIL, 2013 PNSILGBT).

Orientado pelo conceito amplo e democrático de saúde, e compreendendo os fatores sociais como parte do processo de determinação em saúde, em 2004 o Governo Federal cria o Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual. Esse programa constituiu-se de amplas recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação.

Nesta toada, o Ministério da Saúde, em 2011, cria a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), instituída

pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. A política tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Tanto o programa Brasil sem Homofobia quanto a Política Nacional de Saúde Integral LGBT reconhecem que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide negativamente na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações LGBT (BRASIL, 2013 PNSI LGBT)

Em múltiplos aspectos a população LGBT tem a homofobia em sua vivência como determinação social em saúde. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013) sinaliza para a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais, aponta para a realidade de exclusão extrema das travestis e transexuais, fato que por vezes leva essas pessoas a situação de prostituição e rua. Salienta-se ainda para a importância do devido processo de transexualização, e a necessidade de um espaço seguro, em âmbito familiar e comunitário, para o exercício livre da sexualidade dissidente.

O Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Enfrentamento de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis (BRASIL, 2008) aponta maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos, e associa essa condição diretamente às homofobias e segregação à qual estão expostos, especialmente os mais jovens. A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os gays o destino do exercício clandestino da sexualidade. Essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças (BRASIL, 2013, p. 16 - PNSILGBT).

Para além dos fatores sociais notadamente reconhecidos e expressos neste trabalho, referentes a determinação social em saúde, mais uma vez o preconceito se apresenta como ponto de observação para parcela da população. Com base na revisão integrativa da literatura, realizada por Albuquerque e outros (2013), e por Melo e outros (2020), o maior entrave para o acesso a saúde da população LGBT é o preconceito. Esse é expresso em ambiência heteronormatizada de atendimento, marcada pela discriminação por parte dos profissionais, gerando uma relação prejudicada entre usuário e trabalhadores da saúde.

Na lógica de distanciamento outros prejuízos são identificados, como o silenciamento dos usuários quanto sua sexualidade dissidente, logo atrapalhando na prestação dos devidos cuidados para promoção e prevenção em saúde. Desta forma, as consequências da homofobia e da heteronormatividade institucional, caracterizadas

pelos atendimentos discriminatórios, são as principais causas da exclusão da população LGBT dos espaços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Em uma sociedade notadamente racista e cisheteronormativa, o simples existir em sociedade e toda sua complexidade (família, comunidade, escola, trabalho, amigos e outros) leva ao enfrentamento de inúmeras adversidades para pessoa de sexualidade não normativa. Desta forma, tanto para população negra quanto para população LGPT a vivência cotidiana sob o julgo do preconceito e seu estigma, produz efeitos negativos a saúde mental desses sujeitos, que pode levar a depressão, baixa auto estima, e até ideias suicidas. Segundo Natarelli (2015) a homofobia pode levar a comportamentos depressivos, ansiedades e medos excessivos, ideias e tentativas de suicídio, quadros que indicam sofrimentos psíquicos, cuja origem está nos episódios de violência vivenciados.

Em uma sociedade cisheteronormativa, os efeitos da repressão da vivência da sexualidade homoafetiva relacionam-se diretamente com as condições de saúde dessa população. Os danos da homofobia expressam-se na particularidade dos indivíduos (subjetividade), e no coletivo; permeando as relações interpessoais (socialização em espaço doméstico e em sociedade), e o acesso e elaboração de serviços e políticas públicas. Assim como o racismo, a homofobia apresenta-se como barreira para efetivação de direitos fundamentais, como acesso a saúde, trabalho e renda, e educação. Ademais, identifica-se também o processo de adoecimento mental relacionado a homofobia e o não enquadramento no padrão cisheteronormativo de sexualidade.

2.3 Intercruzamento de opressões: Interseccionalidade e saúde

Inegavelmente o meio de produção e reprodução em sociedade que se estabeleceu a partir do século XV é determinante central da organização social vigente. Para além de definir os meios de produção e organização político-financeira, esse determina as identidades e papéis sociais. No capitalismo a cor da pele foi usada para justificar a subalternização de povos africanos, o gênero e o patriarcado para justificar a divisão sexual do trabalho e a inferiorização da mulher, bem como balizaram a construção da heteronormatividade como comportamento sexual padrão. Os marcadores citados foram à base de construção do “outro”, o sujeito subalternizado e explorado em decorrência de sua diferença de classe, raça/etnia, gênero, orientação sexual, origem e

outras formas que motivassem a subordinação e exclusão do sujeito, segundo a perspectiva da cosmovisão eurocêntrica.

Cada marcador apresentado interfere diretamente nas condições materiais que os indivíduos têm para enfrentar as adversidades e barreiras do existir em sociedade, bem como relacionam-se com a determinação social e seus fatores que interferem na qualidade de vida e condições de saúde. A vivência em simultâneo de dois ou mais marcadores fez com que nascesse no interior do feminismo negro, norte americano, o conceito que explica o inter cruzamento das opressões.

A advogada e professora universitária Kimberlé Crenshaw (2002), exemplificando o inter cruzamento de opressões aponta que a concepção tradicional de direitos humanos, por vezes, invisibiliza a especificidade dos sujeitos violados. A autora sinaliza que situações de violação de direitos que mulheres vivenciam em comum com homens, essas eram identificadas como violação de direitos humanos. Contudo, quando mulheres eram estupradas, espancadas no espaço doméstico, ou quando alguma tradição violava sua liberdade, em decorrência do gênero, tais abusos eram tidos como periféricos.

Crenshaw (2015) também relata o caso emblemático que ocorreu em 1976, nos Estados Unidos, quando mulheres negras, entraram com ação judicial contra uma fabricante de automóveis, que destinava vagas específicas para negros, que deveriam ser homens, e vagas específicas para mulheres, que deveriam ser brancas, excluindo as mulheres negras da possibilidade de trabalho no local. Lamentavelmente as mulheres negras não tiveram êxito no pleito. Ante a combinação das opressões vivenciadas pelas mulheres negras e invisibilidade de suas demandas específicas pelo feminismo branco e pelo movimento antirracista, a autora cria o termo interseccionalidade. Com sensibilidade analítica o termo é uma forma de pensar a identidade e sua relação com o poder.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p.177).

A interseccionalidade não se restringe às mulheres negras, mas contempla todas e todos que vivenciam concomitantemente duas ou mais opressão, abarcando negros, população LGBT, estrangeiras (os), pessoas com deficiência, e todas as pessoas que enfrentam vulnerabilidades que refletem as intersecções de racismo, sexismo, opressão de classe, lgbtfobia, capacitismo e outras formas de subalternação. Para Akotirene (2020) a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado; produzindo epistemologia que precisa ser apreendida por lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do candomblé e trabalhadoras.

Em consonância com o pensamento de Crenshaw, Akotirene (2020) enfatiza para a não hierarquização das opressões existente. A autora afirma que a interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Como ferramenta interpretativa da realidade a interseccionalidade permite analisar quais condições estruturais atravessam corpos, entendendo que juntos, racismo, capitalismo, cisheteropatriarcado devem ser tratados observando os contornos identitários estabelecidos pela matriz de opressão, suas experimentações simultâneas, e como essas provocam desigualdades impostas aos sujeitos. A autora evidencia a não neutralidade da interseccionalidade, abordagem consonante com o pensamento decolonial, e sinaliza para o ponto de partida dos eixos de opressão, a matriz de opressão colonialista.

Considerando o tema de pesquisa escolhidos, a interseccionalidade apresenta-se como necessária para compreensão do contexto de vulnerabilidade da população homo/bissexual masculina negra ao HIV/Aids. A metodologia possibilita a leitura da inseparabilidade dos eixos de opressão, identificando as especificidades nos intercruzamentos dos marcadores sociais nos sujeitos. A interseccionalidade relaciona-se com a particularidade do sujeito e sua intersubjetividade, logo com a dimensão de vulnerabilidade do mesmo, que se apresenta de forma dinâmica, dependendo do sujeito que a vivencia, quando a vivencia, onde vivencia e como vivencia, confirmando-se assim o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade (AYRES *et al.* 2009).

Como exemplo, apresenta-se o pensamento de Borrillo (2010). O pesquisador argumenta que a manifestação do sexismo explica a maior exposição do homossexual masculino afeminado as opressões da homofobia e heteronormatividade. Segundo o autor, nas sociedades profundamente marcadas pela dominação masculina, a homofobia organiza uma espécie de “vigilância do gênero”, porque a virilidade estrutura-se em

função de dois aspectos: negação do feminino e rejeição da homossexualidade. Desta forma, os homossexuais masculinos afeminados são vítimas mais frequentes da homofobia, se comparados com homossexuais que se portam socialmente conforme a heteronormatividade, ou seja, performam masculinidade.

Neste contexto, apresenta-se a intersecção de raça e orientação sexual. Segundo o pensamento negro (GONZALEZ, 1988 e BENTO, 2002), os corpos das pessoas pretas e pardas são hipersexualizados. Essa realidade não se altera ao se falar dos homens negros homossexuais. O corpo negro homossexual, objeto de desejo da branquitude, tem padrão corporal e estético predefinido, bem como devem performar masculinidade, distanciando-se do comportamento feminino, limitando qual homossexual masculino negro é objetificado.

Gonzalez (1988) trabalha a categoria freudiana relacionada ao racismo, presente na subjetividade, o *objeto parcial*. Nessa categoria, as pessoas são fragmentadamente desejadas, ou seja, apenas os objetos / partes do corpo são visados pelas pulsões parciais, sem que tal implique que uma pessoa, no seu conjunto, seja objeto de amor. Nesta lógica encontra-se os corpos de pessoas negras. No caso das mulheres, as curvas dos corpos negros femininos, com ênfase na região glútea (bunda). Com os homens negros, foca-se na virilidade, força e masculinidade (figura animalizadora do homem reprodutor). Assim, os/as negros/as são hipersexualizados/as, contudo, são pessoas excluídas de relações de afetividade perene.

Os homossexuais masculinos que não se enquadram no padrão impostos pela branquitude e heteronormatividade são preteridos e invisibilizados na própria comunidade LGBT, e mais uma vez inferiorizados ou excluídos socialmente. Seguindo os critérios de exclusão e subalternização dos sujeitos, encontra-se na comunidade LGBT o termo “gay padrão”, que se refere ao homossexual masculino, branco, de classe média ou alta, que performa uma heterossexualidade (comportamento masculinizado) e é visto como bonito.

A comunidade homossexual segue o padrão racista do que é esteticamente belo, e esse é o balizador das escolhas para a construção dos relacionamentos afetivos e sexuais. Quando o homo/bissexual masculino negro é objeto de desejo, deve se enquadrar ao que é imposto pela branquitude, que destina ao negro homo/bissexual ocupar somente o papel de objeto sexual (macho viril), indigno para afetividade nas relações interpessoais (compromisso afetivo, namoro, casamento, relações perenes), que

exigem a exposição pública do relacionamento, extrapolando o espaço privado dos envolvidos.

Como sinalizado em pontos anteriores e relacionado ao patriarcado e a homofobia, à masculinidade como símbolo de força, poder e superioridade é um produto histórico da organização social vigente, pertinente ao sistema econômico, estrutura de classe, gênero e raça. Pinho (2004) denomina a masculinidade relatada como hegemônica ou hegemonzada, representada pelo homem *macho adulto branco*. Em contraponto, o autor fala em masculinidade subalterna ou subalternizada, que seriam, em termos gerais, aquelas identificadas com homens negros, pobres ou homossexuais, público que compõe o tema de pesquisa estudado.

[...] o modelo de masculinidade hegemônico nas sociedades ocidentais apresenta-se com um conteúdo determinado: o homem, no pleno gozo de suas prerrogativas, seria adulto, branco, de classe média e heterossexual. Outros modos específicos e concretos, localizados e estruturados de masculinidade estariam subalternizados ou seriam constituídos por formas contextuais de subalternização (PINHO, 2004, p.66).

O homo/bissexual masculino negro que está no foco do tema de pesquisa é indivíduo existente em sociedade, assim suscetível aos contextos que o permeia (marcadores sociais). O reconhecimento de barreiras sociais relacionado à classe, raça/etnia, gênero e orientação sexual, permite sinalizar para existência tácita de uma hierarquia dos corpos, que relaciona-se com a estrutura de poder colonial. Fazendo uma crítica a realidade que se apresenta Pinho (2008) afirma que os corpos são classificados com base na estrutura colonial, na qual o *macho branco* é entronizado, e aos demais: negros, indígenas, mulheres, e “*perversos*” sexuais, cabe à inferiorização da sexualidade indomável, abjeta e perigosa, que deve ser objeto de dominação e subalternização.

Desta forma, coadunando com o pensamento de Pinho (2004 e 2008) Benitez (2005), também aponta que a hierarquização do homossexual masculino é construída em relação de contraste ou antagonismo, como identidades de “contraposição” ou “contra-identificação”, pares binários contrários que sustentam relações hierárquicas e de exclusão, que se organizam mediante pólos relacionais de gênero, idade, estrato social e aparência: mais masculino/mais feminino; mais jovem/mais velho; mais rico/mais pobre; mais bonito/ mais feio, musculoso/gordo.

Assim, a vivência de estigmas, preconceitos e opressões está vinculada ao enquadramento dos sujeitos nos padrões hegemônicos de classe, raça/etnia, gênero e

sexualidade. Está nos padrões hegemônicos estabelecidos socialmente determina a aceitabilidade ou acolhimento do indivíduo pela comunidade, seja na coletividade em que vive, seja para construção de relações afetivas.

O dilema da aceitabilidade revela um conflito no mundo gay entre o prazer pessoal e a pressão social. Os ideais estéticos da maioria influenciam na escolha de namorados ou companheiros, e esta pode estar marcada pela vergonha e pelo medo, sentimentos comuns ao ato de assumir publicamente uma relação com um homem de aparência diferente da hegemônica. Dessa maneira, ser aceito não depende apenas de ser homossexual “bonito”, branco, viril, economicamente estável e instruído, mas também depende de ser um homossexual que se relaciona com outros homens análogos a esse padrão (BENÍTEZ, 2005, p.112).

O político brasileiro, Sr. Eduardo Figueiredo Cavalheiro Leite, ora governado do Rio Grande do Sul, é um exemplo do apontamento feito por Benítez (2005) e do “gay padrão”. De uma das regiões mais conservadora do país, o político se declarou gay publicamente em meados de 2021¹⁷. O Sr. Eduardo Leite, em público, segue as regras implícitas de um comportamento tido como masculino, é um homem de fenótipo eurocêntrico, e classe média, e do mesmo modo seu namorado se apresenta. Dos marcadores sociais de opressão, somente quanto à orientação sexual o político e seu companheiro não se enquadram no padrão hegemônico. Enquanto homem, branco, cisgênero, classe média e de comportamento masculinizado, o Sr. Eduardo Leite tem em sua construção social elementos que o possibilita se instrumentalizar frente a adversidades do cotidiano. Isso não impede que ele e seu namorado não sofram homofobia, contudo, suas condições de construção social os fortalecem, dando-lhes a possibilidade de combatividade frente às adversidades e opressões. Lima e Cerqueira (2012) expressão bem essa realidade:

De fato, o novo homossexual disseminado no Brasil é um heterossexual de segunda ordem. Ele deve ser bem sucedido, de classe média, com corpo esculpido em academias de ginástica e morar num belo apartamento de uma cidade grande. Livre, deve esquecer que um dia foi segregado e viver a ilusão de que é bem aceito pela sociedade. Ou seja, a norma heterossexual necessariamente não segrega, mas se infiltra no mundo gay para moldar os sujeitos homossexuais, de modo que se tornem toleráveis. Desse modo, a homofobia – criação heterossexual – é reforçada em território gay, habitado por sujeitos homossexuais brancos e viris, que “não dão pinta” ou, como dizem os liberais, “que nem parecem ser gays de verdade!”. Aqueles que não se

¹⁷ Em programa de entrevista televisivo o Governador do Rio Grande do Sul, Sr. Eduardo Leite, declarou publicamente ser gay e falou sobre seu relacionamento com o namorado, o médico Thalís Bolzan. Fonte: G1 – Jornal Nacional. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/07/02/eduardo-leite-declara-publicamente-pela-primeira-vez-que-e-gay.ghtml>. Acessado em: 25 de janeiro de 2022.

enquadram nesse modelo identitário (afeminados, negros, periféricos, travestis) continuam segregados, não apenas pelos heterossexuais, mas também pelos próprios gays, num processo de violência coletiva e encadeada (LIMA e CERQUEIRA, 2012. p. 16).

Nesta toada, Pinho (2004) aponta para a existência de comunidades homossexuais distintas, e afirma que a formação, as relações e articulações entre as comunidades e nelas estão ancoradas nas estruturas de classe, raça e gênero (heterossexismo), reproduzindo privilégios e desigualdades. O autor conceitua o contexto relatado como *mundos homossexuais*, e afirma que esses mundos, como conjuntos de práticas e performances sociais e sexuais, interagem configurando o que gosta de pensar como uma *Guerra dos Mundos Homossexuais*, baseada na desigualdade, competição e violência.

Como sinalizado pelas autoras Crenshaw (2002) e Akotirene (2020), não devemos pensar em mensuração quantitativa, de mais ou menos oprimidos, com base nos marcadores sociais e a matriz de opressão colonial. Ou seja, não existe um *ranking* no qual determinado mercado social é mais potencialmente opressor que outros, ou que o acúmulo de marcadores é um determinante para ser mais ou menos atingido negativamente. Contudo, deve-se pensar que a interação de diferentes desigualdades e opressões gera algo próprio e específico a esse sujeito, como afirma Pinho (2004):

A interseção ou combinação dessas diferenças produz novas diferenças, então, não é apenas uma soma, ou seja, uma bicha preta não é um sujeito que acumula duas identidades, é outra posição diferente que é produzida através dessa interação ou dessa confluência (PINHO, 2004, p. 129).

Desta forma faz-se necessário compreender as identidades que compõe o sujeito, as condições estruturais que o permeia, seu contexto de construção social e sua interação com o meio, sendo sempre importante localiza-lo no tempo e espaço. Assim, quando se fala de homossexual masculino, deve-se pensar em qual homossexual masculino está se falando, pois de forma antagônica, existe na comunidade homossexual uma hegemonia, como afirmou Pinho (2004).

Assim, pensando na complexa sociedade que se apresenta, marcada pela injustiça e desigualdade, e o tema de pesquisa trabalhado, se reconhece a condição estruturante dos marcadores sociais de opressão, a articulação desses, e a implicação na vida dos indivíduos atingidos; sem deixar de olhar para as vivências particulares dos sujeitos – intersubjetividade – e como o inter cruzamento dos pontos citados relaciona-se com a condição de vulnerabilidade. Todos os pontos abordados e suas articulações se

apresentam como mediadores no contexto de saúde doença da população brasileira e na suscetibilidade à infecção e adoecimento por HIV/aids, sendo ponto palpável ao se analisar o retrato da realidade brasileira quanto a infecção e adoecimento pelo vírus.

CAPÍTULO III – HIV/AIDS E HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS

A epidemia de HIV/aids, como outros agravos em saúde, tem sua identificação, disseminação, e ações de controle/enfrentamento relacionados a identificação de quem é a parcela da população atingida e seu papel na estrutura social, política e econômica. Por anos a doença passou despercebida dos olhares do mundo, mesmo que ela já fizesse suas vítimas por alguns países da África. Antes do HIV/aids ser alvo de pesquisas pela ciência mundial, muitas vidas foram perdidas no continente africano, contudo o racismo estrutural e o apagamento dos povos africanos colaboraram para que uma doença de âmbito local ganhasse proporções mundiais e se tornasse uma epidemia.

Desta forma, fatores não biológicos como quem você é, onde você mora, a cor de sua pele, sua classe social, e orientação sexual são pontos que desde o início da epidemia de HIV relaciona-se aos novos casos. Considerando essa realidade, em que fatores relacionados basicamente a matriz de opressão colonial (relação de produção) se vinculam nitidamente no cenário da disseminação epidemiológica da doença no Brasil, apresenta-se como se deu no país a identificação e disseminação dos primeiros casos, a evolução epidemiológica, o enfrentamento da epidemia, com foco na crucial participação da sociedade civil organizada, em especial os movimentos ligados a população homossexual. Após a apresentação da história da epidemia de HIV/aids no Brasil apresenta-se dados da população tema de pesquisa, os homo/bissexuais masculinos, com ênfase na população negra, e como essa vem sendo atingida pela epidemia e os fatores relacionados a vulnerabilidade dessa população.

3.1 HIV/AIDS no Brasil, da origem e realidade atual

A desigualdade social, injustiça e racismo permearam a invisibilização do vírus da aids, colaborando para sua disseminação pelo mundo. Bastos (2006), afirma que o HIV circula no mínimo há décadas e tem origem no continente africano, da mesma forma que a própria vida humana. O autor sinaliza para o teor racista e preconceituoso, que animalizam tribos africanas, quanto à passagem do retrovírus dos macacos para os humanos, sugerindo relações afetivas-sexuais entre macacos e homens; ignorando as diversas formas de contato sanguíneo, como arranhaduras, mordidas, e até a ingestão de carnes mal cozidas de macacos. Desta forma, em um continente marcado pela exploração, pobreza e guerras, fatores sociais colaboraram para que uma realidade local se tornasse uma pandemia.

A despeito de todos os nossos esforços, mas, antes de tudo, graças à nossa inação, complacência, hipocrisia e falta de solidariedade para com o próximo, o que era uma infecção restrita a uns poucos antropóides não humanos, que vinham resistindo bravamente a seus primos, antropóides humanos, e a umas poucas tribos africanas, que vinham igualmente resistindo às guerras civis, fome, racismo e exploração econômica, se transformou em uma pandemia (BASTOS, 2006, p. 26).

Na África subsahariana ao longo da década de 70 e início da década de 80, casos de falecimento de inúmeras pessoas, em virtude de infecções graves, passavam despercebidos quanto à ameaça de uma nova síndrome. A não existência de um sistema de vigilância sanitária eficiente, somado a realidade de variadas enfermidades e mazelas sociais, não permitiu a identificação do início de uma epidemia. Os casos só vieram a ser percebidos pela ciência quanto no início dos anos 80, jovens homens norte americanos, em sua maioria homossexual, passaram a desenvolver pneumonia atípica e câncer raro (Sarcoma de Kaposi), chamando a atenção dos Centros para Prevenção e Controle das Doenças dos EUA, que identificaram uma nova síndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (BASTOS, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), HIV é uma sigla para vírus da imunodeficiência humana, que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)¹⁸. Os primeiros casos de aids foram identificados nas cidades de São Francisco e Nova York, nos Estados Unidos da América, em 1981, sendo os primeiros grupos mais atingidos composto por homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e pessoas receptoras de sangue (hemofílicos) (MARINS, 2005). Basto (2006) acrescenta aos citados a população imigrante haitiana, formando o grupo que foi equivocadamente, com a anuência da ciência, culpabilizado pela disseminação do vírus, realidade que o autor chama da fábula dos 4H (homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de drogas injetáveis – heroína), formando o chamado “grupos de risco”, conceito preconceituoso e estigmatizador.

Salienta-se que a crise na saúde pública mundial relacionada ao HIV/aids associa-se com questões polêmicas (tabus) para a sociedade – homossexualidade, uso de drogas, imigrantes e profissionais do sexo – logo seu reconhecimento e enfrentamento

¹⁸ Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. É uma síndrome infecciosa crônica, causa da por um retrovírus, que se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano, comprometendo especialmente a imunidade do tipo celular. Tal acometimento é tão intenso que predispõe os infectados, gradativamente, a uma enorme diversidade de infecções oportunistas, as quais com frequência podem ter um êxito letal. Fonte: Marins (2005).

pelas lideranças encontrou resistência, ou mesmo negação, sendo de extrema importância a participação e envolvimento de parcelas mais progressista da sociedade civil organizada (movimento gay, profissionais da saúde e outros), na mobilização para resposta estatal e enfrentamento da epidemia. Realidade presente em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, e em países em desenvolvimento, como o Brasil (BASTOS, 2006).

É no início da década de 80, período de ascensão democrática, reforma do sistema de saúde do país, e crise do regime militar, que se tem no Brasil os primeiros casos de aids. Foi em 1982 oficialmente diagnosticado, na cidade de São Paulo, o primeiro caso da doença. Entretanto, realizando revisões em prontuários identificou-se que em 1980, um paciente do sexo masculino, também no estado de São Paulo, teria sido a primeira pessoa a se infectar com HIV no país. Como em outras nações, os primeiros casos atingiram uma parcela da população mais vulnerável, entre eles homossexuais, hemofílicos, imigrantes haitianos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (BRASIL, 2022).

Fazendo uma linha do tempo o Ministério da Saúde (2022) indica que em 1983 é diagnosticado o primeiro caso de aids em criança, o primeiro caso de possível transmissão heterossexual, o primeiro caso de aids no sexo feminino, e a ocorrência de casos entre profissionais da saúde. A realidade apresentada foi motivadora de ações de organizações da sociedade civil, tendo como protagonista os movimentos homossexuais, no combate ao HIV e na busca por respostas estatais. Mendonça e outros (2010), aponta que para além da comunidade homoafetiva, outros grupos se envolveram na luta contra a epidemia, como organizações que representavam hemofílicos, mulheres profissionais do sexo, profissionais da saúde, assistentes sociais que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis, dentre outros.

A primeira resposta estatal à epidemia de aids no Brasil é resultado da organização da sociedade civil, com forte mobilização da comunidade homossexual e profissionais da saúde, principalmente médicos ligados ao Movimento de Reforma Sanitária. Assim, em 1983, após pressão dos movimentos homossexuais a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo cria um grupo de estudo composto por

técnicos de várias áreas do Hospital Emílio Ribas¹⁹, entre eles os médicos responsáveis pelo tratamento de hanseníase, que em decorrência do pioneirismo no atendimento às pessoas vivendo com HIV e a experiência adquirida com essa atuação, dispunham de condições para negociar com o governo ações de enfrentamento da aids, por meio do Programa de Aids de São Paulo (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

Graças à mobilização da sociedade civil, o programa estadual de São Paulo conseguiu atingir minorias e grupos socialmente excluídos (população vulnerável), bem como, a população em geral. Salienta-se que as ações de enfrentamento ao HIV nascem considerando o contexto de vulnerabilidade de parte específica da população, não desconsiderando o todo, mas com ações direcionadas.

Observa-se que os primeiros casos de HIV no país têm sua localidade de ocorrência, sexo do paciente e outros marcadores relacionados a fatores sociais que envolvem a cadeia de transmissibilidade do vírus. Deve-se compreender que São Paulo e Rio de Janeiro estão entre as principais cidades no país, ocupando local de destaque quanto à importância financeira, intelectual e política. As capitais são expoentes da elite econômica, intelectual, e cultural do Brasil, e os primeiros casos de aids associavam-se à pessoas que tinham trânsito em outros países, em especial nos Estados Unidos. Bastos (2006), sinaliza que os primeiros casos de aids atingiram a classe artística e intelectual do país, sendo essas categorias importantes na luta contra a epidemia. Garcia e outros (2008) explicitam bem a ocorrência dos primeiros casos de aids no país e o contexto socioeconômico e político que envolve sua cadeia de disseminação:

Notificada no Brasil no início da década de 1980, a Aids inicialmente esteve associada aos homens adultos, com comportamento homossexual, elevado nível socioeconômico, residentes dos grandes centros urbanos, prioritariamente São Paulo e Rio de Janeiro; bem como aos hemofílicos e àqueles que se beneficiavam de hemoderivados. Os usuários de drogas, mais diretamente afetados no período subsequente, desempenharam papel central no processo de expansão para as demais localidades do País, grupos étnicos e também para as mulheres (GARCIA *et al.* 2008, p. 419)

É necessário e importante ressaltar a relevância da organização da sociedade civil, em especial da comunidade homossexual no enfrentamento do HIV/aids no país. Segundo Laurindo e outros (2015), o surgimento do movimento homossexual ocorre

¹⁹O Hospital Emílio Ribas foi o primeiro a abrigar um centro de aids e até hoje é um dos principais da América Latina no tratamento de aids e uma referência na área (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010).

vinculado à mobilização do movimento de combate à aids. Os autores apontam que os profissionais da saúde voltados à temática não detinham o monopólio do discurso sobre o tema. Pelo contrário, intelectuais de outras áreas que não da saúde, atuavam na desconstrução de um ideário médico de estigmatização da população mais atingida (vulnerável).

A maior parte dos protagonistas da aids reconhece que a epidemia contribuiu de forma decisiva para a rearticulação do movimento homossexual. Desde então, com recursos financeiros nacionais e internacionais, a homossexualidade saiu de um debate circunscrito ao movimento gay e passou a fazer parte de uma abordagem mais abrangente (LAURINDO *et al.* 2015, p. 29).

Laurindo e outros (2015), apontam para nomes importantes no processo de início das ações de enfrentamento contra a epidemia de aids no Brasil, entre eles: Néstor Perlongher, Darcy Penteado, Antônio Carlos Tosta, Luíz Mott, Peter Fry, Antônio Maschio, Jorge Beloqui, Jaques Bouchar, Wagner Carmo Fernandes, Áurea Celeste Abbade, Paulo César Bonfim, Cláudio Monteiro, Otilia Simões, Vitalina J. B. Dias da Silva, Neuza Cegalli Cateasis, Edward MacRae e João Silvério Trevisan.

Em 1983 a primeira ação de conscientização coletiva quanto ao HIV foi realizada por Antônio Carlos Tosta, homossexual que militava em prol de sua comunidade e no enfrentamento da epidemia, por meio da distribuição, nos locais de encontro homossexual, de folhetos advertindo sobre a doença (LAURINDO *e outros.* 2015). Outra importante ação voluntária foi coordenada pela travestir Brenda Lee, uma militante dos direitos da comunidade LGBT, que em 1985 cria a Casa de Apoio Brenda Lee, localizada em São Paulo, voltadas para o acolhimento de pacientes vivendo com aids sem moradia, uma realidade cada vez mais freqüente na capital paulistana e por todo o país (PEREIRA e NICHIATA, 2011).

Quanto a primeira grande referência de organização da sociedade civil contra a aids apresenta-se o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids de São Paulo (GAPA SP), que foi criado em 1984, e formalizado em abril de 1985, tendo como primeiro presidente Wagner Carmo Fernandes. As ações do GAPA SP são voltadas para o combate à discriminação, a garantia do atendimento médico, a defesa dos direitos dos doentes, e forte atuação política junto ao Ministério da Saúde (LAURINDO *et al.* 2015). A atuação do GAPA logo ganha notoriedade no enfrentamento da epidemia de HIV, ocorrendo a

abertura de outras unidades pelo território nacional. Segundo Pereira e Nichiata (2011), até julho de 2009, havia uma rede de 17 GAPAs por todo o país.

A consolidação da sociedade civil na luta contra a Aids ocorre em 1986, com a criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), fundada no estado do Rio de Janeiro, pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Diferente do GAPa, que tem sua origem vinculada ao movimento homossexual, a Abia inicia-se da organização de um grupo de representantes das áreas médica, intelectual, política e artística. Sem a realização do atendimento direito aos pacientes com aids, a associação atua na instância política de luta contra a epidemia, com produção de conhecimento sobre a temática, presta assessoria a instituições públicas e privadas no combate a doença, e realiza monitoramento e avaliação de política pública (LAURINDO *et al.* 2015).

Na segunda metade da década de 80 se identifica a implementação de ações estatais no combate a aids. Em 1985 foi criado o Programa Federal de Controle da AIDS. Em 1986 se instituiu o Programa Nacional de DST AIDS, tem-se início as campanhas televisivas sobre HIV/AIDS, e o uso do preservativo se torna a principal ferramenta no controle da doença. Em 1987 são criados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, inicia-se a utilização do AZT (idovudina), o primeiro medicamento que reduz a multiplicação do HIV. E em 1988 além da importante conquista da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas causadas pela aids (BRASIL, 2022).

Nas demais regiões do país foram se identificando casos de HIV, e gradativamente os estados, por influência de São Paulo, iniciavam suas ações na prevenção e tratamento da epidemia. No Rio Grande do Sul as primeiras ações no combate ao HIV são de 1983. No estado do Rio de Janeiro as primeiras respostas ocorreram em 1984, mas a institucionalização estatal somente em 1989. A região nordeste tem a identificação de seus primeiros casos na primeira metade da década de 80, contudo, as respostas estaduais somente apareceram em 1987, depois da implementação do Programa Nacional de DST AIDS (GRANGEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009).

Após a consolidação do SUS, por meio da Lei 8.080, de 1990, se tem ganhos legislativos no direito das pessoas vivendo com HIV. Cezar e Draganov (2014) apontam que os anos 90 inicia-se com o impacto da morte de uma grande referência musical, o

cantor Cazusa, aos 32 anos, em decorrência da aids, fato que marca a sociedade brasileira. Em 1992, institui-se a Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº796/92, que proíbe discriminação de crianças vivendo com HIV/aids nas escolas, e a Portaria Interministerial nº 869/92, que proíbe testagem anti-HIV de funcionários públicos federais no momento da admissão, avaliação periódica e no momento de demissão.

Ainda na década de 90, o Ministério da Saúde destaca a importância da Lei 9.313/96, que garante distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, um grande passo no enfrentamento da epidemia, e importante ação para promoção da equidade em saúde. Salienta-se que em 1999, três anos após a promulgação da lei de acesso universal de antirretrovirais, a mortalidade dos pacientes com aids caiu em 50%, e ocorreu uma melhora significativa na qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV (BRASIL, 2022).

Gradativamente foi se identificando que toda a sociedade estava sujeita à infecção e adoecimento por HIV/aids, não existindo um “grupo de risco”, conceito que associava a epidemia a determinada parcela da sociedade. Autores como Mello e outros (2012), apontam que a epidemia, pós décadas de sua existência, mostrou várias particularidades, apontando para variabilidade no perfil das pessoas acometidas. Assim falou-se em feminização, heterossexualização, interiorização, pauperização, juvenilização e envelhecimento da população atingida (MELLO et al. 2012). Nesse contexto, no início dos anos 2000, pesquisadores da temática passam a ressaltar a importância da determinação social e suas dimensões (aspectos individuais e coletivos), quando se fala em vulnerabilidade ou suscetibilidade ao HIV.

Santos (2016), e Garcia e Souza (2010), expressam que as desigualdades socioeconômicas de uma país também influenciam na dinâmica da aids. Os autores salientam que mesmo sendo a aids uma doença de transmissão prioritariamente sexual, a epidemia é dinâmica e multifatorial, e sua ocorrência vai muito além da questão do comportamento sexual, estando relacionada com as condições de vida, gênero, composições etárias e étnicas das populações atingidas. Nesse sentido, os autores sinalizam para o aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico e historicamente subalternizada.

Reconhecendo a determinação social como elemento central na condição de vulnerabilidade dos sujeitos ao HIV/ aids, Graça e Souza (2010), sinalizam para necessidade de utilização do termo comportamento de risco, com foco nos aspectos

comportamentais individuais da prevenção, em detrimento de características relacionadas à construção social e cultural da epidemia. A UNAIDS (2017), afirma que são os comportamentos, e não o pertencimento a um determinado grupo, que colocam os indivíduos em situações que podem expô-los ao HIV. Certos comportamentos criam, aumentam ou perpetuam o risco, e isso não significa que necessariamente esses comportamentos estejam identificados com qualquer grupo em particular. Contudo, o termo comportamento de risco acaba por responsabilizar o indivíduo, sendo atribuído ao sujeito a falha na prevenção. Deve-se então pensar em um contexto de risco, ou seja, compreendendo a suscetibilidade ao vírus resultante de um processo (AYRES *et al.*, 2009).

Após duas décadas e os significativos avanços no combate e controle da epidemia de HIV/aids no Brasil, nos anos 2000 as conquistas se deram nos campos político e legislativo, com a promulgação da Lei 11.199/02, no estado de São Paulo, que proíbe a discriminação de pessoas com HIV. No mesmo ano de 2002, foi promulgada a Portaria Ministerial Nº 2.104, que trata sobre a atenção a mulheres grávidas e puérperas com HIV/aids. Em 2008 é inaugurada a primeira fábrica estatal de preservativos no país e em 2010 é promulgada a portaria nº 1.246 do Ministério do Trabalho e Emprego, vedando o teste do HIV na admissão de trabalhadores (CEZAR e DRAGANOV, 2014).

Em 2013 inicia-se o teste de profilaxia pré-exposição com o uso de antirretrovirais. No mesmo ano o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) aprovou a competência do profissional enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos. No ano de 2014 ocorre o marco legal contra a discriminação e preconceito de pessoas vivendo com HIV e doentes de aids, por meio da Lei Nº 12.984/14. É somente em 2014 que o SUS passa a disponibilizar o tratamento universal (medicação) para as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), pois anteriormente esse era iniciado somente quando o paciente apresentava queda na imunidade (BRASIL, 2022).

No ano de 2017 uma importante ação na prevenção é adotada pelo Ministério da Saúde, que passa a ofertar medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco da infecção pelo HIV antes da exposição ao vírus, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). O público prioritário para PrEP são as populações-chave, que concentram a maior proporção de pessoas vivendo com HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo - e casais sorodiferentes.

Nesse mesmo ano a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), libera o primeiro registro para o autoteste para diagnóstico do HIV (BRASIL, 2022).

Do ano de 1990 a primeira década dos anos 2000 o Brasil teve ações notórias de enfrentamento à epidemia de HIV/aids, podendo ser considerado uma referência em âmbito mundial. Para tanto, o país teve como base um sistema de saúde universal, que garante o acesso livre a medicamentos e a insumos de prevenção; equitativo, ao ter ações junto a grupos vulneráveis e estigmatizados; e integral, por agregar prevenção, assistência e tratamento. Ao atuar dessa forma a saúde pública brasileira supera a visão estigmatizadora de grupo de risco, reconhece a existência de uma população chave para a resposta ao HIV, e a importância de atuar considerando essa população vulnerável, que é composta por grupos sociais que estão sujeitos a pressões da sociedade ou a circunstâncias sociais que podem torná-los mais suscetível à exposição ao HIV e a outras infecções (UNAIDS, 2017).

Ganha forças no cenário brasileiro, na segunda década dos anos 2000, o conservadorismo ideológico e político, que dialoga com os ideais neoliberais, ditames que norteiam às políticas públicas desde o início dos anos 90, e nesse momento soma-se a pautas moralistas da extrema direita. Esse contexto marca o início das ações de retrocesso no enfrentamento à epidemia de HIV. Aponta-se que as decisões políticas tomadas a partir desse período, quanto à temática, gradativamente tendem a invisibilizar o problema público da epidemia, responsabilizar os sujeitos vivendo com HIV, e não respeitar a diversidade sexual existente (GREGO, 2016).

Seffner e Parker (2016) apontam que em 2012, durante o carnaval, ocorreu o cancelamento da campanha publicitária de prevenção voltada ao público de jovens gays, e em 2013 ocorre à proibição da campanha destinada às profissionais do sexo, que somava prevenção com autoestima na prostituição. Com isso, os autores apontam para perda da capacidade do país de enfrentamento da homofobia; de cuidar das pessoas vivendo com HIV/aids; de educar os jovens sobre questões de sexualidade, gênero e infecções sexualmente transmissíveis; de evitar a criminalização da transmissão, implicando na elevação da mortalidade em decorrência da doença.

A realidade de desresponsabilização do Estado em relação ao HIV/aids, expressa na diminuição das ações políticas voltadas para o cuidado em saúde e prevenção ao HIV, é reflexo do avanço do conservadorismo no ideário político

nacional. Observa-se que as ações de retrocesso se iniciam no governo que se apresentava como progressista e ligado as causas trabalhistas.

Com a tomada do poder político pela direita conservadora, em 2016, e em sequência a eleição da extrema direita, em 2018; tende-se a volta da particularização e responsabilização do sujeito por sua condição de saúde, bem como a estigmatização, mesmo que tacitamente, das pessoas vivendo com HIV. O contexto apresentado corrobora para o retrocesso da política pública em saúde de promoção, proteção e recuperação no que se refere ao HIV/aids, e também potencializa as condições de vulnerabilidade dos sujeitos que são historicamente atravessados pelas opressões estruturantes da sociedade capitalista.

Em fevereiro de 2020, o então presidente da República, Sr. Jair Messias Bolsonaro, em uma declaração expressa o posicionamento do Governo Federal, no período de sua gestão, quanto às ações e políticas voltadas para o enfrentamento do HIV, *“uma pessoa com HIV, além de ser um problema sério para ela, é uma despesa para todos aqui no Brasil”*. A fala do Sr. Bolsonaro faz parte do comentário do Presidente quanto ao programa de abstinência sexual, criado pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, da Ministra e Pastora Damares Alves, junto com o Ministério da Saúde, como estratégia de prevenção para a gravidez precoce e infecções sexualmente transmissíveis²⁰. É nesse contexto que o perfil das pessoas que são infectadas e vivem com HIV no país vem se definido na última década.

3.2 HSH e HIV/Aids de 1980 a 2019

Antes da apresentação dos dados estatísticos sobre HIV/aids faz-se importante reiterar que o Ministério da Saúde, para fins quantitativos e levantamento de dados, no que se refere a exposição ao HIV, utiliza-se da categoria HSH, que é o somatório da população masculina composta de homossexuais e bissexuais. Segundo Duque e Pelúcio (2010) a categoria passou a ser usada pelo aparato institucional de pesquisas, estratégias, políticas, documentos, financiamentos, programas e outras ações de governos ou da sociedade civil internacional na prevenção às IST/aids no ano 2000.

Contudo, os autores ressaltam que a categoria surgiu antes, em uma tentativa de contempla a diversidade e distinção existente entre os homens que não se enquadravam

²⁰ Fonte: Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/uma-pessoa-com-hiv-e-uma-despesa-para-todos-aqui-no-brasil-diz-bolsonaro/>. Acessado em: 01 de Mar. 2022.

na heteronormatividade, e não se sentiam contemplados pelos termos gays e bissexuais. Assim, o uso da sigla HSH foi na busca de mostrar que existiam outras maneiras em que a sexualidade estava organizada e outros meios de expressar a identidade sexual, que não aquele imposto pelos “Gays” e “Bissexuais” brancos dominantes da cultura metropolitana euro-americana (DUQUE e PELÚCIO, 2010).

Não por acaso, mas balizado na formação política, econômica e cultural do Brasil, e refletindo o contexto de retrocesso nas conquistas de direitos universais, em especial a saúde pública, bem como o avanço das pautas conservadoras nas políticas públicas, que se apresenta o perfil da população brasileira vivendo com HIV/Aids. Salienta-se que a determinação social faz-se presente no retrato da população vivendo com HIV, logo também se apresenta como fator de suscetibilidade à infecção pelo vírus e adoecimento por aids.

Após 40 anos do primeiro caso de HIV no país, o Brasil passou por diferentes momentos, no que se refere ao controle da epidemia de HIV. Segundo o Ministério da Saúde, em seu Boletim Epidemiológico (2021), de 1980 a junho de 2021, foram identificados 1.045.355 casos de aids no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 36,8 mil novos casos, nos últimos cinco anos. Desde 2013 ocorre a diminuição do número de casos anual, quando se observou 43.493 casos, e em 2019 foram registrados 29.917.

Ademais, segundo o Boletim Epidemiológico (2020) desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,9/100 mil habitantes em 2012, para 17,8/100 mil habitantes em 2019, configurando um decréscimo de 18,7%. No ano de 2020, observa-se a maior redução anual da taxa, que chegou a 14,1 casos por 100 mil habitantes, o que está relacionado em parte aos efeitos da subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia da covid-19 (BRASIL, 2020).

O Boletim Epidemiológico (2020) demonstra que historicamente a população masculina é a mais infectada pelo HIV/aids. De 1980 até junho de 2020, foram registrados 664.721 casos de aids em homens (65,7%), e 346.791 em mulheres (34,3%). No período de 2002 a 2009, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, manteve-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, em média. No entanto, a partir de 2010, observa-se um aumento na razão de sexos, que chegou a 23 casos de aids em homens para cada 10 casos em

mulheres em 2017, razão que se manteve em 2018 e em 2019. Se considerado somente os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para o ano de 2019, a diferença entre a razão de sexo aumenta, passando para 26 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2020). Ainda tendo como fonte o Sinan, a razão de sexos para o ano de 2020 foi 28 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2021).

Os documentos do Ministério da Saúde também fazem um apontamento etário e racial da realidade do HIV/aids no Brasil. No Boletim Epidemiológico (2021), observou-se que, no período de 2007 a junho de 2021, a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,9% dos casos. No ano de 2020, a maior concentração dos casos de aids no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos: 52% dos casos do sexo masculino e 47,8% dos casos do sexo feminino (BRASIL, 2021).

Com relação à raça/cor autodeclarada, observa-se que, entre os casos registrados, no período de 2007 a junho de 2021, 51,7% ocorreram entre negros (pretos 10,9% e pardos 40,8%) e 39,4% entre brancos. No sexo masculino, 50,3% dos casos ocorreram entre negros (pretos, 10,0% e pardos, 40,3%) e 40,9% entre brancos; entre as mulheres, 55,1% dos casos se deram entre negras (pretas, 13,0% e pardas, 42,1%) e 35,9% entre brancas (BRASIL, 2021).

Outro dado que aponta para a questão racial no adoecimento por aids é o número de óbitos. No ano de 2019 por raça/cor, observaram-se 61,7% de óbitos entre negros (47,2% pardos e 14,5% pretos), 37,7% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. A proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior a observada em homens negros: 62,1% e 61,4%, respectivamente. Realizando uma comparação entre os anos de 2009 e 2019, verificou-se queda de 21% na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 19,3% na proporção de óbitos de pessoas negras (BRASIL, 2019). No ano de 2020, observa-se que 61,9% dos óbitos foram entre negros (47,0% em pardos e 14,9% em pretos), 37,6% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas (BRASIL, 2020).

Na população masculina, em quatro décadas de epidemia, a maior proporção quanto à categoria de exposição variou. Na década de 80, como o apontado no levantamento histórico da formação da política brasileira de enfrentamento ao HIV/aids, a maior frequência de casos tinha como principal categoria de exposição a relação

sexual homoerótica masculina. Segundo o Ministério da saúde (2022²¹), na primeira década de surgimento dos casos de aids no Brasil, 55,09% (38,18% entre homossexuais e 16,91% entre bissexuais) ocorriam entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), apenas 9,06% dos casos se deu em decorrência da relação heterossexual, e os demais tinham como categoria de exposição a transmissão sanguínea (24,25%²²), e a transmissão vertical (0,77%). Observa-se que 10,81% dos casos de aids tiveram a causa de exposição ignorados.

Nos anos 90, a realidade apresentada gradativamente vai se modificando com o avançar do tempo. Em 1990, a significativa diferença entre as categorias de exposição masculina à aids (hétero e HSH) se mantém, sendo o percentual de casos respectivamente de 8,79% e 43,37%. No ano de 1998, a diferença entre as categorias de exposição masculina, por via sexual, diminui para apenas 156 casos a mais para a categoria HSH, ocorrendo no ano seguinte a maior proporção na categoria de exposição heterossexual. Em 1999, ocorre pela primeira vez à maior frequência de casos na categoria de exposição heterossexual, representando 32% dos casos (5.488), ultrapassando a categoria HSH, com 28,92% (4.960). Mesmo ocorrendo a inversão quanto ao maior número de casos entre as categorias citadas, na média da década de 90 ainda se mantém a maior frequência dos casos entre os HSH, 33,60%, frente a 21,32% dos casos com exposição heterossexual (BRASIL, 2022).

No Brasil pode se falar em heterossexualização da epidemia de HIV/aids na primeira década dos anos 2000. Os dados do Ministério da Saúde (2021) apontam que em todos os anos entre 2000 e 2009 a maior frequência de aids entre os homens se deu por exposição heterossexual, com 29,62%, seguida pela ocorrência entre HSH, 20,54% (13,80% entre homossexuais e 6,74% entre bissexuais).

No período citado e nos dez anos subseqüentes (2010 a 2019) chama a atenção à quantidade significativa de casos com a categoria de exposição ignorada. Na primeira década dos anos 2000, essa categoria representou expressivos 40,82% dos casos de aids registrados. E no segundo decênio esse percentual se mantém elevado, aumentando para 44,52% dos registros. Essa estarrecedora porcentagem demonstra uma lacuna nas

²¹ Informação obtida por meio da plataforma de tabulação de dados do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil. Apresenta-se como fonte de informação os casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo capital de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2021. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/br.def>. Acessado em: 20 de Mar. 2022.

²² A categoria de exposição sanguínea é resultante do somatório entre os casos decorrentes do uso de drogas injetáveis (UDI), hemofílicos, transfusão de sangue, e acidente de trabalho com material biológico.

informações coletadas pelo Estado, dificultando uma análise mais fiel e próxima da realidade brasileira quanto ao adoecimento por aids na população masculina.

Ao fazer o cálculo da média de casos entre os anos de 2010 a 2019, identifica-se a maior proporção de casos de aids na categoria de exposição heterossexual (27,31%), seguida pela categoria HSH, com 25,06% (BRASIL, 2022). Apesar do maior número de casos no período citado estar na categoria de exposição heterossexual, se identifica nos últimos anos a tendência de aumento de casos na categoria homo/bissexual. Salienta-se que no ano de 2016, mesmo que por uma pequena diferença, mais precisamente por 25 pessoas, a categoria de exposição HSH volta a supera a exposição por relação heterossexual, e se mantém dessa forma até a última atualização da plataforma de dados do SUS, realizada no dia 10/12/2021.

Os Boletins Epidemiológicos HIV Aids 2016 e 2017 também sinaliza para a transição relatada, afirmando que a proporção de casos de aids em homens que fazem sexo com homens nos últimos dez anos aumentou. Os boletins subsequentes aos citados apontam para a mesma lógica de alta frequência de infecção por HIV entre os homens que fazem sexo com homens, sendo que entre o período de 2010 a 2019, durante todos os anos, a maioria dos casos teve como categoria de exposição às práticas homossexuais (44,29%) ou bissexuais (8,01%), frente a 31% dos casos ocorrendo por meio de relações heterossexuais (BRASIL, 2021).

Tabela 1: Casos de aids em homens segundo categoria de exposição por ano diagnóstico. Brasil, 2010 - 2019.

Categoria de Exposição	Ano Diagnóstico						Total
	2010 a 2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Homossexual	27.530	5.722	5.437	5.550	5.196	4.511	53.946
Bissexual	7.742	1.347	1.221	1.286	1.168	1.026	13.790
Heterossexual	41.982	7.322	6.633	6.563	5.927	5.402	73.829
Sanguínea	3.987	567	436	380	373	312	6.055
Trans. vertical	1.334	223	227	210	169	147	2.310
Ignorado	52.684	12.653	13.124	12.945	13.943	15.001	120.350
Total	135.259	27.834	27.078	26.934	26.776	26.399	270.280

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

Se fosse feita uma análise pura, simples e desconectada da realidade, dos dados epidemiológicos sobre os casos de aids, do período de 2010 à 2019, se indicaria a maior ocorrência de casos na categoria de exposição heterossexual (Tabela 1). Contudo, ao se analisar os dados apresentados no Boletim Epidemiológico 2021, referentes à infecção por HIV, os apontamentos realizados nos Boletins Epidemiológicos de 2016, 2017, 2018 e 2019, e a expressiva quantidade de casos na categoria de exposição ignorada no último decênio, quanto ao adoecimento por aids, pode ser inferir que a segunda década dos anos 2000 teve em sua maioria os casos de aids decorrente de exposição homo/bissexual.

Ante ao apresentado pode se falar no controle da epidemia de HIV/Aids no Brasil, e diminuição do número de casos nos últimos dez anos. Contudo, essa diminuição é acompanhada pelo crescimento de novas infecções entre a população masculina. Os cinco últimos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, sinalizam para o aumento do número de caso entre os homens, tendo como principal categoria de exposição ao vírus a relação de HSH. Dissertando sobre o aumento de casos de HIV em HSH e coadunando com o apresentado, Brignol (2016) afirma:

Destaca-se um crescimento mais acentuado nos países com limitações para implementar políticas sociais e de saúde orientadas pelos Direitos Humanos, principalmente em países que criminalizam as relações entre pessoas do mesmo sexo e onde a homofobia é elevada.[...] No Brasil, a prevalência do HIV entre HSH é, aproximadamente, 22 vezes maior do que na população geral, 18 vezes maior do que na população geral de homens, e 2 vezes maior do que na população dos usuários de drogas e mulheres profissionais do sexo. Esse quadro acompanha a tendência de outros países, onde o risco de infecção pelo HIV entre os HSH se mantém elevado, nos últimos anos, em comparação com outros segmentos da população (BRIGNOL *et al.* 2016, p. 257).

Nos últimos anos, a maior frequência dos casos de HIV/aids entre HSH vem sendo uma realidade. Com isso, faz-se importante identificar as diferenças e especificidades do grupo, bem como os múltiplos fatores que estão envolvidos na suscetibilidade dessa parcela da população à epidemia. Para tanto, reitera-se que a saúde é resultante da complexa interação de fatores biopsicossociais, sendo influenciada por questões culturais, políticas, econômicas e intersubjetivas.

3.3 Além de Bicha, Preta (Raça/Cor)

Entendendo a saúde como resultante multifatorial, inicia-se a análise do perfil do grupo que nos últimos anos vem sendo significativamente atingido pela epidemia de HIV/aids, por meio do marcador social de raça, ponto estruturante das relações sociais, econômicas e políticas (relação de poder) no Brasil. Como foi apresentado anteriormente, o racismo em todas as suas dimensões é determinante nas condições de saúde da população negra, não sendo diferente quanto a vulnerabilidade dos homo/bissexuais masculinos negros ao HIV. Em todos os lugares do mundo onde as desigualdades raciais são naturalizadas, a epidemia da aids atinge de forma mais severa os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados (LOPES, 2005).

O Estado brasileiro reconhece que o racismo, o sexismo e a homofobia, são fatores de produção de vulnerabilidade ao HIV/aids para pessoas e comunidades da população negra, e por esse motivo, em 2005 lança o Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids. O programa é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, as extintas secretarias especiais dos Direitos Humanos e da Promoção da Igualdade Racial, ambas da Presidência da República, mais o Ministério da Educação. Com objetivo de realizar plano de ação integrada, o programa se apresenta como estratégia afirmativa na temática racial e HIV/aids, trabalhando a questão de forma multidisciplinar (BRASIL, 2005).

Pensar o homo/bissexual masculino negro (*bicha preta*), a infecção por HIV/aids e vulnerabilidade, necessariamente perpassa pela relação sociocultural histórica de opressão e subalternidade vivenciada por esse sujeito, e a sistemática desvantagem material e simbólica presente em sua construção e realidade. Portanto, retoma-se os componentes de vulnerabilidade apresentadas por Ayres (2009) (individual, social e programático), sinalizando para o fato de que a população negra compõe a maioria da população pobre do país, os menos escolarizados, os que mais trabalham e são menos remunerados e a maioria da população que vive nas periferias e sem acesso a saneamento básico e políticas de urbanização (IBGE, 2019).

Ainda no mesmo sujeito apresenta-se o marcador social de orientação sexual dissidente (homo/bissexual), e o fato de viver em uma nação marcada pela homofobia, e internacionalmente conhecida pelos elevados números de assassinatos da população LGBT (GGB, 2020). Os marcadores de raça e orientação sexual se inter cruzam

formando uma vulnerabilidade exclusiva, que é composta por outros pontos apresentados anteriormente nos pensamentos de Pinho (2004) e Benitez (2005). Os autores trabalham com a idéia de hierarquia da homossexualidade. Nela, o homossexual branco, classe média ou rico, não afeminado, dentro de um padrão de beleza estabelecido, e de determinada idade, encontra-se em lugar de “superioridade” e privilégio frente ao demais (*guerra dos mundos homossexuais e relação de contraste ou antagonismo*).

Ademais, abordar a vulnerabilidade ao HIV/aids entre HSH é falar necessariamente sobre relação sexual desprotegida, pois esse é o principal fator de exposição ao HIV dessa população. A ocorrência de sexo seguro perpassa pelas dinâmicas de poder, desejo, e conhecimento, presentes na tomada de decisão, ou não, quanto ao uso de preservativo em uma relação sexual. A capacidade opinativa quanto ao uso de preservativo é resultante da interação dos fatores individuais, sociais e políticos (intersubjetividade) entre os sujeitos envolvidos na relação e o todo.

Desta forma, apresenta-se no existir da “*bicha preta*” todos os estigmas, opressões, e desvantagens historicamente consolidadas por meio do racismo, patriarcado, machismos, homofobia e relação de classe. Destacando-se neste trabalho os momentos referentes às interações sociais homoeróticas e/ou homoafetivas, e nelas a capacidade e condições de tomadas de decisão (escolhas) quanto ao uso de preservativo em relações sexuais. A intersecção dos marcadores sociais de orientação sexual, condições socioeconômicas e raça apresenta-se como desvantagem no que diz respeito à capacidade de escolha quanto ao uso do preservativo, tornando-se fator de risco à infecção por HIV e o adoecimento por aids para os homens negros que fazem sexo com homens (HNSH). É nesse contexto que se expressa à realidade do direito à saúde, orientação sexual, e afetividade desse sujeito.

Em estudo realizada por Antunes e Paiva (2013), no estado de São Paulo, sobre prevenção à aids e relações sexuais entre homens, as autoras identificaram distintas culturas homoeróticas, que são produtoras de distintas vulnerabilidades, a depender do papel social ocupado pelo sujeito. As pesquisadoras ressaltaram que a experiência individual de desejo homossexual se realiza em complexas redes relacionais, em interações nem sempre simétricas e que envolvem diferentes níveis de poder, sendo que a sexualidade está sempre referida a um “pano de fundo” cultural, um cenário composto por um conjunto de sentidos compartilhados e normatividades, organizadas socialmente.

Fazendo a relação entre determinação social e vulnerabilidade as autoras reconhecem que fatores individuais, culturais e socioeconômicos estão inextricavelmente associados aos fatores políticos programáticos, relacionados à exposição às situações de risco ou que produzem as condições que facilitam o processo de tomada de decisão em direção ao autocuidado e à prevenção. Assim, a reprodução de papéis de gênero, a distinção quanto às condições sociais, e o racismo, nas subculturas homoeróticas, também são componentes da cena sexual influenciando no uso de preservativo, logo na vulnerabilidade ao HIV (ANTUNES e PAIVA, 2013).

Os dados do Ministério da Saúde (2022), do período de 2010 a 2019, apontam que do total de homens com a categoria de exposição a aids identificada (149.930), 45,17% são homens que fazem sexo com homens (Tabela 2). Nesta parcela da população (HSH), identificou-se que 48,04% são brancos, 46,06% são negros (8,21% pretos e 37,84% pardos), 0,49% amarelo, 0,28% indígena e 5,11% dos casos tiveram a cor/raça ignorados. Salienta-se mais uma vez para dificuldade em fazer a leitura da realidade apresentada de forma fidedigna em decorrência do não preenchimento do campo raça/cor e categoria de exposição nas notificações feitas ao Ministério da Saúde.

Tabela 2: Casos de aids em homens segundo categoria de exposição por raça/cor. Brasil, período de 2010 a 2019.

Categoria de Exposição	Raça/Cor						Total
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado	
Homossexual	26.642	4.361	19.758	276	141	2.768	53.946
Bissexual	5.904	1.205	5.879	56	50	696	13.790
Heterossexual	30.503	7.792	31.479	370	258	3.427	73.829
Sanguínea	2.920	694	2.015	20	08	398	6.055
Trans. vertical	746	225	1.160	06	08	165	2.310
Ignorado	11.159	3.065	14.965	139	63	90.959	120.350
Total	77.874	17.342	75.256	867	528	98.413	270.280

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

As tabelas apresentadas (Tabela 1 e Tabela 2) demonstram com nitidez a gigantesca falha na coleta de dados, quanto à categoria de exposição e raça/cor. Do total de homens com aids no período de 2010 a 2019 (270.280), 44,52% tiveram a categoria

de exposição ignoradas. Ademais, classificando por raça/cor, 36,41% do total dos homens com aids não tiveram a cor identificada. Fazendo a intersecção entre as categorias exposição e raça/cor identificou-se que 33,65% dos casos não tiveram nem a categoria de exposição identificada, nem a cor. Salienta-se que entre os negros se apresentou o maior percentual de categoria de exposição à aids ignorada, 19,47% dos casos, frente a 14,32% entre os brancos.

No quesito raça/cor Fry e outros (2007), sinalizam que a inclusão desta variável nos grandes bancos de dados nacionais em saúde é recente e também deficiente, seja da perspectiva da utilização de classificações contrastantes nos diferentes sistemas de informação, seja da perspectiva do não preenchimento da variável. Os autores salientam para lacunas quanto à cobertura e qualidade das bases de dados, além da complexidade sócio-antropológica relativa aos sistemas de classificação, sendo esses pontos limitadores para interpretação dos dados.

Tratando sobre o quesito raça/cor Soares Filho (2012) afirma que a informação estatística esteve envolta numa “cultura do silêncio”, caracterizada pela omissão das instituições públicas em atender as especificidades de seus usuários, o que se chama de discriminação institucional. A constatação do autor também pode se aplicar nos indicadores voltados ao comportamento/orientação sexual, realidade expressa na notória ausência desse dado quanto se trata de casos de aids (categoria de exposição ignorada).

Salienta-se que a primeira vez que o quesito raça/cor foi utilizado no Brasil foi em 1990, no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). E somente em 2001, iniciou-se a captação do quesito na notificação compulsória de morbidades transmissíveis, como a tuberculose e a aids, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (SOARES FILHO, 2012).

Pesquisa realizada em Salvador – BA (2008 – 2009), entre HSH, com objetivo de investigar os fatores de risco sociodemográficos, biológicos e de comportamento sexuais associados a infecção por HIV, com amostra de 383 participantes, apontou que quando questionados se contaram para alguém que sentem atração sexual por homens, 51,2% responderam que não e 48,8% disseram que sim (BRIGNOL, 2016). A realidade demonstra nitidamente a influência da homofobia e machismo no levantamento de dados e leitura da realidade de casos de HIV/aids entre homens.

Ante ao contexto apresentado, em especial quanto a ausência de informações que expressem de fato a realidade da população de HSH quanto ao adoecimento por aids, sinaliza-se para o fato que ao homo/bissexual masculino negro apresenta uma vulnerabilidade específica, que de forma multifatorial vincula-se à desigualdade e equidade em saúde, à estrutura e organização social racializada, na qual a população negra historicamente é subalternizada, explorada e excluída; em concomitante também apresenta-se o marcador de orientação sexual, com o fato do Brasil ser um país notoriamente homofóbico, patriarcal e machista. Os marcadores sociais citados são no “mundo homossexual” norteadores para o estabelecimento das relações homoeróticas e afetivas. A complexa realidade descrita sinaliza para a maior exposição dessa parcela populacional a fatores que podem potencializar a suscetibilidade à infecção por HIV e adoecimento por aids.

A afirmativa apresentada é embasada e coaduna com os números da população em geral, demonstrados anteriormente, que sinalizam para alta frequência e aumento de casos de HIV/aids na população negra nos últimos anos, bem como maior número de óbitos (BRASIL, 2021). O apontamento não contradiz os dados referentes à população de homens que fazem sexo com homens. Pois, apesar de numericamente se demonstrar maior quantitativo nesta população de homens brancos, a subnotificação, ou não preenchimento da categoria de exposição e do quesito raça/cor, são sinalizadores do racismo estrutural e homofobia brasileira, presentes nos fatores humano e institucional que compõe o atendimento dos usuários do SUS, o preenchimento das fichas de notificação e alimentação dos bancos de dados.

Elementos da organização social (cultura, política e economia) corroboram para o apontamento da maior suscetibilidade da bicha preta ao HIV/aids. Retomando o conceito de vulnerabilidade em saúde, e suas subcategorias (AYRES *et al.*, 2009), sinaliza-se para importância da subjetividade e a relação do sujeito com o todo, sendo essa condição de determinação social em saúde, se expressando na vulnerabilidade individual. Desta forma, mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (LOPES, 2005).

Ante ao apresentado, sinaliza-se que as bichas pretas (homo/bissexuais negros) são estigmatizadas pelo racismo, assim como são estigmatizadas, entre negros e

brancos, pela heteronormatividade e homofobia, sendo compreendidos, segundo o ideário hegemônico, como a representação de covardia, fraqueza, fragilidade, uma traição ao estereótipo subumano (animalesco) imposto pela sociedade racista, e por vezes assimilado pela própria comunidade negra, do homem negro macho, viril e hipersexualizado (LIMA e CERQUEIRA, 2012).

Em meio a esse contexto de múltiplas adversidades, geralmente instrumentalizados com poucas ferramentas, após o percorrer de todo esse trajeto, que o homo/bissexual negro deve argumentar e negociar (tomada de decisão) a respeito do uso de preservativo, momento determinante de sua futura condição sorológica. Salienta-se que o resultado final dessa negociação não é tão somente uma escolha particular, mas sim uma expressão dos fatores que antecedem esse momento, sejam eles de ordem individual, social ou político programático (AYRES *et al.*, 2009, e GARCIA e SOUZA, 2010).

3.3.1 Escolaridade e Raça

Pesquisadores na temática de HIV/aids sinalizam que a cor da pele e orientação sexual são fatores de vulnerabilidade social, juntamente com escolaridade e renda. Nesta toada, autores apontam a determinação social em saúde como elemento decisivo nas condições que envolvem a infecção por HIV e adoecimento por aids. Garcia e outros (2010) e Fonseca (2000), assinalam para a pauperização da epidemia, afirmando que as desigualdades sociais, e a não oferta de políticas públicas de saúde, habitação e outras, influenciam na dinâmica da aids. Nesse sentido, elenca-se como indicador de mensuração socioeconômica o nível de instrução dos indivíduos, que é considerado o melhor para ser utilizado, por ser fácil de ser obtido e ter uma grande importância como determinante de saúde (FONSECA *et al.* 2000).

Fonseca e outros publicam nos anos 2000 uma pesquisa que analisa a evolução temporal dos casos de aids por grau de escolaridade como variável identificadora do nível socioeconômico. Como resultado, a pesquisa aponta que a epidemia de aids no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade, sendo notório que a infecção vem atingindo paulatinamente populações em desvantagem socioeconômica.

A pesquisa apontou que entre os homens, no ano de 1996, 70% dos casos de HIV/aids apresentavam escolaridade até ensino fundamental. Entretanto, a mesma

pesquisa afirma que considerando a categoria de exposição homossexual, observou-se maior proporção de casos entre pessoas com maior escolaridade, sendo que o risco a que estão expostos os indivíduos do sexo masculino de maior escolaridade ainda é superior àquele observado nos indivíduos de menor escolaridade (FONSECA *et al.* 2000).

Nessa mesma lógica, em 2010, Garcia e outros publicaram pesquisa que aborda o conhecimento da população sobre IST/aids, bem como os discursos sobre o uso do preservativo e das práticas sexuais. As autoras afirmam que indicadores de conhecimento e práticas sexuais mostram que os grupos de menor nível socioeconômico, os que detêm o menor nível de informação sobre as formas de transmissão do HIV, possuem as maiores taxas de atividade e apresentam, com maior frequência, práticas sexuais não seguras. Ademais, a pesquisa ratifica que os menos escolarizados se destacam como os menos informados quanto ao HIV, bem como são os que apresentam menor capacidade de negociação quanto ao uso de preservativo (GARCIA *et al.* 2010).

Embasados em pesquisas realizadas em outros países, Gomes e outros (2017) realizaram estudo entre os anos de 2008 e 2009 com HSH, objetivando avaliar e identificar os fatores indicadores de vulnerabilidade social associados ao baixo conhecimento sobre HIV/aids. As autoras chegaram a conclusão de que o baixo conhecimento sobre HIV/ aids associa-se as condições socioeconômicas desfavoráveis, ou seja, às piores condições de educação e baixa renda. Na pesquisa identificou-se que a maioria dos HSH tinha mais de oito anos de estudo (58,3%), pele não branca (74%), eram solteiros (84,8%), com trabalho (66,5%), e renda individual menor que R\$ 750,00 (74,3%). Os resultados obtidos neste trabalho indicaram elevada proporção de médio ou baixo nível de conhecimento sobre as formas de transmissão da infecção entre a população de HSH no Brasil (63,4%).

Quanto à vulnerabilidade social, as autoras salientam que a escolaridade menor ou igual há 08 anos, ter cor de pele não branca, morar com os pais e pertencer às classes sociais C, D e E (critério Brasil de classe econômica) são fatores que indicaram associações estatisticamente significativas com o baixo conhecimento (GOMES *et al.* 2017). O perfil de escolaridade e renda também foi encontrado em pesquisa realizada por Brignol e outros (2016), que afirma que os HSH que apresentam renda mais baixa,

com escolaridade mediana, equivalente ao segundo grau, ou seja, com 11 anos de estudos, e idade próxima aos 25 anos, têm maior risco de infecção pelo HIV.

A realidade do contexto brasileiro, quanto à aids, considerando os critérios raça/cor por escolaridade entre HSH, no período de 2010 a 2019 se apresenta na tabela a seguir:

Tabela 3: Casos de aids em HSH segundo raça/cor por escolaridade. Brasil, período de 2010 a 2019.

Raça/cor	Escolaridade					Sub total
	analfabeto	1ª a 4ª série incompleta	4ª série completa	5ª a 8ª série incompleta	fundamental completo	
Branca	89	599	534	1.949	1.906	5.077
Preta	65	249	174	589	447	1.524
Parda	262	887	670	2.502	1.858	6.179
Amarela	0	7	7	29	17	60
Indígena	3	14	6	8	24	55
Ignorado	7	43	26	110	103	289
Total	426	1.799	1.417	5.187	4.355	13.184

Raça/cor	Escolaridade					Total
	médio incompleto	médio completo	superior incompleto	superior completo	não se aplica	
Branca	2.160	8.754	4.017	7.895	0	27.903
Preta	493	1.522	537	660	0	4.736
Parda	1.950	7.578	2.494	3.284	1	21.486
Amarela	21	83	36	78	0	278
Indígena	20	39	18	25	0	157
Ignorado	101	380	122	263	0	1.155
Total	4.745	18.356	7.224	12.205	1	55.715

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

Os dados apresentados quanto a escolaridade e cor (Tabela 3) indicam que do total de homens com aids que fazem sexo com homens identificados (55.715), 50,08% são brancos, 47,06% são negros (8,50% pretos, e 38,56% pardos), 0,49% são amarelos, 0,28% indígenas, e 2,07% tiveram a raça/cor ignorados. Do total contabilizado a maioria tem entre 09 e 11 anos de estudos (41,46%), ou seja, iniciou ou tem o ensino

médio completo. A segunda maior parcela, quanto à escolaridade, se dá entre os universitários ou os que já concluíram a graduação, representando 34,87%. Quanto aos menos escolarizados, com 08 anos ou menos de estudos, esses representam 23,65%.

A questão racial e a exclusão da população negra nos espaços de educação se apresentam de forma evidente quando se analisa os dados de aids entre os HSH. Na população apresentada, quanto menor a quantidade de anos estudados maior a parcela da população negra. Entre os analfabetos os negros representam 76,76% dos HSH, frente a 20,89% dos homens brancos. A alta frequência de homens negros se repete entre os HSH que têm entre de 01 a 04 anos de estudos, representando 61,56%. Gradativamente, conforme se aumenta a quantidade de anos estudados, se identifica a diminuição da parcela dos homens negros escolarizados. Entre os homens que fazem sexo com homens que têm de 05 a 08 anos de estudos, e os que têm de 09 a 11 anos, a população de homens negros é de respectivamente 56,54% e 49,96%. Por fim, entre os universitários ou já graduados a população negra representa 35,89% dos HSH, frente a 61,31% de homens brancos.

Considerando que a educação é indicador socioeconômico e quanto menor escolaridade menor é a renda do sujeito, sinaliza-se para realidade apresentada quanto a aids, o perfil dos HSH e os marcadores sociais de classe, raça e orientação sexual. Os dados apresentados coadunam com o indicado pelo Ministério da Saúde (PNSIPN e Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids), que reconhece que além do racismo, o sexismo, e a homofobia são fatores de produção de vulnerabilidade ao HIV/aids para os negros.

O Estado aponta o racismo como condição estrutural e determinante em saúde, sendo ele o principal fator de determinação social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos os fatores que compõem o conceito de saúde. Assim, muito comumente, apresenta-se sobre o homem negro que faz sexo com homem o peso do racismo, da pobreza, e da homofobia tornando-o especialmente vulnerável (mais suscetível) à infecção ao HIV e ao adoecimento por aids, especialmente se comparado com o homem branco, como aponta dos dados apresentados.

3.3.2 Região e Raça

A região de moradia também é um importante ponto de análise da realidade quanto aos casos de HIV/aids no país, uma vez que a ocorrência do HIV/aids se dá de

forma diferenciada à depender da localidade. Em oportuno retoma-se que as primeiras regiões/cidades a apresentarem respostas quanto a epidemia de HIV/aids se localizam nas regiões Sudeste e Sul, e depois, conforme novos casos de HIV foram sendo identificados, nas demais regiões do país foi se implementado os serviços e ações.

Segundo estudo realizado por Grangeiro e outros (2010) a resposta brasileira nas áreas de prevenção e atenção à saúde de pessoas com HIV contribuiu para a ocorrência de diferentes tendências da epidemia no Brasil. Os autores sinalizam para concentração de ações de enfrentamento ao HIV/aids em grandes capitais, especialmente em regiões do país com mais recursos financeiros e maior rede de serviços de saúde pública, especialmente de média e alta complexidades, como as regiões Sul e Sudeste, e em municípios de maior porte populacional.

Para Grangeiro e outros (2010) as regiões e estados que melhor apresentam resultados no enfrentamento ao HIV/aids são as que realizam ações nas áreas de prevenção e atenção à saúde, como ações de diagnóstico, de atenção à saúde de pessoas com HIV, com organização e programas para o enfrentamento da doença, com ambulatórios especializados para aids, que possuam centro de testagem e acolhimento (CTA), e as cidades que receberam recursos do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações programáticas para o enfrentamento de IST e Aids, que, em geral, apresentam piores indicadores nas regiões Norte e Nordeste.

Em outro pólo, observaram-se as cidades com epidemias de grande magnitude e tendência de estabilização/redução, que ocorreu apesar das mesmas terem sido caracterizadas pela significativa concentração de situações que favoreceram o risco de infecção. Nesse grupo, os resultados sugerem, assim, que o principal diferencial para a redução/estabilização da epidemia foi o grau de implantação da resposta à epidemia, ocorrida nesses municípios com maior intensidade na área de atenção às pessoas com HIV. As desigualdades foram ainda mais ressaltadas quando analisada a distribuição espacial dos diferentes perfis epidemiológicos identificados, onde, de um lado, se observou as regiões Norte e Nordeste e os municípios de médio porte com epidemias em crescimento e uma relativa baixa capacidade de resposta. E, de outro, as regiões Sudeste, Sul e os maiores centros urbanos do país, caracterizados por possuírem epidemias sob maior controle (GRANGEIRO *et al.* 2010, p. 2.364).

Ante ao apresentado, sinaliza-se para a distribuição proporcional dos casos de aids na população brasileira, no período de 1980 até junho de 2019, mostra uma

concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,3% e 19,9% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,1%, 6,6% e 6,1% do total dos casos, respectivamente (BRASIL, 2019).

Tabela 4: Casos de aids em homens segundo categoria de exposição por região de residência. Brasil, período de 2010 a 2019.

Categoria de Exposição	Região de residência					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Homossexual	4.581	9.803	26.698	8.719	4.145	53.946
Bissexual	1.500	3.101	6.074	2.154	961	13.790
Heterossexual	8.188	15.452	25.678	18.775	5.736	73.829
Sanguínea	310	637	2.598	2.071	439	6.055
Trans. vertical	331	643	707	495	134	2.310
Ignorado	12.990	28.838	51.312	18.692	8.518	120.350
Total	27.900	58.474	113.067	50.906	19.933	270.280

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

Tabela 5: Casos de aids em HSH segundo raça/cor por região de residência. Brasil, período de 2010 a 2019.

Raça/cor	Região de residência					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Branca	1.040	2.594	18.122	8.722	2.068	32.546
Preta	241	1.192	3.085	704	344	5.566
Parda	4.406	8.264	9.513	1.099	2.355	25.637
Amarela	20	37	179	47	49	332
Indígena	44	28	78	21	20	191
Ignorado	330	789	1.795	280	270	3.464
Total	6.081	12.904	32.772	10.873	5.106	67.736

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

Entre os homens, no período de 2010 a 2019, nas categorias de exposição homo/bissexual (Tabela 4 e Tabela 5) as regiões que mais apresentaram casos foram às regiões Sudeste com 48,38%, seguida da região Nordeste com 19,05% do total dos

casos. As demais regiões ficaram com 16,05% (Sul), 8,97% (Norte), e 7,53% (Centro-Oeste). Nas regiões em específico, a que apresentou em sua categoria de exposição o maior percentual de casos homo/bissexual foi a Sudeste, com 28,98%, e depois a Centro-Oeste, com 25,61% dos casos nessa categoria, seguida pelas regiões Nordeste, com 22,06%, Norte, com 21,79%, e Sul, com 21,35%. Apesar da região Sudeste ser a de maior concentração dos casos de aids, seja na população em geral, seja entre a população de HSH, esse território é caracterizado pela presença do Estado nas ações de enfrentamento ao HIV/aids.

Fazendo um recorte de raça/cor por região, o território Norte apresentou a maior parcela da população negra dos casos de aids em HSH, 76,41%, bem como a menor porcentagem de homens brancos que fazem sexo com homens (HBSH) identificados com aids, 17,10%. A segunda região com a maior concentração de homens negros que fazem sexo com homens (HNSH), identificados com aids, é a região Nordeste, com 73,27% dos casos. Importante ressaltar que ambas as regiões citadas são as que menos apresentam resposta nas áreas de prevenção e atenção à saúde de pessoas com HIV/aids. Na região Centro-Oeste os negros também são maioria, representado 52,85% da população dos HSH identificados com aids. A população de HBSH nesses territórios são de 20,10%, Nordeste e 40,50% Centro-Oeste.

Na região Sul, onde se localiza a maior população branca brasileira, se ratificou a maior parcela de casos de aids entre HBSH, 80,21%, sendo também a de menor porcentagem de caso de aids entre HNSH, 16,58%. Da mesma forma que na região Sul, na região Sudeste a parcela de HBSH identificados com aids é maioria, de 55,29%, seguidos pelos homens negros 38,44%.

O percentual das regiões apresentadas quanto a raça/cor e a parcela da população de HSH identificada com aids é próximo à proporcionalidade do quantitativo populacional quanto a distribuição por raça/cor, na população brasileira em geral segundo região, conforme apontado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018). Contudo, a depender da localidade e a cor de pele que a pessoa tiver, essa terá mais ou menos ferramentas para o enfrentamento das condições adversas que podem resultar em infecção por HIV ou adoecimento por aids. Exemplo do fato citado é que na região Sul, local com presença de ações no enfrentamento ao HIV/aids, a população negra representa 25,4%, contudo entre os HSH nesta mesma região os

negros representam 16,58% dos casos, a baixo da média da região quanto a população negra e muito abaixo da média brasileira de HNSH, que é de 46,06% dos casos.

Tabela 6: Distribuição da população, por raça/cor e Macro Região da Federação. Brasil, 2018.

Raça/cor	Porcentagem da População Brasileira por Região de Residência				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Branca	19,3	24,6	50,7	73,9	36,5
Preta	7,1	11,3	9,9	4,8	9,2
Parda	71,8	63,2	38,3	20,6	53,0
Amarela Indígena	1,8	0,8	1,1	0,7	1,3

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018.

3.3.3 Faixa Etária e Raça

Quanto à idade na população masculina em geral, nos últimos dez anos, observou-se um incremento na taxa de detecção de aids nas faixas de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. Destaca-se que o aumento de casos entre os jovens dessas faixas etárias foi, respectivamente, de 29,0% e de 20,2% entre 2010 e 2020. Em 2019, a maior taxa de detecção foi de 52,0 casos/100 mil habitantes, que ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos, a qual superou as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2015 (BRASIL, 2019). Os dados apresentados possivelmente relacionam-se a vulnerabilidade da população de HSH.

Pesquisadores em saúde e HIV/aids também sinalizam para a pouca idade como fator de vulnerabilidade à ISTs, sendo que nos casos de jovens homens que fazem sexo com homens (JHSH) a situação é mais complexa. Além da pouca idade, condição que implica na reduzida vivência afetiva e sexual, sendo esse sujeito limitado (não capacitado – componente individual) para realização de acordos e decisões afetivas e sexuais, os autores apontam para o cruzamento com o desejo sexual dissidente, em uma sociedade homofóbica, onde raramente o sujeito homossexual encontra em sua construção espaço de apoio para expressar sua sexualidade e afetividade.

Taquette e outros (2015) relaciona a vulnerabilidade nos indivíduos mais novos há fatores como descrença na possibilidade de transmissão do HIV, não uso consistente

de preservativos, sujeição sexual e homofobia, fatores relacionados a vulnerabilidade individual, social e política programática. As autoras afirmam que os adolescentes, levados pela impulsividade muito comum a pouca idade, vivenciam relações sexuais desprotegidas, e não acreditam na possibilidade da infecção. O não uso do preservativo também se associa a sujeição sexual e a homofobia, ambas correlatas. Segundo as autoras, a heteronormatividade compulsória, marcada por uma assimetria entre o masculino e o feminino (relação desigual de poder), pode se traduzir, nas vivências práticas da vida sexual, em relações de submissão e controle da sexualidade, violência de gênero e obstáculos na negociação do uso do preservativo.

Assim, comumente as relações sexuais acontecem sem que o sujeito (adolescente) tenha domínio ou escolha consciente do ato que está praticando (vulnerabilidade individual). No mesmo contexto, a homofobia geralmente leva a vivência em oculto da sexualidade, conduzindo o adolescente/jovem ao isolamento social com consequências desastrosas, como as IST, a depressão e até o suicídio. Desta forma o JHSH, muitas vezes sem o apoio de familiares e amigos, não tem espaço de fala e acolhimento de suas experiências, com poucas ou sem referências de relações eróticas/afetivas a serem compartilhadas, acabam por se sujeitar as vontades do parceiro, muitas vezes mais experiente (TAQUETTE *et al.* 2015). Brignol e outros (2016) apontam para a mesma direção, quanto a idade e a vulnerabilidade ao HIV/aids:

A idade da primeira relação sexual associou-se à infecção por HIV, e sabe-se que o início precoce de relações sexuais pode aumentar o risco de infecção por HIV e outras DST. Além disso, comportamentos de risco adotados nesse momento da vida sexual podem se repetir nas demais relações sexuais durante a vida do indivíduo, como o não uso do preservativo, entre outras práticas. A medida em que o indivíduo fica mais velho, acumulam-se riscos na vida para muitos agravos à saúde. Neste caso a relação sexual precoce estende o período de risco, visto que há mais oportunidades de exposição, já que a vida sexual inicia mais cedo, assim, se incrementa o período de risco para o envolvimento em comportamentos sexuais de risco, o que aumenta a chance desses homens de se infectarem pelo HIV (BRIGNOL *et al.* 2016, p. 267).

Como já foi exposto anteriormente, maioria dos casos com a categoria de exposição identificada (149.930), está entre os homens heterossexuais 49,24%, frente a 45,17% dos HSH (homo/bissexuais). Contudo, faz-se imperioso mais uma vez salientar para a significativa quantidade de casos com a categoria de exposição ignorada

(44,52%), sendo fundamental para leitura da realidade as pesquisas realizadas por estudiosos da área, e outros dados do Ministério da Saúde, que ratifica ser a população de HSH a que mais cresce o número de infecções por HIV e adoecimentos por aids nos últimos anos.

Tabela 7: Categoria de exposição a aids em homens, segundo faixa etária. Brasil, período de 2010 a 2019.

Categoria de Exposição	Faixa Etária								Total
	0 - 12 ²³	13 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +	Ign.	
Homossexual	7	1.937	22.779	17.453	8.190	2.884	695	1	53.946
Bissexual	2	414	4.255	4.323	2.949	1.376	471	0	13.790
Heterossexual	4	777	13.151	23.704	19.791	11.388	5.014	0	73.829
Sanguínea	1	88	1.273	2.276	1.722	602	93	0	6.055
Trans. Vertical	1.259	228	348	258	132	59	26	0	2.310
Ignorado	1.528	2.273	29.223	37.302	27.742	15.324	6.958	0	120.350
Total	2.801	5.717	71.029	85.316	60.526	31.633	13.257	1	270.280

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

Quanto a faixa etária, do total de casos de aids na população masculina, no período de 2010 a 2019 (270.280), considerando todas as categorias de exposição, identifica-se que a maioria dos casos estão na faixa etária de 30 a 39 anos, com 31,56% dos casos, e de 20 a 29 anos, com 26,27% dos casos. A heteronormatividade mais uma vez se apresenta e reforça a condição de vulnerabilidade dos HSH, se identificando nessa população um recorte etário menor.

Os casos de aids entre os HSH têm em sua maioria a faixa etária de 20 a 29 anos (39,91%), seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos (32,14%). O Boletim Epidemiológico de 2019 sinalizou que a faixa etária que apresentou maior razão de entre sexos (diferença entre a população masculina e feminina) foi a de 20 a 29 anos, com razão de 3,8. Nessa última faixa também se verificou a maior variação percentual na razão de sexos, nos últimos dez anos: em 2008, a razão de sexos era de 14 casos em

²³ Segundo a Lei Federal 12.015 de 07 de Agosto de 2009, em seu Art. 217 – A. consiste em estupro de vulnerável ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, com pena de reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

homens para cada dez casos em mulheres, passando para 38 casos em homens a cada dez casos em mulheres em 2018 (BRASIL, 2019).

Tabela 8: Casos de aids em HSH segundo raça/cor por faixa etária. Brasil, período de 2010 a 2019.

Raça/Cor	Faixa Etária							Ign.	Total
	0 - 12 ²⁴	13 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 +		
Branca	2	998	13.137	10.229	5.374	2.174	632	0	32.546
Preta	0	188	2.131	1.834	965	354	94	0	5.566
Parda	7	1.037	10.265	8.371	4.123	1.468	365	1	25.637
Amarela	0	17	128	99	65	21	2	0	332
Indígena	0	08	88	55	24	11	5	0	191
Ignorado	0	103	1.285	1.188	588	232	68	0	3.464
Total	9	2.351	27.034	21.776	11.139	4.260	1.166	1	67.736

Fonte: Elaboração própria com dados da plataforma de tabulação do Ministério da Saúde, TabNet Win32 2.4: casos de AIDS identificados no Brasil.

O racismo também se expressa quando se analisa a questão etária, aids e os homens que fazem sexo com homens (Tabela 8). Mesmo a população branca sendo a maioria entre eles (48,04%), quando se analisa a faixa etária de 13 a 19 anos, os negros representam maioria, 52,10% (pretos 07,99% e pardos 44,10%). A maior frequência dos negros na menor faixa etária aponta para o contexto de desproteção social desse sujeito, que comumente apresenta lacunas em seu processo de construção, seja no espaço intrafamiliar, ou nos espaços públicos por meio do parco ou nulo acesso a serviços e políticas públicas (vulnerabilidade político programática). Da mesma forma, o inverso também ocorre, na maior faixa etária apresentada de 60 anos ou mais, os negros representam 39,36%, frente a maioria branca, 54,20%.

Com exceção dos extremos etários (13 a 19 anos e 60 ou mais), ao analisar o perfil de idade entre os HSH se identifica uma proximidade nos dados referente à raça/cor. Nos dados do Ministério da Saúde, na faixa etária de 20 a 29 anos, entre HSH, é feita uma subdivisão, de 20 a 24 anos (11.880), e de 25 a 29 anos (15.154). Na faixa de idade de 20 a 24 anos se identificou que 47,51% (5.645) são homens brancos, 46,

²⁴ Segundo a Lei Federal 12.015 de 07 de Agosto de 2009, em seu Art. 217 – A. consiste em estupro de vulnerável ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, com pena de reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

96% (5.580) são negros, 0,47% amarelos (56), 0,30% são indígenas (36), e 4,73% (563) tiveram a raça ignorados. Entre os HSH de 25 a 29 anos 49,43% são brancos e 44,97% são negros.

A observação etnográfica realizada por Antunes e Paiva (2013), como outros estudos citados, também aponta para a dinâmica do poder, desejo e idade no mundo homossexual, e como essa relação é fator de vulnerabilidade. As autoras sinalizam que nesse mundo, a sensualidade está associada ao corpo jovem, esbelto e viril. Logo os HSH de menor faixa etária são comumente mais desejados, pois ocupam esse local de sensualidade e beleza, proporcionando aos seus parceiros, geralmente com mais idade, experiência, e também condições socioeconômicas mais estruturada, um status semelhante.

Ante ao apresentado, convida-se a pensar nas condições que envolvem o homo/bissexual masculino negro, jovem, de classe social menos abastada, no momento de negociação quanto ao uso de preservativo em uma relação homoerótica, esporádica ou com parceiro de relação perene (namoro ou casamento). Cada marcador social apresentado anteriormente constitui elemento (positivo ou negativo) para instrumentalização do sujeito quanto a argumentação e tomada de decisão para o uso do preservativo. Ademais, o papel social ocupado pelo sujeito também determina a forma que esse é visto (ou não) pela sociedade, incluindo os serviços e políticas públicas. Desta forma, se reitera a condição relacional da vulnerabilidade que se apresenta de forma dinâmica, dependendo do sujeito que a vivencia, quando a vivencia, onde vivencia e como vivencia (AYRES *et al.*, 2009).

CONCLUSÃO

O surgimento dos primeiros casos de aids no Brasil ocorre justamente em período de disputa e transição da compreensão do conceito de saúde. Após anos de entendimento do Estado de que saúde é fenômeno biológico natural (concepção positivista), e que essa pode ser entendida como mercadoria, vinculando-se ao modelo de produção capitalista, o Estado é confrontado, por meio da sociedade civil organizada, a acolher uma nova perspectiva. Desta forma apresenta-se o entendimento de saúde como direito de todos e dever do Estado. A saúde passa a ser entendida como resultante do processo de interação entre múltiplos fatores, relacionados ao processo de produção e reprodução social e as complexas mediações existentes, em uma sociedade marcada pela desigualdade e exploração. A consagração da saúde como direito de todos se consolidou na Constituição Federal de 1988, e por meio da criação do Sistema Único de Saúde, ferramenta crucial no enfrentamento da epidemia de HIV/aids.

A compreensão de saúde de forma abrangente, sendo ela um direito de todos e resultante do processo de determinação social, relacionado à equidade e desigualdade social, se apresenta como base na resposta estatal a epidemia de HIV. Nas ações e políticas de enfrentamento a aids, realizadas especialmente na década de 90 e na primeira década dos anos 2000, o Estado acolhe uma concepção progressista de saúde, reconhecendo a diferença entre os distintos grupos populacionais, e a importância dos marcadores sociais, como o de classe social, raça, orientação sexual e gênero, sendo esses fatores associados às condições de saúde, logo também se apresentam como determinantes quanto a infecção pelo HIV e o adoecimento por aids. Portanto, reitera-se que a saúde é produzida socialmente, tendo a forma que o sujeito existe em sociedade, a relação dele com o coletivo e como ele é visto por essa coletividade (intersubjetividade), como fator na condição de saúde.

Nesta toada, ratifica-se a vulnerabilidade específica em saúde da população homo/bissexual masculina negra ao HIV/aids. Essa população vivencia a intersecção de opressões, por marcadores sociais de orientação sexual, raça/cor, e comumente classe social a qual ocupa. Os fatores apresentados tornam-se barreiras ao exercício do direito a saúde e a vida digna. Os marcadores de opressão se inter cruzam, e ainda no sujeito tema de pesquisa, encontra outras variáveis, como idade, região de moradia, e escolaridade, que o tornam mais suscetíveis a agravos em saúde.

Os marcadores sociais de opressão transversalizam o homo/bissexual masculino negro de diversas maneiras, e se concretizam em diferentes campos da vida desse sujeito. Na dimensão individual, a homofobia e o racismo deixam marcas desde a infância. O sujeito tema de pesquisa tem em sua construção o referenciamento negativo, por parte da sociedade, e não raro no espaço intrafamiliar, de sua identidade, sendo constantemente inferiorizado, ridicularizado e excluído por sua raça e/ou orientação sexual. O processo relatado despota o sujeito para as adversidades do cotidiano, bem como pode torná-lo pouco combatível para realização de escolhas positivas (que não coloque em risco sua condição de saúde), em sua vivência em sociedade, e em suas relações interpessoais. O fator idade (pouca) também se apresenta como ponto de fragilização quanto à vulnerabilidade em âmbito individual, pois quanto mais jovem o sujeito menos ferramentas e condições para uma escolha segura no quesito saúde esse sujeito apresenta.

A dimensão social da vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro é gritante. Em uma sociedade estruturada pelo racismo, heteronormatividade, e distinção de classes sociais, ao sujeito tema, a violação de seus direitos no âmbito da saúde, dos direitos sexuais/reprodutivos, e orientação sexual é real e cotidiano, não tendo ele forças política e de representatividade que possibilite uma mudança cultural, bem como condições para o enfrentamento das opressões a que está sujeito. A realidade apresentada é um gigantesco obstáculo a ser superado para efetivação da equidade e justiça em saúde da população em foco, pois em decorrência dos marcadores sociais de opressão os homo/bissexuais masculinos negros comumente encontram dificuldade no acesso a recursos materiais, escolarização, políticas públicas e informações que contemplem sua especificidade identitária.

Ademais, faz-se necessário ressaltar algo, o racismo como produtor de hierarquia social, em uma sociedade estruturalmente racista. Desta forma, independente da classe social, escolaridade, idade, gênero e orientação sexual ao sujeito negro apresenta-se uma cultura de inferiorização. Assim, independente da classe social ocupada, faixa etária, comportamento heteronormativo (masculinizado), e nível de formação acadêmica, a bicha preta notadamente será preterida e menosprezada, realidade que se destaca quando se trata de vulnerabilidade do HNSH ao HIV/aids.

O contexto de invisibilização das minorias historicamente oprimidas no Brasil, entre eles dos HNSH, é acompanhado pela ascensão do conservadorismo na sociedade e

da extrema direita na política. Essa realidade implica diretamente na política pública de saúde voltada as populações historicamente oprimidas, resultando na gradativa diminuição da resposta estatal no enfrentamento da epidemia de HIV/aids em especial nas populações-chave. Conforme constatado, nas décadas de 90 e início dos anos 2000, período de reconhecimento da diversidade sexual, e da importância de elaboração de políticas voltadas ao público mais vulnerável, se identificou o controle da epidemia, e a diminuição de novos casos na população mais vulnerável. Contudo, como foi apresentado, nos últimos anos se identifica uma crescente da epidemia especialmente entre os HSH, população historicamente mais vulnerável a infecção por HIV.

A possibilidade de mudança da realidade exposta é complexa e perpassa por questões estruturais da sociedade brasileira, não sendo o contexto atual favorável para isso (ascensão do conservadorismo político e da extrema direita). De início, se faz necessária a retomada dos princípios apresentados pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, que reconhece a saúde como resultado de processo de determinação social e seus múltiplos fatores e intersecções, respeitando as diversidades no que refere a gênero, raça, classe social e orientação sexual. Posteriormente, nas políticas públicas já existentes, a retomada da participação popular e dos princípios que garantam a efetividade da saúde como direito de todos, sem restrições. Ademais, a realização da análise da realidade atual, compreendendo as consequências dos anos obscuros de retrocesso nos direitos sociais, entre eles na política pública de saúde, e a elaboração de novas ações, políticas e projetos que possam contemplar a diversidade de problemas da realidade atual.

Considerando um contexto político favorável (democrático progressista), apresenta-se proposta de ações práticas a serem realizadas no enfrentamento do HIV/aids nas populações-chave, entre elas o público tema de pesquisa (HNSH). Essas ações podem ser realizadas em curto, médio e longo prazo: a) a volta da temática do HIV/aids na agenda pública para tomadas de ações (destinação de recursos públicos), sendo de fundamental importância participação da população mais atingida pela epidemia; b) ações de capacitação de profissionais da saúde, para que esses tenham letramento racial e compreensão quanto à diversidade sexual e direitos sexuais/reprodutivos; c) estímulo a produção científica quanto a temática do HIV/aids e populações vulneráveis; e d) realização de ações educativas (prevenção) quanto ao

HIV/aids junto a população jovem, por meio de espaços institucionais (escolas e centros comunitários).

Por fim, retoma-se o contexto da organização social, sendo necessária e imperiosa a desconstrução dos marcadores sociais de opressão, relacionados à classe, raça, e gênero, que compõem o sistema societário de forma complexa, estando presente na cultura, subjetividade, instituições e outros espaços do existir, relacionando-se diretamente a distribuição desigual de poder. A transformação esperada implica em uma nova ordem societária, exigindo novas formas de relação de produção, onde não exista a exploração e subalternização dos indivíduos, independente de sua singularidade. Para a concretização da nova realidade almejada reconhece-se o fator gradativo, processual, e contínua, podendo se iniciar em ações simples, de reconhecimento da multiplicidade do ser humano e respeito a essa diversidade.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. In: *Feminismos Plurais*. Coordenação Djamila Ribeiro. 3.ed. São Paulo: Suieli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil**. *Saúde em Debate*. 2013, v. 37, n. 98, pp. 516-524. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JhwFvPRq3LCSQTqkLgtHZ7f/?lang=pt>>. Acessado em: 23 de Outubro 2021.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. In: RIBEIRO, Djamila. *Feminismos Plurais*. 4.ed. São Paulo: Jandaíra, 2020

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**/ Roberto Passos Nogueira (Organizador). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

ANTUNES, Maria Cristina; PAIVA, Vera Silvia Faciolla. **Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção**. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1125-1143, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 14 mai. 2022.

AYRES, J. C. R. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANCA JUNIOR, Ivan. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ; 2009.

BARATA, Rita Barradas. *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROSO, Rafaella da Câmara Lobão. **Novas concepções em torno da Assistência Social, velhos desafios para os direitos sociais: um olhar sobre os benefícios eventuais**. 2019. 141 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

BASTOS, FI. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em:<<https://static.scielo.org/scielobooks/ck2pg/pdf/bastos-9788575413012.pdf>>. Acessado em: 23 setembro de 2021

BEHRING, Elaine e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo, Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: destruição do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BENÍTEZ, Maria Elvira Díaz. **Negros homossexuais: raça e hierarquia no Brasil e na Colômbia**. Dissertação em antropologia, Museu Nacional, UFRJ. 2005.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: **Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil** / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BERNARDINO-COSTA, Joaze; GROSGOUEL, Ramón. **Decolonialidade e perspectiva negra**. Soc. Estado. Brasília, v. 31, n. 1, p. 15-24, abril/2016.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001. 71 p.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. São Paulo: Rev.Esc.Enf.USP, 1996. 380-398p.

BORRILLO, Daniel. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006. 322 p.

BRASIL. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. 14.ed. Brasil: 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2020.

BRASIL. Conselho nacional de Justiça. **Justiça Pesquisa - Relatório Analítico Propositivo. Brasília. 2018**. Disponível em:<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/10/FBSP_Direitos_Garantias_Fundamentais_CNJ_2018.pdf>. Acessado em: 12 de dezembro de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf. Acessado em: 27 de Ago. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: < https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>. Acessado em: 23 de Abr. de 2020

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. In:_____. **Estudos e pesquisas, informação demográfica e socioeconômica**. N°. 41. 2019. p.01-12. Disponível em:<

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf

Acessado em: 22 de Novembro de 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua, 2019**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/8ff41004968ad36306430c82eece3173.pdf>. Acessado em: 22 de Novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **IPEA. Atlas da violência 2020**. Brasil: 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acessado em: 18 de novembro 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **IPEA. Política Social acompanhamento e análise. Nº 28. Igualdade Racial**. Brasil: 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/210826_boletim_bps_28_igualdade_racial.pdf>. Acessado em: 18 de novembro 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **IPEA. Retrato da Desigualdade de Gênero e Raça**. 4.ed. Brasília: 2011. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acessado em: 15 de dezembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Estratégica Para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>>. Acessado em: 22 de Fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016#:~:text=O%20Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20HIV%2FAids,an%C3%A1lises%20sobre%20os%20casos%20de>>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2017**. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2018**. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2019**. 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>>. Acessado em: 28 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2020**. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>. Acessado em: 28 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2021**. 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>. Acessado em: 28 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1982>>. Acessado em: 27 Janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3. Ed. Brasília-DF: 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acessado em: 02 dezembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. 1. Ed. Brasília-DF: 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acessado em: 05 de Janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids**. Brasília-DF: 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra_e_aids.pdf >. Acessado em: 02 dezembro 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: PEREIRA, Potyara A. P.; VASCONCELOS, Ana Maria de (Coord.). Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRIGNOL, Sandra et al . **Fatores associados a infecção por HIV numa amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador**. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 256-271, Jun 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000200256&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 25 jan. 2022.

BRIGNOL, Sandra et al. **Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2015, v. 31, n. 5. p. 1035-1048. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178313>>. Acessado em: 09 de Agosto 2021.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2018. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>>. Acessado em: 01 de julho de 2020.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. (p. 295-316)

CEZAR, V.M.; DRAGANOV, P.B. **A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética**. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. Campo Grande, vol. 18, núm. 3, 2014. Disponível em:<<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/1146/2741>>. Acessado em: 03 de janeiro 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acessado em: 03 de junho de 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Estudos Feministas. 1º Semestre, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acessado em: 2 nov. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. **Opinion: Why intersectionality can't wait**. The Washington Post. In Theory. 24 de Setembro de 2015. Disponível em:<<https://www.washingtonpost.com/news/in-theory/wp/2015/09/24/why-intersectionality-cant-wait/?postshare=5351443143466154>>. Acessado em: 03 de Outubro de 2021.

DINIZ, Débora e CORRÊA, Marilena. **Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2001, v. 17, n. 3. p. 679-688. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300022>>. Acessado em: 27 de Ago. 2022.

DUQUE, Tiago; PELÚCIO, Larissa. **Homossexualidades, estigmas e o discurso preventivo às DST/aids no Brasil ou como os gays deixaram de ser homens que fazem sexo com homens**. UFSC: Fazendo Gênero, 2010. N. 9. Disponível em: <http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278094259_ARQUIVO_ST47-Duque_Pelucio-Gays.HSH.pdf>. Acessado em: 01 de julho de 2020.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Juiz de Fora: UFJF, 2005.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, Luís Eduardo; et al. **Saúde da População Negra**. 2.ed. Brasília – DF: Obpn, 2012. 372 p. p.92-121.

FILHO, Adauto Martins Soares. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; et al. **Saúde da População Negra**. 2.ed. Brasília – DF: Obpn, 2012. 372 p. p.34-43.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; BRONZO, Carla. **Determinação social da saúde e política**. In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

FONSECA, M.G., SZWARCOWALD C.L., Derricho M., *et al.* **AIDS e grau de escolaridade no Brasil**: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16 (1 Supl.): p.77-87.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. 13.ed. Brasil: 2019. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf>. Acessado em: 13 de novembro de 2020.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**. 14.ed. Brasil: 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2020.

FRY, Peter H. et al. **AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2007, v. 23, n. 3, p. 497-507. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300002>>. Acessado em: 17 Junho 2022.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. **Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003>. Acessado em: 01 de julho de 2020.

GARCIA, S; BERQUÓ, E; LOPES, F; LIMA, L.P. de; SOUZA, F. M. de. **Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro**. Considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. In: Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil/ org. Paula Miranda-Ribeiro; Andréa Branco Simão. - Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, p. 417 – 448. 2008.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães et al. **Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 10. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00125515>>. Acessado em: 7 Jul. de 2022.

GONZALEZ, Lélia. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. In: Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, Nº. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**. 2010, v. 26, n. 12, p. 2355-2367. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200014>>. Acessado em: 14 Jul. 2022.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindivalva Laurindo da; e TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária**. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(1): 87–94. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29\(4\)115.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29(4)115.pdf)>. Acessado em: 09 janeiro 2021.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1553-1564. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501553&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acessado em: 10 janeiro 2021.

GRUPO GAY DA BAHIA. **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2019: Relatório do Grupo Gay da Bahia**. José Marcelo Domingos de Oliveira; Luiz Mott. – 1. ed. – Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2020.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

KATZ, Jonathan Ned. **A invenção da heterossexualidade**. Ediouro. Rio de janeiro, 1996.

LAURINDO, Lindinalva Teodorescu; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil**, v. 2: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. Brasília:Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

LIMA, A.; CERQUEIRA, F. de A. Identidade homossexual e negra em Alagoinhas. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 1, n. 01, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2262>. Acesso em: 1 jul. 2022.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis** , Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 de março de 2021.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade. Brasília: Funasa; 2004. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2005/38277/projeto914bra3002.pdf>>. Acessado em: 22 de Novembro de 2020.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.].

LOPES, Fernanda. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25 de Novembro 2021.

MACHADO, Lia Zanotta. **Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?.** Série Antropológica, n. 284, Brasília, 2000, 20pags.

MARINS, José Ricardo Pio. **Conhecendo a Aids.** In: Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/aids. Ministério da Saúde. 2005, p. 07-16. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualassistpsiq.pdf>>. Acessado em: 05 fevereiro de 2022.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O SUS versus as diretrizes da política econômica.** In: Ser Social: revista do Programa de Pós-graduação em Política Social. Brasília: Departamento de Serviço Social / UnB, v.11. n° 25, jul a dez. 2009.

MELLO, M. L. R. et al. **Aids em Homens que fazem Sexo com Homens Tópicos importantes da Política Pública de Prevenção do HIV/AIDS para Gays, Travestis e outros HSH.** BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online), São Paulo, v. 9, n. 103, jul. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722012000700003&lng=pt&nrm=iss>. Acessado em: 20 janeiro 2021.

MELO, I. R., AMORIM, T. H., GARCIA, R. B., POLEJACK, L., & SEIDL, E. M. F. (2020). **O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Revista Psicologia E Saúde*, 63-78. Disponível em: <<https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/1047>>. Acessado em: 07 de Janeiro de 2022.

MENDONÇA, Patrícia Maria Emerenciano de; ALVES, Mario Aquino; CAMPOS, Luiz Claudio. **Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/aids no Brasil.** *ERA-electron*. São Paulo, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v9n1/v9n1a7.pdf>>. Acessado em: 27 janeiro 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG, 2003.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo Cortez Editora, n° 87, ano. XXVI, especial 2006.

MOTT, Luiz. **A Revolução Homossexual: o poder de um mito.** *Revista USP*, (49), 2001. 40-59. Disponível em: <<https://www.readcube.com/articles/10.11606%2Fissn.2316-9036.v0i49p40-59>>. Acessado em: 19 de Dezembro de 2021.

MOURA, Clóvis. **Escravidismo, Colonialismo, Imperialismo e Racismo**. In: CONGRESSO DE CULTURA NEGRA DAS AMÉRICAS, 2., 1980. Cidade do Panamá: 1983. p. 124-137.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Seminário Nacional Relações Raciais e Educação, 3., 2003. Rio de Janeiro. **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. 2004. 17 p. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>>. Acessado em: 18 de outubro de 2020.

NATARELLI, Taison Regis Penariol et al. **O impacto da homofobia na saúde do adolescente**. Escola Anna Nery [online]. 2015, v. 19, n. 4, pp. 664-670. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150089>>. Acessado em: 06 de Janeiro de 2022.

NETTO, Jose Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Unidade VI: Pesquisa e produção de conhecimento na área do Serviço Social. CFESS/ABEPSS: Brasília, 2009, p. 667- 700.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política**. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A determinação objetal da doença**. In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 259-266, Jan. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100028&lng=en&nrm=iso>.Acessado em: 14 Jun. 2020.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde. **Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho/Imprimir.html>>. Acessado em: 11 de junho de 2020.

OMS. **Informações Básicas Sobre HIV e a AIDS**. Disponível em: <<https://unAIDS.org.br/informacoes-basicas/>>. Acessado em: 02 de fevereiro de 2020.

PEREIRA, Adriana Jimenez e NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. **A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas**. Ciência & Saúde Coletiva. 2011, v. 16, n. 7, pp. 3249-3257. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800024>>. Acessado em: 04 de Mar. 2022.

PEREIRA, Camila Potyara. **Nova Direita e Política Social: neoliberalismo, neoconservadorismo e a negação de diretos**. In: GÓIS, João Bôsko Hora e SOUSA, Sidimara Cistina (orgs.). *Temas de política social: análises e discussões*. Curitiba: CRV, 2019. p. 61 – 80.

PEREIRA, Lucélia Luiz. **Pandemia tem cor, renda e gênero**. Artigo publicado na seção Opinião no site do jornal O Globo, em 20 de novembro de 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/11/20/pandemia-tem-cor-renda-e-genero/>>. Acessado em: 23 de Dezembro de 2020.

PINHO, Osmundo. **A guerra dos mundos homossexuais**: Resistência e contrahegemonias de raça e gênero. In: *Homossexualidade: Produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro, ABIA, 2004, pp. 127-135.

PINHO. **Qual a identidade do homem negro?** In: *Democracia Viva*. Nº 22. 2004, p. 64-69. Disponível em: <https://www.academia.edu/1420907/Qual_%C3%A9_a_identidade_do_homem_negro>. Acessado em: 13 de Janeiro de 2022.

PINHO. Relações raciais e sexualidade. In: PINHO, AO., and SANSONE, L., orgs. **Raça: novas perspectivas antropológicas** [online]. 2nd ed. rev. Salvador: EDUFBA, 2008, pp. 257-283. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/3tqqd/pdf/pinho-9788523212254-10.pdf>>. Acessado em: 18 de Janeiro de 2022.

PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil Contemporâneo**: Colônia. 23. Ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, p. 117-142, 2005.

REA, Caterina Alessandra; AMANCIO, Izzie Madalena Santos. **Descolonizar a sexualidade: Teoria queer of Colour e trânsitos para o Sul**. Cadernos Pagu, n. 53, 2018.

RODRIGUES-JÚNIOR, Antonio Luiz e CASTILHO, Euclides Ayres de. **A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2004, v. 37, n. 4. p. 312-317. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0037-86822004000400005>>. Acessado em: 11 Junho 2022

SAFFIOTI, Heleieth. **A Mulher na Sociedade de Classes**. Mito e Realidade. Petrópolis: Vozes, 1976.

SANTOS, N. J. S. et al. **A AIDS no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica**. *Revista Brasil Epidemiol*. São Paulo, v. 5, n. 2. 2002.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST / HIV / aids**. *Saude soc*. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-618, setembro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300602&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 janeiro 2021.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos, GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras.de História & Ciências Sociais**. n. I, p. 1-15, jul., 2009.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. **Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 10 Janeiro 2021

SOARES FILHO, A. **O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil**: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). Saúde da população negra. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2. ed., 2012. p. 34-61. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-populacao-negra.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

STEIN, Rosa Helena. **Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina**: focalização e condicionalidade. In: BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine (orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

TAQUETTE, Stella Regina; RODRIGUES, Adriana de Oliveira; BORTOLOTTI, Livia Rocha. **Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2193-2200, July 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702193&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 21 jan. 2022.

THEODORO, Márcio; *et al.* A Formação do Mercado de Trabalho e a Questão Racial no Brasil. In: _____; *et al.* **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição**. 1.ed. Brasília: Ipea, 2008. 176 p. p.15-43.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Guia de terminologia do UNAIDS**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf>. Acessado em: 10 Janeiro 2021.

VARGAS, István van Deursen; *et al.* Um retrato das desigualdades étnico-raciais na saúde. In: STEFANO, Daniela; MENDONÇA, Maria Luisa. **Direitos Humanos no Brasil 2020: relatório da rede social de justiça e direitos humanos**. 1. ed. São Paulo: Obras Expressões, 2020. 316 p. p. 219-229. Disponível em: <https://www.social.org.br/files/pdf/relatorio_2020.pdf>. Acessado em: 18 de dezembro de 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria e ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009, v. 25, suppl 2. pp. s217-s226. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>>. Acessado em 27 Agosto 2021.

WERNECK, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005. p.315-386. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf>. Acessado em: 12 Novembro 2021.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade [online]. 2016, v. 25, n. 3, pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acessado em: 27 de Ago. 2022.

WHITEHEAD, Margaret e Dahlgren, Göran. **Leveling Up, Parte 1: Conceitos e princípios para combater as desigualdades sociais em saúde**. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf. Acessado em: 03 de ago. de 2021

WHITEHEAD, Margaret **The concepts and principles of equity and health**. Int J Health Serv 1992; 22:429-45.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. IN: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. Identidade e Diferença. A perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Editora Vozes. 2000.