

# *Cadernos*

*da Defensoria Pública  
do Estado de São Paulo*

---

Vol. 01. 2016

## **Diversidade e Igualdade Racial**

**Direitos humanos e combate  
à discriminação na perspectiva  
da vida com HIV/AIDS:  
avanços e retrocessos**

---

ISBN 978-85-92898-01-4



**DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**Escola**  
da Defensoria  
Pública do Estado

Defensoria Pública do Estado de São Paulo  
Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial  
Rodrigo Augusto Tadeu Martins Leal Silva (Org.)  
Erik Saddi Arnesen (Org.)

***Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo***  
*Direitos humanos e combate à discriminação na perspectiva*  
*da vida com HIV/AIDS: avanços e retrocessos*

1ª edição

São Paulo  
Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo  
2016

## **APRESENTAÇÃO DA SÉRIE**

*No exercício de sua missão constitucional de realizar a assistência jurídica gratuita aos necessitados (art. 134, da Constituição Federal), a Defensoria Pública veicula ao sistema de justiça realidades e pleitos até então inexplorados pela doutrina jurídica tradicional. Esta atuação peculiar, criativa e inovadora merece o respectivo registro.*

*Publicados pela Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – EDEPE, os Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo pretendem concentrar a produção de conhecimento pautada pela vulnerabilidade dos usuários dos serviços de assistência jurídica gratuita, consolidando artigos, pesquisas, anais de eventos, dentre outras produções de Defensores/as Público/as e Servidores/as da Instituição.*

*Embora este caminho já tenha sido trilhado por outros atores e instituições, é certo que ainda se encontra em seus passos iniciais, de modo que a série ora apresentada pretende somar e contribuir para a construção de arcabouço de produção escrita que não apenas reproduza os institutos doutrinários clássicos, mas que inove e tenha como objetivo a consecução dos direitos da população vulnerável.*

*A série é dividida em onze áreas temáticas: 1. Cidadania e Direitos Humanos; 2. Ciências Penais; 3. Infância e Juventude; 4. Direito das Famílias e Sucessões; 5. Direito Processual e Litigância Estratégica; 6. Habitação e Urbanismo; 7. Direito das Mulheres; 8. Diversidade e Igualdade racial; 9. Direitos da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência; 10. Direito do Consumidor; 11. Questões Institucionais e Atuação Interdisciplinar.*

*A EDEPE está à disposição para críticas e sugestões através do e-mail: [escola@defensoria.sp.def.br](mailto:escola@defensoria.sp.def.br)*



## Sumário

Realidades performadas: questões (práticas) para a prevenção e cuidado em HIV/aids.....	<b>5</b>
<i>Luís Augusto Vasconcelos da Silva</i>	
PARECER. Assunto: transmissão deliberada do vírus HIV, criminalização e PL 198/2015.....	<b>14</b>
<i>Rodrigo Augusto T. M. Leal da Silva</i>	
Apontamentos sobre o trabalho de profissionais de saúde do SUS na luta pelos direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/aids na cidade de São Paulo.....	<b>32</b>
<i>Damare Pereira Vicente</i>	
O fim da epidemia de AIDS e as novas tecnologias de prevenção e tratamento: considerações sob a perspectiva de direitos humanos.....	<b>42</b>
<i>Marcela Fogaça Vieira</i>	
PrEP e o direito à saúde LGBT.....	<b>59</b>
<i>Henrique Contreiras</i>	
Uma cronologia do acesso à PrEP.....	<b>65</b>
<i>Henrique Contreiras</i>	
A sagrada família está mesmo imune ao vírus do HIV/AIDS? Ou será que essa doença é somente do outro?.....	<b>72</b>
<i>Gygy Maciel</i>	
HIV/AIDS e pessoas idosas.....	<b>83</b>
<i>Elizabete Saiki</i>	



## **Realidades performadas: questões (práticas) para a prevenção e cuidado em HIV/aids**

**Luís Augusto Vasconcelos da Silva**

Primeiramente, gostaria de agradecer o convite do Núcleo Especializado de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo para participar da Conferência *Direitos humanos e combate à discriminação na perspectiva da vida com HIV/AIDS: avanços e retrocessos*, e mais precisamente, do painel intitulado *Juízos morais e políticas públicas*. De acordo com o convite recebido por email, a justificativa para a minha participação neste evento baseia-se no meu estudo sobre “a cultura do *bareback* e das diferentes significações culturais conferidas à soropositividade na contemporaneidade”. Em tempos de intolerância multifacetada, agradeço também o convite por colocar esta discussão em pauta, como também mobilizar o debate sobre os novos (e grandes) desafios que emergem no campo das políticas públicas em HIV/aids. Espero, sinceramente, que possamos produzir novos posicionamentos ao longo desse encontro, com as discussões e participações de diferentes atores.

No que concerne à minha participação, gostaria de retomar alguns textos de minha autoria sobre o *barebacking*, buscando corrigir algumas distorções sobre o assunto que, periodicamente, circulam na forma de notícia e, infelizmente, produzem mais estereótipos e preconceitos em relação às pessoas vivendo com HIV. Ao longo desta apresentação, darei espaço também para algumas reflexões decorrentes de outras pesquisas, chamando atenção para algumas questões práticas que se colocam no cotidiano de diferentes pessoas (vivendo e convivendo com HIV/aids) que não devem ser negligenciadas ou deixadas em segundo plano, no momento atual em que são implementadas novas tecnologias biomédicas de prevenção. Buscando inspiração em autores como Annemarie Mol e John Law<sup>1</sup>, ao pretenderem colocar em primeiro plano as práticas, com múltiplas interações e efeitos, espero trazer a ideia de *realidades performadas*, ou seja, como conhecimentos (e objetos) são produzidos em interação, possibilitando existências e narrativas diversas, e, por conseguinte, múltiplos efeitos a partir da associação e interação de muitos atores (pessoas, tecnologias, entidades, tratamentos, crenças, símbolos etc.). Tudo isso nos faz pensar em “ontologias” abertas, múltiplas, “políticas” (Mol, 1999<sup>2</sup>, 2002<sup>3</sup>), no sentido de que as condições de possibilidade não estão dadas. Dito isso, parto então para algumas considerações.

### **Sobre as ambiguidades e deslocamentos do conceito de *barebacking***

A partir da minha tese de doutorado, defendida em 2008<sup>4</sup>, e mais especificamente de um artigo publicado em 2012 (Silva; Iriart, 2012)<sup>5</sup>, retomo aqui algumas definições de *barebacking* produzidas por alguns dos meus interlocutores, com o objetivo de mostrar a plasticidade deste conceito, bem como certa imprecisão e expansão de seus limites conceituais.



Antes de dar continuidade a esta discussão, ou seja, sobre a polissemia de sentidos produzidos por diferentes atores, é importante registrar, pelo menos momentaneamente, alguns esforços analíticos para uma compreensão geral do conceito de *barebacking*. Partindo-se, portanto, de uma concepção mais formal, considerando a literatura científica disponível, é possível enfatizar certos elementos para a sua definição, por exemplo, quando o sexo anal sem preservativo ocorre de forma intencional, exceto quando praticado por parceiros primários HIV negativo que mantêm um relacionamento mutuamente monogâmico ou em um relacionamento de proteção negociada (Wolitski, 2005)<sup>6</sup>.

Entretanto, a despeito desse e de outros esforços, o que pretendo mostrar é a dificuldade de reduzir ou fixar este conceito em uma única prática, pelo menos no que diz respeito ao sexo sem camisinha. Nessa direção, gostaria de retomar (dar voz a) alguns daqueles meus interlocutores com o objetivo de discutir e pensar o sexo sem camisinha, conforme argumenta Kane Race (2010, p. 161)<sup>7</sup>, como múltiplo: “algumas vezes ele é produzido como *barebacking*, algumas vezes é produzido como *serosorting* [palavra em inglês para designar a relação sexual entre pessoas de "sorologia concordante", quando os parceiros podem renunciar de comum acordo ao uso do preservativo]<sup>8</sup> ou proteção negociada. Algumas vezes é produzido como uma transgressão erótica da comunidade gay e das normas de saúde pública”. Vale ressaltar que, para definir melhor a prática do *barebacking* (*e o barebacker*), alguns dos meus interlocutores procuraram diferenciar o contexto ou situação em que ocorre o sexo desprotegido. Há quatro dimensões a considerar: 1) a intencionalidade do ato; 2) a extensão da prática; 3) o motivo da prática (pelo risco *versus* pelo prazer do contato); 4) e o tipo de vínculo entre os parceiros. Evidentemente, estes aspectos não estão, necessariamente, isolados, na medida em que mais de um desses aspectos pode coexistir em uma mesma explicação ou ponto de vista.

Antes de especificar melhor estes aspectos (dimensões) implicados no conceito de *barebacking*, é importante também retomar uma imagem muito genérica (e difundida) da prática, que é, *por si só*, o sexo sem camisinha. Aqui, trago uma citação de um jovem que dizia praticar *barebacking* apenas com o seu namorado, explicando que existem alguns “fatores agregados” os quais podem influenciar a prática, mas não mudam, segundo ele, o fato, “que é o sexo sem camisinha”. Este meu interlocutor fez referência ao *açúcar* para explicar melhor seu argumento:

O açúcar é doce. Você pode neutralizar, colocar um monte de outros fatores agregados que mudem o sabor dele, mas dentro de um contexto somente, porque na realidade o açúcar por si só é doce. Isso é um fato. O mesmo funcionaria com *bareback*. O *bare* em si é a prática de sexo sem camisinha. Esse é o fato. Agora, o fato de ser praticado entre um H [homem] e uma M[mulher], entre grupo de H ou M, não alteraria o fato, saca? (...) o fato existe... sexo sem camisinha, certo?? É um fato concreto. Agora o que pode influenciar ele, é variável.

Talvez sejam estes tais “fatores” ou elementos *agregados* em torno do sexo sem camisinha que farão diferença para alguns *barebackers*. Com o objetivo de esclarecer qualquer dúvida entre o “sexo *bare*” e outro qualquer sem camisinha, outro interlocutor desenvolveu sua



explicação em torno da intencionalidade do ato: “bare é quando você já sabe que não vai ter camisinha, é premeditado, e é porque os dois, ou mais, acham assim mais gostoso (...)”.

Nesta mesma direção, encontrei também outra pessoa dizendo nunca andar com a camisinha, estando sempre “desprevenido”, já que sua “intenção” era que sempre ocorresse “sexo bare”. Dessa forma, explicava que a prática do barebacking é “somente quando há a intenção, e não um sexo que acidentalmente alguém esqueceu a camisinha”. Conforme explica este interlocutor, “existem pessoas que praticam bare sem pensar no fato de ser bare, somente pelo fato de não ter o preservativo”. Entretanto, esta afirmação dá margem a duas questões que podem fazer diferença no momento em que se fala sobre o barebacking: 1) se o conceito deve abarcar apenas aqueles homens que conhecem seu significado ou uso, posicionam-se como *barebackers* ou compartilham um determinado código; 2) e se o fato de alguém não usar a camisinha por algum motivo circunstancial, por exemplo, por não tê-la no momento ou “por impulso”, faz dessa pessoa um *barebacker*. Certamente, existem muitas pessoas que nunca ouviram falar sobre barebacking, principalmente porque o termo (de língua inglesa) passou a circular entre homens que fazem sexo com homens, muitas vezes através da internet, envolvendo, portanto, um determinado nível socioeconômico para acessá-la e participar dos encontros.

Se considerarmos os efeitos e usos (práticos) de uma linguagem, produzindo múltiplos sentidos, passamos a admitir, também, que o conceito de barebacking não circula de forma fixa e imutável, na medida em que é apropriado (e transformado) pelos seus usuários. Com isso, a partir dos dados produzidos na minha pesquisa, não estou dizendo que o conceito de *barebacking* não tenha mais nenhuma utilidade, inclusive porque o termo ainda produz efeitos (práticos), principalmente quando oferece indícios de que alguém prefere ou pratica sexo *sem camisinha*, ou mesmo quando se tem o objetivo de produzir ou alimentar uma fantasia. O que ressalto, portanto, é que os atores que se dizem praticantes não são, necessariamente, mais os mesmos, tampouco entendem o conceito da mesma forma, o que exige uma reflexão mais ampla sobre seus distintos usuários, contextos de uso, como também das práticas em que ocorre o sexo sem preservativo. Vale a pena ressaltar que nem sempre será possível distinguir (objetivamente) entre uma ação intencional (deliberada) e um comportamento “relapso”, principalmente quando as práticas sexuais ocorrem de *forma tácita* (silenciosa, subentendida), sem que nenhuma das partes revele, discuta ou verbalize a intenção do ato, quando os signos corporais (gestos ou movimentos) são compreendidos (compartilhados e negociados) na situação vivida. Em certas circunstâncias, mais do que revelar o que está por trás do pensamento, a intenção adquire um efeito prático, uma dimensão pública, *performativa*.

Conforme antecipei, o termo também é utilizado como sinônimo de sexo sem camisinha em qualquer situação. Nesse sentido, o que alguns relatos sugerem é que existe um discurso crescente que reconhece ou põe em evidência a vontade, a possibilidade e o prazer do sexo sem camisinha, muitas vezes tornando o conceito de barebacking disperso e confuso. É o caso, por exemplo, de um interlocutor que achava que era um *barebacker*. Para ele, ser barebacker “é sentir desejo” e deixar que ejaculem no ânus. Dizia, assim, praticar barebacking com um amigo, ver “filmes bare”, tendo vontade de “fazer com outros caras”.



Por sua vez, no que concerne à extensão ou quantidade de vezes (e situações) em que ocorre a prática do barebacking (outra dimensão a considerar para alguns dos atores), um interlocutor explicou que não era “um praticante extensivo”. Segundo ele, “curtia transar sem camisinha”, mas não podia ser considerado, verdadeiramente, um *barebacker*, apesar de participar de encontros de barebacking marcados pela internet. Dessa forma, não se sentia um “barebacker 100%”, ou seja, alguém que só faz sexo *sem camisinha*, já que, em algumas situações, podia usá-la. Para ele, “um barebacker transa em função disso, não existe camisinha (borracha) no vocabulário dele”. No entanto, podia usar a camisinha se tivesse de usá-la, dependendo também da forma como seu parceiro se colocava na situação.

Outro aspecto a considerar é a razão pela qual as pessoas querem fazer sexo sem camisinha. Para um destes homens, o conceito de barebacking seria apenas “uma ramificação do não usar camisinha”. Este meu interlocutor tentava desvincular sua prática (atual) de uma ideia corrente sobre uma vontade (consciente) de contaminação ou transmissão do HIV associada ao barebacking. No momento da nossa conversa, disse que, em suas relações, não queria usar a camisinha, mas também não queria ficar doente. Como se chamaria sua prática? Conforme sugerido por ele mesmo, talvez “*Healthy Bareback*”. Conforme enfatizara:

Suponhamos que eu faça exame e dê negativo. Você faça exame e dê negativo. Aí a gente decide transar sem camisinha...por prazer, pra pegar aids que não é, porque nós sabemos que estamos limpos, entendeu? Sabe qual o grande problema nessa história toda? A tradução de bareback é "costas nuas", mas a explicação é literalmente a transmissão consciente da aids. Não deveria ser assim, eu não quero usar camisinha e também não quero ficar doente, então como se chama a minha prática? Healthy Bareback? rs.

Ainda no que concerne à ideia de que a prática do barebacking está associada ao “prazer que se tem em correr risco”, um dos meus interlocutores afirmou, categoricamente, que, se assim o fosse, não praticava barebacking. Para ele, barebacking era, simplesmente, sexo sem camisinha. Outra pessoa também expressou a dúvida se era um *barebacker*, já que entendia o barebacking como uma forma de desafiar as doenças, sem nenhuma preocupação ou “*grilo*”. No entanto, procurava ressaltar que o sexo sem camisinha acontecia com ele quando estava “com muito tesão”, mas depois ficava “grilado” com isso.

Finalmente, em relação à última dimensão, tipo de vínculo com o parceiro, apenas um dos meus interlocutores focalizou este aspecto como diferenciador do barebacking, na medida em que, para ele, barebacking é “praticar sexo anal sem preservativo com parceiros não fixos”. Entretanto, em muitos relatos da minha pesquisa, não se colocava a diferença entre parceiro fixo ou ocasional para definir a prática. Curiosamente, muitos deles (de sorologia negativa ou status desconhecido) fizeram referência a algum conhecido ou parceiro de confiança (não necessariamente na categoria de namorado), em alguma de suas experiências de barebacking, com o objetivo de minimizar o risco de infecção.

Portanto, distintas modalidades de *barebacking* parecem coexistir atualmente, demonstrando que múltiplos aspectos e situações estão implicados no sexo desprotegido. Por exemplo, existem aqueles que procuram minimizar ou desenvolver estratégias de redução de



risco, como é o caso do *serosorting*. Por sua vez, as pessoas que praticam *sexo bare* podem viver situações ou modalidades diversas de barebacking ao longo de suas trajetórias de vida, como é o caso de homens que contraíram o HIV e procuram desenvolver alguma estratégia de redução de dano durante suas interações sexuais, por exemplo, evitando a *ejaculação dentro do parceiro* ou procurando estabelecer relações sexuais com homens do mesmo status sorológico. Aqui, estou a ressaltar a existência dessas modalidades ou práticas, inclusive para que possamos discutir e reconhecer criticamente uma dimensão moral em relação ao sexo sem camisinha e, mais especificamente, em relação ao barebacking. Em se tratando dessa dimensão moral, parto para mais algumas considerações.

### **Sobre a distinção entre “eles” e “nós”: o “bom” e o “mau” sexo**

Gostaria de retomar um ponto importante sobre a relação entre risco e prazer como elementos distintivos do barebacking. Seguindo essa linha de pensamento, acho relevante enfatizar alguns discursos sobre a justificativa para a realização do sexo sem camisinha na perspectiva de homens que se posicionavam como heterossexuais.<sup>9</sup>

Na minha pesquisa, estes homens procuravam localizar e fixar a prática do barebacking dentro do grupo de homossexuais. A partir de um discurso heteronormativo, o que estaria em questão no barebacking seria, fundamentalmente, o prazer em correr riscos, enquanto o não uso da camisinha entre heterossexuais implicaria apenas a busca pelo maior contato ou prazer sexual. O discurso heterossexual coloca o gay, homossexual, na posição de quem busca ou desafia o risco e as doenças sexualmente transmissíveis, ou mesmo de quem já é soropositivo. Este discurso procura trabalhar, portanto, com a polaridade risco-prazer, colocando um conjunto de práticas e seus elementos em um respectivo lugar, buscando diferenciar e separar o que pode parecer estranho, “estúpido” ou patológico. Nessa organização de condutas e desejos, estes homens parecem querer restabelecer uma ordem social, identitária, em que eles continuariam em seu devido lugar, sem o “perigo” de serem confundidos ou misturados no contato com o outro, tido como problemático, desordenado, fora da margem, portanto mantendo as linhas da fronteira mais claramente definidas. Esses posicionamentos discursivos utilizados para definir uma identidade – barebacker e não barebacker, heterossexual e homossexual – demarcam *habitus* ou práticas distintivas (Bourdieu, 1997)<sup>10</sup> entre os homens.

Entretanto, a linha que separa o barebacking do sexo sem camisinha pode apresentar-se de forma controversa e muito tênue. Considerando alguns desses relatos (de homens heterossexuais), o barebacker seria um homossexual que busca desafiar o risco. Para estes homens, ainda que o risco esteja presente nas práticas (hetero)sexuais desprotegidas, o que comanda ou justifica a prática é “simplesmente” a busca de prazer. O risco apenas surge como uma contingência do sexo sem camisinha, portanto sem nenhuma intencionalidade de desafiar o “risco” de adoecer implicado no ato.

No entanto, não podemos perder de vista que, a partir da perspectiva dos que se consideram praticantes do barebacking, a *intencionalidade* (desafio) do risco nem sempre estará presente de forma clara ou decisiva. Vale destacar que alguns deles procuraram não diferenciar



a prática do barebacking pela identidade sexual, tampouco marcaram a diferença entre as práticas pela supervalorização do risco e, dessa forma, aproximando ou colocando heterossexuais e homossexuais na “mesma categoria”, fazendo referência fundamentalmente ao prazer no sexo sem camisinha.

Ainda pontuando algumas dessas questões morais, em relação às descrições e explicações sobre o conceito de barebacking, gostaria também de chamar atenção para dois aspectos importantes que se apresentam de forma antagônica ou conflituosa: o sexo desprotegido com um parceiro fixo ou com uma pessoa de confiança e o sexo casual com desconhecidos<sup>11</sup>. Aqui, o barebacking pode ser entendido como qualquer prática sexual sem camisinha, mesmo com alguém de confiança, ou apenas quando o sexo desprotegido ocorre fora de um contexto de comprometimento mútuo. Assim, é possível problematizar ou definir o *barebacker* a partir de uma imagem da promiscuidade ou do gay promíscuo, tanto quanto defender que o barebacking pode ocorrer em uma relação estável ou duradoura, em que existem fidelidade e confiança, em oposição à imagem difundida do “sexo promíscuo sem camisinha” ou da “prática promíscua de bareback”.

Nessa trajetória discursiva sobre as práticas sexuais, a referência ao gay promíscuo parece ser frequentemente utilizada para lembrar a hierarquia de valores sexuais, separando o que seria um “bom” ou “mau” sexo (Rubin, 1984)<sup>12</sup>. Mesmo no interior das práticas homoeróticas, a imagem da promiscuidade serve para distinguir estilos de vida e identidades gays, por exemplo, entre aqueles que seriam promíscuos e os que se aproximariam de uma relação tida como mais “saudável”, equilibrada, normal, racionalizada, passível de ser autorregulada.

É interessante lembrar que a palavra promiscuidade significa, na língua portuguesa, “qualidade de promíscuo, mistura desordenada e confusa”. Ser promíscuo, portanto, pode significar, em última instância, alguém que confunde ou transgride a ordem das coisas, por exemplo, quando passamos a agir orientados, primordialmente, por nossos impulsos, desejos e paixões e nos misturamos com os outros, “perdendo” a dimensão racional de quem somos. A partir do discurso da promiscuidade, o *barebacker* não seria apenas aquele que pratica sexo sem camisinha, já que potencialmente pode ser qualquer um de nós, mas aquele que se aventura sexualmente com desconhecidos. Discursos, por conseguinte, que separam, (re)organizam sujeitos (morais) e (re)orientam comportamentos (práticas).

### **Algumas considerações finais**

Para finalizar esta apresentação, gostaria de tecer algumas considerações finais. A prática sexual desprotegida, principalmente em algumas situações mais específicas (e extremadas), de *contato total* com o outro (e com fluidos corporais), apresenta-se como uma dessas formas “excessivas” no uso do corpo, como contraponto a uma infinidade de discursos sobre a boa forma, o corpo saudável e o sexo seguro. Em vários momentos, estar em uma situação de perigo, ambiguidade, contradição e ruptura com os bons modos e organização (fechamento) dos corpos, implicará satisfação pessoal, suplemento do prazer e sensação de



maior liberdade, ainda que não isentos de conflitos morais. Aqui, é importante destacar algumas ideias de Deborah Lupton (1999, p.148)<sup>13</sup>, para a qual a ênfase das sociedades ocidentais contemporâneas em evitar o risco está fortemente associada ao ideal do corpo civilizado, a um desejo crescente de controlar a vida, racionalizar e regular o self e o corpo, enfim, de evitar as “*vicissitudes do destino*”.

Por outro lado, é importante considerar o novo cenário de “medicalização” e “normalização” do HIV (Squire, 2010)<sup>14</sup>, de novas biotecnologias e possibilidades de tratamento (Davis; Squire, 2010)<sup>15</sup>, em que a aids aparece como uma doença crônica. Nesse cenário, alguns atores parecem se preocupar menos com a possibilidade da infecção, argumentando que “se demora muito para morrer com o HIV”, ou “só morre se a pessoa (quiser) pegar aids, pegar, souber disso e se negar a fazer o tratamento”. Nesse sentido, a morte pode ocorrer por outras causas e fatores dispersos do cotidiano, inclusive, “atropelamento” (Silva, 2009)<sup>16</sup>. Esses contextos atuais de instabilidade, incerteza, mudanças de referência, questionamentos ou dúvida em relação às formas concretas (e previsíveis) do risco de adoecimento e morte, apresentando-se também sob outras formas diversas (e dispersas) do cotidiano, com a existência e surgimento de tantos perigos diários, parecem potencializar o argumento de que é melhor viver o tempo presente da forma mais intensa (e livre) possível, segundo o estilo de vida de cada um, possibilidades ou gostos pessoais.

No entanto, isso não significa que devamos, a partir de agora, incorporar ou intensificar uma perspectiva “conservadora” de promoção da saúde, centrada, basicamente, em “estilos de vida e hábitos saudáveis”, em que a responsabilidade pelos danos e riscos à saúde recaem exclusivamente sobre os indivíduos, reforçando “a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado” (Czeresnia, 2003, p.40)<sup>17</sup>. Ou seja, as práticas de intervenção em saúde não podem negligenciar os determinantes socioculturais, ambientais, políticos e econômicos que afetam de forma negativa as condições de vida e saúde das populações.

Reconheço a importância, urgência e avanços no campo das biotecnologias (considerando aqui as novas tecnologias biomédicas de prevenção – por exemplo, testar e tratar; profilaxias pré e pós-exposição ao HIV), mas é preciso não perder de vista uma política de prevenção e promoção da saúde situada histórica e culturalmente. O acesso ao sistema de saúde público da população LGBT, por exemplo, ainda é um problema e limite a ser enfrentado, com a presença constante do medo, desconfiança e indiferença. Sem contar a permanente estigmatização da aids, que favorece o isolamento e dificulta o diálogo aberto entre parceiros, amigos e amantes, como também a continuidade do cuidado, por receio ou medo de ser reconhecido como HIV positivo (e ser visto ainda como perigoso, mesmo com uma carga viral indetectável). É preciso também não esquecer ou negligenciar outras dificuldades no itinerário do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, devido à demora na marcação de consultas, disponibilidade de profissionais e medicamentos e a persistência/produção de efeitos colaterais (Silva; Santos; Dourado, 2015)<sup>18</sup>.

Dessa forma, ainda que o risco faça parte da existência humana, muitas vezes possibilitando (positivamente) a construção de novos sentidos de saúde e projetos para a vida, isso não significa negar que há riscos que podem e devem ser evitados (Caponi, 2003)<sup>19</sup>. Há várias situações de injustiça, exclusão e iniquidade na distribuição de recursos que tornam as



possibilidades de escolha bastante limitadas ou reduzidas. Portanto, para além de uma visão neoliberal, que percebe as decisões como completamente livres e racionais, podemos pensar as escolhas de forma mais situada, posicionada, mediada por práticas, atores (humanos e materiais), relações de poder, discursos (sobre o corpo, a vida, a saúde, etc.), ocorrendo em contextos relacionais e performativos diversos.

Difícilmente será possível pôr em prática a ideia corrente de *sexo seguro sempre*. Dessa forma, ao invés de criminalizar (ou estabelecer uma “moral normativa”), podemos radicalizar na construção de novos laços de solidariedade e cidadania (para não esquecermos as redes que foram mobilizadas, outros movimentos, acontecimentos criativos e engajamentos de atores heterogêneos na história da aids). Foi também através de nossas práticas e interações cotidianas que normas foram problematizadas e outros caminhos (éticos) foram possíveis e viabilizados, sem deixar de lado nossos desejos, amores, liberdade e luta (cotidiana) pela vida. Em tempos de grande conservadorismo, olhar para a nossa história (e nossas práticas) pode fazer alguma diferença na reinvenção de políticas públicas.

---

<sup>1</sup> MOL, A.; LAW, J. Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia. **Body & Society**, v. 10, n. 2-3, p. 43-62, 2004.

<sup>2</sup> MOL, A. Ontological politics. A word and some questions. In: LAW, J; HASSARD, J. (eds). **Actor network theory and after**. Oxford, UK: Blackwell, 1999, p.74-89.

<sup>3</sup> MOL, A. **The body multiple: ontology in medical practice**. Duke University Press, 2002.

<sup>4</sup> SILVA, L. A. V. **Desejo à flor da tel@: a relação entre risco e prazer nas práticas de barebacking**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

<sup>5</sup> SILVA, L.A.V.; IRIART, J.A.B. The meanings and practices of barebacking among Brazilian internet users. **Sociology of Health & Illness**, v.34, n.5, p. 651-664, 2012.

<sup>6</sup> WOLITSKI, R.J. The emergence of barebacking among gay and bisexual men in the United States: a public health perspective. **Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy**, v. 9(3/4), p.09-34, 2005.

<sup>7</sup> RACE, K. Engaging in a culture of barebacking: gay men and the risk of HIV prevention. In: Davis, M.; Squire, C. **HIV treatment and prevention technologies in international perspective**. UK: Palgrave Macmillan, 2010, p.144-166.

<sup>8</sup> TERTO JR, V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. **Rev. Bras. Epidemiol.** 18 (suppl 1), p.156-168, 2015.

<sup>9</sup> Discussão completa em: SILVA, L.A.V. **Prazer sem camisinha: novos posicionamentos em redes de interação online**. **Cadernos pagu** (35), p.241-277, 2010a.

<sup>10</sup> BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papirus, 1997.

<sup>11</sup> Discussão completa em: SILVA, L.A.V. A cibersexualidade e a pesquisa online: algumas reflexões sobre o conceito de barebacking. **Interface**, v.14, n.34, p.513-528, 2010b.

<sup>12</sup> RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Vance, C. S. **Pleasure and danger: exploring female sexuality**. Boston, London, Melbourne and Henley: Routledge & Kegan Paul, 1984, p. 267-319.

<sup>13</sup> LUPTON, D. **Risk**. London and New York: Routledge, 1999.

<sup>14</sup> SQUIRE, C. Being naturalised, being left behind: the HIV citizen in the era of treatment possibility. **Critical Public Health**, 20, (4), Dec. 2010, 401-427.



<sup>15</sup> DAVIS, M; SQUIRE, C. HIV Technologies. In: Davis, M.; Squire, C. **HIV treatment and prevention technologies in international perspective**. UK: Palgrave Macmillan, 2010, p.01-17.

<sup>16</sup> SILVA, L. A. V. *Barebacking* e a possibilidade de soroconversão. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.6, 1381-1389, 2009.

<sup>17</sup> CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

<sup>18</sup> SILVA, LAV; SANTOS, M; DOURADO, I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25 [ 3 ], p. 951-973, 2015.

<sup>19</sup> CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.



## **PARECER**

### **Assunto: transmissão deliberada do vírus HIV, criminalização e PL 198/2015**

**RODRIGO AUGUSTO T. M. LEAL DA SILVA**

Defensor Público colaborador do Núcleo Especializado  
De Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial  
da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Trata-se de parecer deste Núcleo Especializado de Combate a Discriminação, Racismo e Preconceito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, a respeito do Projeto de Lei 198/2015, proposto pelo Deputado Pompeo de Mattos (PDT/RS), que pretende tornar crime hediondo a conduta de transmissão deliberada do vírus HIV.

Pretende-se problematizar o PL 198/2015, em especial a proposta de se tornar hedionda a conduta de transmissão intencional do vírus HIV, à luz de uma perspectiva crítica e agnóstica do Direito Penal, com não apenas ênfase na garantia dos direitos tanto das potenciais vítimas da transmissão intencional, mas na garantia dos direitos da população que vive com HIV/AIDS em geral (inclusive das pessoas a quem se atribua a autoria da conduta de transmissão intencional do vírus HIV), principalmente LGBT, à guisa de se evitar e se combater a discriminação e a marginalização dessas pessoas, reconhecidas como sujeitos de direitos humanos e fundamentais.

Para tanto, dividiu-se o presente parecer em cinco partes. Na primeira parte, é feita uma breve contextualização sócio-histórica do PL 198/2015, destacando-se os fatos sociais que justificam sua existência. Na segunda parte, é feita uma contextualização jurídica do PL 198/2015. Na terceira parte, é apresentada uma contextualização crítica da vida com HIV/AIDS e das condições sociais de estigma, discriminação e preconceito engendradas à soropositividade. Na quarta parte, é feita uma análise crítica do PL 198/2015, tanto pela perspectiva das vítimas e de seu acesso ao Sistema de Justiça penal, quanto pela perspectiva dos autores do delito e dos processos de rotulação e estigmatização, partindo-se de uma abordagem crítica da opção punitiva e sob o prisma da aplicação da Constituição Federal, visando à garantia dos direitos nela insculpidos e da dignidade da pessoa humana. Na quinta e última parte são apresentadas as conclusões.



## 1. Contextualização sócio-histórica do PL 198/2015

Recebeu grande espaço na mídia a existência de grupos de pessoas reunidas por intermédio de páginas da internet, denominados, ao menos do que consta das reportagens veiculadas, de “Clube do Carimbo”, com a finalidade de compartilhar e de promover práticas de contaminação não consensual de parceiros sexuais com o vírus HIV, como, por exemplo, a ocultação do parceiro sexual da não utilização de preservativos ou, ainda, de preservativos prévia e conscientemente deteriorados<sup>1-2</sup>.

Talvez o ápice da repercussão nacional do tema seja com a apresentação no programa dominical *Fantástico*, da TV Globo, de uma reportagem de mais de sete minutos acerca do tema, exibida em 15 de março de 2015<sup>3</sup>. Nela, além da entrevista de dois supostos “carimbadores”, há a discussão da conduta em seus aspectos jurídico-penais e psicológico-psiquiátricos, com a entrevista de um jurista (o Prof. Alamiro Velludo Salvador Netto) e de um psiquiatra (o Prof. Alexandre Saadeh), ambos docentes da Universidade de São Paulo.

Em que pese se afirmar em alguns momentos da reportagem do *Fantástico* que a prática de contaminação intencional de terceiros pelo vírus HIV não se restringe apenas a homossexuais, sendo também verificada entre heterossexuais, é perceptível na reportagem – o que não destoa do viés conferido pela mídia em geral ao tema, saliente-se – um recorte muito claro à população LGBT, em especial aos homens gays. Isso se evidencia à medida que, na maior parte do tempo, aborda-se a questão da contaminação por relações sexuais entre homens, entrevistando-se apenas homens homossexuais suspeitos da prática, e, mais ainda, entrevistando-se única e exclusivamente vítimas (duas, no caso) homens homossexuais, entre elas um militante de direitos humanos.

Ainda no começo do ano de 2015 o Deputado Pompeo de Mattos (PDT/RS) propõe na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 198/2015, retomando um Projeto de Lei antigo que já visava à capitulação da conduta de transmissão intencional do vírus HIV como crime hediondo. A despeito de não haver dados oficiais precisos a respeito da relevância da prática do *Clube do Carimbo* para o aumento nos casos de HIV/AIDS no Brasil, o Projeto é apresentado em 04 de fevereiro de 2015<sup>4</sup>, aparentemente muito mais lastreado no clamor midiático proveniente da cobertura pela imprensa do que pela gravidade da conduta – já que não se lê em sua justificativa qualquer menção a vítimas, ONGs, Movimentos Sociais ou quaisquer outras expressões da sociedade civil, organizada ou não, que eventualmente tenham buscado amparo pela Câmara dos Deputados.

A hipótese de resposta a uma histeria midiática, sem qualquer embasamento em dados oficiais concretos, ou mesmo em reivindicações políticas da sociedade civil, é reforçada ao se ler na justificativa ao substitutivo apresentado pela Comissão de Constituição e Justiça que “o nosso País experimenta uma verdadeira epidemia de contaminação dolosa de pessoas com o VIH, como noticiado pelos meios de comunicação”, o que fundamentaria um maior rigor punitivo da conduta, mediante sua inclusão no rol de crimes hediondos.



Se, por si só, já é criticável a proposição de leis penais e o acréscimo do poder punitivo do Estado sem argumentação concreta, senão pela famigerada sensação subjetiva de insegurança – absolutamente atécnica e sem qualquer rigor científico – o fato de se direcionar a pessoas que vivem com HIV/AIDS, seja como vítimas ou autoras de delitos, implica a necessidade de se aprofundar o debate para as possíveis implicações sociais e culturais, considerando-se o elevado grau de estigmatização e segregação social ao qual estão sujeitas essas pessoas – em especial a população LGBT que vive com HIV/AIDS, sujeita a diversas formas de discriminação interrelacionadas.

Além disso, cabe questionar a própria utilidade da lei penal quanto aos seus objetivos, considerando as limitações ínsitas ao Direito Penal, que é eminentemente punitivo e repressivo, não resolvendo os conflitos sociais, apenas os suspendendo e, pior, ampliando o espectro de sofrimentos decorrentes do ato desviante, inclusive pela vulnerabilização da pessoa do acusado, conforme sustentam Zaffaroni *et al.*<sup>5</sup>.

Seria preciso, acreditamos, uma análise mais profunda dos significados sociais e culturais vigentes do vírus HIV e da AIDS para se delinear uma política pública, para além do já desgastado discurso do Direito Penal como *locus* de garantia de direitos, especialmente sob a crença de uma função de prevenção geral negativa da pena.

## **2. Contextualização jurídica: quadro normativo penal vigente e os termos do PL 198/2015**

Antes de se avançar à análise crítica pretendida, entende-se por basilar afixar os termos em que se desdobra o projeto legislativo em apreço, tanto quanto as disposições jurídico-penais vigentes que seriam por ele alteradas, até mesmo para fins didáticos e de melhor desenvolvimento do raciocínio traçado ao longo deste parecer.

### *2.1. Os crimes de perigo de contágio de moléstia grave e de lesão corporal de natureza grave*

A conduta da qual trata o PL 198/2015 e que foi objeto de calorosa exposição na mídia consiste, repise-se, na transmissão intencional do vírus HIV por meio de *relações sexuais*, nas quais um dos parceiros *ocultamente deixa de utilizar o preservativo* sem a anuência do outro parceiro para tanto, ou *utiliza preservativo previamente deteriorado (rasgado, perfurado, etc.)* – mas sempre, em ambas as hipóteses, com a clara intenção de contaminar o parceiro por meio da troca de fluidos corporais durante o ato sexual.

O art. 131 do Código Penal, que tipifica o delito de “perigo de contágio de moléstia grave”, tem a seguinte enunciação típica, cominando pena de reclusão, de um a quatro anos,



além de multa: “praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio”.

No atual quadro jurídico-normativo, este seria, em tese, o tipo penal que visaria à punição da transmissão intencional do vírus HIV, como já decidiu a Primeira Turma Supremo Tribunal Federal, no julgamento do HC 98.712/SP, de relatoria do Ministro Marco Aurélio, em 05/10/2010.

Nesse julgado, asseverou-se que a conduta de transmissão intencional do vírus HIV não configura crime doloso contra a vida – em especial homicídio em forma tentada – em especial pela existência do tipo penal previsto no mencionado art. 131 do Código Penal.

Não obstante, a Quinta Turma do Superior Tribunal de Justiça, no HC 160.982/DF, de relatoria da Ministra Laurita Vaz, em 17/05/2012, inclusive com explícita menção ao precedente acima citado do Supremo Tribunal Federal, entendeu, por sua vez, que a transmissão intencional do vírus HIV configuraria a figura do art. 129, §2º, inciso II, do Código Penal, cuja pena cominada é de reclusão, de dois a oito anos.

Esse dispositivo penal, com efeito, concerne ao crime de lesão corporal de natureza grave, qualificado pelo resultado de transmissão de doença incurável, cuja enunciação típica é “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”.

Como se depreende de uma breve e sucinta análise dos dispositivos do Código Penal e de alguns julgados dos Tribunais Superiores, não há na legislação vigente um tipo penal específico para a capitulação da conduta de transmissão intencional do vírus HIV a outra pessoa, como muito se tem alardeado na mídia – mormente porque não há, no mais, um posicionamento jurisprudencial cristalizado e pacificado a respeito da capitulação típica.

Não há, portanto, segurança jurídica para se afirmar se, processualmente, advindo uma condenação, seria esta pelo crime do art. 131 ou do art. 129, §2º, inciso II, do Código Penal – e essa diferença repousa muito além do campo do intervalo de penas e da pena de multa, esta última prevista apenas para o crime de perigo de contágio de moléstia grave.

Primeiro, o fato de a pena mínima cominada ao delito do art. 131 do Código Penal ser de um ano faz incidir<sup>6</sup> o art. 89 da Lei 9.099/95, que dispõe sobre a suspensão condicional do processo, de maneira que muitos acusados desse delito poderão, cumprindo todos os requisitos legais, ver o processo em que figuraram como réus extinto e declarada extinta a punibilidade sem julgamento do mérito acusatório, continuando primários e de bons antecedentes.

Longe de uma argumentação punitivista, à luz da ilusão de uma suposta impunidade no Brasil<sup>7</sup>, preocupante é o fato de que àqueles sobre os quais pairar acusação e condenação pelo art. 129, §2º, inciso II, restará inviabilizada a suspensão condicional do processo, a despeito de terem supostamente praticado idênticas condutas delitivas. O problema se situa, com efeito, no campo da isonomia, e dos próprios escopos despenalizantes da Lei 9.099/95, negando-lhe vigência – ilegal e inconstitucionalmente, frise-se.



Segundo, a capitulação como conduta de lesão corporal de natureza grave carrega consigo a elementar típica de ofensa à integridade física ou à saúde. Ou seja, para a configuração do delito de lesão corporal (de qualquer gravidade, aliás) é imperativo que o agente efetivamente ofenda, lesione, macule, menoscabe algum dos dois bens jurídicos tutelados, saúde ou integridade física, da vítima. Veja-se a lição de Cezar Roberto Bitencourt:

“A conduta típica do crime de lesão corporal consiste em *ofender*, isto é, lesar, ferir a *integridade corporal* ou a *saúde de outrem*. *Ofensa à integridade corporal* compreende a alteração anatômica ou funcional, interna ou externa, do corpo humano, como, por exemplo, equimoses, luxações, mutilações, fraturas, etc. [...].

*Ofensa à saúde* compreende a alteração de funções fisiológicas do organismo ou perturbação psíquica. A simples perturbação de ânimo ou aflição não é suficiente para caracterizar o crime de lesão corporal por ofensa à saúde. Mas configurará o crime qualquer alteração ao normal funcionamento do psiquismo, mesmo que seja de duração passageira” (grifos do original)<sup>8</sup>.

Nesse sentido, uma interpretação conservadora e punitivista poderá acarretar a não aplicação do art. 44 do Código Penal em eventual hipótese condenatória, qual seja, a substituição da pena privativa de liberdade por pena restritiva de direitos.

Isso porque o inciso I do mencionado art. 44 veda a substituição quando o crime for praticado com violência ou grave ameaça à pessoa, o que seria o caso, *par excellence*, da lesão corporal, cujo bem jurídico amparado é a integridade física. Todavia, não se pode descurar do fato de que a transmissão intencional do vírus HIV nos termos do chamado “Clube do Carimbo” não implica violência ou grave ameaça à pessoa, visto se tratar de uma relação sexual consentida, em que apenas a não utilização do preservativo ou de preservativo deteriorado é omitida da vítima.

Nesse sentido, considerar *violência* tais atos, em que pese sua gravidade, seria um alargamento indevido do preceito normativo, contrário aos princípios constitucionais que norteiam a interpretação do Direito Penal, em especial o princípio da legalidade – que, em sede juspenalista, assume feições de legalidade estrita, sendo vedada a analogia e a interpretação extensiva, salvo se para beneficiar o réu<sup>9-10-11</sup>.

Resta evidente que, na prática, não há nenhuma segurança jurídica para aqueles que venham a ser condenados pelo art. 129, §2º, inciso II, a despeito das incontestáveis diretrizes traçadas pela Constituição Federal a respeito do exercício do poder punitivo do Estado e das garantias dos cidadãos contra ele.



## 2.2. O PL 198/2015 e suas disposições

Como já mencionado, o PL 198/2015, de autoria do Deputado Pompeo de Mattos (PDT/RS), pretende incluir no rol legal de crimes hediondos, que é previsto nos diversos incisos do art. 1º da Lei 8.072/90 (a Lei dos Crimes Hediondos), a conduta de “transmitir e infectar, consciente e deliberadamente a outrem com o vírus da AIDS”.

Deve-se frisar que nenhum dos outros incisos do art. 1º da Lei dos Crimes Hediondos (Lei 8.072/95) traz a descrição de condutas típicas, mas o título dado às figuras delitivas no Código Penal e leis penais especiais, com remissão ao dispositivo legal respectivo.

Não por acaso, na Comissão de Constituição e Justiça apresentou substitutivo, que cria um parágrafo único ao art. 131 do Código Penal, trazendo então uma figura qualificada pelo resultado: “se da conduta resulta a efetiva transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) a outrem, a pena é de reclusão, de dois a oito anos”.

Se aprovado nos termos do substitutivo, o projeto resolveria a dualidade de tipificações e restaria a conduta enquadrada unicamente na nova figura do parágrafo único do art. 131 do Código Penal, cristalizando dúvidas e sanando questionamentos em termos de segurança jurídica.

A nova figura penal também acabaria por afastar definitivamente o cabimento de suspensão condicional do processo, pois a pena mínima passaria a ser de dois anos. Não obstante, a substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos seria então questão estreme de dúvidas, tendo em vista que a figura típica do art. 131 não envolve, por evidente, qualquer forma de violência ou grave ameaça à pessoa – elementares que sequer se enunciam no tipo.

Por fim, quanto à capitulação como crime hediondo, cumpre lembrar que tal *status* jurídico da conduta obsta ou dificulta a aquisição de diversos direitos em sede de execução penal, sendo o lapso para a progressão de regime maior do que para os crimes comuns, e, no mais, vedada a concessão de indulto, graça ou anistia por expressa disposição constitucional.

## **3. Contextualização sócio-histórica e cultural da vida com HIV/AIDS: estigmatização e preconceito**

Susan Sontag<sup>12</sup> observou que, nos anos 1980, com o aparecimento dos primeiros casos de contaminação pelo vírus HIV e de desenvolvimento da AIDS nos Estados Unidos, ganhou força o discurso conservador moralizante, focalizado na repreensão a todo comportamento sexual que fosse considerado desviante (isto é, diferente da relação heterossexual monogâmica), em especial as relações homossexuais entre homens.



Segundo a autora, a despeito de a epidemia de HIV/AIDS acometer homens e mulheres heterossexuais, principalmente no continente africano nesse primeiro momento, tal fato foi propositadamente ignorado no debate norte-americano. Em vez disso, lançaram-se luzes sobre os chamados “grupos de risco”, realçando-se uma categoria marginalizada e segregada, no qual se incluíam, essencialmente, homens gays, pessoas que fazem uso problemático de drogas, imigrantes haitianos ilegais e moradores de regiões extremamente pobres do país.

Para Sontag<sup>13</sup>, o uso de algumas metáforas, em especial de cunho militar, nos discursos sobre a AIDS, contribuíram para a construção de uma imagem extremamente negativa – e até mesmo fatalista e apocalíptica – da soropositividade, situada como nova forma de “peste”, mal incurável e que poderia exterminar a espécie humana, contribuindo para o estabelecimento de um pânico generalizado.

Ainda, divulgou-se, segundo Sontag<sup>14</sup>, a AIDS como “câncer gay” e associada exclusivamente às pessoas integrantes dos “grupos de risco”, principalmente homens homossexuais, muito sob orientação do discurso conservador de controle de práticas desviantes, em flagrante desserviço ao empoderamento e acolhimento das pessoas enfermas. O discurso (principalmente o governamental) nos termos de sua análise, assumiu o tom de que a AIDS seria uma doença “deles” – os desviantes, marginais – e que, portanto, um determinado “nós” – os cidadãos de bem, observadores da moral e dos bons costumes – estaria a salvo.

A propósito, de forma muito perspicaz observa a autora que o ataque à sexualidade dita imoral não é exclusivamente contra esta, mas alberga uma série de expressões do pensamento liberal e libertário que ficaram – atecnicamente, no juízo de Sontag<sup>15</sup> – conhecidas como “Os Anos 1960”.

Em síntese, pode-se concatenar a ideia de que desde os primeiros diagnósticos de contaminação pelo vírus HIV e de manifestação da AIDS no então chamado Primeiro Mundo, em países centrais do capitalismo como os Estados Unidos, avultou-se uma estereotípia da soropositividade como doença marginal, principalmente da homossexualidade masculina, que – ao menos em um primeiro momento – não atingiria cidadãos alheios a práticas sexuais imorais e desviantes, considerando-se cidadão a pessoa branca e de classe média, excluídos negros habitando bairros extremamente pobres e imigrantes ilegais, ainda que heterossexuais.

Por isso mesmo a AIDS, o “câncer gay”, seria uma consequência esperada do comportamento desviante – em especial das práticas sexuais ditas anormais – o que fortaleceria o discurso moralista e conservador como substrato fático, lógico e conceitual, além de propriamente axiológico-religioso.

A construção de um tal discurso no alvorecer da epidemia não foi muito diferente no Brasil. Em sua Dissertação de Mestrado em História Social, defendida no Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP), Germana Fernandes Barata<sup>16</sup> analisou como o vírus HIV e a doença AIDS foram apresentados ao público brasileiro pelo já mencionado programa de televisão *Fantástico*, da TV Globo, entre os anos de 1983 e 1992. O trabalho de Barata é muito emblemático porque o *Fantástico*, em uma época em que inexistia internet como hoje é concebida e popularizada,



era um dos maiores programas jornalísticos do país, podendo ser considerado um dos maiores formadores da opinião pública.

Barata identifica algumas tendências sazonais na descrição de HIV/AIDS no programa, partindo desde um período inicial, a partir de 1983 e até 1985, em que predomina uma atmosfera aterrorizante, sobre uma doença desconhecida; uma segunda tendência, que se inicia em 1985, ao tempo da implementação da primeira política pública nacional para HIV/AIDS e desvelando as deficiências da rede pública de saúde para o atendimento dos pacientes; e uma terceira e última tendência, pontuada a partir de 24/11/1991, caracterizada pelo anúncio mundial da contaminação pelo vírus HIV do jogador norteamericano de basquete Magic Johnson<sup>17</sup>.

Segundo a autora, o vírus e a doença são pontuados a partir do discurso científico, divulgado como “neutro”, sem qualquer enfoque maior na oitiva dos próprios pacientes, ou mesmo de representantes da sociedade civil organizada afetos à defesa dos direitos dessas pessoas. Esse mesmo discurso, conforme Barata, de forma contraditória ao propósito e tom científico adotados, aparece permeado por ideias não científicas, próprias do senso comum e do discurso moral, enquanto cientistas não esclarecem diversas dúvidas acerca do vírus e da doença<sup>18</sup>.

O discurso moral ao qual se reporta Barata não é distinto daquele identificado por Sontag e mencionado acima, pertinente aos chamados “grupos de risco”, em especial a homossexualidade masculina<sup>19</sup> – particularmente, no Brasil, não há um recorte discriminatório contra imigrantes ilegais e pessoas pobres de bairros periféricos, como nos EUA<sup>20</sup>.

Barata observa também que, por vezes, apresenta-se um discurso contraditório em uma mesma reportagem, a um tempo rompendo com preconceitos e, a outro, reiterando conceitos morais, em especial a culpabilização das pessoas infectadas – por meio da perquirição exaustiva, nas entrevistas com pacientes, de como teria a pessoa adquirido o vírus, em tom de julgamento<sup>21</sup>.

Na análise da autora, os pacientes, por um longo tempo, são mostrados como figuras anônimas e desconhecidas, em imagens escuras e com trilhas sonoras pesadas, reportando a um processo de desumanização e prognóstico de morte; apenas no final do período analisado por Barata receberão um olhar mais humanizado, e ganharão voz. Não obstante, salienta a estudiosa a presença mesmo assim do tom de julgamento, seja sobre os pacientes em si, com os adultos, seja com os seus pais ou responsáveis, quando os pacientes entrevistados são crianças contaminadas – em especial durante a gestação e o parto<sup>22</sup>.

Também analisando a comunicação a respeito de HIV/AIDS, Sônia Lidia Valentim de Carvalho desenvolveu sua Dissertação de Mestrado em Ciências da Comunicação se debruçando sobre o material impresso elaborado para campanhas de prevenção da AIDS destinadas ao público adolescente, com recorte entre 1993 e 2007<sup>23</sup>, e chegou a conclusões muito semelhantes às de Germana Barata.



A partir de uma perspectiva das transformações históricas do discurso sobre HIV/AIDS, Carvalho pontua:

“Na questão da Aids, houve, desde o início da epidemia, uma atitude discriminatória, revelada pelo discurso amedrontador e simplista, que está sendo lentamente modelado por uma nova percepção da enfermidade e a conseqüente evolução das narrativas verbo-visuais utilizadas nos meios de comunicação.

[...]

Ao tematizar a questão da Aids, o discurso moralista deve ser trocado pela incorporação de temas próximos à realidade do receptor e adotar uma linguagem verbo-visual que permita sua assimilação e conduza a uma mudança de hábitos e comportamentos”<sup>24</sup>.

Essas pesquisas permitem concluir-se que, se hoje o discurso de HIV/AIDS – o discurso oficial, frise-se – é um discurso consciente e não discriminatório, fato é que por um longo período de tempo, o suficiente para a formação de opinião de mais de uma geração, predominou o discurso moralista, de culpabilização e de segregação de uma doença anunciada como restrita a grupos socialmente marginalizados, especialmente homens gays – imagem essa que só restou desconstruída, forçosamente, pelo crescimento do número de casos entre heterossexuais, ainda que à sombra do discurso moralizante e culpabilista de uma suposta bissexualidade disfarçada dos homens heterossexuais infectados, insistência na associação da doença com a prática homoerótica entre homens.

A estigmatização em torno das pessoas que vivem com HIV/AIDS deve ser compreendida à luz da própria marginalidade da homossexualidade e da heterossexualidade compulsória, normas morais muito anteriores à própria manifestação do vírus HIV e sua descoberta.

Judith Butler, ao analisar a construção do discurso de gênero, percebeu que dois paradigmas da nossa cultura escondem, na verdade, um paradigma anterior, identificado pela autora como uma regra de compulsoriedade da heterossexualidade, relegando, outrossim, ao plano não normativo (e, portanto, desviante) de qualquer outra forma de sexualidade; são esses paradigmas a teoria da passagem do estado de natureza ao estado de cultura, presente na antropologia de Claude Lévi-Strauss, e o tabu da vedação ao incesto, norte explicativo do pensamento cultural e psicanalítico de Sigmund Freud<sup>25</sup>.

Para Butler, em termos sucintos, a exogamia para fora do clã e a vedação ao incesto, insertos tanto nos desenvolvimentos teóricos de Lévi-Strauss quanto de Freud, pressupõe anteriormente como paradigmáticas as relações heterossexuais, pois qualquer outra forma diversa de relacionamento humano, em especial a homossexualidade, sequer é considerada propriamente. Assim, a construção de nossa cultura ocidental, conforme a autora, está erigida sobre uma regra da heterossexualidade como comportamento normativo e compulsório, considerando-se desviante o comportamento homossexual<sup>26</sup>.



Pois se já é desviante a homossexualidade, o fato de os primeiros casos de HIV/AIDS diagnosticados nos EUA serem pertinentes a pacientes homens gays, é forçoso concluir que o caminho da estigmatização seria de alguma sorte inevitável – até mesmo em decorrência do próprio *status* social marginal desses pacientes. E, considerando o longo período, de mais de uma década, de construção de um discurso moralizante, culpabilizante e desumanizador das pessoas com HIV/AIDS, é também forçoso concluir que esteja já enraizado no pensamento popular e no senso comum as imagens do “grupo de risco”, do comportamento dito promíscuo e, até hoje, entre determinados setores sociais, do estereótipo do “câncer gay” e da “doença deles” (em contraponto a um “nós” não desviante e normativo que está a salvo da contaminação).

Por fim, apenas a título ilustrativo, cabe recordar que tanto é manifesta, até hoje, a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV/AIDS, que há diversos diplomas normativos visando ao enfrentamento de práticas discriminatórias. Sem avançarmos em qualquer análise material desses diplomas<sup>27</sup>, salientamos apenas que, em São Paulo, a Lei Estadual 11.199/02 prevê sanções administrativas para autores de práticas discriminatórias contra portadores do vírus HIV e pessoas com AIDS; e, muito recentemente, a Lei Federal 12.984/14 tipificou uma série de verbos penais que implicam práticas discriminatórias em desfavor de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

#### **4. Análise crítica do PL 198/2015**

A partir de todas as elaborações acima, podemos, agora, avançar para uma análise crítica propriamente dita do PL 198/2015 e seus dispositivos, bem como eventuais consequências de sua aprovação.

##### *4.1 O estigma e o acesso ao Sistema de Justiça penal*

Restou evidenciado no item anterior que, a despeito de uma profunda transformação no discurso oficial e até mesmo no pensamento científico sobre HIV/AIDS, o fato de por longos anos ter-se disseminado ideias de cunho eminentemente moral, em especial de franca associação do vírus e da doença à homossexualidade masculina, reforçaram uma aura marginal sobre a doença – muito agregada à já marginalidade imposta às relações sexuais e afetivas entre homens, por vezes tachadas de “promíscuas”.

Antes, verificamos que o PL 198/2015, em especial o substitutivo apresentado pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, está justificado pelas práticas amplamente divulgadas na mídia no primeiro semestre do ano de 2015, referentes à contaminação intencional de terceiros com o vírus HIV no bojo de relações sexuais entre homens, por pessoas denominadas vulgarmente “carimbadores”, sem o consentimento do



parceiro, seja pelo uso de preservativos prévia e conscientemente deteriorados, seja pela dissimulação do não uso do preservativo durante a relação sexual.

Essas práticas, repise-se, foram todas identificadas em relações sexuais entre homens, portanto, notadamente ligadas à homossexualidade masculina. E, a despeito de não se reiterar no discurso midiático estigmas como o do “câncer gay”, fato é que as práticas ilícitas que ensejaram o PL 198/2015 são todas ligadas à homossexualidade masculina.

Não se pode ignorar o fato de que tais relações são *per se* marginais, porque não heterossexuais. E, nos contextos apresentados, assumem um caráter ainda mais notório de marginalidade, pois se fala de estabelecimentos destinados à prática do sexo com desconhecidos, festas de sexo grupal, etc.

É curioso imaginar, então, como uma vítima do delito a ser tipificado e tão gravemente capitulado como hediondo acessaria o Sistema de Justiça penal, se as práticas sexuais e sociais anteriores ao ato criminoso do qual foi vítima são extremamente segregadas e ensejam gritante discriminação.

Lembre-se que, nos termos do Código de Processo Penal hoje vigente, o acesso a esse Sistema de Justiça se daria por meio da instauração do Inquérito Policial<sup>28</sup>, então invariavelmente a vítima terá que buscar uma Delegacia de Polícia e narrar todo o ocorrido, e, se possível, indicar testemunhas do fato, a serem ouvidas pela Autoridade Policial – procedimento esse que se repetirá em juízo no curso da instrução processual, para a produção de provas no processo.

Isso significa dizer que, por no mínimo duas vezes, terá a vítima que relatar a desconhecidos a prática sexual que teve, podendo, ainda, vir a ser questionada sobre diversos detalhes íntimos e constrangedores, não por sadismo ou curiosidade do Delegado de Polícia ou do Juiz, mas por serem tais detalhes necessários para a apuração do ocorrido. Em audiência, aliás, terá a vítima que narrar sua versão e responder a perguntas do Juiz e das partes em espaço ainda menos privado do que o da Delegacia de Polícia (onde por vezes é possível apenas depor em sala reservada, unicamente perante o Delegado de Polícia), em sala de audiência, na presença do Juiz, do Ministério Público, e do Defensor do acusado, constituído ou público, no mínimo.

Além disso, deverão enfrentar as mesmas barreiras sociais e culturais de estigma e de preconceito as eventuais testemunhas, pois narrarão fatos ocorridos em um contexto inegavelmente considerado não normativo e marginal, também se sujeitando ao eventual crivo moral dos interlocutores, além de contribuírem para a exposição da intimidade da vítima – pois, como testemunhas, são compromissadas nos termos do Código de Processo Penal e têm o dever de dizer a verdade, sob pena de incorrer na prática do crime de falso testemunho.

Em termos práticos, é coerente imaginar-se que muito dificilmente uma vítima de práticas do chamado “Clube do Carimbo” acessará o Sistema de Justiça penal, e, ainda que o fizer, pouco provável que consiga trazer testemunhas ao processo, dificultando a produção probatória.



Ademais, se, como já afirmado em nota de rodapé acima, são necessários ao menos trinta dias para que o teste clínico possa identificar a infecção por HIV, é muito provável que a vítima perca contato com o autor do delito, dificultando a sua localização – principalmente em situações de sexo casual, sem quaisquer vínculos afetivos ou mesmo sociais entre os parceiros.

Nesse sentido, do ponto de vista dos próprios escopos do Projeto de Lei de proteção das vítimas de contaminação intencional com o vírus HIV, salvo melhor juízo e com o mais absoluto respeito aos entendimentos diversos, o PL 198/2015 enquanto legislação penal protetiva mostra-se insatisfatório e de pouca aplicabilidade concreta.

Por fim, e ainda nessa esteira, não se pode deixar de pontuar uma crítica em relação ao fato de que a proposição legislativa em comento não se pauta por quaisquer dados estatísticos concretos, senão unicamente no tom alarmante dado pelas reportagens jornalísticas. Não há, por conseguinte, nenhum dado concreto de quantas pessoas foram efetivamente contaminadas de forma intencional pelas práticas do chamado “Clube do Carimbo”, a se justificar concretamente a necessidade de uma legislação protetiva de esfera penal – o que reforça a hipótese de que dificilmente as vítimas dessas contaminações acessarão o Sistema de Justiça Penal, pelos diversos motivos já explanados acima.

#### *4.2 Os efeitos deletérios da capitulação como crime hediondo*

Pela perspectiva do autor do delito, não se pode descurar do fato de que a opção punitiva engendrada se mostra igualmente problemática.

Primeiro, sendo o autor uma pessoa soropositiva, está sujeita ao estigma e à discriminação social já muito debatidas nos itens anteriores, sendo, então, uma pessoa que já ostenta o *status* social marginal antes mesmo da prática do ato delitivo.

Com a exacerbação punitiva promovida pelo PL 198/2015, é esperado que esse estigma sofra uma amplificação, agora pelo processo de criminalização do indivíduo, ainda mais pela rotulação hedionda do crime, a denotar uma maior gravidade de que a dos demais delitos. E a rotulação como delinquente – pior, como autor de delitos hediondos – é um processo que se dá rapidamente, como ensina Howard S. Becker:

“Para ser rotulado como um ‘criminoso’ basta que alguém cometa um único delito, e é esse o sentido formal do termo. Ainda, há diversas conotações que especificam traços secundários daquele que recebeu esse rótulo. Um homem condenado por invasão de domicílio e, destarte, rotulado como criminoso passa a ser presumido como uma pessoa tendente a invadir outros domicílios. Ademais, acredita-se que ele tende a cometer outros tipos de crime também, porque ele se mostrou como uma pessoa sem ‘respeito à lei’”<sup>29</sup>.



Não seria absurdo deduzir que, como consequência da nova capitulação como crime hediondo, toda e qualquer pessoa que viva com HIV/AIDS, em especial homens gays, sofra um preconceito ainda maior, sendo outrossim rotulado como potencial criminoso e potencial transmissor intencional do vírus unicamente pelo fato de sua soropositividade.

Assim, como efeito deletério da capitulação hedionda do crime de transmissão intencional do vírus HIV, poderá o autor do crime sofrer um processo de estigmatização social e ser rotulado como *bandido, meliante*, adquirindo um *status* social inferior e ainda mais segregado socialmente – pois já sofre com a discriminação em virtude de sua condição sorológica. Contribui-se, portanto, para a marginalização de pessoas que vivem com HIV/AIDS, à revelia das normas constitucionais que instituem como objetivos da República Federativa erradicar a marginalização (CF, art. 3º, III) e de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (CF, art. 3º, IV).

Avançando, não se pode ignorar o fato de que o Direito Penal, como bem defendem Zaffaroni *et al.*, não resolve os conflitos sociais, mas os suspende, sem trazer solução satisfatória e efetiva:

“[...] o modelo punitivo é pouco apto a solucionar o conflito: quando prisoniza alguém não resolve o conflito, mas si o *suspende*, ou seja, deixa-o pendente no tempo, de vez que, por definição, *exclui a vítima* (ao contrário dos modelos reparador ou conciliador). É a dinâmica social que, no modelo punitivo, dissolve o conflito, lançado ao tempo para que se apague. Este mecanismo de dissolução atua sobre o *ser sendo* do humano: no decorrer do tempo vamos nos refazendo e mudando, e o lançamento do conflito ao tempo espera que os protagonistas se transformem, desligando-se do conflito ou tranquilizando-se a seu respeito, pouco importando se novos conflitos surjam ou não desse esquecimento”<sup>30</sup>.

Portanto, a solução criminalizante, longe de resolver o conflito social – que é a forma como o autor do delito lida com a soropositividade e os motivos que o levam a querer contaminar outra pessoa – apenas o dissolve, sem trazer quaisquer perspectivas de solução efetiva.

Do ponto de vista da saúde pública, frise-se, a suspensão do conflito não contribui para evitar-se a transmissão do vírus HIV e para conscientizar a população dos riscos, bem como da AIDS e demais condições de saúde que podem decorrer da contaminação viral – de modo que também não se presta ao atendimento da política pública sanitária.

Trata-se, portanto, de esperar do Direito Penal uma garantia de direitos e a resolução de conflitos, perspectivas completamente além do horizonte de alcance dessa esfera mais gravosa do Direito. Segundo Zaffaroni *et al.*:



“Partindo da falsa ideia da criminalização como um processo natural, sustenta-se a *quimera da solução de gravíssimos problemas sociais* que, na realidade, o direito penal não resolve mas, ao contrário, em geral potencializa, pois só faz criminalizar alguns casos isolados provocados pelas pessoas mais vulneráveis ao poder punitivo. Este não é um efeito inofensivo do discurso, porque a quimera da solução *neutraliza ou paralisa a busca de soluções reais e eficazes*. Além disso, essa ilusão abre as portas do fenômeno mais comum no exercício do poder punitivo, que é a *produção de emergências*. Pode-se afirmar que a história do poder punitivo é a das emergências invocadas em seu curso, que sempre são sérios problemas sociais”<sup>31</sup>.

Isso porque a expectativa com a punição do autor seria, teoricamente, dissuadi-lo de sua conduta, considerando-se a previsão legal ressocializadora do art. 1º da Lei de Execução Penal. Não obstante, o agravamento punitivo – e a crítica poderia ser feita à criminalização em si, mas é ainda mais aguda à taxação como crime hediondo – não possibilita uma ressignificação do ato delinquentemente e, mais profundamente, uma sensibilização do autor para com o sofrimento da vítima, conscientizando-o da gravidade do ocorrido.

A propósito, é digno de nota o fato de que, na contemporaneidade, com o desenvolvimento de novos tratamentos para a AIDS e com o distanciamento da estereotipia histórica da soropositividade – que, na sociedade brasileira, ficou muito marcada pela imagem pública de diversos artistas, como o cantor Cazuza – a vida com HIV/AIDS adquiriu novos significados, até mesmo questionáveis valorações positivas, por perspectivas subjetivas muito peculiares.

Isso se verifica, por exemplo, por meio do trabalho de Luís Augusto Vasconcelos da Silva, que pesquisou em campo, por meio de entrevistas, os conceitos, definições e significados pessoais e subjetivos de diversos homens gays, soropositivos e soronegativos, que praticam deliberadamente sexo sem o uso de preservativos – sem, contudo, intencionalmente contaminarem parceiros sem o consentimento destes.<sup>32</sup>

Lembre-se que um efetivo enfrentamento de uma epidemia de HIV/AIDS e de conscientização da população deve observância à garantia do direito à saúde, previsto como direito social no art. 6º da Constituição Federal e, nos termos do art. 196 da Carta Cidadã, definido como “direito de todos e dever do Estado, garantido **mediante políticas sociais e econômicas que visem à **redução do risco de doença** e de outros agravos [...]**” (grifamos).

Portanto, qualquer medida a ser adotada pelo Estado em relação ao tema HIV/AIDS deve, além de por óbvio respeitar a dignidade da pessoa humana e atender aos objetivos da República, subordinar-se à política pública de saúde – o que, como visto, não se verifica na opção punitiva, em especial com a capitulação enquanto crime hediondo proposta pelo PL 198/2015.



## 5. Conclusões

De todo o acima exposto, é possível concluir que:

a) na jurisprudência dos Tribunais Superiores há diferentes posicionamentos quanto ao enquadramento da conduta consistente na contaminação deliberada de terceiro com o vírus HIV, ora pela figura do art. 131 do Código Penal, ora pela figura da lesão corporal grave (art. 129, §2º, inciso II, do Código Penal), com consequências diversas, o que gera insegurança jurídica para os acusados. O PL 198/2015, notadamente o substitutivo proposto pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, visa sanar tal insegurança, pela criação de um novo tipo penal específico, pela inserção de um parágrafo único no art. 131, sendo tal um crime qualificado pelo resultado, com pena de reclusão de dois a oito anos;

b) em termos estritamente jurídico-penais, se aprovado o PL 198/2015, na figura do substitutivo proposto, cessaria, a nosso entender, qualquer dúvida a respeito da possibilidade da substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direito, com fundamento no art. 44 do Código Penal, pois seria crime sem violência ou grave ameaça à pessoa, desde que fixada reprimenda inferior a quatro anos. Porém, com a pena mínima no patamar de dois anos, seria afastada a possibilidade de suspensão condicional do processo, prevista no art. 89 da Lei 9.099/95, que é cabível para a figura do atual art. 131 (nos moldes do substitutivo, do *caput*), trazendo uma *reformatio in pejus* ao ordenamento jurídico;

c) por uma perspectiva constitucional, sociológica e teleológica, verifica-se que o PL 198/2015 não soluciona satisfatoriamente o problema social ao qual destinado, por diversas razões:

c.1) porque as vítimas, principalmente homens gays contaminados em práticas sexuais homossexuais (sujeitos a discriminação por sua orientação sexual e por práticas sexuais consideradas desviantes pelo pensamento heteronormativo e conservador) a nosso sentir, não buscarão o Sistema de Justiça penal, em especial for força do preconceito e do julgamento moral ao qual estarão sujeitos. E, ainda que acessem esse Sistema de Justiça, acreditamos que haveria dificuldades na produção probatória, porque as testemunhas, em especial quando se tratar de homens gays afetos às mesmas práticas sexuais tidas por marginais, também seriam refratários ao comparecimento perante a Autoridade Policial e em Juízo, porque restariam sujeitos ao mesmo julgamento moral e exposição de sua intimidade, e em situação ainda mais delicada, considerando o compromisso legal de dizer a verdade da testemunha;

c.2) porque a proposta legislativa em questão não se fundamenta na real gravidade da epidemia de HIV/AIDS, enquanto questão de saúde pública, eis que não se baseia – ao menos isso não consta de sua justificativa, tampouco em relação ao substitutivo – em dados estatísticos reais de vítimas efetivamente contaminadas por práticas intencionais como as do chamado “Clube do Carimbo”, senão se justificando



unicamente pelo clamor decorrente de reportagens veiculadas na mídia, ao que se depreende da leitura da Exposição de Motivos;

c.3) porque, ao capitular como hedionda a conduta de transmissão intencional do vírus HIV, o PL 198/2015 agrava o processo de estigmatização das pessoas que vivem com HIV/AIDS, que já enfrentam grandes preconceito e discriminação, contribuindo para o delineamento de um estigma decorrente unicamente da soropositividade *per si* segundo o qual toda e qualquer pessoa com HIV/AIDS, principalmente os homens gays, seria um potencial delinquente que venha a contaminar intencionalmente terceiros (um “carimbador”); e

c.4) porque ignora, a nosso entender, as limitações ontológicas do Direito Penal, olvidando-se que essa esfera do Direito não resolve os conflitos sociais, mas os suspende, deixando de se promover uma efetiva ressignificação da prática de contaminação intencional, em especial em contextos de novas visões e valorações subjetivas da vida com HIV/AIDS, o que não se coaduna e não concretiza a política pública sanitária pertinente, que é dever constitucional do Estado.

d) assim, o PL 198/2015, salvo melhor juízo e com o mais absoluto respeito aos entendimentos contrários, não se justifica por uma perspectiva estatística de real gravidade de uma conduta verificada na sociedade, não traz perspectivas de maior proteção das pessoas contra a contaminação intencional pelo vírus HIV, não contribui para a maior efetividade da política pública para HIV/AIDS promovida pelo Estado brasileiro e decorrente de mandamento constitucional de efetivação do direito à saúde (CF, art. 196), e também não atende aos objetivos da República de erradicação da marginalização e de promover o bem de todos sem preconceitos e sem qualquer forma de discriminação (CF, art. 3º, incisos III e IV), razões pelas quais se conclui ser o PL 198/2015 de **materialmente inconstitucional e inadequado para os próprios fins aos quais foi proposto.**



<sup>11</sup> O GLOBO. *Clube do carimbo: soropositivos pregam técnicas de transmissão do HIV de propósito*. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/clube-do-carimbo-soropositivos-pregam-tecnicas-de-transmissao-do-hiv-de-proposito-15406286>>. Acesso em: 23 de abril de 2015.

<sup>2</sup> MACIEL, Edgar. *Os homens que passam o HIV de propósito*, in *Jornal O Estado de São Paulo*. São Paulo: 2015. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,os-homens-que-passam-o-hiv-de-proposito,1637673>>. Acesso em: 23 de abril de 2015.

<sup>3</sup> A reportagem está disponível na página virtual da própria emissora, pelo link: <<http://globov.globo.com/rede-globo/fantastico/v/veja-como-age-o-clube-do-carimbo/4037058/>>. Acesso em: 23 de abril de 2015.

<sup>4</sup> O andamento do PL 198/2015 na Câmara dos Deputados pode ser acompanhado na página oficial daquela Casa Legislativa, pelo link: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945536>>. Acesso em: 23 de abril de 2015.

<sup>5</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito penal brasileiro: primeiro volume – teoria geral do direito penal*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

<sup>6</sup> O uso da expressão *faz incidir* é propositado, evitando qualquer incursão no debate acerca da natureza da suspensão condicional do processo, se transaccional ou se direito subjetivo público do acusado, cuja tecnicidade e profundidade processuais fogem completamente aos limites deste parecer.

<sup>7</sup> Considerando que, em junho de 2014, segundo dados oficiais do Conselho Nacional de Justiça, a população carcerária brasileira superava o patamar de 715.000 (setecentas e quinze mil) pessoas privadas de liberdade, entre presos provisórios e definitivos, é ilógico e irreal considerar-se o Brasil um país de impunidade. Os dados oficiais podem ser confirmados nos links <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-06/populacao-carceraria-passa-de-700-mil-e-deixa-brasil-em-3deg-no>> e <[http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/pessoas\\_presas\\_no\\_brasil\\_final.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/pessoas_presas_no_brasil_final.pdf)>, acesso em 23 de abril de 2015.

<sup>8</sup> BITENCOURT, Cezar Roberto. *Código Penal comentado*. 5ª edição atualizada. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 357.

<sup>9</sup> Segundo Cezar Roberto Bitencourt: “em termos bem esquemáticos, pode-se dizer que, pelo princípio da legalidade, a elaboração de normas incriminadoras é função exclusiva da lei, isto é, nenhum fato pode ser considerado crime e nenhuma pena criminal pode ser aplicada sem que antes da ocorrência desse fato exista uma lei definindo-o como crime e cominando-lhe a sanção correspondente. A lei deve definir com precisão e de forma cristalina a conduta proibida” (Tratado de Direito Penal: Parte Geral 1. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 41).

<sup>10</sup> Na lição de Rogério Greco: “O princípio da reserva legal veda, também, o recurso à analogia *in malam partem* para criar hipóteses que, de alguma forma, venham prejudicar o agente, seja criando crimes seja incluindo novas causas de aumento de pena, de circunstâncias agravantes etc. Se o fato não foi previsto expressamente pelo legislador, não pode o intérprete socorrer-se da analogia a fim de tentar abranger fatos similares aos legislados em prejuízo do agente (*nullum crime nulla poena sine lege stricta*)” (Curso de Direito Penal: Parte Geral, Volume 1. 16ª ed. São Paulo: Niterói, 201. p. 100; grifos do original).

<sup>11</sup> A noção de legalidade estrita em sede de direito penal é, também, reconhecida jurisprudencialmente, em especial pelo Supremo Tribunal Federal. A título ilustrativo, veja-se a ementa do HC 97.261/RS, da Segunda Turma, com relatoria do Ministro Joaquim Barbosa, julgado em 12/04/2011 (grifos nossos): “EMENTA: HABEAS CORPUS. DIREITO PENAL. ALEGAÇÃO DE ILEGITIMIDADE RECURSAL DO ASSISTENTE DE ACUSAÇÃO. IMPROCEDÊNCIA. INTERCEPTAÇÃO OU RECEPÇÃO NÃO AUTORIZADA DE SINAL DE TV A CABO. FURTO DE ENERGIA (ART. 155, § 3º, DO CÓDIGO PENAL). ADEQUAÇÃO TÍPICA NÃO EVIDENCIADA. CONDUTA TÍPICA PREVISTA NO ART. 35 DA LEI 8.977/95. INEXISTÊNCIA DE PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. **APLICAÇÃO DE ANALOGIA IN MALAM PARTEM PARA COMPLEMENTAR A NORMA. INADMISSIBILIDADE. OBEDIÊNCIA AO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA ESTRITA LEGALIDADE PENAL. P RECEDENTES.** O assistente de acusação tem legitimidade para recorrer de decisão absolutória nos casos em que o Ministério Público não interpõe recurso. Decorrencia do enunciado da Súmula 210 do Supremo Tribunal Federal. O sinal de TV a cabo não é energia, e assim, não pode ser objeto material do delito previsto no art. 155, § 3º, do Código Penal. Daí a impossibilidade de se equiparar o desvio de sinal de TV a cabo ao delito descrito no referido dispositivo. **Ademais, na esfera penal não se admite a aplicação da analogia para suprir lacunas, de modo a se criar**



**penalidade não mencionada na lei (analogia in malam partem), sob pena de violação ao princípio constitucional da estrita legalidade.** Precedentes. Ordem concedida”.

<sup>12</sup> SONTAG, Susan. *AIDS and its metaphors*. 1ª ed. Nova Iorque: Farrar, Straus and Giroux, 1989.

<sup>13</sup> SONTAG, Susan. *AIDS and its metaphors*.

<sup>14</sup> SONTAG, Susan. *AIDS and its metaphors*.

<sup>15</sup> SONTAG, Susan. *AIDS and its metaphors*.

<sup>16</sup> BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH-USP), sob orientação do Prof. Dr. Gildo Magalhães dos Santos Filho. São Paulo: USP, 2006.

<sup>17</sup> BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*; pp. 112-3.

<sup>18</sup> BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*.

<sup>19</sup> BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*; pp. 112-3.

<sup>20</sup> SONTAG, Susan. *AIDS and its metaphors*.

<sup>21</sup> BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*.

<sup>22</sup> BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*.

<sup>23</sup> CARVALHO, Sônia Lidia Valentim de. *A iconografia da AIDS: um estudo comparativo da comunicação impressa na prevenção à AIDS para o público adolescente no período de 1993 a 2007*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação, Área de Concentração I - Teoria e Pesquisa em Comunicação, na Linha de Pesquisa Epistemologia, Teoria e Metodologia da Comunicação, na Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP), sob a orientação da Profa. Dra. Mayra Rodrigues Gomes. São Paulo: USP, 2008.

<sup>24</sup> CARVALHO, Sônia Lidia Valentim de. *A iconografia da AIDS: um estudo comparativo da comunicação impressa na prevenção à AIDS para o público adolescente no período de 1993 a 2007*; p. 127.

<sup>25</sup> BUTLER, Judith. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. 1ª ed. Nova Iorque: Routledge, 1990.

<sup>26</sup> BUTLER, Judith. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. 1ª ed. Nova Iorque: Routledge, 1990.

<sup>27</sup> Principalmente sem adentrarmos em quaisquer discussões acerca da adequação das medidas eleitas, em especial sanções administrativas e penais, pois fogem aos limites deste trabalho.

<sup>28</sup> Ou da lavratura do Auto de Prisão em Flagrante, hipótese que se afigura como mais remota, já que a infecção pelo HIV pode ser detectada com pelo menos trinta dias após a ocorrência da chamada “situação de risco”, segundo informações oficiais (disponíveis em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-fazer-o-teste-de-aids>>. Acesso em: 23 de abril de 2015).

<sup>29</sup> Tradução livre. Do original em inglês: “*To be labeled a criminal one need only commit a single criminal offense, and this is all the term formally refers to. Yet the world carries a number of connotations specifying auxiliary traits characteristic of anyone bearing the label. A man who has been convicted of housebreaking and thereby labeled criminal is presumed to be a person likely to break into other houses [...]. Further, he is likely to commit other kinds of crimes as well, because he has shown himself to be a person without ‘respect for the law’*” (BECKER, Howard S., *Outsiders*. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1997. p. 89).

<sup>30</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito penal brasileiro: primeiro volume – teoria geral do direito penal*; p. 87.

<sup>31</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito penal brasileiro: primeiro volume – teoria geral do direito penal*; p. 68.

<sup>32</sup> SILVA, Luís Augusto Vasconcelos da. *Barebacking e a possibilidade de soroconversão*, in *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, nº 6. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, junho de 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/20.pdf>>. Acesso em: 23 de abril de 2015.



## **Apontamentos sobre o trabalho de profissionais de saúde do SUS na luta pelos direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/aids na cidade de São Paulo**

**Damara Pereira Vicente**

Graduada em Serviço Social. Especialista em Saúde Pública. Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP. Professora. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Profissão da PUC-SP e do Grupo de Estudos em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho e Direitos Humanos (SMRT) do *Sedes Sapientiae*.

### **Introdução**

Historicamente marcada pela concepção de que existem cidadãos de “primeira e de segunda” categorias, parte da sociedade brasileira, notadamente os setores que vivem da exploração da classe trabalhadora, centra suas ações ideopolíticas na destruição dos direitos conquistados e no impedimento de novos avanços.

A luta democrática no Brasil, lamentavelmente, ainda não conseguiu impor limites ao profundo desprezo pelos direitos humanos por parte desses setores, portanto, refletir sobre a questão dos direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/aids (PVHIV) implica necessariamente em compreender que, mesmo passados cerca de 30 anos desde o início da epidemia, muitas adversidades, constrangimentos, humilhações, violências, preconceitos e discriminações, ainda hoje, são marcas importantes. Mas temos conquistas; e uma delas são os resultados da luta para enfrentamento da epidemia da aids no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este texto trata de uma das dimensões dessa história, ou seja, a do trabalho nos serviços especializados em DST/aids na cidade de São Paulo, que foi fundamental no tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com o HIV/aids na perspectiva da promoção da saúde, portanto, buscando tratar e prevenir os agravos e a proliferação do vírus, mas, sobretudo, na conquista e na efetivação de direitos humanos.



## **O contexto político-institucional dos primeiros serviços destinados ao tratamento das pessoas que viviam com HIV/aids**

Quando os serviços especializados começaram ser montados em São Paulo, em meados da década de 1990, vivíamos um momento político-institucional inédito e extremamente perverso no serviço público municipal, pois foi a época da implantação do PAS (PAS - PLANO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-(Gestão Maluf-Pitta-1993/2000)

1.

Em pleno processo de implantação do SUS – Sistema Único de Saúde, aprovado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, experimentávamos os primeiros movimentos da reestruturação produtiva mundial do modo capitalista de produção, desencadeada a partir dos anos 1970, que repercutiu fortemente no nas políticas sociais e de saúde, especialmente nas que pretendiam a garantia de acesso universal, como a política de saúde.

Tratando de maneira bem simplificada, para implantar o PAS, os(as) trabalhadores(as) deveriam se licenciar de seus cargos públicos obtidos por concursos e compor uma “cooperativa de trabalho”, organizada pela própria Secretaria Municipal de Saúde. Essa adesão garantia a esses(as) trabalhadores(as) maiores salários e a manutenção das prerrogativas e direitos referentes à condição de trabalhador em regime estatutário, mas feria profundamente, no entendimento de militantes do Movimento da Reforma Sanitária brasileira e de parcela significativa de trabalhadores(as) do SUS, o direito universal à saúde e a responsabilização direta pelo poder público de sua garantia e execução.

Somando-se a essa compreensão ética e política, a constitucionalidade dessa medida era questionável e totalmente insegura para os(as) trabalhadores(as). Esse processo instaurou, dentre outras consequências, um clima de insegurança e de intenso conflito entre os(as) trabalhadores que aderiram e que não aderiram ao PAS.

A adesão não era obrigatória, entretanto, trabalhadores(as) que não aderissem ao novo modelo eram transferidos para quaisquer outros serviços de saúde, ou mesmo compelidos a buscar novos locais de trabalho submetendo-se a trabalhar em qualquer outra Secretaria da Prefeitura. E foi assim que médicos(as), enfermeiros(as), auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos(as), e outros, foram, como retirantes, em busca de equipamentos públicos e muitos(as) passaram a trabalhar em escolas municipais, nos serviços destinados à limpeza pública (LIMPURB), Serviço Funerário, Casas de Cultura, Centros Esportivos, Bibliotecas Municipais, etc.

Foi nesse momento que, diferentemente do tipo de atenção que estávamos organizando na Gestão de Luiza Erundina de Sousa (1989-1992), ou seja, que as pessoas que viviam com o HIV/aids fossem atendidas da mesma forma que qualquer outra pessoa, dentro dos princípios da universalidade, integralidade e hierarquização do SUS, alguns serviços foram transformados em serviços especializados para atendimento específico dessa população, em algumas regiões da



cidade, e ficariam sob gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde, como foram e são até hoje os Centros de Referência em DST/aids<sup>2</sup>.

Os serviços especializados, tanto os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), como os Serviços de Atendimento Especializados (SAE) e os Centros de Referência em DST/aids, foram criados para responder às necessidades de saúde do crescente contingente de PVHIV, fortemente influenciados pelas demandas da sociedade civil por direitos humanos, em especial os movimentos de afirmação de identidades, que emergiram no contexto das lutas pela redemocratização do país. Além desses coletivos, na luta pelos direitos, houve o engajamento de muitos artistas, pesquisadores, políticos, intelectuais e profissionais. Somando-se a isto, a morte de figuras públicas como Henfil, Betinho, Cazuzza, dentre outros, foram emblemáticas e alertaram toda a sociedade sobre a gravidade da epidemia no Brasil.

Do ponto de vista dos gestores, pesquisadores e de trabalhadores(as) da saúde, foram constituídos protocolos, diretrizes e instrumentos para atendimento dessa população, assim como foram feitas alocações de recursos financeiros para responder não a uma epidemia exclusiva da população *gay*, de classe média alta, como foi inicialmente tratada, mas a uma pandemia. E foi assim que vimos o alastramento do HIV, alterando formas de viver e de morrer naquele momento histórico da humanidade, materializando-se e metaforizando-se em todas as esferas da vida social.

Assim, todos os equipamentos de saúde destinados ao tratamento de pessoas com HIV/aids, naquele momento de implantação do PAS na cidade de São Paulo, não faziam parte do novo modelo, portanto, receberiam trabalhadores(as) que não aderiram ao PAS. Entretanto, para trabalhar nesses novos serviços de saúde não bastava ser profissional da saúde, concursado(a) e com experiência profissional; havia uma lista de candidatos(as), que rapidamente foi apelidada pelos(as) trabalhadores(as) como a “Lista de Schindler”<sup>3</sup>.

A quantidade de trabalhadores(as) chegou a ser de tal monta, em alguns serviços, que não havia meios e instrumentos de trabalho suficientes para todos, determinando revezamentos de salas, cadeiras, mesas e mesmo de horários de trabalho, com atendimentos precários e na contramão da garantia de um serviço público digno e de qualidade para a população.

Esses foram elementos iniciais presentes na gestão, organização e situação de trabalho que trabalhadores(as) da saúde, que compuseram as relações éticas, políticas e técnicas no atendimento das pessoas vivendo com o HIV/aids. De um lado, o ressentimento e o medo (da gestão do trabalho e da própria doença, que poucos ainda compreendiam); por outro lado, o conforto por poder trabalhar num equipamento de saúde desenvolvendo novas habilidades e competências, buscando criar novos e recuperar antigos conteúdos, sentidos e significados do trabalho na saúde.

## **A realidade de vida e saúde das pessoas que viviam com o HIV/aids**

A população que chegava aos serviços especializados, naquele momento da epidemia (1995), era praticamente desconhecida para trabalhadores(as) da saúde pública; eram pessoas



que, por diversos motivos, não frequentavam os serviços de saúde do SUS ou, se frequentavam, não compartilhavam aspectos, determinações ou escolhas que estavam diretamente ligadas aos contextos de vulnerabilidade, não só para a infecção pelo HIV, mas para vários tipos e formas de violação de direitos humanos.

Tratava-se de contextos de uso de drogas injetáveis, de relações homoafetivas e homossexuais mantidas em absoluto segredo, especialmente homens que se compreendiam heterossexuais, casados, mas com práticas homossexuais inseguras; de comércio sexual; de abuso sexual de adolescentes e de crianças, especialmente *gays*, e de outros tipos de violências, em todas as faixas etárias.

Havia ainda nos serviços pouco conhecimento sobre a ação do vírus; poucos medicamentos, poucos protocolos, mas fundamentalmente, pouquíssimo, ou quase nenhum conhecimento sobre as condições de vida e trabalho dessa população; entretanto, essa população já conhecia muito bem a discriminação e o preconceito, pois os experimentava cotidianamente. Mas, a partir da infecção pelo HIV, não só preconceito e a discriminação a afetaria, pois, naquele momento, a aids ainda era tida, e de fato era, praticamente uma sentença de morte.

Na relação profissional com essa população, não bastava o rol de conhecimentos teóricos e técnico-operativos adquiridos até ali; tratava-se de um momento novo que descortinava, para os que quisessem e para os que não quisessem ver, as condições reais de vida de uma parcela imensa da população, especialmente a mais pobre, que rapidamente foi a mais atingida pela infecção.

Dessa maneira, além dos desafios colocados pela condição de saúde dessas pessoas, em níveis diversos de gravidade, apresentavam-se modos de viver e portanto de lidar com o sofrimento e com os agravos, totalmente diversos e com pouquíssimas semelhanças entre si. Para os(as) trabalhadores(as) nos serviços de saúde, até aquele momento, somente uma categoria os identificava, ou seja, eram pessoas infectadas pelo vírus do HIV ou doentes pela aids.

Essa classificação, entretanto, rapidamente se tornou apenas um ponto de partida, à medida que eram necessárias ações de prevenção, de adesão ao tratamento e de conquistas no campo dos direitos humanos.

Os medicamentos, além de muitos, causavam muitos efeitos colaterais severos (náuseas, diarreias, dores de cabeça, distúrbios do sono e outros), mas também constrangimentos, pois necessitavam ser administrados nas horas certas; à medida que eram ingeridos em público, as pessoas ficavam imediatamente identificadas, em seus grupos de referência (amigos, familiares ou colegas de trabalho), como “aidéticas”, limitando o convívio familiar e social. Era, portanto, comum esconder os medicamentos, o que interferia diretamente na adesão e, portanto, na eficácia dos tratamentos.

No mundo do trabalho, além das considerações acima, havia uma brutal vigilância, por meio de questionamentos dos atestados médicos e das declarações de comparecimento aos serviços de saúde para realização de consultas e exames; para fazer uso de medicamentos em regime de internação ou semi-internação; para levar as crianças às consultas e exames, mas



também nos exames pré-admissionais, solicitando o teste do HIV e mais tarde, na observação do código indicado após o saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Os(as) trabalhadores(as) dos serviços especializados também se escondiam, de alguma maneira, buscando não prejudicar as pessoas em tratamento, assim, o serviço não possuía placa de identificação; os carimbos do serviço e de profissionais também não identificavam o serviço. A população vinha de outros bairros e até de outras cidades e estados, para não serem identificadas em seus locais de moradia. Até hoje, os serviços que atendem a população com HIV/aids, em São Paulo, são organizados de modo a permitir o acesso de qualquer pessoa, moradora ou não do bairro, ao tratamento.

As crianças, por sua vez, viviam um estado permanente de sofrimento e discriminação, pois estavam sempre em condição nutricional bastante precária; faziam uso de medicamentos com muitos efeitos colaterais e desenvolviam afecções gravíssimas que as obrigavam a internações hospitalares com frequência. As discriminações e até agressões ocorriam principalmente nas escolas e até mesmo nas famílias, e muitas dessas crianças sequer sabiam o que era o HIV e a aids.

Havia tensões e conflitos sérios entre a população usuária nos serviços, pois as sociabilidades eram muito distintas, assim como as orientações, identidades e práticas sexuais. Diariamente, uma quantidade de pessoas muito diversa, de classe social, geração, etnia e orientação sexual e identidade de gênero frequentava os serviços, convivendo por longos períodos numa mesma sala de espera e seguindo as regras institucionais dos serviços de saúde; uma dessas, por exemplo, era chamar em alto e bom som, às vezes até ostensivamente, pessoas *trans* pelos seus nomes de registro, ignorando totalmente suas identidades de gênero. Aliás, até então, não se conhecia nos serviços o termo “identidade de gênero”.

Igualmente, eram comuns e frequentes os conflitos entre profissionais e a população atendida, pois havia por parte dessa população uma desconfiança dos serviços e dos profissionais de saúde, que durante muito tempo trataram a população com atitudes moralizadoras e disciplinadoras, julgando-a e culpabilizando-a moralmente pelo seu estado de saúde, ou mesmo pela transmissão do HIV.

As mulheres, por exemplo, quando engravidavam, já vivendo com o HIV/aids, eram fortemente interpeladas e criticadas, quando não hostilizadas; pessoas *trans*, especialmente profissionais do sexo, que chegavam aos serviços já no final da tarde, alcoolizadas e com trajés sumaríssimos, eram hostilizadas e ficavam sob a mira de seguranças.

Assim, muitas questões e dilemas éticos se apresentaram de forma inédita e exuberante e cada vez mais envoltos em situações graves, como o abuso sexual de crianças e adolescentes; pessoas com deficiência intelectual sofrendo abuso sexual e mesmo abusando sexualmente de outras pessoas; exploração financeira; violência e pobreza.

Instauravam-se, dessa forma, uma multiplicidade e uma complexidade de situações e determinações que obrigaram todos(as) que estavam diretamente envolvidos nessa questão a se prepararem e se engajarem na luta pelo enfrentamento do HIV/aids, bem como no combate à violação dos direitos humanos, que gerava, e gera ainda, tanto sofrimento quanto os agravos físicos e mentais causados pela aids.



Rapidamente se verificou que todos (as) poderíamos estar “vulneráveis ao HIV”, entretanto, essa condição que poderia se transformar numa conscientização solidária e coletiva, não foi o suficiente para uma adesão ideológica de trabalhadores(as); muitos pediram transferência de postos de trabalho ou se organizaram de forma a não enfrentar as contradições e dificuldades de trabalho nesse contexto, burocratizando suas ações, distanciando-se das pessoas, realizando um trabalho frio e desprovido de compromisso ético-político. Uma parte, porém, permaneceu e foi em busca de caminhos. Mas, por onde começar?

### **A luta pelos direitos humanos das pessoas vivendo com o HIV/aids**

Como pessoas nascidas no contexto de uma ditadura militar (1964-1984), fazendo parte de uma militância que lutou, dentre outras, pela redemocratização do país, pelo fortalecimento dos movimentos sociais e pelo restabelecimento dos partidos políticos de esquerda, entendemos rapidamente que “quem sabe faz a hora!”. E aquela era a hora! Milhares de pessoas em intenso sofrimento e morrendo pela aids.

Assim, seguimos a lição: apostamos na gestão democrática e no trabalho de base, com a participação intensa da população e das organizações que lutavam pelos direitos das PVHIV; buscamos entender as expressões da *questão social* que impeliam as pessoas a viverem em contextos de extrema vulnerabilidade para dialogar, capacitar e informar e realizamos trabalhos de prevenção nas ruas, escolas, banheiros públicos, parques, cemitérios, guetos, terreiros, forrós, academias de ginástica, rádios comunitárias, teatro, cinema, televisão, mocós, pontos de tráfico de drogas e de prostituição e muitos outros.

Implantamos novas formas de comunicação na promoção da saúde por meio de oficinas de prevenção (nos serviços e fora deles); estabelecemos parcerias inovadoras e nos embrenhamos juntamente com Agentes de Prevenção vindos da própria população (adolescentes e jovens, usuários de drogas, *gays*, travestis, profissionais do sexo, etc.) na luta cotidiana e territorializada pela prevenção da aids e da violência.

Promovemos programas, encontros, capacitações, seminários, festas, intercâmbios, congressos; perseveramos nos serviços na luta pela equidade e pelo respeito aos direitos garantidos pela política de saúde brasileira; garantimos o acesso de qualquer pessoa nos serviços, sem discriminação; garantimos a disponibilização de recursos, insumos e medicamentos.

Mas, sobretudo, nos envolvemos diretamente e concretamente com a luta pelos direitos humanos; tornamo-nos partícipes e protagonistas dessa luta, porque compreendemos que essa é a batalha mais difícil, mas também a mais importante. Radicalizamos na luta pela democracia, como muitos de nós já havíamos realizado nos últimos anos da ditadura militar no Brasil, que dentre outras conquistas, consagrou na Constituição Federal de 1988, a política universal de saúde.



## **As conquistas obtidas na luta pelos direitos das pessoas que vivem com o HIV/aids**

Foram muitas as conquistas e incontáveis as influências que a luta por direitos das pessoas que vivem com o HIV/aids realizaram no direito, na política, na ciência, nas profissões, na cultura e nas sociabilidades.

No site do Ministério da Saúde<sup>4</sup> todos os direitos assegurados constitucionalmente e os historicamente conquistados estão à disposição para consulta. São direitos diferenciados na Política de Previdência Social (aposentadorias e auxílios-doença), na Política de Assistência Social (Benefício de Prestação Continuada –BPC/LOAS); na justiça (assistência jurídica); na renda (isenções de pagamento de Imposto de Renda) e, evidentemente, na Política de Saúde, com acesso a medicamentos e demais recursos e insumos necessários ao tratamento/prevenção da infecção pelo HIV/AIDS.

Dezenas de Organizações não Governamentais (ONGs), hoje, também oferecem desde recursos básicos para alimentação, até acompanhamentos de saúde como, por exemplo, a oferta de exercícios físicos para prevenção da lipodistrofia.

Entretanto, é fundamental destacar alguns campos que foram fortemente influenciados pela luta contra a aids:

**1) a visibilidade e os direitos garantidos da população LGBT:** essa população outrora somente discriminada e violentada em todos os seus direitos de cidadania, hoje também em razão da luta pelos direitos humanos, nesse período histórico, pode exercer direitos civis e afetivos. Mesmo que o preconceito e a discriminação persistam, hoje, no Brasil, já se reconhece uniões, casamentos e famílias homoafetivas; igualmente, aprendemos muito sobre a sexualidade humana, que se demonstrou muito mais dinâmica, diversa e complexa do que o binômio homem-mulher. Instalaram-se no Brasil afora Centros de Direitos Humanos da população LGBT, boa parte dela em contextos de extrema vulnerabilidade para doenças, mas também e muito especialmente para a violação do direito à vida e ao desenvolvimento pleno das suas potencialidades humanas, em razão de violência (civil e militar), preconceito e discriminação nas famílias, escolas, trabalho, serviços de saúde, etc.

**2) a proposta da redução de danos no uso, abuso e dependência de drogas:** essa temática, pensada e tratada de forma moralista por vários setores conservadores da sociedade brasileira, especialmente os interessados na manutenção das chamadas “casas de recuperação”, adquiriu visibilidade e demonstrou que é também uma questão muito mais complexa e diversificada, não bastando para conhece-la, e atuar sobre ela, uma visão pobre, prescritiva e de cunho criminalizante. Esse conhecimento se deve, em grande medida, às ações pioneiras de prevenção, com a disponibilização de seringas e agulhas descartáveis, pelos serviços de saúde, para usuários de drogas injetáveis. Iniciado em Santos-SP (1989-1992), essas ações valeram para Telma de Souza, então Prefeita da cidade, David Capistrano, Secretário de Saúde, e Fábio Mesquita, Coordenador de DST/aids, na época, ordens de prisão e diversos enfrentamentos jurídicos, médicos e religiosos.



**3) a emissão de licença compulsória, a chamada “quebra de patentes” na fabricação de medicamentos:** o direito ao acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais para tratamento das pessoas infectadas pelo HIV (Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996), foi garantido em razão da nossa política universal de saúde, conforme a Constituição Federal de 1988. Os laboratórios fabricantes de alguns medicamentos, no caso o antirretroviral Kaletra®, do Laboratório Farmacêutico Abbott, recusava-se a aceitar propostas de negociações, por parte do governo brasileiro, para redução dos altos preços do medicamento. Em posição estratégica de enfrentamento dessa situação, dado o altíssimo custo do tratamento<sup>5</sup>, o Governo brasileiro ameaçou emitir a licença compulsória, o que traria repercussões imediatas para o negócio dos laboratórios, em nível global. Em vista disso, o laboratório referido voltou atrás em sua posição e passou a negociar os medicamentos em preços mais compatíveis. Evidentemente, caso o governo brasileiro tivesse, de fato, realizado a “quebra de patentes”, populações do mundo inteiro poderiam ter sido beneficiadas. De qualquer modo, isto implicou em modificações de Leis e Acordos Internacionais no trato de questões que envolvem bioética e direitos humanos *versus* os interesses financeiros monopolistas das indústrias farmacêuticas.

**4. o controle hematológico dos bancos de sangue:** apesar de pressões políticas da sociedade, de cientistas e profissionais da saúde para a organização das atividades hemoterápicas no Brasil, responsável por altos índices de contaminação, inclusive a Chagas transfusional, o advento da aids foi determinante na adoção de medidas de saúde pública que alteraram os rumos da política nacional de sangue:

A aids transfusional, ao disseminar o "grande medo" e aglutinar um amplo movimento de luta pela melhoria dos serviços, foi responsável pelos rumos da política nacional do sangue na década 1980 e até nossos dias. (Foi este também, em graus variáveis, o impacto da ocorrência da aids transfusional sobre os novos rumos da hematologia e da hemoterapia nos países do Primeiro Mundo) SANTOS; MORAIS; COELHO (1992. p.109-110).

Ainda hoje a questão não está totalmente dimensionada, em razão dos tipos de exames realizados que não resolveram, diferentemente de outros países, a questão das janelas imunológicas na detecção dos vírus da hepatite C e B, HIV e HTLV III. Esse controle também tem implicado em discriminação da população, entretanto, o avanço dessa política de saúde pública é inegável.

**5. a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos:** essa temática, extremamente delicada e polêmica, que articula as categorias gênero, reprodução e sexualidade, a partir do avanço dos tratamentos, mas também impulsionada pela exigência de respeito pleno aos direitos sexuais e reprodutivos, fez avançar a discussão sobre gênero e violência sexual, especialmente as praticadas contra as mulheres no âmbito de relações estáveis; sobre sexualidade e gênero, reconhecendo as diferenças entre mulheres em relações homoafetivas e relações heteroafetivas; sobre maternidade e gênero; sobre a maior vulnerabilidade das mulheres para as dst/aids e sobre a responsabilidade dos serviços de saúde de promover, orientar e informar a população, especialmente mulheres, sobre suas possibilidades, recursos e direitos de exercício da sexualidade e da maternidade, ainda que boa parte dos serviços de saúde continue a



privilegiar apenas a questão reprodutiva, muitas vezes sem sequer tocar na questão da sexualidade.

## **Os velhos e novos desafios**

Segundo Fábio Mesquita, Coordenador do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Ministério da Saúde<sup>6</sup>, sabe-se que atualmente cerca de 734 mil pessoas vivem com HIV/aids no Brasil, indicando uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, mas estima-se que as pessoas que desconhecem a condição sorológica para o HIV é de 150 mil pessoas.

Com relação às mulheres, em relações heterossexuais, no geral estáveis, embora haja uma melhora da situação, hoje, na cidade de São Paulo, a razão entre sexos é de 3,0<sup>7</sup>, ou seja, para cada três homens há uma mulher infectada; uma melhora significativa, pois essa taxa já chegou a quase 1,0. É fundamental que a epidemia diminua significativamente em mulheres, por todas as questões de direitos humanos e de justiça, mas, sobretudo, pela implicação na diminuição da transmissão vertical, o que torna fundamental o conhecimento da condição sorológica para o HIV e outras DST com acompanhamento sistemático da gravidez e do parto.

Hoje, o retrato da epidemia nos mostra que prevalecem os velhos desafios de prevenção contínua às populações-chave, como têm sido denominadas as que se encontraram em contextos de maior vulnerabilidade, ou seja: homens que fazem sexo com homens sem preservativos (incluindo pessoas travestis e trans), especialmente adolescentes menores de 15 anos, quando se inicia a vida sexual<sup>8</sup>; profissionais do sexo, usuários(as) de drogas (agora não mais as injetáveis, mas especialmente o *crack* e metanfetamina), e populações privadas de liberdade.

Os novos desafios concentram-se, hoje, principalmente, na garantia e na luta pela preservação dos direitos humanos até aqui conquistados, os quais se encontram em risco, em razão da ofensiva neoconservadora que assola o mundo. No Brasil, o quadro se assemelha, porém com contornos específicos de nossa história: a desigualdade estrutural e o desprezo pela democracia.

Nesse sentido, assim como fizeram e fazem trabalhadores(as) e usuários(as) dos serviços de saúde que, mesmo com condições objetivas de trabalho adversas, ousaram e perseveraram na luta pela democracia, conquistando e garantindo direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV e a aids, trabalhadores(as) de outras instituições democráticas, como a Defensoria Pública, têm uma tarefa importantíssima e indispensável nessa luta.

É preciso radicalizar a democracia; é preciso ousar para encontrar novas estratégias de acesso às populações em contextos de maior vulnerabilidade, preservando o percurso trilhado e o conhecimento adquirido até aqui; é preciso travar nos campos político e ideológico a luta em defesa dos direitos já conquistados, mas, sobretudo avançar, obtendo novas conquistas. Só assim conseguiremos vencer não só essa epidemia, mas também tantas outras que assolam o país nesse momento, como o neoconservadorismo, o autoritarismo, a violência e o profundo desprezo pelas instituições democráticas e pelos direitos humanos.



## Referências Bibliográficas

ELIAS, Paulo E. NASCIMENTO; Vânia B. PAS - Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo (gestão 1993-1996). *CEDEC. Série Didática*, nº 2, São Paulo: CEDEC, Agosto de 1999. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/didati2.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati2.pdf). Acesso em: 05/02/2016.

SANTOS, L. C.; MORAES C.; COELHO V. S. P. Os Anos 80: A Politização do Sangue. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 2, Número 1, p. 107-149. Rio de Janeiro: UERJ, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/05.pdf>. Acesso em: 17/02/2016.

TONANTZIN R.G.; CARVALHO, F.T.; FARIA, E. R.; GOLDIM J. R.; PICCININI, C. A. Vida Reprodutiva de Pessoas Vivendo Com HIV/Aids: revisando a literatura. *Psicologia & Sociedade*, Número 21, p. 223-232. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a09.pdf>. Acesso em: 17/02/2016.

TRINDADE, R. O. *Os direitos humanos como fundamentação para a “quebra de patentes” dos medicamentos para aids: posição do Brasil*. [s.d.]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/antropi/lib/exe/fetch.php?media=dh.pdf>. Acesso em: 17/02/2016.

---

<sup>1</sup> Para maiores detalhes sobre o PAS, consultar: PAS - PLANO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (gestão 1993-1996). CEDEC. Série Didática, nº 2, Agosto de 1999. Paulo E. Elias e Vânia B. do Nascimento. Orientação: Amélia Cohn. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/didati2.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati2.pdf). Acesso em: 05/02/2016.

<sup>2</sup> Avaliando retrospectivamente, é certo que a dimensão da epidemia de aids foi de tal monta que, caso não estivessem ofertados serviços especializados, estaríamos diante de uma morbi- mortalidade muito mais severa, sem as condições básicas necessárias (medicamentos, leitos e profissionais) para retardar o progresso letal da infecção, que era basicamente o que podia ser feito nos primórdios do tratamento.

<sup>3</sup> Livro de Thomas Keneally transformado em filme por Steven Spielberg sobre a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Trata-se de relato da história real do industrial alemão Oskar Schindler, que acolhia em sua fábrica prisioneiros judeus que seriam enviados aos fornos de Auschwitz, posteriormente transferindo-os a salvo para a Tchecoslováquia.

<sup>4</sup> <http://www.aids.gov.br/pagina/direitos-fundamentais>

<sup>5</sup> Em 2005, os gastos com medicamentos não fabricados no Brasil eram de 950 milhões de reais. Só com na compra do Kaletra® o custo era de R\$ 257 milhões em 2005 (TRINDADE, [s.d.]).

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cz7KxYdP2K0A>. Acesso em 24/02/2016.

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>. Acesso em 19/02/2016.

<sup>8</sup> Segundo Eliana Gutierrez, Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids da cidade de São Paulo Disponível em: [http://agenciaaids.com.br/home/artigos/artigo\\_detalhe/498#.Vs3U9fkrfgs](http://agenciaaids.com.br/home/artigos/artigo_detalhe/498#.Vs3U9fkrfgs). Acesso em 24/02/2016.



## **O fim da epidemia de AIDS e as novas tecnologias de prevenção e tratamento: considerações sob a perspectiva de direitos humanos<sup>1</sup>**

**Marcela Fogaça Vieira**

Advogada, mestre em saúde pública e coordenadora de projetos na Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)

**Oseias Cerqueira dos Santos**

Advogado, mestre e doutorando em saúde pública e assistente de projetos na Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)

### **Resumo**

O presente texto foi elaborado para ser apresentado no âmbito da Conferência “Direitos humanos e combate à discriminação na perspectiva da vida com HIV/AIDS: avanços e retrocessos”, organizada pelo Núcleo Especializado de Combate a Discriminação, Racismo e Preconceito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo nos dias 24, 25 e 26 de fevereiro de 2016. A apresentação será no segundo dia da Conferência, que possui como tema “Avanços tecnológicos, avanços jurídicos?”, no âmbito do Painel 5: “Profilaxia pré-exposição (PrEP): um direito do/a cidadão/ã e um dever do Estado?”.

A apresentação está estruturada na seguinte forma: i) breve contextualização das atuais políticas de prevenção e tratamento para AIDS e o anunciado fim da epidemia; ii) novas tecnologias de tratamento e prevenção sob uma perspectiva de direitos humanos; iii) sustentabilidade financeira das novas políticas de AIDS no Brasil e iv) considerações finais.

---

<sup>1</sup> Os autores agradecem a revisão e comentários feitos por Veriano Terto Junior, antropólogo e assessor especial de projetos da ABIA.



## **1. O fim da epidemia de AIDS?**

Pela primeira vez, desde que a epidemia surgiu no início da década de 1980, fala-se abertamente no fim da epidemia de AIDS. Existe até uma data prevista para esse acontecimento no “calendário” das Organizações das Nações Unidas: o ano de 2030. Mas, ao passo que começou a ganhar força nos organismos internacionais um discurso que estabelece uma data limite para o fim da epidemia de AIDS, ganhou força também a necessidade de novas abordagens para a resposta global à epidemia, que complementam, e não excluem, os métodos já utilizados.

Estima-se que atualmente 37 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo. No Brasil, a estimativa oficial é de 781 mil (MS, 2015). Globalmente, 2 milhões de novas infecções foram registradas em 2014 (UNAIDS, 2015). Relatório do UNAIDS (sigla em inglês para Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e a AIDS) divulgado em 2014 revelou que houve uma queda de 27% no número de novas infecções no período de 2005 a 2013, mas o número ainda é inaceitavelmente alto. Na contramão da tendência global, no mesmo período houve no Brasil um aumento de 11% no número de novas infecções, com estimativa de 44 mil novas infecções em 2013 (UNAIDS, 2014a).

Após o lançamento do relatório do UNAIDS, o governo brasileiro logo se apressou para divulgar que no período o Brasil mais do que dobrou o total de pessoas em tratamento para HIV/AIDS e é o país que mais distribui camisinhas no mundo<sup>1</sup>. O que só reforça o entendimento de que os meios adotados até então não têm sido suficientes e precisam ser complementados. Como exemplo, segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 45% da população brasileira não usa camisinha, mesmo sabendo que é eficaz como meio de prevenção ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis<sup>2</sup>. O mantra “use camisinha” não é (nem nunca foi) suficiente e ter mais ferramentas para prevenção do HIV é fundamental (PARKER, 2015).

Nesse contexto, surgiram novos métodos e com eles novas políticas principalmente no que se refere a prevenção do HIV. Na “nova era da prevenção”, ganharam força respostas baseadas no uso de medicamentos antirretrovirais como estratégia central do combate à epidemia. No arcabouço de novas opções preventivas, ganha centralidade a disponibilização das profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP), bem como uma preocupação mais contundente sobre supressão viral e antecipação do tratamento antirretroviral como formas de reduzir a transmissão do HIV (política conhecida como “tratamento como prevenção”). As chamadas “novas tecnologias de prevenção” estão, portanto, bastante centradas na ampliação do uso de medicamentos antirretrovirais como meio de prevenção, com reforço das técnicas biomédicas.

Mas não podemos esquecer que a resposta à epidemia nunca foi nem pode ser apenas biomédica. Conforme destaca Richard Parker, diretor-presidente da ABIA (PARKER, 2015), é consenso que a grande conquista da resposta brasileira à epidemia foi a ousadia e o sucesso da sua resposta social e política. As chamadas “técnicas biomédicas”, que incluem tecnologias e práticas já antigas – como a camisinha e a circuncisão, além das “novas tecnologias” - com a ampliação da utilização de medicamentos antirretrovirais para a prevenção – dependem de



respostas no âmbito político e social para que sejam de fato colocadas em prática de forma efetiva.

Os dados apontados acima revelam que a epidemia de AIDS ainda está longe de chegar ao fim. Uma nova abordagem preventiva, com a adoção efetiva de uma variedade de métodos, que incluem os novos métodos sem excluir os já existentes, pode levar a uma real possibilidade de erradicar a AIDS enquanto epidemia. Mas isso só poderá ser feito se, além da resposta biomédica, houver reforço das respostas social e política, principalmente no combate da chamada “terceira epidemia” (DANIEL e PARKER, 1991), aquela de estigma e discriminação que impede que as respostas à epidemia de infecção pelo HIV e à epidemia de casos de AIDS possam ser de fato efetivas.

De fato, a realidade da epidemia de AIDS, demonstra que o estigma e a discriminação são barreiras concretas ao acesso aos serviços e tecnologias já disponíveis para combate à epidemia de AIDS e de nada adianta a adoção de novas políticas, baseadas em novas tecnologias, se elas não estiverem acessíveis para as pessoas que realmente precisam.

Tanto é legítima tal preocupação que, para além das recomendações voltadas à prevenção numa perspectiva mais restrita, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elencou uma série de “facilitadores críticos” no que tange à garantia de direitos, sobretudo dos grupos mais atingidos pela epidemia (WHO, 2014a). Segundo a OMS, as violações de direitos humanos que se materializam a partir de políticas e práticas discriminatórias configuram o atual perfil da epidemia e precisam ser enfrentadas se realmente se almeja o fim da epidemia.

Nessa perspectiva, foram estabelecidas ações que sugerem, em suma: a revisão de leis, políticas e práticas para permitir o acesso a serviços de cuidados em saúde; a implementação e aplicação de leis protetivas e antidiscriminatórias voltadas à eliminação do estigma, discriminação e violência contra as populações-chave; disponibilização de serviços acessíveis; garantia do empoderamento, monitoramento, apuração e julgamento das violências contra as populações-chave<sup>3</sup> (WHO, 2014a).

No entanto, as respostas globais à epidemia estão reforçando o aspecto biomédico da questão, deixando em segundo plano questões políticas e sociais estruturantes da epidemia. As recomendações para utilização das novas técnicas de prevenção estão sendo muito trabalhadas por todas as agências internacionais e sendo adotadas progressivamente em diversos países do mundo. Mas não vemos o mesmo em relação aos aspectos sociais, políticos e econômicos que devem ser abordados para que haja uma efetiva implementação das novas (e também das já existentes) tecnologias que possam fazer diferença na realidade concreta da epidemia.

Mais uma vez trazendo as reflexões de Richard Parker (2015), é necessário refletir de maneira crítica sobre o enunciado global do fim da AIDS, para evitar que a promessa do fim iminente da epidemia tenha efeitos desmobilizantes, tanto do ponto de vista do movimento social, quanto dos gestores da epidemia, quanto uma desculpa para a redução dos recursos disponíveis para o enfrentamento da epidemia, que ainda está longe do fim.

Há alguns anos a ABIA, junto com outros setores dos movimentos sociais<sup>4</sup>, vem alertando o governo brasileiro para o risco eminente de retrocesso no combate à epidemia no país. O diagnóstico foi confirmado recentemente no relatório da UNAIDS mencionado acima,



no qual o Brasil – outrora inspiração para o mundo na resposta à AIDS – aparece na contramão da tendência mundial. Uma das principais causas foi a expansão do conservadorismo no país, com o veto de campanhas de prevenção voltadas para as populações mais vulneráveis à epidemia de HIV/AIDS. A exclusão de organizações da sociedade civil e das comunidades afetadas da construção de respostas à epidemia também é um fator que contribui para o retrocesso nas políticas de prevenção e no aumento do número de infecções.

Não podemos esquecer jamais que foram as comunidades, e não a ciência, as responsáveis pela produção do conhecimento e articulação das estratégias mais importantes para o enfrentamento da epidemia, tais como o sexo seguro e a redução de danos. Os conhecimentos mais importante sobre a epidemia e sobre como enfrentar a epidemia foram criados pelas comunidades. E isso continua tão verdadeiro hoje como no passado (PARKER, 2015).

Mas, voltando para o que dizem os organismos internacionais, o que seria necessário atingir para que haja o fim da epidemia de AIDS?

Novas metas globais – geralmente traduzidas em slogans – são comumente anunciadas durante as Conferências Internacionais de AIDS, realizadas a cada dois anos. Na última Conferência Internacional de Aids realizada em 2014 em Melbourne na Austrália, o slogan da vez, anunciado pelo UNAIDS, foi o já famoso “90-90-90”. Ou seja, 90% das pessoas que têm HIV devem saber seu status, 90% dessas devem estar em tratamento e, das pessoas em tratamento, 90% teriam carga viral indetectável. Segundo o UNAIDS, isto representa que 73% de toda a população mundial das pessoas que vivem com o HIV teriam uma carga viral indetectável em 2020. Caso essas metas sejam alcançadas nos próximos anos, modelos estatísticos preveem o fim do HIV como uma epidemia até 2030 (UNAIDS, 2014b). É/Seria o tão esperado “fim da AIDS”.

#### THE TREATMENT TARGET

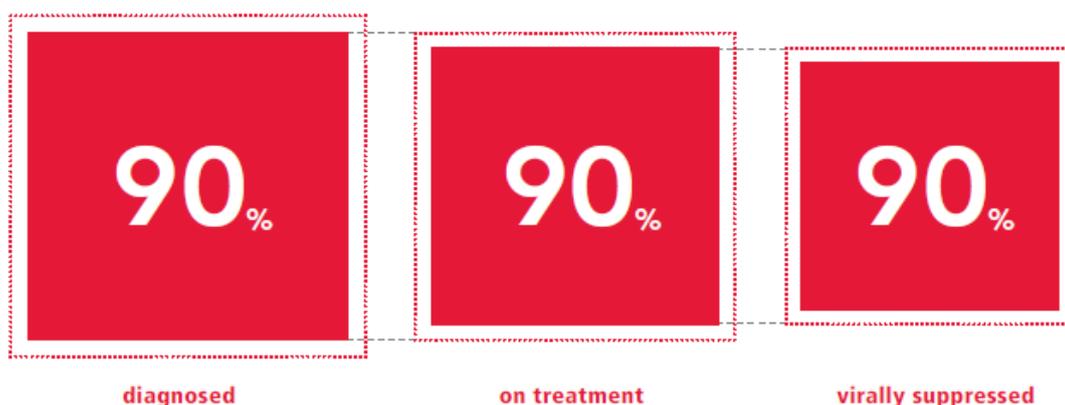


Figura 1 – Metas para tratamento de HIV, UNAIDS, 2014.

Fonte: UNAIDS, 2014b.



Na busca por tão ambicioso resultado, o cenário das respostas à epidemia, tanto no âmbito global, mas também cada vez mais em âmbito nacional, tem passado por transformações que envolvem, basicamente, novas abordagens para a prevenção ao HIV, a partir da disponibilização das chamadas “novas tecnologias de prevenção”. Mas, que novas tecnologias são essas?

## **2. As novas tecnologias de prevenção e tratamento: Profilaxias pós-exposição e pré-exposição e “tratamento como prevenção”**

A profilaxia pré-exposição (PrEP) consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais para proteção de pessoas soronegativas para o HIV *antes* de eventual exposição ao vírus. Atualmente, a PrEP só está disponível para ser utilizada pela via oral, mas estudos estão em andamento para testar a possibilidade de aplicação tópica via gel contendo microbicida anti-HIV. A profilaxia pós-exposição, por sua vez, é a utilização de medicamentos antirretrovirais para proteção de pessoas soronegativas para o HIV *após* possível exposição ao vírus. O chamado “tratamento como prevenção” (TasP – do inglês “*treatment as prevention*”) consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais em pessoas soropositivas, como forma de reduzir a transmissão do HIV, ou seja, como estratégia de prevenção a novas infecções pelo HIV.

### *2.1. Profilaxia pré-exposição (PreP) e profilaxia pós-exposição (PEP)*

Em 2014, a OMS atualizou suas diretrizes para o uso de medicamentos antirretrovirais para a prevenção e tratamento de infecções pelo HIV (WHO, 2014) para incluir uma nova recomendação para utilização da PrEP - profilaxia pré-exposição principalmente para homens que fazem sexo com homens (HSH). A (PrEP) passou a ser recomendada como uma escolha adicional, dentro de um pacote abrangente para a prevenção do HIV. Com isso, a OMS colocou no âmbito das políticas globais de resposta à epidemia de HIV/AIDS a utilização da PrEP como uma das novas tecnologias para serem usadas como prevenção ao HIV. Mais recentemente, em setembro de 2015, a OMS atualizou mais uma vez suas diretrizes para recomendar que todas as pessoas em risco de infecção utilizem a PrEP como forma de prevenção ao HIV (WHO, 2015).

É importante que isso esteja bem claro. A PrEP deve ser disponibilizada como uma escolha, uma opção adicional, entre um leque abrangente de métodos e tecnologias de prevenção. Deve ampliar, e não reduzir, as opções disponíveis. Infelizmente, não é isso que temos visto na atual realidade de redução de recursos para enfrentamento da epidemia, que tem forçado a restrição de atividades preventivas, como educação via pares e intervenções nas ruas.

Várias questões têm sido levantadas sobre a expansão da PrEP como uma política pública global: quais são os recursos disponíveis para implementação de tal recomendação. não



excessivo de recursos para a PrEP, deixando para trás outras opções de prevenção? Qual a pertinência de expandir em escala mundial a utilização de medicamentos antirretrovirais em pessoas soronegativas, quando atualmente apenas 40% das pessoas que vivem com HIV recebem tratamento antirretroviral? Se a adesão ao tratamento já não é fácil entre as pessoas soropositivas, como será entre as pessoas soronegativas? E os efeitos colaterais dos medicamentos, as resistências? São questões que ainda não encontraram respostas definitivas, mas estão sendo cada vez mais debatidas e estudadas sob diferentes aspectos e perspectivas.

No Brasil, a PrEP ainda não é adotada como política. Um estudo multicêntrico – PrEP Brasil<sup>5</sup> – está sendo conduzido para avaliar a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecer a PrEP à população brasileira.

Há muito o governo brasileiro espera o resultado desses estudos para então tomar uma decisão de disponibilizar ou não a PrEP no Brasil. No entanto, acreditamos que já existem evidências suficientes que comprovam que a PrEP é uma importante estratégia contra o HIV. Já é evidência científica que o uso do tenofovir pode prevenir a infecção pelo HIV e evitaria o surgimento de muitos novos casos de infecção no Brasil. Hoje a PrEP é uma importante opção de prevenção para muitas pessoas nos países onde se encontra disponibilizada (Estados Unidos, França e África do Sul). Reconhecemos a importância da realização de estudos direcionados à população brasileira, no entanto, acreditamos que o Brasil já está atrasado na incorporação do novo método como política pública de saúde.

Recentemente a ABIA divulgou uma nota criticando o atraso na incorporação da PrEP no SUS. Na nota, a ABIA defende que os estudos devam ocorrer simultaneamente com a incorporação da PrEP no SUS. E ressalta que não podemos admitir que, com o carimbo de atraso e incompetência do governo, pessoas continuem se infectando pelo HIV quanto há métodos disponíveis que poderiam evitar novas infecções. A prevenção combinada precisa sair do discurso governamental e se efetivar na prática, possibilitando o maior leque de prevenções atualmente possíveis (ABIA, 2015).

Em muitas ocasiões são levantados questionamentos sobre o papel que a empresa que comercializa o medicamento utilizado na PrEP – a Gilead – tem exercido sobre organizações da sociedade civil, governos e agências internacionais para a disponibilização mais abrangente da PrEP. Levantaremos algumas questões sobre os interesses financeiros das empresas mais adiante, mas, por ora, gostaríamos de ressaltar apenas uma informação. O medicamento atualmente utilizado para a PrEP é conhecido pelo seu nome comercial – truvada. O truvada é uma combinação de dois medicamentos já há muito conhecidos: tenofovir e emtricitabina. Os medicamentos separados já não possuem patentes em muitos países, inclusive no Brasil, e existem versões genéricas prequalificadas pela OMS de diferentes produtores para ambos os medicamentos. A Gilead depositou pedidos de patente para a combinação tenofovir+emtricitabina em um único comprimido, que é o truvada, na tentativa de ampliar seu controle sobre a comercialização do comprimido.

Esse pedido de patente ainda está pendente de análise em muitos países, incluindo no Brasil, e onde concedido pode representar uma barreira ao acesso, mas também já existem versões genéricas prequalificadas pela OMS da combinação. Além disso, estudos mais recentes



demonstram que a PrEP pode também ser eficaz com a utilização apenas do tenofovir (WHO, 2015), que já está em domínio público na maioria dos países do mundo (e a patente está prestes a expirar nos países onde ainda está válida). A utilização de versões genéricas dos medicamentos, geralmente comercializadas a um preço muito mais baixo do que a versão de marca, rompe o monopólio da Gilead como única empresa que disponibiliza a PrEP e possibilita uma discussão mais franca sobre as questões relacionadas à PrEP, para além do interesse financeiro da Gilead em promovê-la.

Além disso, um estudo no Brasil, conhecido como PrEP Horizonte, avalia a possibilidade de se utilizar uma outra combinação: tenofovir e lamivudina. A lamivudina e a emtricitabina são semelhantes e o Brasil optou por utilizar no tratamento do HIV/AIDS a lamivudina e não a emtricitabina, que não é utilizada no país. Tanto a lamivudina quanto o tenofovir já são disponibilizados em suas versões genéricas no Brasil.

A profilaxia pós-exposição (PEP), por sua vez, é recomendada para ser utilizada após provável exposição ao vírus, podendo ser ocupacional – profissionais de saúde – ou sexual. A OMS recomenda que a PEP sexual esteja disponível para todas as pessoas elegíveis das populações-chave, para uso voluntário, após uma possível exposição ao HIV.

No Brasil, desde outubro de 2010, o Ministério da Saúde<sup>6</sup> recomenda a PEP sexual somente para situações excepcionais em que ocorrer falha, rompimento ou não uso da camisinha durante a relação sexual, devendo o profissional de saúde avaliar o grau de risco da exposição ao HIV. É indicada, ainda, em casos de violência sexual contra mulheres ou homens. Consiste na utilização de medicamentos antirretrovirais pelo período de 28 dias após a exposição, devendo ser iniciada em até 72 horas após a ocorrência.

É necessário perceber que a utilização do medicamento como prevenção pressupõe a exposição do indivíduo ao risco de infecção pelo HIV. Há o estabelecimento de uma escala de risco que é aferida progressivamente a partir do tipo de relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral) e pelos sujeitos envolvidos nas relações sexuais. Há nesse ponto o estabelecimento de uma escala de pessoas ou grupos mais propícios a expor o “outro” à infecção pelo HIV: as pessoas que sabidamente têm HIV e aqueles que, minimamente, estão sob uma presunção de infecção: populações-chave. Essa noção de “risco”, mais uma vez, pode ser fator que aumenta o estigma e a discriminação em relação a determinados grupos e populações. É necessário que as novas tecnologias preventivas sejam aplicadas de forma a impedir que isso ocorra.

## *2.2. “Tratamento como prevenção (TasP)” e “testar e tratar”*

Há ainda o chamado “tratamento como prevenção” que, como visto acima, consiste no tratamento com medicamentos antirretrovirais como forma de reduzir a transmissão do HIV, ou seja, como estratégia de prevenção para novas infecções pelo HIV.

Em 2011, um estudo conhecido como HPTN 052 demonstrou que o início mais precoce da terapia antirretroviral (TARV) resultava em importante redução na carga viral e



redução de 96% da taxa de transmissão do HIV. Assim, a antecipação do início do tratamento passou a ser considerada como uma forma de prevenir a epidemia através da medicalização das pessoas diagnosticadas. Em 2013, a OMS incluiu em suas diretrizes para tratamento do HIV/AIDS (WHO, 2013) a recomendação para inclusão do “tratamento como prevenção”.

Alguns questionamentos foram levantados sobre a estratégia de tratamento como prevenção, entre eles podemos destacar:

- i) ausência de evidências do benefício clínico ao paciente;
- ii) possível restrição da autonomia do sujeito em decidir quando iniciar o tratamento e o risco de testagem obrigatória e não sigilosa;
- iii) possível criminalização das pessoas vivendo com HIV que decidirem não iniciar o tratamento como forma de prevenção da transmissão, sobretudo quando não apresentarem carga viral indetectável. Há um grande risco de que as pessoas vivendo com HIV passem a ser vistas como “ameaças”, transmissoras do vírus e não como portadoras de direitos que devem ser reconhecidos, respeitados, assegurados e promovidos.
- iv) falta de acesso a pessoas que precisam do “tratamento como tratamento” - não como prevenção, mas para que possam permanecer vivas.

O primeiro ponto foi minimizado posteriormente com a divulgação do estudo START no primeiro semestre de 2015, que demonstrou os benefícios clínicos do início antecipado do tratamento para a própria pessoa que toma os medicamentos, e não apenas como forma de prevenção para terceiros. A partir dessas evidências científicas, justificou-se o estabelecimento de novos critérios para o início do tratamento antirretroviral. A partir disso, a política de início antecipado da TARV ganhou força não apenas como uma medida de prevenção, mas também como uma política de tratamento, que ficou conhecida como “testar e tratar”.

Inicialmente as recomendações de início do tratamento em âmbito global e também no Brasil era feita para pacientes com contagem de CD4<sup>7</sup> abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>, posteriormente mudando para 500 células/mm<sup>3</sup>. A partir de 2013, a OMS passou a recomendar o início mais rápido possível da terapia, independente da contagem de células de defesa. Essa recomendação foi incorporada no Brasil em dezembro de 2013.



<b>Quadro 1. Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)</b>	
<b>Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4</b>	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
<b>Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4</b>	
Iniciar TARV	
<b>Assintomáticos</b>	
CD4 $\leq$ 500 células/mm <sup>3</sup>	Iniciar TARV
CD4 $>$ 500 células/mm <sup>3</sup>	Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"><li>• neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia</li><li>• doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham)</li><li>• coinfeção HIV-HCV</li><li>• carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL</li></ul>
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
<b>Gestantes</b>	
Iniciar TARV	

Figura 2 - Recomendações para início da TARV em pessoas vivendo com HIV, Brasil, 2013-atual

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Acreditamos que a política “testar e tratar”, que objetiva a ampliação de acesso a diagnóstico e tratamento, é bem-vinda. No entanto, algumas preocupações devem ser levadas em consideração para que sua implementação seja feita de forma a garantir os direitos humanos, e não a promover sua violação. Vale lembrar que uma política baseada nos direitos humanos e com constante participação da sociedade civil em todas as fases de elaboração e implementação é o que fez com que o programa brasileiro de combate à Aids fosse visto, no passado, como uma política de sucesso em todo o mundo. Sem isso, os retrocessos que já começam a aparecer poderão colocar todo o sucesso obtido em risco (GTPI, 2013).

As iniciativas governamentais de ampliação da testagem do HIV ainda excluem os grupos mais atingidos pela epidemia, que seguem sem acesso ao teste. Muitos têm receio de realizar o teste com medo do preconceito que muitas vezes ainda acompanha o diagnóstico. O fechamento de vários centros de referência de atenção à pessoa com HIV/AIDS, obrigando-a a buscar atendimento no serviço de saúde mais próximo ao seu domicílio, bem como as recentes censuras de campanhas e materiais de prevenção voltados para os grupos nos quais a epidemia é mais concentrada no Brasil são um grave sinal de que o governo está retrocedendo no combate ao preconceito e ao estigma social relacionado à Aids. O combate ao preconceito é central na luta contra a Aids; essa é uma lição que não pode se perder.

A ampliação da oferta de teste de diagnóstico deve ser feita dentro de parâmetros éticos, sociais e cientificamente estabelecidos, que prevê aconselhamento pré e pós testagem, e sempre de forma voluntária e com total sigilo e privacidade. Assim, iniciativas como testagem



em megaeventos e disponibilidade de teste de baixo custo em farmácias são preocupantes, na medida em que não são acompanhadas por uma equipe de saúde interdisciplinar e treinada para o caso de um teste com resultado positivo. Ademais, pouco adianta receber o diagnóstico positivo e não ter acesso a serviços de saúde necessários ao tratamento. O longo tempo de espera para a primeira consulta e a falta de atendimento especializado no sistema público de saúde são inaceitáveis.

Ainda, acreditamos que o tratamento com medicamentos antirretrovirais deva ser disponibilizado para todas as pessoas vivendo com HIV, mas a decisão sobre o início do tratamento cabe apenas a própria pessoa, após recebimento de todas as informações disponíveis sobre os benefícios e os riscos do tratamento. A pessoa vivendo com HIV não pode ser tratada como um transmissor do vírus. Assim, a decisão sobre o início do tratamento com antirretroviral, especialmente nos casos de pessoas assintomáticas, com contagem de CD4 superior a 500 ou soronegativas, deve ser feita respeitando a autonomia do indivíduo, sem coerção ou julgamento moral sobre sua decisão. É importante mencionar que o protocolo brasileira utiliza a expressão “estimular o início imediato da TARV”, expressão essa muito criticada por diferentes organizações da sociedade civil que temem que a autonomia da pessoa para decidir quando iniciar a terapia não seja respeitada.

Ademais, o tratamento antirretroviral não pode ser visto como único meio de prevenção. A política de prevenção deve ser combinada a outras formas de redução da transmissão do vírus, como o tratamento de outras infecções sexualmente transmissíveis que aumentam a probabilidade de transmissão do HIV, o aconselhamento sobre as formas de transmissão e métodos de prevenção disponíveis, política de redução de danos para pessoas que injetam drogas. Ademais, a prevenção combinada não deve ter uma abordagem apenas biomédica, mas também contemplar dimensões culturais, sociais e estruturais da epidemia. Não se trata de uma mera combinação de métodos e tecnologias, mas uma combinação destes métodos com fatores estruturais (adoção de políticas públicas, promoção e defesa dos DH, leis protetivas etc.), com aspectos sociais (ambientes sociais e culturais favoráveis, como menos estigma e discriminação) e comportamentais (ampliação do nível de conhecimento sobre os novos métodos, escolhas individuais e coletivas).

A adoção efetiva de múltiplas abordagens preventivas depende também do acesso de indivíduos e comunidades a informações sobre os métodos disponíveis, além da conscientização sobre os métodos potencialmente mais eficazes à luz de suas situações específicas e do empoderamento para tomar decisões sobre as opções de prevenção que fazem mais sentido para suas vidas (PARKER et al, 2015). Nesse sentido, é de importância fundamental entender as dinâmicas e processos envolvidos na transmissão do HIV levando em consideração as especificidades dos grupos populacionais atingidos, interessando às pesquisas e políticas de saúde o contexto social e gerando o desafio de enfrentamento dos processos históricos de (des)valorização das identidades que interferem nas possibilidades de vida e (des)qualifica as respostas sociais frente a epidemia de AIDS (PARKER, 2002).



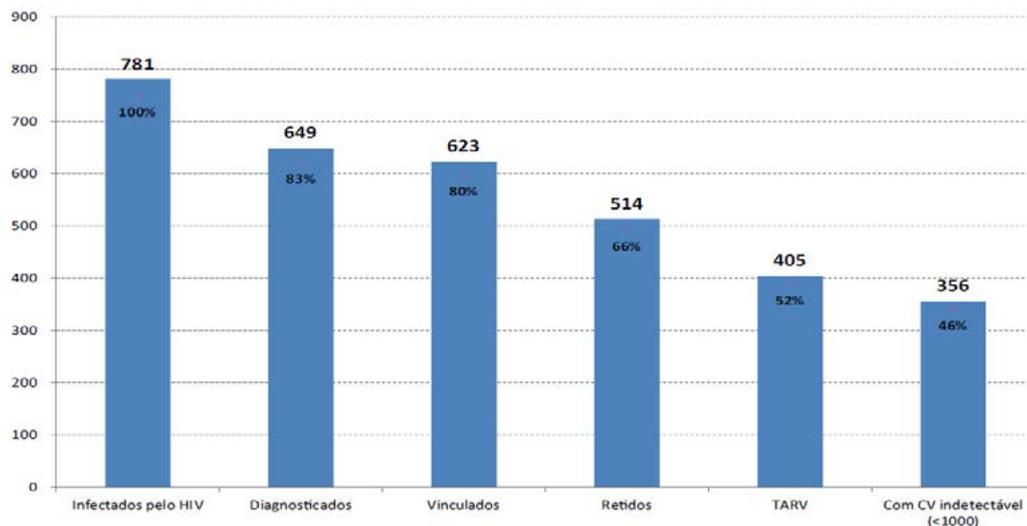
### 3. A sustentabilidade financeira da nova resposta à epidemia de AIDS no Brasil

Como visto, a espinha dorsal da política atual de resposta à epidemia de HIV é baseada em metas globais ambiciosas cuja principal estratégia para sua consecução baseia-se numa ampliação sem precedentes da cobertura medicamentosa. Embora estejamos diante de diferentes estratégias, é possível sinalizar para a necessidade de discutir o contexto em que as políticas estão sendo incorporadas, vez que envolvem o dispêndio de vultuosos recursos financeiros, sobretudo para a compra de medicamentos, em um cenário de subfinanciamento crônico do sistema público de saúde no Brasil, agravado por uma crise econômica e nova onda de cortes do orçamento de políticas sociais.

Tendo em vista tal contexto, uma pergunta se impõe: a nova política de tratamento para AIDS é sustentável? Caso todas as pessoas elegíveis para tratamento optem por iniciar imediatamente o uso de medicamentos antirretrovirais, teremos recursos financeiros disponíveis no SUS para garantir acesso a tratamento universal e gratuito para todos, como garante nossa constituição e lei específica que em 2016 completa 20 anos de existência?

Embora a situação do Brasil seja considerada confortável em comparação ao quadro global, analisando os números atuais, percebe-se que há um caminho longo a percorrer no país. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2014 83% das pessoas vivendo com HIV tinham conhecimento de seu status sorológico, 52% estavam em tratamento com antirretrovirais e 46% tinham carga viral indetectável (MS, 2015).

Gráfico 1. Cascata de cuidado contínuo do Brasil, 2014.





É preciso destacar que um grande desafio para a ampliação da cobertura medicamentosa e para a sustentabilidade do sistema público de saúde tem sido o aumento dos custos dos tratamentos devido à utilização de novos medicamentos. A maioria dos novos medicamentos estão protegidos por patentes ou sujeitos à proteção patentária no Brasil. O acesso a tratamento antirretroviral no Brasil foi em grande parte possibilitado pela fabricação nacional dos medicamentos, que na época não estavam protegidos por patentes, a preços muito mais baixos do que os praticados pelos laboratórios multinacionais. Mas em 1996, o Brasil alterou sua lei de propriedade industrial e os medicamentos mais novos passaram a ser protegidos por patentes, o que dificulta sua produção local ou a importação de medicamentos genéricos a preços mais baixos.

O sistema de patentes estabelece uma espécie de regime de exceção à “lei da oferta e da procura” a partir de uma “premiação” do esforço inovador: a criação de um produto, uma vez patenteadado, gera o direito ao monopólio da comercialização para o responsável pelo registro da inovação. O período de comercialização com exclusividade é entendido como necessário para que ocorra a recuperação do investimento realizado para gerar a inovação. Assim, durante a vigência da exclusividade, o titular da patente vende seu produto com preço elevado com o objetivo de maximizar o retorno financeiro de seu investimento<sup>8</sup>.

O que à primeira vista parece justo, ou minimamente coerente, constitui um impedimento à concorrência privada e produção pública de medicamentos e dá margem à possibilidade de abusos econômicos. A consequência imediata disso pode ser vislumbrada em um dos setores que mais movimentam recursos financeiros decorrente do monopólio de grandes multinacionais no regime atual de patentes: a indústria farmacêutica (Biehl, 2008). Como o lucro não é definido pelo custo de produção ou mesmo pelo custo de desenvolvimento, mas pela possibilidade de comercialização exclusiva por parte de quem detém o direito de propriedade intelectual, o titular da patente pode vender o produto em situação de monopólio com preço elevado, o que dificulta a viabilidade de políticas públicas de acesso a medicamentos (GTPI, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2014, 405 mil pessoas estavam recebendo medicamentos antirretrovirais no Brasil. Somente em 2014, R\$ 780 milhões (63% do orçamento do Departamento Nacional de Aids e Hepatites Virais) foram destinados apenas para a compra de medicamentos. Em 2005, quando o gasto com medicamentos chegou a R\$ 986 milhões, principalmente em razão da incorporação de medicamentos patenteados com preços elevados, o Ministério da Saúde declarou publicamente que a política de aids estava em risco no Brasil. No entanto, o debate sobre preço justo e a vontade política de usar mecanismos legais de proteção da saúde se perderam, justo agora quando novas barreiras patentárias se colocam entre os pacientes e as novas opções terapêuticas e preventivas.

Para a consecução das políticas atuais, com início antecipado do tratamento, e para a incorporação de novas políticas como a PrEP, deve-se considerar que um número cada vez maior de pessoas deve passar a utilizar medicamentos antirretrovirais. Além disso, dentre os pacientes já em tratamento, muitos já começam a adquirir resistência viral e necessitam migrar para outros regimes de tratamento, sendo que atualmente o preço dos medicamentos,



ao cenário que enfrentávamos no início da epidemia. Assim, é preciso considerar que cada vez mais pessoas necessitarão de medicamentos de alto custo, protegidos por patentes. Essa tendência traz desafios para a sustentabilidade da política de acesso universal, caso a questão patentária não seja alvo de políticas que priorizem os direitos humanos, frente aos direitos comerciais das empresas.

Trazemos o gráfico abaixo para ilustrar a diferença de preços entre os esquema de primeira linha, composto por versões genéricas dos medicamentos no Brasil (tenofovir, lamivudina e efavirenz); segunda linha, que contém um medicamento ainda patenteado no Brasil (lopinavir/r); e um esquema de terceira linha (raltegravir, darunavir e etravirina), no qual os medicamentos estão sujeitos à proteção patentária no país. O gráfico traz uma comparação entre os preços pagos pelo Brasil e o menor preço internacional.

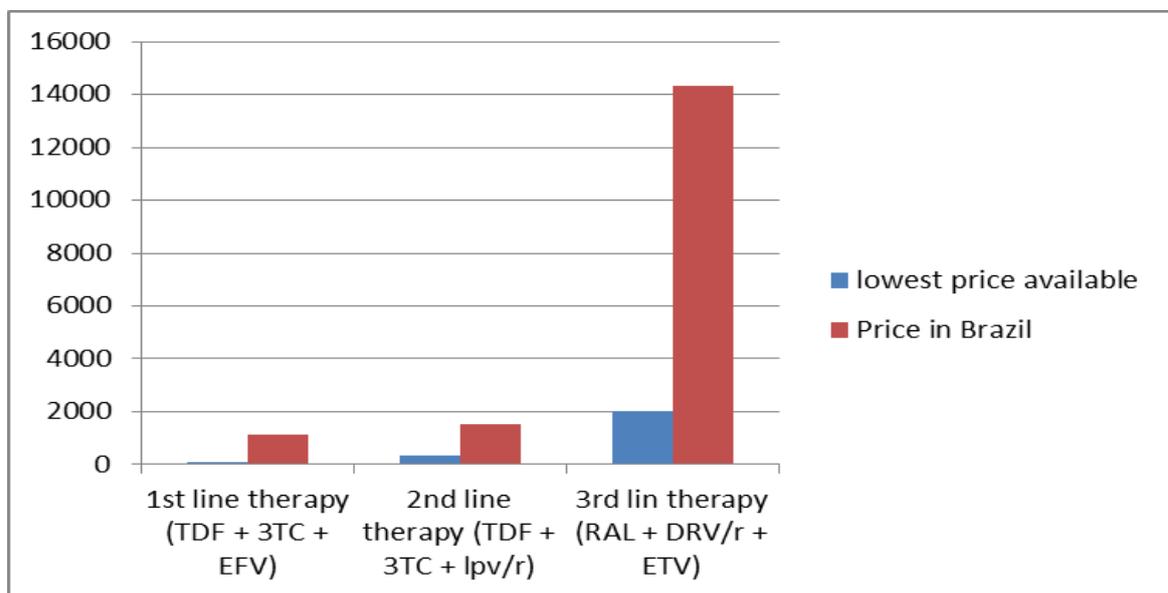


Figura 4: Diferença entre preço em US\$ da primeira e da terceira linha de tratamento ARV no Brasil, 2013

Fonte: GTPI, 2014. Elaborado com dados do Ministério da Saúde para preços Brasil e Médicos Sem Fronteiras, para preços internacionais.

Algumas medidas poderiam ser adotadas pelo governo para minimizar o impacto negativo das patentes no acesso a medicamentos e assegurar a sustentabilidade de políticas públicas de acesso a saúde. Se nos anos 1990/2000, o Brasil teve um papel de vanguarda ao provar para o mundo que o tratamento das pessoas com HIV/Aids era possível, atualmente, pouco tem sido feito nesse sentido.

Em 2007, foi emitida uma licença compulsória para o medicamento antirretroviral efavirenz, a primeira e única licença compulsória no Brasil. Com essa medida, o Brasil economizou em 5 anos mais de R\$ 200 milhões, com a importação do medicamento genérico e posterior produção nacional pelo laboratório público Farmanguinhos. Apesar do sucesso da licença compulsória, o governo optou por deixar de lado a utilização dessa medida de proteção para a saúde e adotar uma estratégia comercial baseada na negociação de licenças voluntárias com os titulares das patentes, por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs).



Apesar das declaradas boas intenções, os benefícios das PDPs para as políticas de saúde ainda são uma aposta, cercada de promessas governamentais, contrastando com os resultados imediatos trazidos pela licença compulsória<sup>9</sup>.

Ainda, estão em tramitação na Câmara dos Deputados diferentes projetos de lei que visam uma revisão da lei de patentes sob a perspectiva de defesa do interesse público. A aprovação das alterações dotaria o Brasil de medidas que, assim como a licença compulsória, poderiam beneficiar o acesso a medicamentos e a sustentabilidade de políticas públicas de saúde. A reforma da lei de patentes é um passo fundamental, mas de nada adianta a previsão legislativa se não houver real vontade política para utilização dessas medidas<sup>10</sup>.

A experiência brasileira prova que a ampliação da oferta de medicamentos deve ser sempre acompanhada de estratégias de redução de preço e de combate a práticas abusivas de patenteamento. Do contrário, a política de acesso a universal se torna insustentável. Vale lembrar que o sistema internacional de propriedade intelectual permite aos países adotarem medidas de proteção ao direito à saúde. O sistema internacional de direitos humanos impõe aos países a obrigação de utilizá-las (GTPI, 2013).

## **Considerações finais**

O fim da AIDS é possível? As políticas e as metas definidas “de cima para baixo”, sem a participação das comunidades e das pessoas vivendo com HIV/AIDS, e mesmo dos governos locais, não darão conta do recado. A nova abordagem parece ser: “com a testagem de um contingente razoável de pessoas, o financiamento do tratamento e o alcance do número máximo de pessoas ao tratamento haverá, em seguida, o fim da epidemia”.

No entanto, muito da retórica sobre a AIDS simplesmente não reflete a realidade. A experiência até agora mostra que sem abordar os condicionantes políticos e sociais da epidemia, os modelos biomédicos não nos levarão a lugar nenhum. Além disso, é preciso sempre respeitar os direitos humanos das pessoas que atualmente vivem com HIV/AIDS.

O estigma, a discriminação e a criminalização de condutas e grupos mais vulneráveis à epidemia já são fatores notórios entre os diferentes fatores políticos e jurídicos que atuam como obstáculo ao tratamento integral das pessoas que vivem com HIV/AIDS, fazendo com que as metas globais estejam cada vez mais distantes. No entanto, sem que esses fatores sejam debatidos com seriedade e eliminados, não haverá o fim da AIDS.

Apesar disso, as instâncias globais e nacionais de gestão das políticas de combate à AIDS tem se mostrado muito mais preocupadas em abordar os avanços biomédicos disponíveis para prevenção e tratamento do que discutir os fatores políticos e jurídicos que dificultam avanços reais que possam ser materializados. Leis que criminalizam condutas sexuais entre pessoas do mesmo sexo, trabalhadores(as) sexuais, usuários(as) de drogas, pessoas vivendo com HIV aumentam a violência e afastam essas pessoas dos serviços de saúde. Também impedem que recebam as orientações e os serviços necessários. A discriminação dentro dos sistemas de



Ademais, é preciso retomar com seriedade o debate sobre financiamento, especialmente em um contexto de redução dos recursos disponíveis para AIDS, agravado por uma crise econômica. No que se refere à disponibilização de novas tecnologias de saúde, o debate sobre propriedade intelectual continua central. Ganha força em âmbito internacional o entendimento de que não só é necessária a utilização cada vez mais ampla das medidas que permitam romper com o monopólio das patentes para garantia do direito à saúde, para que haja a redução de preços e não a restrição de direitos, mas também é necessário adotar um novo modelo de promoção da inovação na área da saúde, em que os resultados das pesquisas não possam ser apropriados por um único ator privado, mas estejam mais facilmente disponíveis a todos aqueles que necessitam (VIEIRA, 2015).

As políticas e as metas globais não serão atingidas se as estruturas políticas, jurídicas, econômicas e sociais que oprimem grande parte das pessoas afetadas pela AIDS não forem abolidas. A ciência e os direitos humanos precisam caminhar juntos se quisermos chegar ao “fim da AIDS”.

## REFERÊNCIAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. ABIA critica atraso brasileiro na adoção da PrEP para a prevenção do HIV no SUS. 14 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://abiaids.org.br/abia-critica-atraso-brasileiro-na-adocao-do-truvada-para-a-prevencao-do-hiv-no-sus/28802>.

BIEHL, João. Drugs for all future of global AIDS treatment. *Medical Anthropology*. Vol. 27, n 2, p. 1 – 7, 2008.

DANIEL, H. e PARKER, R. AIDS: A terceira epidemia. São Paulo: Iglu Editoria, 1991.

GTPI/Rebrip – Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira pela Integração dos Povos. Para que a nova política de tratamento para AIDS seja sustentável: velhos e novos desafios, 2013. Disponível em: <http://www.deolhonaspateentes.org.br/media/file/GTPI%20-%20para%20que%20a%20politica%20de%20AIDS%20seja%20sustentavel.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2013 (atualizado em setembro de 2015).

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico 2015 – AIDS e DST.

PARKER, Richard. *Abaixo do Equador*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PARKER, Richard. O fim da AIDS? Rio de Janeiro: ABIA, 2015. Disponível em: <http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids-2/28751>.



PARKER, R.; A. RAMIREZ, GIVEGAN K.; MILNOR J., PERES-BRUMER A.; TERTO JR. V. *Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI. Perspectiva Política* n<sup>o</sup>1. ABIA: 2015. Disponível em: <http://abiaids.org.br/pedagogia-da-prevencao/28753>.

SANTOS, Oseias Cerqueira dos. *A invenção de uma epidemia: AIDS, direitos humanos e os grupos mais atingidos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2015.

UNAIDS. *The gap report*. 2014a.

UNAIDS. *Ambitious treatment targets: writing the final chapter of the aids epidemic*, 2014b.

UNAIDS. *Aids by the numbers*, 2015.

VIEIRA, Marcela. *Ecos de Melbourne. Conferência Internacional de AIDS revela desconexão entre as políticas e metas globais e as realidades locais*. Boletim ABIA n. 59, setembro de 2014, p.13-15. Disponível em: [http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/boletimAbia\\_59.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/boletimAbia_59.pdf).

VIEIRA, Marcela Cristina Fogaça. *Promoção do acesso e inovação em saúde: alternativas ao modelo baseado na proteção à propriedade intelectual em discussão na Organização Mundial de Saúde*. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20032015-093803/>.

WHO. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infections*, 2013.

WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2014a.

WHO. *March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*, 2014b.

WHO. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. 2015.



<sup>1</sup> Portal Brasil. Relatório contabiliza casos de HIV/Aids na América Latina. 17 de julho de 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/07/relatorio-contabiliza-casos-de-hiv-aids-na-america-latina#>. Acesso em 10 de fevereiro de 2016.

<sup>2</sup> Ministério da Saúde, Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16505-saude-lanca-aplicativo-de-relacionamento-de-prevencao-a-aids>. Acesso em 10 de fevereiro de 2016.

<sup>3</sup> Atualmente, a definição da OMS para populações-chave é: “populações-chave: são grupos que tem uma carga desproporcional de HIV em diferentes contextos. Eles geralmente enfrentam desafios no âmbito legal e social que aumentam sua vulnerabilidade para o HIV, incluindo barreiras para o acesso à prevenção e tratamento para HIV/AIDS. Populações-chave incluem: i) homens que fazem sexo com homens, ii) pessoas que injetam drogas, iii) pessoas encarceradas ou em contextos de reclusão, iv) profissionais do sexo e v) pessoas transgêneras. (WHO, 2015, tradução livre). Para uma visão crítica sobre o conceito de risco e populações-chave ver: SANTOS, 2015.

<sup>4</sup> Ver, entre outros, AIDS no Brasil hoje: o que nos tira o sono? ([www.oquenostiraosono.org.br](http://www.oquenostiraosono.org.br)).

<sup>5</sup> Para mais informações, ver: <http://prepbrasil.com.br/>.

<sup>6</sup> Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento Nacional de AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-antirretroviral-pos-ex-0>. Acesso em 10 de fevereiro de 2016.

<sup>7</sup> A contagem de linfócitos CD4 é utilizada como forma de avaliação das células de defesa presentes no organismo.

<sup>8</sup> Para uma crítica ao funcionamento atual do sistema de patentes na área farmacêutica, bem como possíveis alternativas para gerar inovações em saúde de forma a maximizar o acesso, ver: VIEIRA, Marcela Cristina Fogaça. Promoção do acesso e inovação em saúde: alternativas ao modelo baseado na proteção à propriedade intelectual em discussão na Organização Mundial de Saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20032015-093803/>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.

<sup>9</sup> Sobre nosso posicionamento sobre PDPs na área da saúde, ver, entre outros: “Sociedade civil cobra reação do governo em relação ao contrato do medicamento atazanavir”. Disponível em: [http://deolhonaspontes.org.br/media/file/notas%20GTPI%202013/release%20atazanavir\\_final.pdf](http://deolhonaspontes.org.br/media/file/notas%20GTPI%202013/release%20atazanavir_final.pdf), acesso em 10 de fevereiro de 2016.

<sup>10</sup> Para mais informações sobre a reforma da lei de patentes, ver: Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual, Reforma da lei, disponível em: [http://deolhonaspontes.org.br/reforma\\_da\\_lei\\_de\\_patentes.html](http://deolhonaspontes.org.br/reforma_da_lei_de_patentes.html), acesso em 10 de fevereiro de 2016.



## **PrEP e o direito à saúde LGBT**

**Henrique Contreiras**

Médico sanitarista e pediatra (Prefeitura Municipal de São Paulo)

Conferência: Direitos Humanos e combate à discriminação na perspectiva da vida com HIV/aids: avanços e retrocessos

Organizadores: Núcleo de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito / Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Data: 25/02/2016

### **Resumo**

O objetivo deste artigo é destacar que, no Brasil, a profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV é um direito à saúde da população LGBT e que, mais do que uma política de HIV, deve se inserir em uma política de saúde integral LGBT.

A PrEP consiste no uso diário de medicações anti-HIV por uma pessoa que não tenha o vírus, com o objetivo de prevenir a infecção. A PrEP foi aprovada nos Estados Unidos em 2012 e, após contundentes recomendações da Organização Mundial de Saúde em 2015 (OMS, 2015), já foi aprovada em outros países. A previsão do Ministério da Saúde é que chegue ao Sistema Único de Saúde ainda em 2016.

A PrEP se destaca por ser um dos poucos procedimentos dirigidos a uma necessidade específica de saúde de homens gays e bissexuais e mulheres trans. Além de colaborar para a reversão de uma profunda iniquidade em saúde – a concentração da epidemia de HIV –, a PrEP tem o potencial de contribuir para reorganizar serviços de saúde de forma a atender demandas específicas dessas populações, que têm sido sistematicamente ignoradas pelo setor saúde, no Brasil e no mundo. Ou, ao contrário, poderá se reduzir a uma intervenção farmacológica isolada.



## **Homofobia, adoecimento e a política de saúde integral LGBT**

Como se sabe, a epidemia brasileira de HIV concentra-se entre os homens gays e bissexuais e as mulheres trans. A prevalência de HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) é de 14,7% (KERR, 2013), muito maior do que a na população geral, que é de 0,6% (BRASIL, 2014). Entre mulheres transexuais, há um dado de prevalência de 17,6% em um estudo com transexuais dos quais 88% eram mulheres (LOBATO, 2007).

Apesar de ainda presente o discurso de responsabilização dos indivíduos por sua infecção, a tese mais aceita na saúde é que a vulnerabilidade de homens gays, bissexuais, travestis e mulheres trans ao HIV é diretamente relacionada a fatores sociais (AYRES, 2003). Mais recentemente, tem-se enfatizado o papel da homofobia e da transfobia nessa determinação social (BRASIL, 2007).

A concentração da epidemia do HIV é talvez a mais relevante manifestação da desigualdade em saúde que atinge esses grupos – mas está longe de ser a única. A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero – tanto na sociedade em geral, quanto na saúde em particular – tem sido formalmente reconhecida como fator de diversos adoecimentos da população LGBT.

Esse reconhecimento – que se desenvolveu como consequência do fortalecimento do movimento social LGBT – é o eixo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada em 2013 (BRASIL, 2013) e de iniciativas semelhantes em outros países (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2014).

Apesar da importância do reconhecimento da influência dos fatores sociais mais amplos no adoecimento LGBT, a citada política é do Ministério da Saúde e, portanto, objetiva uma transformação no setor saúde. Pretende-se eliminar a homofobia e a transfobia institucional para, com isso, reduzir as desigualdades em saúde. E, dessa forma, realizar dois princípios do SUS que estão longe de ser aplicados para essas populações, a integralidade e a equidade.

## **Homofobia nas práticas, nas políticas e nas teorias da saúde**

Homofobia e transfobia institucionais na saúde se manifestam em diversos níveis. Estão presentes na organização dos serviços de saúde públicos e privados, nas práticas cotidianas dos trabalhadores e nas políticas públicas, afastando LGBT e negando-lhes intervenções que já se sabem que lhes seriam benéficas.

Mas homofobia e transfobia vão mais fundo, ao atingir a própria teoria médica. A medicina contribui para a discriminação ao patologizar formalmente os trans. Apesar de formalmente eliminada dos códigos de doenças, a homossexualidade continua sendo patologizada na prática – ou mesmo na teoria, como se vê no capítulo de transtornos da identidade sexual do principal livro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SCHUSSEL, 2014).



Homofobia e transfobia atingem a produção do conhecimento médico, gerando graves omissões: problemas de saúde LGBT não são geralmente objeto de pesquisa ou protocolos médicos e são omitidos das políticas públicas.

Os exemplos da homofobia médica são inúmeros, como o retardo nos protocolos de rastreamento de câncer de ânus relacionado ao HPV para homens gays e mulheres trans; a negação da vacina contra HPV a essas duas populações (CONTREIRAS, 2015a); ou a omissão das ISTs bacterianas anais e faríngeas nos livros-textos de medicina.

## **Políticas de HIV e saúde LGBT: possibilidades e limites**

Foi nos serviços de HIV em todo mundo que se desenvolveram muitas práticas de cuidado às necessidades LGBT – pelo fato de que eles constituíam frequentemente a maioria dos usuários. A infectologia firmou-se como área mais *gay-friendly* da medicina. Mas estes desenvolvimentos se deram no âmbito da doença – e não da orientação sexual ou identidade de gênero das pessoas.

Por exemplo, o manual de IST do Centro de Referência e Treinamento (CRT) de DST/Aids de São Paulo aborda as infecções anais bacterianas (proctites) (SÃO PAULO [Estado], 2011). Mas frise-se: este manual é para pessoas com HIV. Do mesmo modo, há muito tempo foram estudados protocolos específicos para detecção precoce de câncer anal em homens gays e bissexuais – mas tais protocolos só são aplicáveis aos que vivem com HIV.

Raramente conseguiu-se que essas iniciativas fossem extrapoladas para a população LGBT que não tem HIV. Uma honrosa exceção é o ambulatório de saúde integral de travestis e transexuais, do CRT.

Mas nem as políticas de DST e HIV escapam à homofobia institucional. Um exemplo é a omissão das ISTs anais (proctites) do protocolo de atendimento integral às pessoas com ISTs, publicado em 2015 pelo próprio Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Ao contrário das uretrites (pênis) e cervicites (colo do útero), as proctites não foram objeto de capítulo, mal sendo citadas. Isso reflete os limites desta política específica no trato da saúde LGBT de forma integral.

A maioria dos LGBT não tem HIV – mas tem alto risco de adquiri-lo. E o atendimento a essa questão do risco sempre foi falha: via de regra, pontual e limitado a testagem, aconselhamento breve e oferta de preservativos (geralmente sem gel lubrificante). Só recentemente, com muito retardo em relação a outros países, a profilaxia pós-exposição sexual (PEP) se tornou acessível (CONTREIRAS, 2014a; 2014b). No mais, “nos vemos na próxima exposição”.

E havia, sim, algo mais a oferecer, mesmo antes da PrEP. Essas pessoas poderiam ter sido vinculadas a um acompanhamento que trabalhasse os fatores psicológicos e sociais que interferem com sua prevenção. Podiam ter cuidadas as suas ISTs – um fator de risco para a aquisição de HIV! — o que inclui os procedimentos negligenciados de diagnóstico e tratamento



de infecções anais e faríngeas e rastreamento de infecções assintomáticas.

A falha da prevenção ao HIV entre homens gays e bissexuais é uma realidade em todo o mundo, de acordo com relatório do Fórum Mundial de HSH (MSMGF, 2012). E é verdade que os cuidados específicos para esse grupo estão ainda se desenvolvendo em todo o mundo. A Austrália, por exemplo, lançou um protocolo de IST no homem gay em 2014 (NSW STIPU, 2014).

## **O “pacote PrEP” como oportunidade de integralidade**

Nesse contexto de escassez de práticas dirigidas à saúde de homens gays e bissexuais e mulheres trans, a PrEP se destaca.

Evidentemente, a PrEP está dirigida a qualquer pessoa com alto risco de aquisição. Em outros países, outros contextos epidemiológicos tornam outros grupos o público preferencial da PrEP. Mas, no Brasil e boa parte do Ocidente, são os LGBT os que maior interesse têm no método – como ficou claro com toda a mobilização de homens gays pelo acesso à PrEP nos últimos três anos em todo o mundo.

A redução farmacológica da vulnerabilidade ao HIV por si só já seria um importante ganho. Mas a PrEP tem ainda o potencial de contribuir para a reorganização de serviços de atendimento. A demanda a ser gerada pela PrEP, ou seja, o acompanhamento de pessoas em alto risco de aquisição de HIV, ainda não tem um locus específico dentro do SUS

O SUS terá que se reinventar com a chegada da PrEP (CONTREIRAS, 2015b), e essa é uma oportunidade para se dar um passo em direção ao atendimento integral à saúde LGBT – em que, entre outras demandas de saúde, o alto risco de aquisição seja abordado adequadamente, e que sejam ofertadas opções consistentes de prevenção para quem não quiser tomar PrEP.

A PrEP, tal como foi estudada e é recomendada, não se resume à oferta do comprimido de antirretroviral, mas de um “pacote” de intervenções preventivas. Os voluntários das pesquisas tiveram acesso a um acompanhamento regular com equipe multiprofissional e a diversos serviços: testagem regular para HIV; aconselhamento em redução de risco; diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; e estratégias de redução de danos, no caso de usuários de drogas intravenosas.

Some-se a isso intervenções psicológicas e sociais e temos um acompanhamento ao qual um homem gay ou bissexual ou uma mulher trans brasileira definitivamente não está acostumado.

A PrEP e seu “pacote” atendem a pelo menos dois objetivos da Política de Saúde Integral LGBT:

“II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e



necessidades;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;”

## **Representatividade**

Apesar das fortes recomendações da OMS no fim de 2015, não será automática a sua expansão – vide o exemplo da PEP, que por muitos anos foi, na prática, negada àqueles que dela precisaram. E sobretudo, não será automática a implementação da PrEP como parte de uma abordagem integral a homens gays e bissexuais e mulheres trans.

A representatividade LGBT, um dos eixos da Política de Saúde LGBT, e sua articulação com a política de prevenção ao HIV parece a melhor saída para evitar desvios “epidemiológico-tecnicistas” e heteronormativos; para evitar que a PrEP se reduza à intervenção farmacológica, que a política de HIV se reduza à persecução de metas de 90/90/90 do UnAids.

No entanto, que se aprenda com as dificuldades do passado. Como afirma qualquer manual recente da OMS, incluir as questões estruturais que afetam os LGBT, o que inclui a integralidade na saúde, é a única saída possível para o sucesso das estratégias de controle da epidemia – e isso vale para a PrEP. Mas, muito mais do que isso, é uma questão de direito.

## **Referências bibliográficas**

AYRES, J. R. C. M. et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Eds.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília-DF: Brasil, Ministério da Saúde, 2015.

CONTREIRAS, H. **Por que o Brasil demorou a liberar o coquetel preventivo de emergência para o HIV?** 2014a. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia\\_detalle/22921#.VvLEdeIrLIW](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalle/22921#.VvLEdeIrLIW)>. Acesso



em: 31 mar. 2016.

CONTREIRAS, H. **Ainda é restrito e elitizado o uso do coquetel preventivo de emergência para HIV.** 2014b. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia\\_detalhe/23165#.Vv1mH\\_krLIU](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/23165#.Vv1mH_krLIU)>. Acesso em: 31 mar. 2016.

CONTREIRAS, H. **Especialistas defendem vacina contra HPV para homens.** 2015a. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/05/21/especialistas-defendem-vacina-contr-hpv-para-homens.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

CONTREIRAS, H. **Às vésperas da chegada da PrEP, SUS terá de se reinventar para prevenir HIV.** 2015b. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia\\_detalhe/23320#.Vx7AUjArIqs](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/noticia_detalhe/23320#.Vx7AUjArIqs)>. Acesso em: 31 mar. 2016.

KERR, L. R. F. S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v. 27, n. 3, p. 427–35, 2013.

LOBATO, M. I. et al. Clinical Characteristics, Psychiatric Comorbidities and Sociodemographic Profile of Transsexual Patients from an Outpatient Clinic in Brazil. **International Journal of Transgenderism**, v. 10, n. 2, p. 69–77, 2007.

MSMGF (Men Who Have Sex With Men Global Forum). **Global Men's Health and Rights Study: Access to HIV Prevention and Treatment for Men Who Have Sex with Men.** Oakland, USA: MSMGF, 2012.

NSW STIPU (New South Wales STI Program Unit). **Australian STI & HIV infections guidelinstesting guidelines 2014.** Disponível em: <<http://stipu.nsw.gov.au/stigma/sti-testing-guidelines-for-msm/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

OMS. **Guideline on When To Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for Hiv.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. **Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men.** London: Public Health England, 2015.

SCHUSSEL, E. Y. Desenvolvimento da identidade sexual e seus transtornos: necessidade de o pediatra conhecer e diagnosticar. In: **Tratado de Pediatria.** 3a. ed. Barueri-SP: Manole, 2014.

SÃO PAULO [Estado]. **Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV.** São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2011.



## **Uma cronologia do acesso à PrEP**

**Henrique Contreiras**

Médico sanitarista e pediatra (Prefeitura Municipal de São Paulo)

Conferência: Direitos Humanos e combate à discriminação na perspectiva da vida com HIV/aids: avanços e retrocessos

Organizadores: Núcleo de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito / Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Data: 25/02/2016

A profilaxia pré-exposição (PrEP) é um novo método de prevenção ao HIV que consiste no uso de medicações anti-HIV (antirretrovirais) por uma pessoa que não tenha o vírus com o objetivo de evitar uma infecção. As pesquisas no tema começaram em 2005, motivadas pelos mais de vinte anos de pesquisas frustradas em vacinas, pela experiência bem-sucedida com o uso de antirretrovirais na prevenção da infecção em fetos (de gestantes vivendo com HIV), e pelo alarmante número de casos novos todos os anos.

Em 2010, foi publicado o IprEx (GRANT et al., 2010), o primeiro ensaio clínico que comprovou que a PrEP funcionava e era segura em homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans. O IprEx avaliou o efeito do uso diário e contínuo de uma combinação oral de dois antirretrovirais, o tenofovir e a emtricitabina (cuja marca mais conhecida é o Truvada), que já vinham sendo utilizados no tratamento de pessoas com HIV desde 2001 e 2005, respectivamente. O estudo mostrou que, no geral, as pessoas que tomaram o medicamento tiveram 44% menos infecções do que as que tomaram o placebo. A efetividade relativamente baixa era explicada pelo fato de que a maioria dos voluntários não tomava a medicação todo dia. Os que tomaram com frequência, no entanto, tiveram uma redução de 92% nas infecções, uma proteção significativa.

Entre 2012 e 2013, outros ensaios clínicos comprovaram, em diferentes populações, a eficácia e a segurança da PrEP – seja com tenofovir somente, seja combinado com a emtricitabina (BAETEN et al., 2012; THIGPEN et al., 2012; GROHSKOPF et al., 2013; CHOOPANYA et al., 2013).

Ressalte-se que, em todas as pesquisas, as medicações foram oferecidas como parte de um pacote de intervenções preventivas. Os voluntários – pessoas com alto risco de aquisição do HIV – tiveram acesso a um acompanhamento regular com equipe multiprofissional e a diversos serviços: testagem regular para HIV; aconselhamento em redução de risco; diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; e estratégias de redução de danos, no caso de usuários de drogas intravenosas.



## **Aprovação nos Estados Unidos e cautela da OMS**

Os Estados Unidos foram o primeiro país a aprovar a PrEP oral, em 2012, e a normatizá-la por meio de um protocolo clínico publicado em 2014 (US PUBLIC HEALTH SERVICE, 2014). Por mais de três anos, os Estados Unidos permaneceram como o único país a aprovar o método. Mesmo assim, grande resistência foi encontrada para a expansão do método, contra a qual se estruturou forte mobilização e amplas redes de debates na sociedade civil (PREP FACTS, 2016).

A adesão da Organização Mundial de Saúde (OMS) à PrEP foi mais gradual: em 2012 (OMS, 2012; 2013), a organização reconheceu que o método era efetivo e seguro. Porém, afirmou que seriam necessárias mais pesquisas para definir questões em aberto, entre as quais: quem priorizar como público-alvo, as dificuldades de adesão aos medicamentos pelos participantes dos ensaios clínicos, a efetividade da medida no mundo real, os custos, os efeitos sobre comportamento de risco das pessoas e a operacionalização da oferta.

Sendo assim, a OMS convocou os países a realizarem estudos de demonstração para avaliar, sob condições controladas, a viabilidade e a aceitabilidade da PrEP em seus contextos.

Em 2014, a OMS emitiu pela primeira vez uma recomendação incondicional em favor da PrEP (OMS, 2014), mas somente para HSH – e, ainda assim, sem definir questões operacionais. A recomendação não resultou em expansão do método.

## **Polêmica e mobilização de homens gays**

Desde a publicação do IprEx, a PrEP vem sendo objeto de polêmico debate. Entre as questões levantadas pelos críticos estão os custos, os efeitos colaterais, as dificuldades de adesão observadas nos ensaios clínicos, a possibilidade de emergência de vírus resistentes e as consequências de um possível abandono do preservativo como método principal de prevenção.

Por outro lado, membros da comunidade científica (IAS, 2015; LANCET HIV, 2015) e movimentos sociais têm cobrado cada vez mais sua implementação como política pública. Destaca-se a mobilização de homens gays, formando uma base mais ampla que a do movimento social de HIV e se apropriando da discussão a respeito de sua saúde – acompanhando os progressos recentes na discussão de seus direitos sanitários.

Em países como Reino Unido (I WANT PREP NOW, 2016), Austrália (PREP ACCESS NOW, 2016), Portugal (PREPARAR O FUTURO, 2016) e Brasil (FÓRUM PREP, 2016), grupos formados especialmente por homens gays se organizaram para discutir e divulgar o método – além de compartilhar informações sobre como obter o acesso à PrEP por meios alternativos. No Reino Unido e na Austrália, serviços de saúde acabaram tendo que se adaptar ao acesso não-oficial à PrEP e passaram a oferecer acompanhamento clínico para pessoas que estavam obtendo a medicação por meio de importações *online* (PEBODY, 2016; SHAW, 2016).



## **Recomendação incondicional da OMS**

Em 2015, parte dos 37 estudos de demonstração realizados em todo o mundo 37 (AVAC, 2016a) começaram a gerar resultados (MCCORMACK, 2015; CÁCERES, 2015): a efetividade e segurança foram ainda melhor estabelecidas, obteve-se boa aceitação e adesão dos participantes, a resistência viral não foi significativa, não se diminuiu o uso de preservativos e a segurança do uso em conjunto com anticoncepcionais e na gravidez foi estabelecida. Não restaram mais dúvidas de que “a PrEP funciona, quando se toma” (OMS, 2015a).

Diante dos resultados positivos, em setembro de 2015 a OMS ampliou e detalhou suas recomendações (OMS, 2015a; 2015b). No documento, declarou que a PrEP deve ser oferecida para qualquer pessoa com alto risco de aquisição do HIV e orientou a operacionalização dos programas nacionais. Um protocolo mais completo foi prometido para 2016.

Uma das novidades da OMS foi a afirmação que a PrEP realizada somente com tenofovir tem efeito semelhante à da combinação de tenofovir com emtricitabina. A afirmação tem implicações para o acesso, já que muitos países, inclusive o Brasil, já produzem ou usam o tenofovir genérico. Em 2016, no entanto, foram documentados dois casos (CAIRNS, 2016) em que o uso exclusivo de tenofovir falhou em prevenir a infecção pelo HIV em homens que usavam a droga para o tratamento de hepatite B. Pouco tempo depois, foi documentado o primeiro caso de falha do Truvada como PrEP – um canadense contraiu um vírus resistente tanto à emtricitabina quanto ao tenofovir, apesar de usar regularmente a medicação.

Nos meses seguintes à publicação do documento pela OMS, a PrEP foi aprovada na França, África do Sul, Quênia, Israel e Peru (PREP WATCH, 2016).

Em março, após 18 meses examinando a questão, autoridades do sistema nacional de saúde inglês (NHS England), declararam que a PrEP não seria implementada. Porém, após pressão de autoridades de saúde e ameaças de processos por parte de organizações não-governamentais, voltaram atrás e estão reavaliando a matéria (DUFFY, 2016a; 2016b).

A Austrália ainda não aprovou a PrEP, mas tem expandido significativamente seus estudos de demonstração, incluindo pelo menos 7.000 voluntários entre a comunidade de HSH em três estados (ENDING HIV, 2016; STAR OBSERVER, 2016; WADE, 2016).

## **No Brasil**

No Brasil, foi iniciado em 2014 um estudo de demonstração, o PrEP Brasil, com o objetivo de avaliar a “aceitação, viabilidade e melhor forma de se oferecer a PrEP no Sistema Único de Saúde” (PREP BRASIL, 2016). Como ocorrera nos ensaios clínicos, os participantes, em número de 500, tiveram acesso não somente ao medicamento, mas a um pacote de serviços preventivos.

O PrEP Brasil está avaliando o uso de PrEP entre HSH e mulheres transgênero, que são duas das populações vulneráveis ao HIV em nosso país. Em todo o mundo, as populações



incluídas nos estudos de demonstração variaram segundo a realidade epidemiológica de cada país. Por exemplo, Moçambique avaliou mulheres casadas com trabalhadores migrantes do setor de mineração, enquanto que, na África do Sul, foram incluídas nos estudos meninas adolescentes (CÁCERES, 2015).

O PrEP Brasil deverá publicar seus resultados ainda em 2016 (VELOSO et al, 2015), mas abriu nova fase de recrutamento para mulheres trans. Novas pesquisas estão previstas com a PrEP oral para o Brasil: uma nova pesquisa com adultos e uma nova pesquisa com adolescentes de 17 e 18 anos, a ser realizada em conjunto com África do Sul e Tailândia.

O Ministério da Saúde vem repetindo que a PrEP deverá estar disponível no SUS já em 2016. Movimentos sociais têm se posicionado a favor da imediata implementação da PrEP no país (ABIA, 2015).

## O futuro da PrEP

Enquanto o mundo discute o acesso à PrEP oral, mais de 30 pesquisas, em diferentes fases, já estão avaliando novas possibilidades. As perspectivas para a PrEP em um futuro próximo incluem novas drogas e novas formas de disponibilização, como injeção trimestral, anel vaginal, comprimido vaginal, gel vaginal e retal (AVAC, 2016b).

## Referências bibliográficas

ABIA. **ABIA critica atraso brasileiro na adoção da PrEP para a prevenção do HIV no SUS**. 2015. Disponível em: <<http://abiaids.org.br/abia-critica-atraso-brasileiro-na-adocao-do-truvada-para-a-prevencao-do-hiv-no-sus/28802>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

AVAC. **Ongoing and Planned PrEP Demonstration and Implementation Studies**. 2016a. Disponível em: <<http://www.avac.org/resource/ongoing-and-planned-prep-demonstration-and-implementation-studies>>. Acesso em: 2 mar. 2016.

AVAC. **ARV-Based Prevention Pipeline**. 2016b. Disponível em: <<http://www.avac.org/infographic/arv-based-prevention-pipeline>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

BAETEN, J. M. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 5, p. 399 a 410, 2012. (Estudo Partners PrEP)

CÁCERES, C. F. et al. PrEP Implementation Science: State of the Art and Research Agenda. **Journal of the International AIDS Society**, v. 18, n. 3, p. 84, 2015.

CAIRNS, G. **Two cases of PrEP failure on solo tenofovir pose significant research questions**. 2016. Disponível em: <<http://www.aidsmap.com/Two-cases-of-PrEP-failure-on>>



[solo-tenofovir-pose-significant-research-questions/page/3028034/](#)>. Acesso em: 31 mar. 2016.

CHOOPANYA, K. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. **The Lancet**, v. 381, n. 9883, p. 2083–2090, 2013.

DUFFY, N. **NHS England abandons stance on HIV-preventing PrEP drugs after legal threats**. 2016a. Disponível em: <[http://www.pinknews.co.uk/2016/04/19/nhs-abandons-stance-on-hiv-preventing-prep-drugs-after-legal-threats/?utm\\_source=PNFB&utm\\_medium=SocialFB&utm\\_content=FBN&utm\\_campaign=PNFacebook](http://www.pinknews.co.uk/2016/04/19/nhs-abandons-stance-on-hiv-preventing-prep-drugs-after-legal-threats/?utm_source=PNFB&utm_medium=SocialFB&utm_content=FBN&utm_campaign=PNFacebook)>. Acesso em: 25 abr. 2016.

DUFFY, N. **Former health minister: NHS must not stall on HIV-preventing PrEP drugs**. 2016b. Disponível em: <<http://www.pinknews.co.uk/2016/03/24/former-health-minister-nhs-must-not-stall-on-hiv-preventing-prep-drugs/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ENDING HIV. **EPIC NSW Study**. 2016. Disponível em: <<http://endinghiv.org.au/nsw/stay-safe/epic/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

FÓRUM PREP. **Fórum PrEP**. Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/forumprep/?fref=ts>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

GRANT, R. M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 1467–1476, 2012.

GROHSKOPF, L. A. et al. Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 64, n. 1, p. 79–86, 2013.

I WANT PREP NOW. **I Want PrEP Now**. Disponível em: <<http://www.iwantprepnw.co.uk/>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

IAS. **The Vancouver Consensus**. International Aids Society. 2015. Disponível em: <<http://vancouverconsensus.org/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

LANCET HIV. PrEP: why are we waiting? **The Lancet HIV**, v. 2, n. 10, p. e401, 2015.

MCCORMACK, S. et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **Lancet**, v. 387, n. September, p. 53–60, 2015.

NHS ENGLAND. **Update on commissioning and provision of Pre Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV prevention**. 2016. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/2016/03/prep/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

OMS. **Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: Recommendations for use in the context of demonstration projects**. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2012.



OMS. **PrEP demonstration projects: A framework for country level protocol development.** Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2013.

OMS. **Policy Brief: HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations.** Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2014.

OMS. **Guideline on When To Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV.** Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2015a.

OMS. **WHO Expands Recommendation on Oral Pre-Exposure Prophylaxis of HIV Infection (PrEP).** Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde, 2015b.

PEBODY, R. **London sexual health clinics step up their support for people buying PrEP online.** 2016. Disponível em: <<http://www.aidsmap.com/London-sexual-health-clinics-step-up-their-support-for-people-buying-PrEP-online/page/3032220>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PREP ACCESS NOW. **PrEP Access Now.** Disponível em: <<http://www.prepaccessnow.com.au/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PREP BRASIL. **Estudo PrEP Brasil.** Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

PREP FACTS. **PrEP Facts: Rethinking HIV Prevention and Sex** Disponível em: <<https://www.facebook.com/groups/PrEPFacts/?fref=ts>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PREP WATCH. **Country Updates.** 2016. Disponível em: <<http://www.prepwatch.org/advocacy/country-updates/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PREPARAR O FUTURO! QUEREMOS PREP EM PORTUGAL. **PrEPParar o futuro! Queremos PrEP em Portugal.** Disponível em: <<https://web.facebook.com/groups/1500383023596201/>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

SHAW, A. **PrEP clinic and full STI checks now available at Melbourne HIV centre Pronto!** 2016. Disponível em: <<http://gaynewsnetwork.com.au/checkup/prep-clinic-and-full-sti-checks-now-available-at-melbourne-hiv-centre-pronto-20265.html>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

STAR OBSERVER. **“Brave” Queensland Government Funds \$6M PrEP Trial Expansion.** Disponível em: <<http://www.starobserver.com.au/news/national-news/queensland-expanding-prep-trial/148758>>.

THIGPEN, M. C. et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 5, p. 423–434, 2012. (Estudo TDF2)

US PUBLIC HEALTH SERVICE. **Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States.** [s.l.] US Public Health Service, 2014.

VELOSO, V.; MESQUITA, F.; GRINSZTEJN, B. Pre-exposure prophylaxis for men and transgender women who have sex with men in Brazil: opportunities and challenges. **JIAS**, v. 18, n. Suplemento 3, p. 48–53, 2015.



WADE, M. **Victorian PrEP Trial Will Expand To Include 2600 People**. 2016. Disponível em: <<http://www.starobserver.com.au/news/national-news/victoria-news/victorian-prep-trial-will-expand-to-include-2600-people/145279>>. Acesso em: 25 abr. 2016.



## **A sagrada família está mesmo imune ao vírus do HIV/AIDS? Ou será que essa doença é somente do outro?**

**Gygy Maciel**

Ativista Social – HIV/AIDS Brasil

### **Resumo**

Este projeto tem como objetivo relacionar a falta de campanhas de prevenção da AIDS direcionada a idosos com o aumento de casos na população masculina acima de 60 anos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica fundamentada na psicologia social crítica, que discute os motivos pelos quais essas campanhas não atingem a população de idosos, sendo direcionadas apenas para jovens e adultos. Tomando como base a evolução tecnológica farmacêutica, que está sendo responsável por uma população mais longa e sexualmente ativa, o estudo alerta para a necessidade de se mudar o perfil das campanhas de prevenção das DSTs. Para prevenir o HIV é preciso mais do que o incentivo ao uso da camisinha, deve-se criar espaços dentro da família. É necessário que a atividade sexual do idoso seja ACEITA como algo possível e normal, só assim as campanhas de prevenção de HIV/AIDS poderão trazer maior benefício a esta parcela da população.

**Palavras-chave:** Idosos. AIDS. DSTs. HIV. Vamos Falar do Assunto?



## **Introdução**

Eu, Gygy, me senti motivada por este assunto quando percebi em conversas com idosos aqui da Baixada Santista, que eles são ativos Sexualmente e que não fazem uso da camisinha pelo fato de acharem que “NÃO CORREM NENHUM RISCO POR CAUSA DA IDADE”. Por isso, desejo ter um olhar atento que o idoso merece em respeito à longa jornada já percorrida e por considerar que ele merece maior cuidado nesta etapa da vida, acreditamos que a terceira idade deve ser um período com mais qualidade e saúde, no lazer e nas relações afetivas e sociais, proporcionando dignidade e satisfação.

Com esta atenção especial, os problemas epidemiológicos da atualidade não podem deixar de lado esta parcela da população, em especial no que se refere a AIDS, que apesar de ser uma doença relativamente nova tem se alastrado assustadoramente em nosso município. Ao longo do tempo o HIV modificou seu perfil epidemiológico e deixou de ser um problema de grupos de risco e passou a ser um problema de comportamentos de risco, fator que atinge a todas as camadas etárias: crianças, jovens, adultos e, recentemente, os idosos também.

Infelizmente as campanhas de prevenção contra o contágio do HIV, não têm estado atentas a estas modificações no perfil da doença e continuam sendo direcionadas ao público jovem e gays. Desta forma, elas acabam sendo ineficientes para outras esferas da população que não se identificam com as mensagens transmitidas, pois necessitam de uma linguagem mais adequada à cultura de sua época, em que certos assuntos eram tabus ou até mesmo inimaginavelmente praticados.

Alguns destes tabus e preconceitos dizem respeito à sexualidade da pessoa idosa e esta vem se configurando em uma nova realidade em decorrência do uso de medicações como o Viagra, que proporciona a manutenção de uma vida sexualmente ativa nesta idade.

Assim sendo, este trabalho tem o objetivo de estabelecer um paralelo entre o crescente envelhecimento populacional e a modificação do perfil de contágio do HIV, levando em consideração as modificações de comportamento do público idoso com o advento das novas medicações, que a tecnologia tem disponibilizado. Tem também como meta fazer um alerta quanto à relação entre estes fatores e as atuais campanhas de prevenção da AIDS.

A farmacocriologia é uma nova realidade que proporciona às pessoas a tomada de decisões e comportamentos, nunca antes praticados, como casar depois dos 60 anos, postergar a aposentadoria ou continuar trabalhando apesar dela, almejar sucesso profissional, voltar a estudar, enfim, a oportunidade de ter novos sonhos e aproveitar com plenitude a maturidade, antes considerada uma sentença de morte lenta.

Envelhecer, portanto, passou a representar novos significados: reviver, mudar e transformar. Mas estes sonhos se tornam um pesadelo quando vemos que, silenciosamente, a população idosa está sendo infectada pelo HIV e está infectando outras pessoas e junto com os sonhos as pessoas estão morrendo.

Essa pesquisa é resultado cuja análise foi fundamentada nos resultados obtidos na coleta de dados bibliográficos, relacionando os seguintes temas: estatísticas que demonstram o



aumento da população idosa no país e o aumento do número de casos de HIV positivo neste grupo; a investigação de políticas públicas de prevenção e saúde e um breve estudo sobre HIV/AIDS.

Os dados serão analisados e interpretados à luz da psicologia social histórica - crítica, processo que permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social, envolvendo todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos.

Conta com um referencial teórico baseado na psicologia social, alertando para as questões culturais que envolvem o abandono e o preconceito contra o casal idoso sexualmente ativo e a reestruturação dos comportamentos recriminatórios na própria família, com filhos e netos.

Sendo assim, pela importância do assunto, gostaria de alertar para este novo tema, procurando ir além dos aspectos patológicos do HIV, mas sim comportamentais. Ao propor esta discussão, lanço as seguintes perguntas:

- 1) Por que as campanhas de prevenção da AIDS não atingem a população de idosos?
- 2) E quais os benefícios que elas poderiam trazer a esta população?

Procuro buscar estas respostas e propor formas alternativas e flexíveis de prevenção que sejam mais eficazes, pois assim como as demais fases do ciclo vital humano, o processo de envelhecer deve estar acompanhado de uma vida digna e saudável.

### **A sagrada família está mesmo imune ao vírus do HIV/AIDS? Será que essa doença é somente do outro?**

Desde os primeiros casos diagnosticados da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), datados de 1981, nos Estados Unidos, até os dias atuais, passaram-se mais de duas décadas e, neste percurso, a doença mudou bastante seu perfil (*Montagnier, 1995*).

Tida como doença de grupos de risco, a AIDS contribuiu para a disseminação do preconceito e estigma da população atingida, caracterizando-a como “doença do outro”. Formou-se uma construção social sobre a abrangência da doença, que algumas vezes era acusada de “castigo de Deus” para os viciados e homossexuais, ficando fora do alcance das “pessoas de bem”, os lares e a sagrada família estavam protegidos e junto com eles os pais de família, donas de casa, pessoas idosas, crianças, etc.

Com o passar do tempo, e com o aumento assustador no número de casos fora dos chamados “grupos de risco”, começou-se a verificar, que longe de estarem imunes, as pessoas estavam expostas aos riscos da ignorância, fator que obrigou as políticas de prevenção a reverterem à imagem da doença que passou a ser referida por “doença de comportamento de risco”.



Talvez esta ideia inicial errônea, tenha contribuído para formar a concepção de que na velhice há maior liberação para o exercício da sexualidade sem quaisquer restrições em termos de prevenção, uma vez que os aspectos relativos às DSTs e HIV/AIDS não atingiam essa parcela da população.

## **Novo perfil do idoso**

Para o idoso, assim como para o perfil da AIDS, também vêm acontecendo inúmeras modificações nestas últimas décadas. A evolução tecnológica farmacêutica lançou no mercado, um incontável número de novas medicações, (vacinas, antibióticos, remédios, equipamentos, etc.), que estão prolongando a vida do idoso e proporcionando-lhe mais qualidade de vida.

Dentre as inovações terapêuticas, a que sem dúvida, obteve maior destaque nos últimos anos foi o Viagra. Esta medicação contribuiu e muito para a modificação do perfil do idoso da atualidade, aliada ao uso de terapias hormonais promove uma melhor qualidade de vida sexual para este segmento.

Mesmo que as medicações mais utilizadas pelo idoso, como remédios para o coração, diabetes, circulação, ou o próprio Viagra, ainda sejam bastante caras, nos últimos anos, o rendimento salarial dos idosos tem aumentado e proporcionado o custeio destas despesas. A atual legislação, que prevê o “benefício da prestação continuada”, contribuiu para a melhoria das condições financeiras desta população.

Por estes motivos os idosos estão procurando domicílios urbanos onde possam ter melhor infra-estrutura, acesso a serviços de saúde, proximidade de familiares, atividades de esporte e lazer. Este período repleto de mudanças físicas, patológicas, sociais e emocionais, possibilita ao idoso rever seus conceitos sobre dinheiro, trabalho, ambições, beleza, vida, prazer e sexo, preferindo mais qualidade ao invés de quantidade comumente, neste período da vida, as pessoas realizam encontros periódicos, geralmente semanais, com finalidades variadas, como jogar cartas, bingos e bailes, sendo este último o que mais favorece aos encontros afetivos, devido à formação de casais durante a dança, que além de aproximar os corpos proporciona um momento “a sós” em meio ao grande grupo.

Estes encontros podem ser explicados pelas palavras de Zimerman, quando diz que:

O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Nesses espaços, muitos começam um novo relacionamento, passam a namorar e alguns se casam. Essa situação pode ser considerada favorável para o conjunto de pessoas que frequenta tal atividade, particularmente no que diz respeito ao exercício da sexualidade. Contudo, deve-se estar atento, uma vez que essa condição possibilita contato mais íntimo, e se não forem observadas as medidas de precaução, poderá ocorrer o contágio de doenças



sexualmente transmissíveis e/ou o vírus da imunodeficiência adquirida, de uma pessoa para a outra.

A probabilidade de envelhecer com saúde, aponta para o aumento do número da população de idosos no mundo, ocasionando o chamado processo de envelhecimento populacional.

Junto ao expressivo número de idosos, diversas demandas passam a emergir em termos econômicos, culturais, sociais e de saúde. Nesse sentido, a sociedade em geral busca alternativas com a finalidade de atender a esse contingente populacional. Particularmente, no que se refere aos aspectos sociais, mesmo que incipiente, passou-se a estruturar a formação dos chamados grupos de terceira idade, com o objetivo de manter os idosos inseridos socialmente na comunidade na qual vivem.

O Brasil não se preveniu quanto ao aumento da população idosa sexualmente ativa. Este fato acarretou num grande desafio, pois este segmento populacional está desprotegido de situações que não existiam na fase da vida onde eram considerados “ativos e reprodutores”, fazendo com que surja uma face oculta de infecção por HIV na sociedade, é o “envelhecimento” da doença.

## **Velho perfil da prevenção do vírus HIV/AIDS**

Cada país ou comunidade tem o seu método de campanha de prevenção baseada na sua história de AIDS: o surgimento da doença, os modos de transmissão e o número de pessoas infectadas. Porém, todos os países devem promover campanhas de prevenção para que a população se sinta envolvida, solidária e que estimule as pessoas com comportamento de risco a modificá-los, pois a prevenção é o único meio de diminuir a taxa de infecção.

As campanhas brasileiras de prevenção falham por não ocorrerem o ano inteiro, elas são pontuais, pois são realizadas durante o carnaval, perto das comemorações do dia mundial da luta contra a AIDS (1º de dezembro), e no dia dos namorados. É difícil elaborar uma campanha com uma linguagem universal, que consiga transmitir maciçamente, uma mensagem direta a maior diversidade da população: homossexuais, usuários de drogas injetáveis, prostitutas, donas de casa, adolescentes, pessoas com problemas mentais, moradores de rua, idosos, entre outras.

Existem, contudo, algumas medidas universais para a prevenção do HIV/AIDS, que dizem respeito à transmissão do vírus por pacientes assintomáticos; em respeito à doação de sangue, plasma, órgãos e tecidos e ao uso da camisinha nas relações de sexo oral, vaginal e anal (*AIDS, 2007; Brasil*).

As campanhas massivas não são suficientes para mudar comportamentos. Elas simplesmente chamam atenção sobre determinada questão ou problema e, quase sempre, funcionam durante um período determinado não sendo consistente no tempo. São necessárias outras ações de nossa sociedade que se configurem como desafios a serem pensados e realizados.



Embora os itens da prevenção sejam universais, deve-se mudar a forma como é transmitida a mensagem para que esta atinja seu público alvo, ou seja, todas as pessoas com comportamento de risco ou sexualmente ativas. Como explicar para uma pessoa de idade avançada, que mesmo não apresentando nenhum sintoma, ainda assim pode estar com o vírus ou que em sua relação de sexo oral, vaginal e anal ela deve usar camisinha, se ela é de uma geração que falar de sexo era tabu. E que neste mesmo grupo outras formas de sexo que não o vaginal era pecado principalmente para as mulheres, e o uso da camisinha praticamente inexistia, não criando a cultura do uso, ou muitas vezes nem sabendo usá-la.

Restam muitos desafios em relação às campanhas de prevenção, pois, além da falta de profissionais capacitados, há descontinuidade das ações e inexistência de informações sobre a eficácia das campanhas “panfletárias” (distribuição de folhetos), já que neste caso as orientações são superficiais e, muitas vezes, não atingem a população idosa.

## **Discussão entre idosos**

A palavra idosa significa avançado em anos, embora o envelhecimento humano não seja apenas cronológico, ele é definido de diferentes maneiras de acordo com o foco, que podem ser questões ambientais, sociais, culturais ou funcionais (físicas e mentais).

As questões funcionais estão vinculadas à difusão de noções preconcebidas sobre a velhice envolvendo diversas áreas vitais, como cognição, saúde, sociabilidade, personalidade, sexualidade e a capacidade de trabalho.

Os fatores psicológicos e sociais do envelhecimento afetam o idoso na medida em que verifica - se a perda de papéis e funções sociais e, com isso, o afastamento do convívio de seus semelhantes, mesmo que muitos destes idosos se vejam fisicamente envelhecidos, mas não se sintam velhos. Este entendimento parte do pressuposto de que, embora o físico e a mente envelheçam juntos, o processo não se efetiva em ambos com a mesma cadência, ou que, devido a preconceitos sociais, nega-se o autoenvelhecimento.

Nesta fase, as funções sexuais se alteram basicamente pelas mudanças fisiológicas e anatômicas do organismo provocadas pelo próprio processo de envelhecimento. Porém, não se pode associar essa fase da vida à perda ou à incapacidade de manter relações sexuais.

Além das modificações orgânicas, surgem questões de ordem emocional referentes à aposentadoria, casamento, doenças, autoestima além de fatores sociais e culturais. Em geral, as alterações sexuais masculinas são lentas e progressivas, dando tempo ao homem de se adaptar a uma atividade menos intensa. Com o avanço da idade, o padrão de comportamento sexual dos homens pode ser descrito com três características distintas.

A primeira parecida ao que sempre foi na sua fase adulta madura, onde ele procura manter o mesmo ritmo de relações sexuais a que sempre esteve acostumado. A segunda, uma retração ou inibição da atividade sexual que tende a diminuir ou até desaparecer, como nos casais pouco ativos sexualmente e que se entregam a uma rotina sem troca de afeto, carinho ou



paixão. E por fim, ocorrer uma exacerbação da atividade sexual, numa tentativa de repetir o comportamento sexual da juventude.

As alterações na vida sexual do homem idoso, proporcionadas pelo uso de medicações novas como o Viagra, estão provocando reflexos na esfera social, tornando-os mais ativos e vulneráveis às DSTs. Nas relações sexuais onde o idoso é um dos integrantes do casal, há mais do que o medo da infecção por HIV, os homens temem também pela sua imagem. Para afirmarem sua masculinidade, acabam expondo-se a riscos para não parecerem inexperientes na hora de colocarem o preservativo e devido à ansiedade ficam vulneráveis às chances de não alcançarem a ereção.

Por conta disto, a decisão final pelo não uso do preservativo é na grande maioria masculina, fator que os tornam mais suscetíveis à doença. Atualmente, há no Brasil 222.356 pessoas doentes de AIDS, destes aproximadamente 74% são do sexo masculino (*Brasil, 2008*).

Desta forma é possível classificar duas realidades existentes com relação à prevenção do contágio pelo ato sexual. De um lado, estão os casais que nunca se preocuparam com a AIDS, não fizeram prevenção e não têm tais habilidades desenvolvidas, pois viveram o ápice da vida sexual, num período em que não havia campanhas de saúde pública quanto ao risco de epidemias de DSTs. De outro, estão incluídos os casais que tiveram tentativas de prevenção, mas as abandonaram sob muitas alegações, como por exemplo, que com preservativo “não dá para sentir um ao outro” negando os limites impostos pela doença e dificultando sua prevenção.

Esses fatores mostram a discrepância que existe entre as atitudes desejáveis e as atitudes possíveis, transformando em um desafio manter uma prevenção sistemática baseada apenas na conscientização da necessidade do uso do preservativo.

Essa dificuldade não ocorre por falta de informação quanto à prevenção, mas por valores relacionados à sexualidade e à expressão de amor e confiança, neste momento o desejo de preservação do relacionamento afetivo com o parceiro parece ser prioridade, mesmo que este ato possa por em risco a saúde futura.

Soma-se a estas construções do imaginário do casal o fato de que, na sociedade atual, a pessoa idosa é vista ainda de forma pejorativa, em situação de fragilidade, desvalorização, entre outros. Essa condição parece não motivar os responsáveis pela divulgação dos meios de prevenção das DSTs e HIV/AIDS, para que tais informações atinjam este público.

Além desse fato há o preconceito frequente de que na velhice os idosos não exercitam sua sexualidade e, portanto, não se enquadram no grupo de pessoas consideradas vulneráveis.

O preconceito social contra o casal formado pelo idoso sexualmente ativo vem de todos os lados. Na própria família, com filhos e netos fazendo comentários e piadas constrangedoras; pela mídia, que valoriza apenas a beleza da juventude; pelos amigos e vizinhos, mal informados, deprimidos e desinteressados; pela religião, quase sempre muito conservadora e geradora de culpa e por toda a sociedade em geral.

Tudo isso faz com que o foco das campanhas de prevenção das DSTs e AIDS sejam sempre a população jovem e de meia idade, não contemplando a população de idosos. Mas é necessário ampliar o leque de intervenções, no sentido de atingir também a população idosa,



utilizando uma linguagem adequada para que essas pessoas possam compreender, assimilar e aderir aos meios de prevenção dessas morbidades.

Observamos que, para a população de um modo geral, não é fácil aceitar o HIV como uma doença de comportamento de risco ao invés de grupo de risco e tendo isso como base, temos que perceber as particularidades de cada população. Este aspecto é fundamental quando se engaja em um trabalho preventivo.

O envelhecimento populacional é uma questão demográfica atual e urgente que exige novas formas de intervenção junto aos idosos, pois se sabe que a velhice tem um elevado custo social: moradia, assistência social, saúde, aposentadorias e pensões.

Assim como as demais fases do ciclo vital humano, o processo de envelhecer deve estar acompanhado de uma vida digna e saudável. Para tanto, é preciso que tanto o Estado quanto a sociedade caminhem em conjunto para a satisfação de condições existenciais básicas que permitam ao ser humano realmente viver, não só sobreviver.

Para toda esta problemática, somente uma ação coletiva que modifique o imaginário social de uma determinada comunidade pode surgir algum efeito.

Uma destas ações estaria no favorecimento de interações com grupos de idosos, permitindo-lhes trocar experiências e desenvolver uma consciência crítica a respeito de sua vida sexual, podendo levar a uma mudança de comportamento.

Outro grande desafio consiste em vincular prevenção, assistência e tratamento em ações integrais, tanto no âmbito político, quanto nas ações dos profissionais envolvidos com a epidemia.

Nesta abordagem, os espaços de saúde pública, como postos de saúde e programas de saúde da família, podem desenvolver técnicas que abordem a dinâmica dos relacionamentos e padrões de comunicação necessários para a manutenção de comportamentos preventivos, pois somente o repasse de informações panfletárias não pode ser considerado um processo educativo.

Algumas medidas governamentais vêm sendo tomadas no sentido de prevenir a AIDS e orientar sobre o HIV. Entre estas estão:

O teste do HIV, a distribuição gratuita da camisinha e de agulhas limpas, a redução de danos, a profilaxia pós-exposição e os microbicidas e vacinas, à medida que se tornarem disponíveis, são métodos importantes de prevenção, mas não se esgotam aí.

Os profissionais de saúde e de outras áreas devem também atuar como mediadores, defensores, mentores, facilitadores e promotores dos processos relacionados à saúde dos idosos.

Uma educação abrangente sobre a sexualidade com programas e políticas para promover a igualdade de gênero e o sexo seguro, são fundamentais para o sucesso da prevenção. Assim se deixaria de tratar a doença como ponto de partida para a obtenção de saúde e se passaria a encarar o processo preventivo como alicerce do controle da disseminação da infecção.



## **Conclusão**

A população idosa mundial está aumentando e devido ao avanço fãrmaco tecnol3gico estã ficando cada vez mais ativa. Esta condi3o possibilita a alguns idosos aproveitar melhor esta fase, que pode ser comparada a umas merecidas f3rias, em que nã precisam se preocupar em trabalhar ou cuidar de filhos pequenos, podendo usufruir deste per3odo, participando de viagens, festas e grupos de amigos.

Outros, com menor poder aquisitivo, podem valer-se da sa3de para continuar trabalhando e agregar valores à pequena aposentadoria ou auxiliam os filhos cuidando dos netos enquanto estes trabalham. Seja de uma forma ou de outra, as m3ltiplas possibilidades que se abrem para o idoso neste novo mil3nio possibilitam-lhe uma grande socializa3o, ampliando as redes de amizade, os contatos sociais e por consequ3ncia os relacionamentos afetivo-sexuais.

Neste ponto percebe-se uma ambiguidade: as mesmas pol3ticas sociais e de sa3de p3blica que incentivam os avanços da medicina e farmacologia em busca da tão sonhada “vida eterna”, possibilitam o aumento da longevidade populacional e nã preveem a possibilidade de risco no aumento das rela3o3es sociais e afetivo-sexuais.

A aten3o da ci3ncia tecnol3gica at3 pode restringir-se ao campo do desenvolvimento de t3cnicas que possibilitem maior tempo e qualidade de vida.

Desenvolvendo equipamentos como os de tomografia e ressonãncia magn3tica, tão 3teis para as neuroci3ncias, por exemplo, que se dedicam a estudar as 3reas do c3rebro responsãveis pelo mal de Alzheimer. Ou ainda, a contribui3o que trazem com o aumento de novas especialidades como a fisioterapia e quiropraxia, que oferecem complemento e suporte para a 3rea m3dica.

Todavia 3 importante ressaltar que tempo e qualidade de vida nã dependem somente de instrumentos, e a ci3ncia nã deveria restringir-se somente a eles. A tecnologia nã pode ser pensada isoladamente sem contemplar as quest3o3es sociais e sem ressaltar a importãncia da atua3o integrada dos profissionais da 3rea m3dica e da sa3de social, meio no qual a psicologia se insere. Trabalhando desta forma 3 poss3vel armar novos pressupostos te3ricos de estudo e pesquisa, atuando como facilitadores e catalisadores em espaços para debate sobre novos comportamentos e subjetividades.

Estes espaços v3m num crescente dentro da academia e na pr3pria sociedade que vive e experimenta a todo o momento novas realidades, um espaço e tempo dinãmico que se renova a cada dia, onde o pensar sobre sa3de social deve ser vanguarda e a fala nã pode ficar à merc3 da estagna3o.

Falar de preven3o da AIDS para o idoso de hoje 3 falar para um jovem e um adulto de outra 3poca que viveram um per3odo em que nã era comum o uso do preservativo, que na 3poca chamava-se Camisa de V3nus. O uso da camisinha era restrito e limitava-se a frequentadores de cabar3s e “casas de conveni3ncia”. Era um tempo em que as pessoas tinham vergonha de ir à farmácia adquirir o preservativo, distribui3o gratuita em postos de sa3de



inexistia e as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns eram outras e na maioria tinham cura.

Tendo em vista esta particularidade, aperfeiçoar e atualizar a linguagem nas campanhas de prevenção do HIV para os idosos é fundamental. O idoso, na sua juventude, não tinha o hábito de se proteger, tampouco de falar sobre assuntos que envolvessem sexo, mesmo que estes estivessem debilitando sua saúde. Tabus e vergonhas recheiam estas vidas, que até bem pouco tempo eram consideradas sexualmente inativas, fazendo com que filhos e netos nem pensassem em ter um diálogo aberto com seus ascendentes sobre o tema.

Qualquer oportunidade de diálogo neste caso é importante, seja com a família, através dos meios de comunicação por debates promovidos pela programação ou com os médicos na ocasião da consulta, pois estes espaços podem possibilitar ao idoso a naturalização do assunto “SEXO” e o futuro engajamento em métodos preventivos de proteção contra as DST’s.

Acredito que as campanhas de prevenção de doenças infectocontagiosas como o HIV, não podem ficar limitadas a grupos constituídos em bases de preconceito e discriminação, fator que exige uma atualização constante e uma crescente ampliação dos campos contemplados.

Desta forma podemos contribuir para maior qualidade e satisfação na vida dos idosos, pois são pessoas que já fizeram tanto por nós trabalhando e constituindo nossas famílias, construindo nossas cidades e colaborando para o desenvolvimento de nossa sociedade.

Cuidar da saúde do idoso é o mínimo que nós jovens e adultos podemos fazer em reconhecimento e agradecimento por quem ajudou a fundar o que temos e somos hoje.

## **Referências bibliográficas**

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro, janeiro de 2002.

CHVAICER, Henrique. **As alterações sexuais do homem idoso**. AHE 2005; II: 11-12. Disponível

em [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=45276&id\\_seccion=2859&id\\_ejemplar=4586&id\\_revista=98](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=45276&id_seccion=2859&id_ejemplar=4586&id_revista=98)

CRUZ Gylce Eloisa Cabreira Panitz. **Portal do Envelhecimento: HIV/AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos**. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pforum/aids1.htm>. Acesso em 01 de fevereiro de 2016.

GIL, Antonio Carlos Métodos e técnicas de pesquisa social - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.



**Os idosos e a mídia: usos, representações e efeitos.** In: FREITAS, Elizabete V. de, et al. (Org.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

FERREIRA, Andréa Rocha. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil.** Richard Parker e Jane Galvão (orgs.). Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Abia/IMS/UERJ, 1996.

PAIVA Vera; PUPO Ligia Rivero; BARBOZA Renato. **O direito a prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil.** *Revista Saúde Pública* 2006;40(Supl):109-119.

SZWARCWALD Célia Landmann; CASTILHO Euclides Ayres de. **Três décadas de convívio com a epidemia do HIV/AIDS.** *Cad. Saúde Pública* vol.27 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

ZILDENES, Leite JL. Aids e envelhecimento. **Reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima de 60 anos.** 2008. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/AIDSENVELHECIMENTO.doc>. Acesso em 01 de fevereiro de 2016.



## **HIV/AIDS e pessoas idosas**

**Elizabete Saiki**

Agente de Defensoria/Assistente Social no  
Núcleo Especializado dos Direitos do Idoso e da Pessoa  
com Deficiência e Mestranda no Programa de Estudos  
Pós-Graduados em Gerontologia/Mestrado da PUC/SP.

### **Resumo**

Segundo dados estatísticos do IBGE, a incidência de casos de HIV/AIDS em pessoas idosas tem aumentado no Brasil, portanto, é necessário voltarmos nosso olhar para esse público. A discussão envolve os estereótipos, tabus e mitos que são colocados ao envelhecer, como por exemplo, a sexualidade na velhice. Muitos profissionais acreditam que idosos não possuem vida sexual ativa e não os veem como população de risco. Posição esta que prejudica a realização de orientações, campanhas de prevenção, bem como solicitação de exames médicos para diagnóstico. Além disso, os próprios idosos não se veem como população de risco. Portanto, é imprescindível que o tema seja discutido com os idosos e todos os profissionais que atendem esta população.

**Palavras-chave:** envelhecimento; HIV/AIDS; sexualidade



## Introdução

O prolongamento da vida é uma conquista da humanidade proveniente dos avanços tecnológicos na área da saúde e também da diminuição nas taxas de mortalidade. As previsões das Nações Unidas mostram que em 2050 haverá no mundo cerca de 2 milhões de pessoas idosas.

O Brasil acelerou tanto as mudanças demográficas que a população idosa alcançou, em 2011, 23,5 milhões, o que estava previsto para ser alcançado apenas em 2020. Desta forma, as elevadas proporções de pessoas idosas em relação à população geral foram atingidas em cerca de 50 anos, situação que os países europeus demoraram 140 anos para alcançar. O número de pessoas acima de 60 anos hoje no Brasil supera a população de velhos/as de vários países europeus, entre os quais, a França, a Inglaterra, a Itália e a Espanha”. (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014, p. 18)

A expectativa de vida dos brasileiros em 1980, segundo o IBGE, era de 62,5 anos, sendo que em 2013 esse número passou para 74,9 anos e as previsões indicam que alcançara 81,2 anos em 2060.

Anos	E0	Anos	E0
2000	69,8	2030	78,6
2001	70,3	2031	78,8
2002	70,7	2032	78,9
2003	71,2	2033	79,1
2004	71,6	2034	79,2
2005	72,0	2035	79,3
2006	72,4	2036	79,5
2007	72,8	2037	79,6
2008	73,1	2038	79,7
2009	73,5	2039	79,8
2010	73,9	2040	79,9
2011	74,2	2041	80,0
2012	74,5	2042	80,1
2013	74,8	2043	80,2
2014	75,1	2044	80,3
2015	75,4	2045	80,3
2016	75,7	2046	80,4
2017	76,0	2047	80,5
2018	76,3	2048	80,6
2019	76,5	2049	80,6
2020	76,7	2050	80,7
2021	77,0	2051	80,7
2022	77,2	2052	80,8
2023	77,4	2053	80,9
2024	77,6	2054	80,9
2025	77,8	2055	81,0
2026	78,0	2056	81,0
2027	78,2	2057	81,1
2028	78,3	2058	81,1
2029	78,5	2059	81,2
		2060	81,2

Fonte: IBGE/Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade para 2000/2030. 2013



Contudo, explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da “conspiração do silêncio” em relação à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transforma em um problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento. (DEBERT, 2012, p.12)

Segundo Debert (2012), um dos movimentos que acompanha a transformação da velhice em preocupação social é a transição da gestão da velhice da esfera privada e familiar para a esfera pública, fazendo emergir uma nova categoria cultural, os idosos. Categoria esta permeada por representações negativas do envelhecimento, o associando a perdas de papéis sociais, solidão, isolamento, abandono e doenças. Para a autora, apesar de negativas esses estereótipos auxiliaram na legitimação dos direitos sociais dessa população. Mas se por um lado o envelhecer tem sido associado a perdas, por outro também observamos na mídia a exaltação da velhice como “melhor idade”, uma época que desfrutaremos da aposentadoria e poderemos retornar aos projetos que haviam sido suspensos como viagens, cursos e etc.

Contudo, o envelhecer não precisa ser visto apenas como momento que só vivenciamos perdas ou ganhos. E esse período da vida, como qualquer outro, pode ser de perdas e ganhos ao mesmo tempo. Canguilhem (2015) nos provoca ao afirmar que a vida é polaridade dinâmica.

Diante dessas imagens construídas pela sociedade é importante pontuar que não há um único tipo de velhice, mas várias. Estamos falando de velhices, no plural. O processo de envelhecimento não está apenas vinculado a fatores biológicos, mas também a questões psicológicas e sociais. Além disso, nossa história de vida e contexto cultural também influencia o envelhecer.

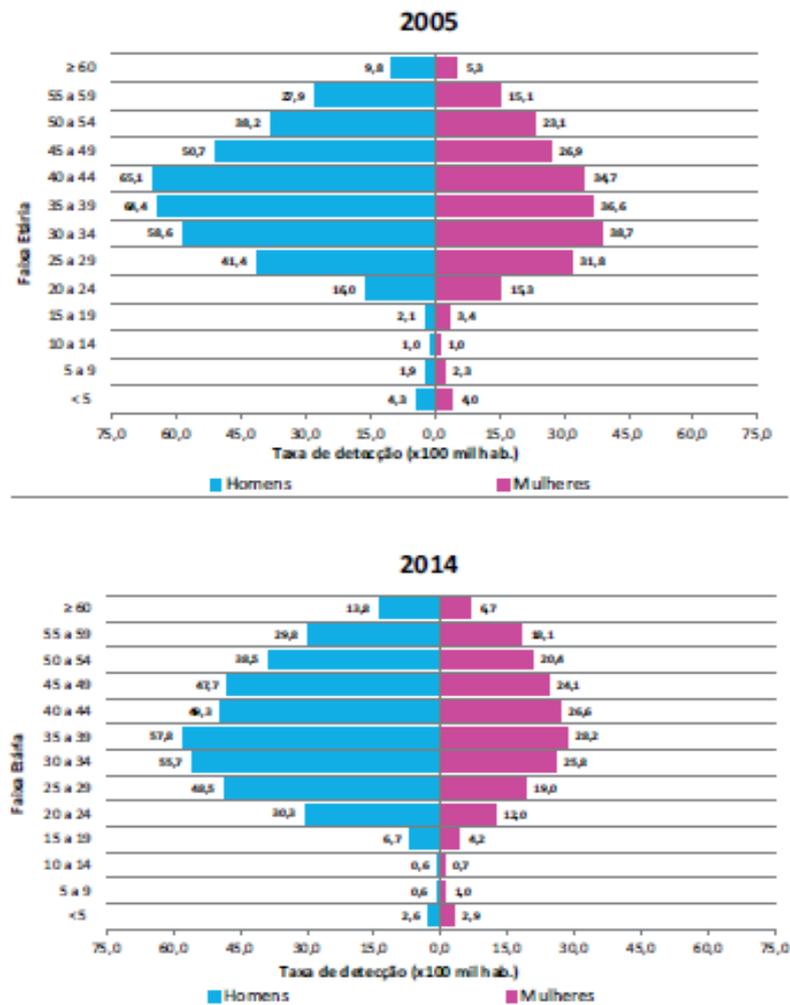
## **Idosos e HIV/AIDS**

É, portanto, com essa população heterogênea e permeada por estereótipos que vamos discutir da questão do HIV/AIDS. Segundo Assis e Santos (2011), o aumento do número de idosos com HIV/AIDS no Brasil tem sido vinculado

Ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos em associação com a desmistificação do sexo na terceira idade. (ASSIS e SANTOS, 2011, p.149)



Gráfico 8. Taxa de detecção de aids (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2005 e 2014<sup>(1)</sup>.



Fonte: Ministério da Saúde/Boletim Epidemiológico 2015 HIV/AIDS.

Como podemos observar no gráfico a taxa de detecção de idosos com AIDS aumentou 4% enquanto nas idosas o aumento foi de 1,4%. Em um estudo realizado entre maio e novembro de 2011 no Ambulatório de Doenças Infecciosas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com 148 pessoas com HIV/AIDS atendidas pelo serviço, Okuno et al. (2012) verificaram que 66,2% dos entrevistados informaram terem adquirido a doença através de relações sexuais.

A preocupação com a tendência de ampliação de contaminação nessa faixa etária é o foco do debate, que leva em conta fatores, tais como: vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde, além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual, seja pelo uso de drogas ilícitas. (Fonseca, 2011, p.192)



Com o envelhecimento algumas doenças se tornam mais suscetíveis, podendo o profissional de saúde confundir alguns sintomas da AIDS com estas doenças, dificultando o diagnóstico. Além disso, o tabu da sexualidade de pessoas idosas pode influenciar a visão de profissionais de saúde que acabam por não entenderem esta população como de risco e, conseqüentemente, não solicitam exames e não realizam orientações sobre o tema. É importante pontuar que os idosos também não se veem enquanto população de risco.

## **Sexualidade**

Segundo Iacub (2007), no século XIX as regras médico-morais indicavam que os velhos deveriam suavizar as paixões. “A partir desse momento, muitos autores começaram a considerar as transformações patológicas e psicológicas do envelhecimento como uma consequência das mudanças sexuais produzidas nesse período” (IACUB, 2007, p.80). Como exemplo Iacub (2007) cita o ginecologista Enoch Heirinch Kisch que acreditava que as mulheres no período da menopausa ao se convencerem que haviam diminuído seus “encantos sexuais” se tornavam mais egoístas e irritáveis. Já Gregorio Marañón, médico e cientista espanhol (1887-1960),

Acreditava que a sexualidade feminina desaparecia mais precocemente dos que a masculina, não somente por uma razão biológica, mas porque a mulher velha “experimenta sua ruína física de maneira muito mais profunda e precoce que o homem que, mesmo nos limites da velhice, pode conservar uma aparência cotizável no tráfico amoroso”. (MARAÑÓN, 1930). Essas desarmonias sexuais justificariam que os homens continuem buscando mulheres e que, por isso, sejam chamados de “velhos assanhados”. (IACUB, 2007, p.81)

No movimento contrário, Iacub (2007) cita outro autor Hall (1922), o qual acreditava que o verdadeiro ideal da velhice devia ser a “completa castidade psíquica e somática”, já que o bem-estar só seria possível por meio do ascetismo e da sublimação: o velho devia personificar a pureza (IACUB, 2007, p.90)

Também no século XIX surge a “gerontofilia”, a qual seria uma perversão em que jovens apresentam interesses sexuais por pessoas idosas.

Há, sem nenhuma dúvida, casos em que existe um estado patológico. Quando um homem jovem sempre teve uma inclinação sexual apenas por mulheres velhas decrépitas ou uma jovem mulher por velhos decrépitos, isso levaria certamente a supor que haveria algo da esfera do patológico. (IACUB, 2007, p.83 apud KRAFF-EBING)

Como podemos observar nessa citação, o desejo pelo “velho” só poderia ser explicado pelo patológico. Portanto, é preciso superar essas imagens de idosos como seres assexuais e o estereótipo de “velhos assanhados” para aqueles que possuem uma vida sexual ativa. Essas visões podem prejudicar as orientações, campanhas de prevenção, diagnóstico e tratamento.



Vale dizer ainda que, com a constatação da ampliação da longevidade humano no mundo inteiro, a indústria farmacêutica vislumbrou a abertura de um novo mercado – com demandas novas e próprias – e passou a trabalhar na criação de medicamentos que contribuíssem, inclusive, para prolongar a vida sexual ativa humana. Ao proporcionar isso, estimulou e promoveu o desenvolvimento de outros setores econômicos relacionados à cadeia mercadológica do sexo. Pesquisadores como Gomes e Silva (2008) têm chamado a atenção para o fato de que o uso de estimulantes para ereção tem possibilitado aos idosos o retorno às atividades sexuais, acrescentando qualidade de vida à desses brasileiros. (FONSECA, 2011, p. 185)

Para Fonseca (2011), se por um lado a incidência de HIV/AIDS quebra o mito da assexualidade de pessoas idosas, por outro nos coloca diante de desafios que não podem ser esquecidos. A evolução clínica da doença nessa população, quando comparada à de pessoas jovens, tende a ser mais rápida, “há um desenvolvimento precoce e aumento no número de infecções e/ou neoplasias oportunistas, muitas vezes relacionadas com o declínio fisiológico normal e/ou coexistência de doenças relacionadas à idade” (FONSECA, 2011, p. 186).

Deste modo, não podemos, nos esquecer dessa população e nos empenharmos em campanhas educativas. A pesquisa realizada por Laroque et al. (2011), em 2007 em um município de médio porte do Estado do Rio Grande do Sul, com seis idosos atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) apontou que a principal fonte de informações sobre prevenção de DST/AIDS era os meios de comunicação, em especial, a televisão. Verificou-se que o conhecimento destes idosos sobre prevenção estava distorcido provavelmente em função de histórias de vida, concepções, questões culturais e imaginário popular. A respeito da UBS, nenhum dos entrevistados relatou ter recebido orientações diretas dos profissionais de saúde da UBS, sendo o conhecimento sobre essa doença transmitido apenas por materiais impressos.

Já o estudo organizado por Lazzarotto et al (2008) com 510 idosos de 47 grupos de convivência de idosos no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, percebeu-se que

No domínio “transmissão”, observou-se que ainda há dúvida em relação às formas de transmissão do HIV, as quais se constituem através das vias sexual, parental e vertical, pois 41,4% dos indivíduos acreditavam que a picada de mosquito transmite o vírus da AIDS. (LAZZAROTTO, 2008, p.1836)

Em relação ao uso da camisinha, a sua resistência, segundo Silveira et al (2011), se dá pela crença que seu uso só seria necessário nas relações extraconjugais, pelo receio em perder a ereção e a ausência de possível gravidez em virtude da menopausa.

## **Considerações Finais**

Além da velhice ser vinculada a perdas e doenças, ela também tem sido associada ao fim da sexualidade, portanto, a discussão sobre a incidência do HIV/AIDS em pessoas idosas envolve discussões de representações culturais que estão arraigadas na nossa sociedade. Não



podemos, também, perder de vistas que há uma parcela de idosos em que a transmissão do vírus se deu através do uso de drogas injetáveis.

Consequentemente, é necessário que os profissionais de saúde bem como toda a sociedade reconheça que a população idosa também deve ser considerada de risco recebendo todas orientações necessárias a respeito da prevenção, sintomas e tratamento. O tema deve ser debatido não só nos equipamentos de saúde, mas também nos serviços da assistência social, núcleos de convivências, grupos da terceira idade, e etc. Garantindo, portanto, que a informação alcance todas as pessoas idosas.

## **Referências Bibliográficas**

ASSIS, Mônica de; SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos. **Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão da literatura.** In: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.14, n. 1, p. 147-157, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a15v14n1.pdf>> Acesso em 18 jan. 2016

CAMARANO, Ana Amélia. **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** In (Revista) Estudos Avançados, v.17, n. 49, p. 35-63, set/dez, São Paulo, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000300004&script=sci_arttext)> Acesso em 10 nov. 2015

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico.** Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7 ed. 4 – Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2015.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento.** 1 ed. 2 reimp. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012.

FONSECA, Suzana Carielo et al. **Sexualidade e AIDS na Terceira Idade.** In Revista Temática Kairós Gerontologia, v. 14, n.10, p. 181-204, São Paulo, 2011. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9913/7367>> Acesso em 21 jan. 2016

IACUB, Ricardo. **Erótica e Velhice: Perspectivas do Ocidente.** Tradução Marcos de Carvalho Pachá. 1 ed, São Paulo: Vetor, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade para 2000/2030.** Brasília, 2013. Disponível em:

<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)> Acesso em 21 jan. 2016

LAROQUE, Mariana Fonseca et al.. **Sexualidade do Idoso: comportamento para a**



**prevenção de DST/AIDS.** In: Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n.4, p.774-780, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a19.pdf>> Acesso em 18 jan. 2016

LAZZAROTO, Alexandre Ramos; et al. **O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos.** In (Revista) Ciências & Saúde Coletiva, v.13, n.6, p.1833-1840, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a18v13n6.pdf>> Acesso em 21 jan. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico 2015 HIV/AIDS.** Ano IV, n.1, Brasília, 2015. Disponível em:

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)> Acesso em 21 jan. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Portal sobre Aids, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais.** Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br>> Acesso em 21 jan. 2016

SILVEIRA, Michele Marinho da; et al. **Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS.** In Revista Temática Kairós Gerontologia, v. 14, n.5, p. 205-220, São Paulo, 2011. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5673>> Acesso em 21 jan. 2016

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; et al. **Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS.** In (Revista) ACTA Paulista de Enfermagem, v.25, n. Especial 1, p.115-121, São Paulo, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_18.pdf)> Acesso em 18 jan. 2016

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as pessoas idosas.** Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>> Acesso em 21 jan. 2016

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA.

**Manual de Enfretamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É preciso prevenir. É necessário superar.** Texto de Marília Cecília de Souza Minayo. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contr-a-pessoa-idosa>> Acesso em 08 ago. 2014.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-92898-01-4



9 788592 898014

