

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**VANDA CORRÊA THOMÉ**

**MASCULINIDADES E PRÁTICAS DE SAÚDE:  
UM ESTUDO DOS HOMENS EM TRATAMENTO PARA HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

**NITERÓI  
2006**

**VANDA CORRÊA THOMÉ**

**MASCULINIDADES E PRÁTICAS DE SAÚDE:  
UM ESTUDO DOS HOMENS EM TRATAMENTO PARA HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação de Mestrado submetida ao Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientador:  
João Bosco Hora Góis

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

NITERÓI  
2006

**MASCULINIDADES E PRÁTICAS DE SAÚDE:  
UM ESTUDO DOS HOMENS EM TRATAMENTO PARA HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

**VANDA CORRÊA THOMÉ**

Dissertação de Mestrado submetida ao Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Aprovada por:

---

Prof. Dr. João Bosco Hora Góis  
Orientador

---

Profa. Dra. Janete Luzia Leite  
1º Examinador

---

Profa. Dra. Josete Luzia Leite  
2º Examinador

Niterói, 29 de Setembro de 2006.

## FICHA CATALOGRÁFICA

THOMÉ, Vanda Corrêa

Masculinidades e Práticas de Saúde: um estudo dos homens em tratamento para HIV/AIDS no município de Campos dos Goytacazes/Vanda Corrêa Thomé. Campos dos Goytacazes, Universidade Federal Fluminense, 2006.

N.º pg preliminares (),n.º folhas restantes (), il ().

Dissertação (Mestrado) – Universidade federal Fluminense, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Campos dos Goytacazes, RJ, 2006.

Descritores: Masculinidades; HIV/AIDS; Práticas de Saúde; Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde.

Aos meus filhos, Thales e Rafael, que mesmo sem entender “pra que tanto trabalho”, estiveram sempre presentes, me lembrando de um cronograma a cumprir: “Mãe, quando é que termina?”...“Você já não tinha terminado ontem?” Aos meus pré-adolescentes, com quem pude de novo vivenciar o conceito temporal singular, fazendo parecer próximo o momento distante, e em meu desespero e pela urgência da vida, achar distante o que próximo estava, dedico esse trabalho, a minha vida e todo tempo que eu imagino ter agora disponível. AMO VOCÊS, sempre e tanto!

A minha mãe, Magnólia, pela sua imensa generosidade, sabedoria, sensibilidade e alegria de viver.

Ao meu pai, Sérgio, que ao seu modo me despertou para a consciência individual e coletiva na construção da nossa história.

A Vivi, Vander e Vanete, irmãos queridos, pela vida compartilhada, perto ou longe.

# Agradecimentos

*(...) Bom é render graças ao Senhor e cantar louvores ao teu nome(...)*

*(Salmo 92:1)*

Ainda que em alguns momentos se tenha a impressão que este é um processo solitário, ao final a gente acaba por constatar o quanto é coletivo esse caminhar. Foram tantos... e tantas... Espero poder expressar aqui a minha gratidão.

Começo agradecendo ao Professor Dr. João Bosco da Hora Góis, meu orientador, que tornou possível a concretização deste trabalho.

Aos participantes da banca de qualificação, Professora Dra. Rita de Cássia Santos Freitas e Professora Dra. Dayse de Paula pelo carinho e lucidez com que ofereceram seus comentários e sugestões.

Aos Professores Dr. André Augusto Brandão e Dra. Lenaura Vasconcelos Costa Lobo pela contribuição teórica para o meu crescimento acadêmico.

À Dra. Maria Clélia Pinto Coelho, coordenadora do programa municipal DST/AIDS, pelo dinamismo com que exerce seu papel e por sua sensibilidade, compreendendo a necessidade do meu afastamento em diversos momentos para tornar viável este projeto.

Em especial a amiga Dra. Rosângela Fonseca Azevedo, assessora técnica da coordenação municipal de DST/AIDS, pelo comprometimento e competência técnica, pela amizade, pela palavra de incentivo, pela energia que emana... Você é muito especial! Você faz a diferença!

Ao Dr. Sandro Bichara, diretor do SAE, pela confiança depositada em mim para assessorá-lo na direção e apoio permanente mesmo contando com as minhas ausências durante o fechamento desta dissertação.

À Gerente Executiva do SESI/SENAI, Ivana Licurgo e aos Coordenadores de Saúde e Administrativo da UNOP/Campos pela compreensão e apoio no momento final deste trabalho.

A Direção da ETE João Barcelos Martins, em especial ao Fabiano, Ana Márcia e Alzimar e a Coordenadora Elisete pela compreensão e apoio também dispensado.

Aos sujeitos participantes desta pesquisa, pela receptividade e confiança depositada no repasse das informações.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Célia de Souza Campos Fernandes, infectologista do SAE, pela forma como conduz o seu ofício. Você é uma referência pra mim. Obrigada pelo incentivo e pela delicadeza com que me recebia, lia os meus “papéis”, escutava minhas angústias... Não esquecerei jamais, serei eternamente grata.

À Dra. Luciana Cordeiro Araújo, pela generosidade na disponibilização de dados preciosos para fundamentar esta dissertação e pela importância do seu trabalho na Política Pública Municipal em HIV/AIDS.

Ao Dr. Almir Cruz Manhães, infectologista, pioneiro nessa seara em nosso município. Meu respeito e admiração. Agradeço ainda a confiança depositada em mim no momento em que estive na direção do SAE.

Ao Dr. Nélio Artiles, infectologista, também pioneiro no cuidado em HIV/AIDS no município e grande estudioso na área; pelo seu comprometimento, sua afetividade e pelo espírito interdisciplinar. Agradeço mais uma vez a delicadeza com que atendia aos meus convites para participar dos encontros junto ao Grupo de Adesão “Renascer”.

Ao Dr. Ronaldo Pinto da Silva, urologista do SAE. Partiu da nossa breve conversa sobre a vida profissional a decisão de iniciar o mestrado naquele momento.

À Michele e Inês, Técnicas de Enfermagem do SAE pelo espírito solidário e criativo, pelo comportamento ético, profissionalismo e apoio ao meu trabalho enquanto estive na gerência do serviço de enfermagem do SAE.

À Claudinez, Dioniza, Elma, Ana Paula... Pelas nossas idas e vindas e tantas estórias para contar...

Aos colegas do curso de mestrado, pelos momentos de interação, descontração e estresses amenizados pelo apoio mútuo.

À Skell e Lúcia, da secretaria do Centro de Estudos Sociais Aplicados da UFF, pela gentileza na recepção e delicadeza nas cobranças.

Ao Júlio e seu suporte técnico frente às indisposições do meu PC e da minha impressora. Você foi fundamental!

A querida amiga Flávia, a Gisele, Rocha, Raphael, Anelisa, Marcela, Tatiana, Adir, Fátima, ex-alunos, hoje colegas de profissão, alguns companheiros de trabalho, pela amizade, possibilidade de troca e crescimento profissional. Aprendi muito com vocês!

À Roberta, jovem multiplicadora do Programa, que com grande carinho e responsabilidade me auxiliou na aplicação do questionário. Seu apoio foi fundamental! Aos também jovens multiplicadores: Paulo, Ana Paula, Carla e Lívia pela torcida.

Em especial a Rose, ao Zé Hélio, Amaro, Jaqueline, Marisa, Augusta, Genícia, Isabete, Ulisses, Josué, Marlene, Rosa, Dalton, Renato, Luiz, Roberto, Washington, Leo, Paulo, José, Jodilson, Rosângela, Walker, Romildo, Adilza, Cristiane, Amara... Pela cumplicidade e pelo que apreendi sobre “diversidade” e impacto das desigualdades de gênero no processo saúde-doença-cuidado.

A toda equipe técnica e administrativa do Programa Municipal DST/AIDS. Ao apoio administrativo da Andréa, a Cleide pelo acesso aos prontuários a Lúcia pelos dados da vigilância epidemiológica em HIV/AIDS.

À Maria Helena Ribeiro de Barros Barbosa, por sua generosidade, seu entusiasmo e estímulo na reta final deste trabalho; por partilhar o mesmo interesse acadêmico e pela possibilidade de, em futuro próximo, agregar o conhecimento apreendido.

Ao Professor Marcos e ao Pedro pela revisão do texto a ser apresentado.

À Fabiana, “fiel escudeira”, que alimentou a minha casa com sua presença, acalentou meus filhos com a sua alegria, ouviu meus lamentos e soube manter criteriosamente “dessarrumados” os meus papéis, livros, CDs e disquetes.

Ao Charles, com quem partilhei muitas experiências emocionais que me fizeram ressignificar meus conceitos sobre o gênero masculino-feminino.

Ao casal amigo e abençoado, Fátima e Pr Walmir e ao querido Pr Fernando obrigado pelo apoio. Vocês foram fundamentais nesta caminhada.

À Aninha, Júnia, Juliana e Renata e que bom tê-las conhecido nesse momento!

À Simone, Rosana, Da Paz, Ana Cristina, Carol, Patrícia e Roberta pela amizade e refúgio.

A Luiz Antonio, amigo de todas as horas, por sua compreensão comigo e pelo carinho com meus filhos.

À doutoranda Daniela e a mestra Renatha pelo apoio logístico. Dani, seu login foi fundamental!

Ao querido Joni, doutorando da UFF, pela tradução do texto, pelo apoio, pela escuta e pelo “árduo” trabalho de formatação desta dissertação. Você é um ótimo futuro cunhado!

A minha querida irmã Vivi, também pela ajuda na formatação deste trabalho, pela torcida e pela solidariedade. Seu apoio fez toda a diferença. Parabéns por ter concluído seu mestrado com “louvor”... Agosto de 2006 foi só felicidade!

A minha mãe, também querida, pelo seu apoio, suas orações e seu amor por mim.

Ao Rafa e Thales, filhos amados, companheiros também nessa viagem!

# Paciência

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma

Até quando o corpo pede um pouco mais de alma

A vida não pára

Enquanto o tempo acelera e pede pressa

Eu me recuso faço hora vou na valsa

A vida é tão rara

Enquanto todo mundo espera a cura do mal

E a loucura finge que isso tudo é normal

Eu finjo ter paciência

O mundo vai girando cada vez mais veloz

A gente espera do mundo e o mundo espera de nós

Um pouco mais de paciência

Será que é o tempo que lhe falta pra perceber

Será que temos esse tempo pra perder

E quem quer saber

A vida é tão rara (tão rara)

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma

Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma

Eu sei, a vida não para(a vida não para não)

(Lenine e Dudu Falcão)

# Sumário

Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas .....	xiv
Lista de Abreviaturas .....	xvi
Resumo .....	xix
Abstract.....	xx
Introdução .....	1
1 Gênero, Masculinidades e AIDS .....	15
1.1 Aspectos Conceituais de Gênero .....	15
1.2 Identidade Masculina e Masculinidades .....	19
1.3 Masculinidades e fragmentação do sujeito .....	21
1.4 Masculinidades e Implicações na Vulnerabilidade ao HIV .....	24
2 Aspectos Sociodemográficos do Município de Campos dos Goytacazes, O Programa Municipal de DST/AIDS e o Perfil da População Masculina do SAE.....	29
2.1 Características Gerais do Município de Campos dos Goytacazes .....	29
2.1.1 Outras Mensurações.....	34
2.2 O Programa Municipal DST/AIDS.....	36
2.2.1 Breve Resgate Histórico da Política de Saúde Municipal no Enfrentamento das DST/HIV/AIDS em Campos dos Goytacazes .....	36
2.2.2 Diretrizes e Estratégias da Política Municipal de DST/AIDS : .....	38
2.2.3 Diagnóstico Situacional .....	41
2.3 Perfil da População Masculina do SAE: Recorte Temporal da população com orientação heterossexual declarada na admissão .....	43
2.3.1 Os Dados da Pesquisa: Delineamento da População .....	43
2.3.2 Orientação Sexual .....	43
2.3.3 Faixa Etária .....	46
2.3.4 Cor .....	48

2.3.5	Escolaridade.....	50
2.3.6	Ocupação/ Profissão .....	52
2.3.7	Renda .....	53
2.3.8	Local de Moradia .....	55
2.3.9	Arranjo Familiar e Papel na Família.....	56
2.3.10	Status Sorológico/Status Imunológico.....	58
2.3.11	Uso e Abuso de Drogas .....	62
3	Um Olhar Sobre o Masculino e suas Práticas de Saúde .....	64
3.1	Características sociodemográficas dos indivíduos entrevistados .....	64
3.2	O masculino e suas práticas .....	65
3.2.1	Sexualidade, Saúde Sexual e as Dinâmicas das Relações Afetivas.....	66
3.2.1.1.	Iniciação Sexual.....	66
3.2.1.2.	Uso da Camisinha .....	69
3.2.1.3.	Permanência do Vínculo x Status Sorológicos dos Cônjuges .....	73
3.2.1.4.	Hábitos e Atitudes no Cuidado com a Saúde.....	76
3.3	Acesso à saúde: A Intersetorialidade como mecanismo de garantia da inclusão .....	80
	Conclusão.....	89
	Bibliografia .....	94
	Anexos .....	112

# Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Mapa de localização da área de estudo, Município de Campos dos Goytacazes/RJ. .....	30
<b>Figura 2:</b> Mapa da divisão administrativa , Município de Campos dos Goytacazes/RJ. ....	31

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Orientação Sexual</b> .....	44
<b>Tabela 2.</b> Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Faixa Etária</b> .....	46
<b>Tabela 3.</b> Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina por Faixa Etária: <b>Quadro Comparativo</b> .....	47
<b>Tabela 4.</b> Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Cor</b> .....	49
<b>Tabela 5.</b> Aspectos Sóciodemográficos da População de Campos: <b>Por categoria raça/cor em Campos</b> .....	49
<b>Tabela 6.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina em Campos e no Brasil: <b>Pólo Escuro portador de HIV/AIDS</b> .....	50
<b>Tabela 7.</b> Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Escolaridade</b> .....	51
<b>Tabela 8.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo SAE: Quadro Comparativo entre Anos de Estudo da amostra e população no município. ....	51
<b>Tabela 9.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Ocupação/Profissão</b> .....	53
<b>Tabela 10.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Renda</b> .....	54
<b>Tabela 11.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Local de Moradia</b> .....	55
<b>Tabela 12.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Arranjo Familiar</b> .....	57

<b>Tabela 13.</b> Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Papel Desempenhado na Família</b> .....	58
<b>Tabela 14.</b> Tempo decorrido entre o ano do diagnóstico e o início do acompanhamento no SAE em 2005. ....	59
<b>Tabela 15.</b> Tempo decorrido entre o resultado e o início do TARV.....	60
<b>Tabela 16.</b> Status Imunológico na admissão.....	60
<b>Tabela 17.</b> Aspectos Sócio-demográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: <b>Uso e Abuso de Drogas</b> . ....	62
<b>Tabela 18.</b> Características sociodemográficas dos indivíduos entrevistados.....	64
<b>Tabela 19.</b> Idade da Primeira Relação Sexual x Escolaridade. ....	67
<b>Tabela 20.</b> Uso Consistente do Preservativo Atualmente. ....	70
<b>Tabela 21.</b> Permanência do Laço conjugal x Status sorológico dos cônjuges.....	73
<b>Tabela 22.</b> Uso / Abuso de Drogas pelos Entrevistados. ....	76
<b>Tabela 23.</b> Atitude diante de um problema de saúde antes do diagnóstico. ....	78
<b>Tabela 24.</b> Motivação para a realização da testagem sorológica para o HIV. ....	80

## Lista de Abreviaturas

<b>AA</b>	Alcoólicos Anônimos
<b>ACTG</b>	"Aids Clinical Trial Group"
<b>AIDS</b>	"Acquired Immuno Deficiency Syndrome" ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ARV</b>	Anti-retroviral
<b>CD4</b>	"Cluster Differentiation 4"
<b>CD8</b>	"Cluster Differentiation 8"
<b>CEERT</b>	Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades
<b>CEFET</b>	Centro Federal de Educação Tecnológica de Campos
<b>CEPED</b>	Centro de Execução Programática Descentralizado
<b>CIPA</b>	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
<b>COAS</b>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<b>CRTCA</b>	Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>EMATER</b>	Instituto de Assistência Técnica e Extensão Rural
<b>IEC</b>	Informação, Educação e Comunicação
<b>GA</b>	Grupo de Adesão
<b>GISC</b>	Grupo de Investigação de Sífilis Congênita
<b>HAART</b>	"Highy Active Anti-retroviral Therapy"

<b>HFM</b>	Hospital Ferreira Machado
<b>HGG</b>	Hospital Geral de Guarús
<b>HIV</b>	"Human Immunodeficiency Vírus" ou Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HSH</b>	Homens que fazem sexo com Homens
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>LACNN</b>	Laboratório de Análises Clínicas Noel Nuttes
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NA</b>	Narcóticos Anônimos
<b>NETRAD</b>	Núcleo de Estudos em Trabalho, Cidadania e Desenvolvimento
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>PAM</b>	Plano de Ações e Metas
<b>PNDST/AIDS</b>	Programa Nacional de DST/AIDS
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>POA</b>	Plano Operacional de Assistência
<b>PPP</b>	Plano Pluri-Anual
<b>SAE</b>	Serviço de Assistência Especializada
<b>SBPC</b>	Sociedade de Beneficência Portuguesa de Campos
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde

<b>SEPE</b>	Sindicato dos Educadores e Profissionais da Educação
<b>SIG</b>	Sistema de Informação e Gerenciamento
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapêutica anti-retroviral
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UDI</b>	Usuário de Droga Injetável
<b>UENF</b>	Universidade Estadual do Norte Fluminense
<b>UFF</b>	Universidade Federal Fluminense
<b>UNAIDS</b>	Programa de Aids das Nações Unidas
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas Educacional, Científica e Cultural

## Resumo

Este estudo visa contribuir para a formulação de políticas públicas locais que possibilitem maior acesso do homem às ações programáticas de prevenção e assistência em HIV/AIDS no município de Campos dos Goytacazes. Para tanto, avaliou o perfil da população heterossexual masculina admitida no Serviço de Assistência Especializada, através de um estudo transversal, como estratégia para subsidiar estas ações.

Neste trabalho foi discutido como as diversas masculinidades são definidas e redefinidas na interação social, apreendendo aspectos da subjetividade masculina sobre o impacto na saúde e na vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV/AIDS. Após demonstrar aspectos sociodemográficos do município e um resgate histórico do Programa DST/AIDS, foi elaborado um diagnóstico da população heterossexual masculina, através de um recorte temporal e estimado o perfil desta parcela de usuários, a fim de contribuir para o planejamento das ações voltadas à assistência. O foco foi o ponto de vista do homem sobre as suas práticas e acesso à saúde, buscando revelar, através de depoimentos, os dilemas e dificuldades para a inclusão do masculino no campo da saúde e nas ações programáticas locais em HIV/AIDS.

Evidenciou-se a necessidade da intersetorialidade e intra-setorialidade na prevenção e assistência, de acordo com as especificidades de vulnerabilidades observadas, para a inclusão do masculino nestas práticas e para a obtenção de melhores resultados no impacto das ações de contenção da epidemia local.

# Abstract

This work aims to contribute for formulating local public policies that allow men increase their access to actions for prevention and aid on HIV/AIDS in the city of Campos dos Goytacazes. For this, the work has achieved the profile from male heterosexual population admitted in the Specialized Aid Service, over a transversal study used as a strategy for support such actions.

In this work, we discussed how various kinds of maleness are defined and redefined in social interactions, inferring aspects from male subjectivity about health impact and vulnerability of men to infection by HIV/AIDS. After showing social and demographic aspects of the city and historical issues of Program STD/AIDS, we elaborated a diagnosis about heterosexual male population over a temporal cut, and we estimated the profile of such group of users, to contribute for aid-action planning. We focused the man viewpoint about his practices and access to health-care, aiming to reveal, by means of individual testimonials, the dilemmas and difficulties to include the male subject into health-care field and local actions on HIV/AIDS.

We noticed the need of inter-sectorial and intra-sectorial interaction for prevention and aid, according to specificities from observed vulnerabilities, to include the male subject into such practices, and to obtain better results on the impact of actions for stopping local epidemics.

# Introdução

*“(...) costura o fio da vida só pra poder contar...”*

*(Joyce)*

No ano de 1988, época em que cursava o primeiro ano de Residência de Enfermagem em Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer (INCa), no Rio de Janeiro, me deparei pela primeira vez com a aids<sup>1</sup>. Não sei dizer se foi maior o meu espanto, a curiosidade ou o medo! Na verdade, não foi uma experiência no plano concreto da ação: não houve toque, não houve palavras... Houve apenas espaço para o olhar e uma profusão de sentimentos confusos e carregados de metáforas, que acredito, eram semelhantes à resposta social brasileira à epidemia na época. No quarto isolado, apesar de aseado e bem iluminado, encontrava-se um homem com a “cara da aids”: travesti, emagrecimento importante, lipodistrofia facial, Sarcoma de Kaposi, pneumopatia, diarreia e uma aura de morte, opressão e vergonha. Com muito constrangimento confesso que certamente devo ter acentuado essa situação. Assim como outros residentes (de outras áreas inclusive), encontrei um jeito de burlar a “barreira de isolamento” para observar (e apenas observar) a “doença do outro”. A partir dessa experiência, passa a fazer parte do meu interesse de leitura os artigos que discutem a aids, assim como o seu contágio, a prevenção, a assistência, o preconceito e a solidariedade.

Sob a perspectiva da periodicização feita por Parker (2001), estávamos na segunda fase da trajetória da aids no Brasil: o Período da Mobilização Inicial. Este período (1984-1989), compreendeu o início das ações que envolveram organizações comunitárias, profissionais de saúde, organismos internacionais, sociedades médicas associada a uma opinião pública perplexa com a doença do “fim do mundo” e ainda que, indiretamente, a participação da imprensa e igrejas. Cada qual ao seu modo, fazia contribuições para o estabelecimento de uma rede de pressão junto ao Ministério da Saúde, no intuito que viesse a assumir a organização institucional das atividades de controle e prevenção da aids.

---

<sup>1</sup> A sigla em questão segue o padrão recomendado pelo Ministério da saúde de forma que a palavra aids será grafada em caixa baixa, sendo considerada substantivo comum, sempre que se referir à epidemia. Quando se referir a um setor ou título será grafada em caixa alta e baixa e quando usada junto a outras siglas será grafada em caixa alta.

Ressalta-se a movimentação de grupos gays, já em 1982, dando início à participação mais articulada da sociedade civil. Ela foi concretizada na criação, em 1983 no Estado de São Paulo, do primeiro programa governamental brasileiro para a aids e na fundação em 1985 também no estado de São Paulo, da primeira entidade não-governamental dedicada exclusivamente à aids. Esse movimento culmina em 1988, com a criação oficial do Programa Nacional de DST/AIDS.

Talvez o fato que tenha contribuído para a maior ressignificação da aids na minha vida, ainda no final da década de 80, foi o acidente biológico ocorrido com uma amiga. Neste acidente pérfuro-cortante, em um hospital de emergência da rede pública municipal, a fonte era sabidamente reagente para o HIV. Por quase um ano, esta situação assombrou nossos dias, em virtude da quimioprofilaxia inicial, dos testes sucessivos e as reações emocionais desencadeadas. Dessa forma, a aids deixou de ser a “doença do outro” para mim e passa a ser uma possibilidade. Começa a fazer sentido na minha vida uma palavra chamada “*vulnerabilidade*”<sup>2</sup>.

Uma década se passou e com ela outras quatro fases: Retrocesso no Nível Central (1990-1992); Reestruturação do Programa Nacional (1992-1994); Mobilização Centralizada (1994-1998) e de 1998 até o presente momento a fase de Descentralização Gradual. Apesar de, até então, não ter trabalhado especificamente com essa população, já era lugar comum a admissão de um portador do HIV nas UTIs e clínicas das instituições nas quais trabalhava, tanto no setor público, quanto no privado. Tive nesse período, sucessivas aproximações com a realidade da aids; ela já havia deixado de ser um caso curioso para fazer parte da minha rotina profissional.

Em 1998 trabalhava na Divisão Interna de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (SMS/PMCG), como professora em um curso voltado para formação técnica em saúde, ministrado pelo Centro de Execução Programática Descentralizado (CEPED) / Escola Isabel Santos. Com a finalização do convênio, surge a possibilidade de transferência para outro setor. Solicitei, então, a transferência para o Programa Municipal DST/AIDS. Este era o momento de implementação

---

<sup>2</sup> O termo “vulnerabilidade” é originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, e designa originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Alves, apud Ayres, Calazans e França Junior, 1998:97). A expressão penetra mais amplamente o campo da saúde a partir de 1992 (Mann et al., 1993).

do Projeto Aids II<sup>3</sup>, estratégico para o Programa Brasileiro de Aids. Ele financiou e agilizou a estruturação dos serviços de saúde em aids e as ações de prevenção e assistência.

Em Campos, em virtude desse financiamento, o serviço amplia sua equipe: além de um assistente social, um psicólogo e dois ginecologistas, passa a contar com um enfermeiro (em substituição ao anterior), um urologista e um auxiliar de enfermagem no ambulatório de DST. Há também mais um assistente social, que vai atuar na assessoria técnica, para a viabilização dos projetos de financiamento das ações propostas pelo POA (Plano Operacional de Assistência), PPP (Plano Pluri-Anual) e PAM (Plano de Ações e Metas). A coordenação investe também na qualificação de todos os profissionais que atuam no ambulatório de DST e o serviço passa a dispensar os medicamentos disponibilizados pela secretaria de estado e secretaria municipal. Neste momento, realizo o Curso de Capacitação em Abordagem Síndrômica no Centro de referência da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Em 1999, após uma nova reestruturação do programa local, é implantado no município o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que agrega ao ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis o ambulatório de HIV/AIDS. Ele passa a contar com três infectologistas (um pediatra) e um setor de dispensa de anti-retrovirais (em 2000 estrutura-se o serviço de farmácia). Ainda em 1999, surge uma parceria entre o Ministério da Saúde e agências privadas de medicamentos, que resulta na elaboração conjunta de um programa de capacitação de profissionais de saúde e representantes de ONG's para atuarem como facilitadores de grupos e aumentarem a adesão. O SAE, representado pelo enfermeiro e assistente social da sua equipe técnica, participa da II Oficina de facilitadores para implantação do Grupo de Adesão, em março de 2000. Após essa capacitação, realizo contato com os pacientes para sondar a possibilidade de implementar essas ações. Em virtude da receptividade da proposta, foi elaborado um projeto que propunha estruturar medidas de natureza reflexiva e discutir sobre as diferentes variáveis que condicionam o uso regular (ou não) da terapêutica anti-retroviral existente e suas implicações na rotina diária e na qualidade de vida de cada participante.

---

<sup>3</sup> Projeto Aids II foi implementado em 1998 e concluído em 2003, sendo executado em 100% , viabilizou a infraestrutura do Programa Brasileiro de Aids. O valor total do projeto foi de aproximadamente U\$\$ 300 milhões, sendo U\$\$ 165 milhões do Banco Mundial e U\$\$ 135 milhões da contrapartida do governo Federal, Estadual e Municipal ([www.obancomundial.org](http://www.obancomundial.org))

A partir de então, participo por cinco anos de um projeto de intervenção voltado a fornecer instrumentos de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Este buscava construir através da troca de experiência, a administração do stress e o desenvolvimento de habilidades (atitudes psicológicas) no trato com a dificuldade de aderir à terapia. A partir do trabalho com essa população, foi possível viabilizar, em médio prazo, grupos de educação em saúde para tarefas específicas: Grupo de Pais, Sala de Acolhimento e o desenvolvimento de IEC<sup>4</sup> (Convite e cronograma de reunião do Grupo de Adesão, Cartilha de Adesão e impressos para monitoramento da adesão terapêutica, como protocolo de admissão, protocolo de monitoramento da TRAV e o cartão de adesão). Estas ações visam a sustentabilidade do processo de adesão terapêutica. Começo nesse período a entender melhor o significado da palavra *adesão*<sup>5</sup>.

Paralelo ao trabalho assistencial desenvolvido no ambulatório de infectologia do SAE, participo do Programa de Treinamento de Agentes Multiplicadores em DST/AIDS<sup>6</sup> e passo a organizar oficinas para capacitação de multiplicadores em ações educativas sobre prevenção às DST/AIDS voltadas a públicos diversos. No primeiro momento, o público-alvo foi a equipe de estagiários e voluntários do Programa Municipal de DST/AIDS e, a seguir, a equipe técnica do Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente (CRTCA), professores ligados ao Sindicato dos Educadores e Profissionais da Educação (SEPE) e participantes do Grupo de Investigação de Sífilis Congênita (GISC). Buscou-se implementar o GISC na maternidade da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Campos (SBPC).

Em 2000, a coordenação do programa realiza o I Fórum Municipal de DST/AIDS, no qual fiz parte da comissão organizadora. Em 2001 e 2002, como expositora, apresento os temas: Projeto de Erradicação da Sífilis Congênita no Município de Campos dos Goytacazes e Grupo de Educação ao Processo de Adesão Terapêutica ao HIV/AIDS,

---

<sup>4</sup> IEC constitui em uma série de materiais para programas de informação, comunicação e educação para a saúde (folhetos, panfletos, cartilhas, cartazes, painéis, faixas, vídeos, etc...), e suas ações constitui pré-requisito básico na prevenção do vírus HIV, e na promoção da saúde.

<sup>5</sup> Aqui entendida como um exercício de construção diária de auto-responsabilidade, comportamento de saúde eficaz e administração do estresse.

<sup>6</sup> Programa de treinamento técnico/pedagógico realizado através do termo de cooperação 147/99: Ministério da saúde; Universidade estadual do Rio de Janeiro (CCR/CEPUERJ/ Faculdade de Enfermagem / HUPE/NUSEG/COMUMS/DINFO); Programa estadual de controle de DST/AIDS e UENF.

respectivamente. Em 2003, participo do Fórum do Município de São João da Barra e ainda do Fórum de DST/AIDS do Município de São Fidélis com os temas: As Políticas de DST/AIDS: Modelos e Práticas Educativas; e As Políticas de DST/AIDS: Promoção, Prevenção e Assistência. Em função da demanda diária apresentada pelo trabalho no Programa Municipal de DST/AIDS do Município de Campos dos Goytacazes e da necessidade da construção de respostas para atendê-la, passo a me envolver, como responsável pelo Serviço de Enfermagem do Programa DST/AIDS, nos processos político-institucional e organizacionais relativos à tomada de decisões, ao escalonamento de prioridades e ao desenho de estratégias necessárias ao cumprimento das metas<sup>7</sup>.

Essas experiências no âmbito assistencial, gerencial e de coordenação em educação em saúde (junto ao Grupo de Adesão Renascer), sedimentaram a vontade de ampliar os estudos voltados à discussão sobre os modelos, práticas e políticas de prevenção e assistência em HIV/AIDS. Todas estas etapas resultam no interesse de ingressar no Curso de Mestrado em Políticas Sociais no Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Federal Fluminense (UFF).

A princípio, meu interesse de pesquisa voltava-se ao estudo dos impactantes da adesão à terapia anti-retroviral junto à política de controle da epidemia de HIV/AIDS, em virtude do trabalho desenvolvido com o Grupo de Adesão (GA). Entretanto, por conta das discussões desencadeadas ao longo das disciplinas Políticas de Saúde (Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lenaura Vasconcelos Costa Lobo), Pobreza e Desigualdades Sociais (Prof. André Augusto Brandão), Cultura, Subjetividade e Identidades Contemporâneas (Prof.<sup>a</sup> Rita de Cássia Santos Freitas) e Tópicos Especiais em Políticas Sociais II (Prof. João Bosco Hora Góis) e do envolvimento crescente junto à política pública municipal de HIV/AIDS, associado aos relatos dos usuários durante as consultas de enfermagem e reuniões do GA, foi despertada a vontade de investigar e buscar aprofundamento teórico nas questões relativas à assimetria de poder e de acesso à saúde dessa população. Outro ponto foram as questões que se relacionam e interferem nas políticas e no processo de cuidar em HIV/AIDS.

Optei pela perspectiva do portador do HIV em virtude do encantamento com o trabalho desenvolvido no SAE. Entre as atividades voltadas à assistência, realizava um atendimento individual que envolvia: consulta de 1<sup>a</sup> vez (Acolhimento, Aconselhamento e

---

<sup>7</sup> Fleury, 2002.

Anamnese), consulta para iniciar o protocolo de tratamento anti-retroviral - Protocolo TARV (Promoção da saúde e Prevenção de Doenças), consulta de monitoramento da TARV (Gerenciamento de Caso), além de consulta à gestante<sup>8</sup> e monitoramento do Protocolo ACTG-076<sup>9</sup>. Realizava ainda um atendimento coletivo envolvendo Grupo de Adesão Renascer, Grupo de Pais e Sala de Acolhimento, com o protagonismo dos participantes do Grupo de Adesão.

Estava convencida que focalizaria a questão feminina por três motivos: 1) em função da proximidade com a clientela; 2) em função do resultado do perfil epidemiológico e social dos participantes do Grupo de Educação ao Processo de Adesão Terapêutica que acompanhava<sup>10</sup> e 3) devido aos fatores políticos e econômicos, que impulsionam a epidemia de HIV/AIDS, estarem também intimamente ligados à organização social das estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres um segmento extremamente vulnerável (Saldanha, 2003).

No entanto, em função de uma série de mudanças ocorridas na nova realidade política local<sup>11</sup>, associada ao redimensionamento do quadro de técnicos do programa e das ações desenvolvidas por esses atores, foi cessada a minha participação no acompanhamento desta clientela. Este fato suscitou um grande desassossego tendo repercussão também (e não poderia ser de outra forma) no desenho proposto para a dissertação do mestrado. Essa mudança potencializou inquietações, trazendo uma nova ressignificação para mim dos conceitos de papéis, identidade, representação social e uma “experiência quase antropológica” sobre o que é ser nativo, o que é ser estrangeiro. Reporto

---

<sup>8</sup> Momento no qual era ratificada a importância da adesão ao ARV, ao uso consistente do preservativo e ao comparecimento aos exames e consultas durante a gestação, além do preparo para o puerpério orientando quanto a: observação e cuidado com os lóquios e incisão cirúrgica, aos cuidados com o RN (higiene, cuidado com o coto umbilical, preparo das mamadas, orientação quanto a manipulação da seringa para a quimioprofilaxia do bebê), orientações sobre o encaminhamento dos ARV pré, intra-parto e do RN para a maternidade de referência, distribuição do leite maternizado para os primeiros quinze dias e agendamento prévio de retorno para consulta com o pediatra, revisão pós-parto e consulta clínica.

<sup>9</sup> O protocolo consiste na oferta de anti-retroviral durante a gestação a partir da 14.<sup>a</sup> semana de gestação, durante o parto e para o bebê durante as 6 primeiras semanas de vida. Associado ao TARV é recomendado o parto cesáreo e desaconselhado o aleitamento materno. Este Protocolo é disponibilizado no Brasil desde 1996.

<sup>10</sup> Mulheres com orientação heterossexual, na faixa etária reprodutiva, pobre, com baixa escolaridade, residente na periferia urbana.

<sup>11</sup> Processo eleitoral municipal e seus desdobramentos políticos e de políticas de recursos humanos dentro e fora do espaço institucional.

essa experiência ao que o texto de Hall (2003) tratou como a “Descentração do Sujeito”. Tal qual a realidade tratada por Peres (1999), em seu texto “O Desamparo do Homem Contemporâneo” era a minha relação com o meu fazer profissional, o meu objeto de estudo e a perspectiva sobre o andamento do mestrado nesse momento.

A situação na esfera profissional culminou com a agregação de um novo vínculo de trabalho e, portanto, em adequações relacionadas a novas responsabilidades que passaram a justificar a falta da perspectiva sobre o desenho da pesquisa e o objeto de estudo. Junto a isso, me deparei com a necessidade de um processo cirúrgico com meu filho, em função de uma “pequena” queda, mas com repercussões na limitação temporária para tarefas simples até então: escrever, vestir-se, alimentar-se... Passo a ressignificar, mais uma vez, meus conceitos sobre saúde, doença, atribuições de papéis, administração do tempo e sobre o cuidado com a saúde em todas as dimensões do humano: físico, emocional, espiritual, intelectual e social. Questões essas remetidas à experiência vivenciada no campo (com o GA) e que apontam para os aspectos da subjetividade e impacto das desigualdades de gênero no processo saúde-doença-cuidado. Chego finalmente ao meu campo de análise: Gênero e Saúde.

Nesta dissertação, a preocupação em estudar Gênero, com a escolha do “masculino e suas práticas de cuidado de saúde”, foi, na verdade, justificada pela minha inquietação ao constatar a tímida presença desta parcela nas reuniões do Grupo Renascer, Grupo de Pais, Encontro de Gestantes e/ou como protagonista da Sala de Acolhimento e pelo fato de acreditar que a inclusão da participação do homem nas ações de saúde constitui um tremendo potencial para reduzir o avanço do HIV, ainda que seja um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere, em geral, ao cuidar de si e a valorização do corpo, no sentido da saúde, e também ao cuidado com o outro. Estas não são questões colocadas na sua socialização.

A abordagem de Gênero também leva a insistir que, numa área como a da saúde, para apreender o processo de assimilação (ou não-assimilação) das informações, se faz necessário considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriarem dos objetos de seu ambiente, particularmente os novos, como o caso da aids nos anos 80. Com estas questões, podemos perceber que há várias crenças e valores referentes à sexualidade masculina e feminina que serão influenciados a partir das identidades de gênero e das suas representações sociais.

Vale ratificar que dentro da perspectiva Gênero e Saúde, o masculino é uma temática pouco estudada se comparada à questão feminina. No Brasil, data de 1985 o início de um lento debate sobre a condição masculina<sup>12</sup> (Lisboa, 1998) e que veio ganhando fôlego ao longo da década de 90 através dos estudos de Badinter (1992), Nolasco (1993), Giiffin (1994), Almeida (1995), Almeida (1996), Siqueira (1997), Almeida (1998), Lopes (1998). Ele se constituiu como objeto de análise de um lastro maior de autores a partir da década atual, especialmente no âmbito da saúde, área de nosso interesse e pesquisa.

Nessa proposta, também está presente a idéia de Gomes (2003), que aponta que, para se chegar a um programa de saúde equitativo, a mulher deve ser fortalecida como sujeito de direitos. Neste sentido, é pertinente no desenho de saúde com o enfoque de gênero, a proposta de se focalizar também a saúde do homem.

O tema tende a suscitar uma série de questionamentos: Por que o homem? Por que o masculino? Faz-se necessário investir em uma proposição de assistência à saúde dos homens à medida que, na atualidade, a proposta de programas de saúde voltados para gênero buscam sair de um enfoque de risco e do dano da mulher para o da saúde como satisfação das necessidades humanas? Se o enfoque atual tem se deslocado do modelo “Mulher e Saúde” para o de “Gênero e Saúde”, examinar a singularidade do homem não nos levaria a perda da dimensão relacional que a expressão gênero indica?

*“[...]O primeiro estranhamento que pode surgir ao se propor abordar o homem no campo da Saúde Pública é que tal proposta pode ser entendida como um movimento que vai contra a perspectiva de gênero, abordagem que vem se consolidando nesse campo. Entretanto, um olhar mais apurado sobre o assunto pode indicar que focalizar especificamente o homem ou a mulher não compromete necessariamente a dimensão relacional de gênero, uma vez que o masculino só pode ser visto em relação ao feminino e vice-versa. Nesse sentido, propor a consolidação do homem como foco da Saúde Pública significa, dentre outros aspectos, buscar a singularidade de um dos pares do gênero e evidenciar novas demandas de “ressignificação” do masculino, decorrentes de deslocamentos ocorridos no campo do gênero, para que se possa buscar uma saúde para ele voltada.[..]”(Gomes, Schraiber e Couto, 2005,p.4).*

---

<sup>12</sup> “Simpósio do Homem”: organizado por homens e que resultou no livro, Macho-Masculino-Homem: a sexualidade, o machismo e a crise de identidade do homem brasileiro.

Isso não quer dizer que até o atual momento haja uma invisibilidade do homem na pauta da saúde pública, até porque os homens sempre estiveram presentes tanto no âmbito dos serviços quanto no meio acadêmico relacionados a essa área, na qualidade de sujeito ou alvo das ações (Knauth & Machado, 2005):

*”[...]os homens sempre estiveram no foco dos estudos e da atenção em saúde, especialmente pelo viés da manutenção da força de trabalho. Os homens também foram inseridos nesse contexto através da pauta da saúde sexual, especialmente com o advento da aids, direcionada muito fortemente ao universo homossexual. A sexualidade, ainda assim relacionada a masculinidades perturbadoras do modelo hegemônico, já se constituía como um “campo masculino” por excelência. Não se pode esquecer, ainda, de que a grande maioria dos ensaios clínicos de medicamentos se realiza sobre a população masculina. Ou seja, os homens são tomados como padrão, no sentido do termo que remete à espécie humana[...]”*

Assim, a novidade não é propriamente a inclusão dos homens, mas sim a reflexão sobre as diferenças e especificidades das mulheres e, por contraposição, dos homens. Com este movimento, o caráter de representante da espécie que o masculino sempre assumiu passa a ser questionado e os homens tornam-se uma categoria a mais a ser investigada, matizada, investida, tal como as mulheres, as crianças, os jovens, etc. Lançam-se perguntas ao modelo de masculinidade dominante, que desestabilizam sua suposta homogeneidade e naturalidade (Knauth & Machado, 2005,P.18).

*“[...] ao abordar as relações entre a subjetividade masculina e a repercussão sobre a saúde física, se quer tão somente evidenciar que os sujeitos homens e mulheres necessitam ser vistos tanto singularmente, quanto no âmbito das relações e no campo mais amplo de sua cultura[...]” (Gomes,apud Braz, 2005, p.98)*

Pautada nas questões que emergiram frente à decisão da UNAIDS (Programa de Aids das Nações Unidas), ao lançar a campanha mundial de aids de 2000, com o tema Homens e Aids<sup>13</sup>. Trabalhar com os homens passa a ser condição necessária para promover uma maior equidade de gênero; como argumenta, Medrado, Lyra, Galvão & Nascimento:

*“(...) abrir canais para pensar as masculinidades e maneiras de encorajar os homens a refletir sobre comportamentos sexuais e*

---

<sup>13</sup> Para maiores informações sobre a Campanha, ver o website da UNAIDS: [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

*práticas sociais são recomendações encontradas em documentos recentes (European Commission Childcare Network, 1990; Mundigo, 1995; Unids, 2000). Assim, o lugar do homem, particularmente no contexto doméstico, anteriormente negligenciado, tem emergido nas agendas das instituições internacionais que propõem e implementam políticas públicas, como uma forma de promover a equidade de gênero”(...).*

Essa discussão é particularmente relevante para subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção de DST/AIDS e contribuir para o planejamento das ações voltadas ao controle da epidemia, conforme sustenta Barker & Nascimento (2000) no artigo “AIDS: O que os homens têm a ver com isso?”, baseado no relatório inicial de pesquisa da UNAIDS sobre homens e aids <sup>14</sup>:

*“(...) os homens têm um papel predominante em decidir quando e como terão relações sexuais e se usarão ou não o preservativo; e de forma geral, os homens têm um poder maior sobre as mulheres no âmbito econômico, doméstico e de intimidade(...) O aumento do status das mulheres requer homens engajados”. (UNAIDS, 2000).*

É imprescindível também atentar para o fato de que os homens continuam a representar a maioria dos casos de HIV/AIDS, ainda que se evidencie a feminilização da aids (Barker, 2000) e que na maior parte dos contextos, os homens têm um número maior de parceria sexual e procuram menos ajuda quando têm um problema de saúde do que as mulheres; por se verem como invulneráveis à doença ou risco, e deixam para lá quando estão doentes ou procuram os serviços de saúde somente como último recurso (UNAIDS, 2000).

Do ponto de vista analítico, observa-se que no Brasil, apesar de existir um grande número de estudos trabalhando com grupos historicamente “vulneráveis” em relação à aids, sua atenção tem sido focada nas mulheres, nos adolescentes, nos profissionais do sexo e nos homens que fazem sexo com homens (HSH); Poucas são as discussões acerca dos homens heterossexuais e daqueles que se identificam como heterossexuais, mas que também tem parceiros masculinos. Diante dessas colocações, elegemos o homem como o objeto de estudo do presente trabalho.

---

<sup>14</sup> Marcos Nascimento é assistente de projetos do instituto PROMUNDO e ajudou na elaboração do artigo “AIDS:O que os homem tem a ver com isso?” Gary Barker é diretor do instituto PROMUNDO, uma ONG que trabalha na área de políticas públicas e intervenções a favor de crianças, adolescentes e famílias e atuou como consultor da UNAIDS na Campanha Mundial de AIDS em 2000.

A pesquisa aqui apresentada constituiu um esforço científico de caráter quanti-quali, cujo campo de estudo foi o ambulatório de infectologia do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), do Programa municipal de DST/AIDS do município de Campos dos Goytacazes. O critério de elegibilidade do serviço se deu em função da facilidade de acesso aos dados da pesquisa, uma vez que pertencço ao corpo técnico da instituição e este serviço ser referência municipal dos casos de HIV/AIDS.

O universo foi composto pela população masculina em acompanhamento ambulatorial no período de janeiro de 2001 a março de 2005, tendo em vista que, é a partir de 2001 que o SAE passa a ter sede própria e aumenta sua capacidade de absorção, e março de 2005 o período que tem início a pesquisa de campo para traçar o perfil da população masculina.

Foram considerados elegíveis para o delineamento do perfil sociodemográfico todos os homens admitidos neste período com declaração da orientação heterossexual registrada em prontuário.

Este estudo seguiu a Resolução n.º196/96 do Conselho Nacional de saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, dessa forma foi solicitado consentimento informado aos participantes da segunda etapa de coleta de dados. A amostra, neste segundo momento no campo, contou com 10 homens abordados aleatoriamente na sala de espera do atendimento clínico no SAE. Munida da relação de prontuários da população que iniciou acompanhamento entre janeiro de 2001 e março de 2005, consultava as agendas dos profissionais para identificar a presença destes no serviço naquele momento; o convite acontecia em seguida e, mediante o aceite, o participante era encaminhado para o local disponível onde recebia orientação sobre os objetivos da pesquisa e assegurado quanto à confidencialidade e a privacidade da sua imagem.

É importante ressaltar que, o fato de ter realizado atendimento ambulatorial por seis anos (início em 1998 no ambulatório de abordagem sindrômica e a partir de 1999 no ambulatório de HIV/AIDS), ter acompanhado por cinco anos parte desta população no Grupo de Educação Terapêutica no Processo de Adesão aos ARV (início em 2000), e por três anos participado da Sala de Acolhimento (início em 2002), protagonizada pelos participantes do Grupo de Adesão e que exigia semanalmente encontro com a equipe para preparar a pauta de assuntos, dirimir possíveis dúvidas e redirecionar ações, facilitou grandemente a interação e a

receptividade ao convite. Foram muitas as oportunidades de contato prévio, momentos vivenciados e compartilhados. Essa observação participante me fez um pouco nativa.

Como observadora participante reportei-me ao pensamento de Richardson (1999: 263-264), onde aponta que este “se insere no contexto do fato observado, apreendendo a atmosfera que envolve o cotidiano do objeto, os hábitos, atitudes, interesses, as relações pessoais e características da vida diária da comunidade”. Foi assim que considerei a minha relação com o campo pesquisado.

Também considero referências importantes para essa construção, o pensamento de Da Matta (1978) e Velho (1978) sobre o processo de transformar o “exótico em familiar” e o “familiar em exótico”.

A estratégia utilizada para a coleta de dados foi a entrevista. “(...) uma das técnicas mais utilizadas, a entrevista é uma forma de interação social, de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (Gil, 1994:113), possibilitando o relato “(...)sobre o que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram (Selltiz apud Gil, 1994:113)”; A entrevista se constitui, sobretudo em “uma oportunidade singular na vida das pessoas pesquisadas, oportunidade de falar e de ser ouvida” (Sarti apud, Barbosa, 2006).

Para que pudéssemos ter uma validação do instrumento a ser aplicado, foi realizado um pré-teste com três voluntários. Considero que esta medida foi de extrema importância para adequar à apresentação das questões. Observou-se com essa prática a possibilidade de descarte de algumas perguntas, a adequação na apresentação de outras e a necessidade da introdução de questões que possibilitasse o desdobramento das informações fornecidas.

A escolha do local se deu em função da disponibilidade da sala mediante a escala de atendimento nos consultórios. Em algumas situações a entrevista ocorreu no espaço do posto de coleta, (que pertence ao CTA e, portanto só utilizado no período da manhã), em virtude da situação de “agenda cheia” que o serviço vivencia.

A aplicação do questionário conjugado com a entrevista transcorreu em um clima de tranquilidade e confiança, fruto de conhecimento prévio entre pesquisador e pesquisado. A duração em geral foi em média de 40 minutos.

A fonte para o referencial teórico foi proveniente de um conjunto de artigos de especialistas voltados para a discussão de gênero, masculinidades e saúde do homem associada à bibliografia recomendada pelas ementas das disciplinas mencionadas anteriormente. Foram utilizados ainda dados provenientes do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Saúde Estadual, Secretaria Municipal de Saúde (através do sistema de informação SIG/CTA/SAE) e da Secretaria de Vigilância em Saúde repassado para o Programa Nacional de DST/AIDS e ao setor de produção do DATASUS; Boletins Epidemiológicos da SES/RJ e MS; Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro; Observatório Socioeconômico da Região Norte Fluminense (CEFET/NEED), Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro e do Núcleo de Estudos em Trabalho, Cidadania e Desenvolvimento/ ER/UFF (NETRAD).

Diante dessas considerações iniciais, esta dissertação foi construída a partir de uma revisão bibliográfica e dados de pesquisa que permitiram moldar o trabalho da seguinte forma:

O primeiro Capítulo, intitulado *Gênero, Masculinidades e Aids*, traz considerações sobre a concepção do conceito de gênero, a construção da identidade masculina e a forma como as diversas masculinidades são definidas e redefinidas na interação social, buscando apreender aspectos da subjetividade masculina sobre o impacto na saúde e na vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV/AIDS.

O segundo Capítulo, intitulado Aspectos Sociodemográficos do Município de Campos dos Goytacazes, O Programa Municipal de DST/AIDS e o perfil da População Masculina do SAE, apresenta um breve diagnóstico do município de Campos dos Goytacazes seguido de um resgate histórico do Programa e finaliza com um recorte temporal da população masculina que se declarou heterossexual no momento de admissão no SAE, buscando estimar o perfil desta parcela de usuários, objetivando contribuir para o planejamento das ações de assistência em HIV/AIDS locais.

O terceiro Capítulo, *Um Olhar Sobre o Masculino e suas Práticas de Saúde*, trata da pesquisa de campo, enfocando o ponto de vista do homem sobre as práticas e acesso à saúde, buscando revelar, através da sua fala, os dilemas e dificuldades para a inclusão do homem e do masculino no campo da saúde e nas ações programáticas em HIV/AIDS.

# CAPÍTULO I

## 1 Gênero, Masculinidades e AIDS

### 1.1 Aspectos Conceituais de Gênero

*“[... me explica, me ensina me diz o que é feminina...]” Joyce*

*“[...quem dera pudesse todo homem compreender, ó mãe, quem dera...]” Gilberto Gil*

O presente capítulo traz uma reflexão conceitual sobre a concepção de gênero, suas interfaces com a construção da identidade masculina e a forma como as diversas masculinidades são definidas e redefinidas na interação social. Busca-se apreender aspectos da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde e à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV/AIDS.

O uso e significados desse conceito nascem de uma disputa política e são meios pelos quais as relações de dominação são construídas. Nos limites deste trabalho, consideraremos gênero um construto social e cultural que estabelece valores diferenciados para homens e mulheres, e as formas como eles (homens e mulheres) se relacionam na sociedade. Este é um construto específico em cada cultura, pois há diferenças significativas nas quais homens e mulheres podem e não podem ser comparados aos outros.

A antropóloga americana Margareth Mead já havia destacado anteriormente o peso da cultura na determinação das condutas e comportamentos de homens e mulheres. As descobertas de Margaret Mead, em três comunidades diferentes na Nova Guiné, apontaram para o “descolamento” entre sexo biológico, temperamento inato e comportamento social. Dois dos grupos estudados por Mead, os Arapesh e os Mundugumor, não apresentavam distinções baseadas em diferenças sexuais biológicas no comportamento esperado/prescrito socialmente para os indivíduos. Todos os Arapesh deveriam ser dóceis e todos os Mundugumor, agressivos. Já o terceiro grupo, os Tchambuli, assim como em nossa cultura, prescreviam condutas e valores diferentes para homens e mulheres. Entre eles, os homens

deveriam ser dóceis e passivos, e as mulheres, agressivas e ativas, ao contrário do que acontece entre nós (Mead, 1988). A presença de indivíduos que ela chamou de inadaptados em cada uma das culturas estudadas, evidenciou para Mead a existência de um temperamento individual inato, também “descolado” do sexo biológico e do comportamento prescrito socialmente.

Por força destas descobertas, introduziu-se o conceito de papéis sexuais nos estudos femininos. Esse novo conceito consistiu em um avanço teórico, na medida em que possibilitou a desvinculação das especificidades feminina e masculina da biologia, posto que papel sexual é algo socialmente construído.

Ainda que tenha sido um avanço, o conceito de papel sexual não conseguiu dar conta de questões como a condição de desigualdade entre os sexos, o machismo, entre outras.”[...]a partir da continuidade dos estudos feministas (linguísticos, antropológicos, históricos), o conceito de gênero veio substituir o conceito de papéis sexuais para marcar as dimensões culturais da construção de masculinidades e feminilidades [...] trazendo implícita essa dimensão relacional entre os gêneros (Machado, 2001:p34).

Esta concepção também é percebida por Stoller (1993), que vê uma relação direta entre a qualidade de ser homem com a masculinidade, assim como a qualidade de ser mulher com a feminilidade. Entretanto, o autor discorda que o sexo (condição de ser macho ou fêmea) e o gênero estejam diretamente relacionados. Ao entender identidade de gênero como “uma mescla de masculinidade e feminilidade em um indivíduo”, significando que tanto a masculinidade como a feminilidade são encontradas em todas as pessoas, ainda que em formas e graus diferentes, define masculinidade e feminilidade como:

*“[...] qualquer qualidade que é sentida por quem a possui, um conjunto de convicções obtidas através dos pais, especialmente na infância, sendo que estas convicções/atitudes são semelhantes àquelas mantidas pela sociedade” (Stoller, 1993).*

Isso não é igual à qualidade de ser homem ou mulher, que tem conotação com a biologia: a identidade de gênero encerra um comportamento psicologicamente motivado. Cada sociedade possui sua própria “massa de convicções” e prescreve um repertório de atitudes que considera apropriadas a cada sexo biológico.

*“[...] tais convicções não são verdades eternas: elas se modificam quando as sociedades se modificam. Um guerreiro indígena americano usava o seu cabelo comprido e sentia-se masculino; um prussiano afirmava a sua masculinidade usando o seu cabelo bem curto”, de modo que, não é o tamanho do cabelo que importa, mas a convicção de que aquela é a forma masculina” (Stoller,1993:28).*

Assim, ao nos referirmos à categoria gênero apontamos para um debate que diz respeito à concepção do que é ser masculino e feminino, homem e mulher na sociedade. Este aspecto que interpela a experiência sexual dos sujeitos, modela o mundo dos significados eróticos, as transações sexuais, a realização do desejo e, em algumas circunstâncias, a própria obtenção do gozo, “[...]Nesse sentido, o gênero é um aspecto maleável do eu que torna possível que se reconheçam não apenas as semelhanças e igualdades existentes entre os sujeitos sociais homem e mulher , mas os padrões de coerência cultural que existem em razão mesmo da diferença que os separa, as contradições lógicas e emocionais que fluem desta coexistência binária[...]” (Scott, 1989 apud Heilborn, 1994).

Ao elegermos o homem para este debate, vemos a importância de se questionar os papéis sociais que configuram o modelo masculino em nossa cultura, percebendo como os homens se vêem nesses papéis, como os representam e constroem a própria identidade. Compreender o processo de construção e desconstrução das relações homem/mulher nos leva a perceber a complexidade que traduz a realidade social: “[...] os estudos sobre as relações entre homens e mulheres trazem à baila cenas da intimidade, da vida cotidiana, associadas ou não a processos políticos” (Costa,2003,p.190).

A compreensão do conceito de gênero possibilita identificar os valores atribuídos a homens e mulheres bem como as regras de comportamento decorrentes destas atribuições. Com isso, ficam mais evidentes a interferência desses valores e regras no funcionamento das instituições sociais, na nossa vida cotidiana e a possibilidade de se ter maior clareza dos processos a que estão submetidas às relações individuais e coletivas entre homens e mulheres.

É importante enfatizar a distinção de conceitos (biológico x cultural), porque, como não se trata de fenômeno puramente biológico, podemos constatar que ocorrem mudanças na definição do que é ser homem ou mulher ao longo da história e em diferentes

regiões e culturas. Desse modo, se as relações homem x mulher são um fenômeno de ordem cultural, portanto, podem ser transformadas.

Scott (1990,p.13) aponta para a necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária. Os estudos empreendidos pelas teóricas feministas, que nas suas análises adotaram as perspectivas das teorias do patriarcado, do marxismo e da psicanálise, ainda que tenham implementado consideráveis avanços ao tema, não conseguiram superar a oposição binária masculino/feminino. Como não existe natureza humana fora da cultura, a diferença sexual anatômica não pode mais ser pensada isolada do "caldo de cultura" no qual sempre está imersa, como afirma Sayão e Bock (2002):

*"[...] falar de relações de gênero é falar das características atribuídas a cada sexo pela sociedade e sua cultura. A diferença biológica é apenas o ponto de partida para a construção social do que é ser homem ou ser mulher. Sexo é atributo biológico, enquanto gênero é uma construção social e histórica. A noção de gênero, portanto, aponta para a dimensão das relações sociais do feminino e do masculino[...]"*

Assim, o gênero, focado como categoria sociológica, traz novas possibilidades para se pensar a questão do homem e da mulher, articulando as relações sujeito e sociedade (Scott, 1989).

*"[...] o cotidiano é extremamente rico para análise desses processos de longa duração histórica, principalmente quando nos deparamos com questões da sexualidade [...] as representações em diferentes escalas não são projeções de realidades que se encontrariam por detrás delas,[...]o real está aquém delas" (Revel apud Santos, 2006).*

A perspectiva de gênero precisa, portanto, ser encarada como um dos eixos que constituem as relações sociais como um todo. O conceito de gênero também permite pensar nas diferenças sem transformá-las em desigualdades, ou seja, sem que as diferenças sejam ponto de partida para a discriminação e sim para a completude. O surgimento ou formulação do gênero como categoria analítica possibilitou não só uma renovação no campo da história feminista como influenciou todo o estudo recente sobre a masculinidade.

## 1.2 Identidade Masculina e Masculinidades

*“[...] a masculinidade só existe em contraste com a feminilidade...” (Connell, 1995)*

Em seus estudos sobre masculinidades, Connell (1995) considera que nem todas as sociedades têm um conceito de masculinidade. Sociedades que não polarizam as diferenças entre homens e mulheres, não devem ter conceitos de masculinidade nem de feminilidade, como as sociedades de Arapesh e Mundugumor estudadas por Mead.

O autor entende a masculinidade como sendo, ao mesmo tempo, uma posição nas relações de gênero, as práticas através das quais os homens e as mulheres ocupam esse lugar no gênero. Além dos efeitos dessas práticas nas experiências físicas, pessoais e culturais. Para ele a masculinidade faz parte de um processo e não é uma categoria estática e universal que possa ser definida em definitivo.

Ao partir do pressuposto que o conceito de masculinidade é histórico e relacional, o autor apresenta quatro linhas teóricas que podem ser utilizadas para nortear as definições de masculinidade: o essencialismo<sup>15</sup>, o positivismo, o normativo e a semiótica (Costa, 2003). O essencialismo define a masculinidade como um conceito universal baseado na hereditariedade biológica; o positivismo define o masculino, numa perspectiva tautológica, como uma estrutura única, um arquétipo: *“lo que los hombres realmente son”*; no conceito normativo é definida uma identidade padrão *“la masculinidad es lo que los hombres debieran ser”*, embora sejam tidas em consideração as diferenças entre os indivíduos masculinos; a semiótica define a masculinidade através de um sistema de símbolos diferentes, no qual os espaços masculino e feminino são contrastantes, sendo a masculinidade definida como o não feminino.

---

<sup>15</sup> No final do século passado o essencialismo teve forte influencia no meio acadêmico, influenciado pela teoria de Darwin, vindo a ressurgir na sociobiologia, fundada em 1975 por E.O.Willson e no feminismo diferencialista. As teorias sociobiológicas, mais difundidas nos países anglo-saxônicos, estabeleceram que é a biologia que define em última instância a essência masculina e feminina . Mas não foi só na sociobiologia que o pressuposto essencialista exerceu sua influência. (Badinter, 1993) refere que no final da década de 70 as feministas diferencialistas também recorreram à biologia na tentativa de definir a pessoa feminina. Acreditando na existência de uma essência imutável para cada sexo, sustentavam que é esta diferença radical entre o ser masculino e o ser feminino que leva uma relação harmônica entre os sexos.

Connell (1995) propõe a existência atualmente, de quatro padrões principais de masculinidade na ordem de gênero do ocidente: a hegemônica, a subordinada, a cúmplice e a marginalizada:

A masculinidade hegemônica se constitui naquela ligada à legitimidade do patriarcado e garante a dominação dos homens e a subordinação das mulheres. Neste modelo o homem é racional, ativo no público, na produção da ciência e da cultura, provedor, sexualmente “irresponsável”, poderoso, universalizado na sua dominação, homem com H maiúsculo. A masculinidade subordinada relaciona-se à dominância e subordinação entre grupos de homens, sua expressão maior pode ser exemplificada na dominação dos homens heterossexuais e na subordinação dos homens homossexuais. A masculinidade cúmplice percebe e desfruta de algumas vantagens do patriarcado sem, no entanto, defenderem publicamente esta posição. Define-se pela conexão com o projeto de masculinidade hegemônica, mas sem a completa incorporação deste projeto. Podemos aqui apontar para a parcela de homens que são marcados e brutalizados pelo mesmo sistema que os dá seus privilégios e poder; expostos à violência e perigos da vida de trabalho cotidiana. Por fim, a masculinidade marginalizada refere-se à condição subordinada de classe ou raça: relações entre as masculinidades e classes ou grupos étnicos dominantes e subordinados. Podemos incluir neste padrão o que Kimmel (1997) considerou como categorias de homens que, através da história: *“han servido como modelos de poco-hombres contra los cuales los estadounidenses han lanzado su rabia genérica”*. No exemplo da sociedade americana estão incluídos nesta categoria os imigrantes, italianos, judeus, irlandeses, africanos e asiáticos como também nativos indígenas. Desta forma, *“a virilidade só é possível para uma minoria particular, y la definición há sido construída para prevenir que los outros la logre”* (Kimmel, 1997).

Reconhecer que existem múltiplas formas de masculinidades é apenas uma etapa. Connell, alerta para o perigo de cairmos em tipologias simplistas ou de “encarmos estas múltiplas formas como estilos de vida alternativos, ou a escolhas à gosto de cada freguês” (Machado, 2001). Este reconhecimento é fundamental para não dar ímpeto à crença fantasiosa de que mudamos o mundo mudando as palavras e que a subversão de termos, categorias e discursos é suficiente para subverter ou danificar estruturas objetivas de dominação.

O conceito de hegemonia no qual se baseia Connell é o de Gramsci e se refere à tomada e manutenção de uma posição de liderança por um grupo sobre outros na sociedade. Segundo ele, sempre haverá, em cada sociedade, um modelo cultural de masculinidade que será valorizado em detrimento de outros. Considera que existe de fato um grupo masculino dominante, uma hegemonia masculina. Refere que a masculinidade hegemônica, para além de ser caracterizada pela detenção do poder e pela racionalidade, é ainda marcada pelo que define como heterossexualidade compulsiva, uma heterossexualidade forçada e exigida pela sociedade (Costa, 2003). Afirma ainda, que a dominação masculina sobre a sociedade dá-se porque essa dominação responde, em parte, ao fato de o poder da razão ser incorporado pelos homens (aqui se subentendem brancos, de origem anglo-americana e heterossexuais) e conseqüentemente representar os interesses de toda essa sociedade.

Importante enfatizar, mais uma vez, que a masculinidade hegemônica não tem um caráter fixo, igual em qualquer tempo ou lugar. Novos grupos podem desafiar antigas soluções e construir uma nova hegemonia.

O autor observa que, na década de 70 e 80 nos EUA e nos últimos anos da década de 90 no Brasil, surgiu uma discussão acerca da crise da masculinidade. Ramos (2000), baseado em Foucault, considera que falar atualmente de um novo homem e de uma nova mulher significa ordenar o que parece confuso. Observa que não se pode mais falar de um único modelo hegemônico de ser homem e de ser mulher, do qual uma simples classificação (masculino versus feminino) dava conta. Estudos realizados com homens das camadas médias urbanas (Goldenberg, 1991) apontam para tensões masculinas diante de padrões tradicionalmente construídos. Esta situação tem contribuído para a fragmentação do sujeito ou para uma possível crise da masculinidade.

### **1.3 Masculinidades e fragmentação do sujeito**

O homem do final do milênio e deste século vem se fragmentando, sendo considerado por Peres (1999), vítima de um grande desamparo:

*“[...] As crises da economia global, o alto nível de desemprego, as mudanças no conceito de trabalho, as crescentes diferenças sociais, as guerras, a fragilização da figura paterna e figuras de autoridade, as alterações nas relações e estruturas familiares, a desorganização*

*nas relações entre o público e o privado, a explosão do universo virtual, e, sobretudo, a explosão da violência, das drogas e dos atos perversos.”*

Em termos gerais a crise masculina dá-se porque há um defasamento entre o velho modelo masculino rejeitado e o novo, *levando ao confronto entre a situação de ganhador com a de desempregado*, em termos dos papéis masculinos, e por, conseqüência, à alteração dos padrões da hegemonia. Para entender esse paradoxo e as razões de ser das masculinidades contemporâneas, esta seção traz uma breve discussão das tendências da crise na ordem do gênero.

A identidade de gênero é fundamental para a constituição da identidade do indivíduo. Whitehead (apud Gurreiro, Ayres & Hearst, 2002) considera que o ideal adulto de masculinidade está baseado em dois pontos principais: respeitabilidade e reputação. Respeitabilidade inclui ter dinheiro para sustentar a família, obedecer às leis, vencer por meio do sucesso nas competições e ter uma forte moralidade judaico-cristã. Ter reputação significa ter ímpeto sexual, desafiar autoridade, ser impertinente de forma geral e vencer trapaceando os outros. Respeitabilidade contribui para a ordem social; a reputação a desafia.

Veicula-se, deste modo, uma imagem identitária masculina ligada ao não ser homossexual, a não ser mulher, a ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. *“Condutas varonis, que se por um lado afiançam um ideal de ser homem, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de autoconservação”* (Braz, 2005). Como estes valores arquitetam a subjetividade, e a perspectiva varonil não alimenta o cuidar e nem o cuidar-se, confunde-se identidade pessoal e identidade de gênero (Inda, 1996).

*“[...] Esta perda de um “sentido de si” estável é chamada, algumas vezes, de deslocamento ou descentração do sujeito. Esse duplo deslocamento – descentração dos indivíduos tanto do seu lugar no mundo social e cultural quanto a si mesmos – constitui uma “crise de identidade” para o indivíduo[...].”* (Hall, 2003,p.9).

A “crise de identidade” faz parte de um processo mais amplo de mudança e que, segundo Hall (2003), está abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social. Os modos de vida colocados em ação pela modernidade alterou por sua vez a ordem social. Estas transformações estão também mudando nossas identidades pessoais, abalando a idéia que temos de nós próprios como

sujeitos integrados. Para Connell, as três estruturas dessa crise são: as alterações na relações de poder, as relações de produção e as mudanças nas relações sexuais e afetivas.

*As relações de poder* mostram a tendência mais visível da crise: o colapso histórico da legitimidade patriarcal, o movimento global de emancipação das mulheres e a incapacidade das instituições civis, nomeadamente a família, de resolverem o problema. Portanto, a resolução da crise passa pela adoção de estratégias que visam legitimar as diferentes masculinidades, onde as tensões resultantes da crise podem levar alguns homens a aderirem aos cultos da masculinidade e outros a apoiarem as reformas feministas.

*As relações de produção* também têm sido palco de massivas mudanças institucionais, com o aumento de postos de trabalho ocupados por mulheres e da exclusão do processo produtivo de contingentes cada vez maiores da população. De acordo com Aued (1999), “*é cada vez mais visível o tormento de quem está desocupado, pois, (...) estar nessa condição não é ter o tempo livre para o lazer; é tensão diante de um futuro incerto, é medo, sentimento de fracasso e sensação de ser descartável*”.

E por fim, estão *as relações sexuais e afetivas* que se alteraram com a estabilização da sexualidade dos gays e das lésbicas, apresentadas como uma alternativa pública dentro da ordem heterossexual. Ao mesmo tempo, a luta feminina pelo prazer sexual e pelo controle dos seus próprios corpos veio a afetar tanto as práticas hetero como homossexuais, resultando na existência de pontos de conflito em torno da desigualdade sexual, dos direitos masculinos no casamento, da proibição das relações afetivas homossexuais. Através da forma como a ordem sexual trata a liberdade sexual. Desta forma, a crise da masculinidade, inserida no contexto da modernidade, foi desencadeada por uma forte negação da tradição, gerando assim uma insegurança quanto ao papel dos sexos na sociedade, profundamente marcada pelo movimento feminista.

A reconstrução do modelo de masculinidade implicou a criação de uma ideologia que mascarasse a realidade dos fatos. Estes homens em crise desejam recuperar o poder que, segundo eles, jaz nas mãos das mulheres. Um bom exemplo é o efeito do novo feminismo dos anos 70 nos estudos do papel dos homens, que fez aumentar bastante o número de volumes de publicações nessa área. Um dos temas mais proeminentes abordava questões como as restrições, desvantagens e as penalidades gerais que atingem os indivíduos por serem homens. A teoria central da literatura masculina dos anos 70 era a de que os homens eram

oprimidos da mesma forma que as mulheres, ocultando a questão da assimetria. O elemento fundamental para se entender esta necessidade de alteração da abordagem foi a constatação da diversidade e a transformação da masculinidade apresentada por historiadores e etnógrafos. Daí que o tema central para uma nova história da masculinidade esteja naquilo que até então havia sido ignorado por uma abordagem da história da masculinidade baseada nos papéis sociais e não no gênero. Os elementos para uma nova forma de abordar a masculinidade têm surgido em várias disciplinas das ciências sociais.

A reflexão conceitual sobre gênero e suas interfaces com as relações de poder, de produção, relações sexuais e afetivas e sua implicação na construção das masculinidades contemporâneas, é bastante rica. Considerando gênero um construto social e cultural, observa-se diferenças significativas nas quais os homens e as mulheres podem e não podem ser aproximados. Mas o que há de consistente entre as culturas, de acordo com Diniz (2001), é que há diferenças entre os papéis de homens e mulheres, no acesso aos recursos produtivos e na autoridade para tomar decisões. Este poder diferenciado entre os gêneros está articulado de forma complexa na vivência da sexualidade. O poder diferenciado na esfera sexual amplia a vulnerabilidade tanto das mulheres quanto dos homens por várias razões, como veremos adiante.

#### **1.4 Masculinidades e Implicações na Vulnerabilidade ao HIV**

Quando nos voltamos para a tentativa de compreensão do contexto da aids no comportamento sexual masculino, percebemos contradições e conflitos que apontam para uma complexidade histórica e que ultrapassam ao conjunto de classificações expressadas para identificar os grupos mais suscetíveis ao contágio do HIV/AIDS. A discussão sobre as relações de gênero e vulnerabilidade dos homens é um dos temas centrais a ser incorporado aos programas de prevenção e assistência às DST/AIDS e que buscaremos nesta seção contribuir para essa reflexão.

Pensar o gênero masculino remete-nos a questões intimamente ligadas ao padrão de comportamento sexual do brasileiro e suas representações sobre a sexualidade, diferente de região para região do país, de classe social para classe social e, sobretudo, de um momento histórico em relação a outro. É importante aqui partir da evidência de que existem diferentes masculinidades, referidas às diferenças de classe social, raça, etnia, orientação

sexual, entre outras variáveis. Elas tornam os homens consideravelmente diferentes e desiguais entre si e, portanto, enfrentando diferentes situações de vulnerabilidade. Aqui conforme a delimitação do estudo, lidaremos com a questão do heterossexual masculino, reconhecendo que o debate sobre a vulnerabilidade dos HSH exige um espaço específico.

Em termos gerais, a vulnerabilidade masculina às DST/AIDS se constrói a partir da socialização dos homens, quando desde cedo o risco não é visto como algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado. A violência masculina também é estimulada pela educação; o menino deve revidar se apanhar, como também deve praticar esportes em que a violência sempre está presente e é aceita. São treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. “[...] a dor é antes de tudo assunto de mulheres, deste modo o homem deve desprezá-la, sob pena de se ver desvirilizado e de ser rebaixado ao nível da condição feminina” (Duby, 1990).

*[...] se é varão, o sexismo das habilidades vão produzindo um assistemático, porém contundente adestramento naquilo que seria desejável de um homenzinho: defender as irmãs, enfrentar os perigos, ganhar as disputas, sobressair nos esportes, nas profissões, ter uma sexualidade freqüente, etcetera. Cada idade irá atualizando as exigências. Terá que sobressair, ser o melhor, o que mais ganha. “Quanto mais melhor”, ideal de masculinidade que vai sedimentando o núcleo mais íntimo da identidade do varão, que vai jogando na intersubjetividade com outros homens e com as mulheres [...]” (Inda, 1996)*

Manter esse ideal é um grande fator de risco para os homens. A ênfase dada pelo conceito de gênero à construção social do masculino concorre para um estilo de vida auto-destrutivo, em que o sexo deve ser buscado à revelia do risco e jamais recusado. Some-se a isso a crença de que o cuidado consigo e com o outro são valores, em nossa sociedade, associados ao feminino: homem que é homem nem adocece. Esses repertórios parecem orientar, em maior ou menor grau, o cotidiano dos homens em geral, a despeito de raça, cor, credo e orientação sexual (OMS/UNAIDS/Papai).

No que diz respeito às pesquisas comportamentais que possam vir a respaldar essas assertivas e contribuir para a compreensão da vulnerabilidade ao HIV/AIDS, Diniz (2001), em consultoria prestada à Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional, revisou uma série de estudos a fim de subsidiar diretrizes para a prevenção de DST/AIDS em mulheres, com um enfoque de gênero. Entre os trabalhos revisados, podemos citar o Estudo

sobre o Comportamento de Conscritos do Exército, realizado em todo o Brasil. Embora o trabalho se refira a um grupo específico, não permitindo generalizações para a população como um todo, ele sugere que há uma considerável resistência do jovem brasileiro – a faixa etária que mais usa o preservativo – ao uso dessa proteção. O estudo mostra ser nítida a influência da escolaridade na prática sexual protegida, mas o mesmo não pode ser comentado sobre o grau de conhecimento e da vulnerabilidade para se pegar aids. Também não há coincidência entre a suposição de uma situação e a prática de fato: entre os que responderam que "não transariam com a namorada sem camisinha", apenas 54% afirmaram usar a camisinha em todas às vezes.

Outro trabalho importante sobre a discussão das relações de gênero e que nos auxilia a compreender as implicações na vulnerabilidade ao HIV é o estudo sobre “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do HIV/AIDS” (CEBRAP/MS, 2000). Realizado em 1998 com uma amostra de 3600 indivíduos de 16 a 65 anos, a pesquisa mostrou que 80% das pessoas eram sexualmente ativas. Os homens iniciavam a vida sexual mais cedo e a mantinham até uma idade mais avançada. Tinham mais parcerias e mais parcerias eventuais. Faziam uso de álcool e de drogas quando tinham relações sexuais com maior frequência, o que estava relacionado com uma pior capacidade de usar o preservativo. Quanto às mulheres, o estudo mostra que mesmo iniciando a vida sexual mais tarde em relação aos meninos e ainda com parcerias mais estáveis, se percebiam mais em situação de risco que os homens, saibam mais sobre o HIV e como prevenir a infecção que os homens mesmo nas faixas mais baixas de escolaridade, ainda assim, declaravam uma menor utilização do preservativo que os homens. Este estudo ilustra bem a questão das diferenças entre conhecimento, consciência do risco e capacidade de negociar a proteção no contexto das relações de gênero.

Em virtude dessa realidade observada, agências como a OMS e UNAIDS têm defendido a abordagem de gênero como imprescindível para a resposta à epidemia. Isto acontece tanto na compreensão e intervenção sobre a vulnerabilidade das mulheres, quanto sobre a vulnerabilidade dos homens (Diniz, 2001).

O estudo “O Brasil no Estudo Interpaíses Sobre a Saúde da Mulher e a Violência Doméstica”, que pesquisou domicílios na área urbana de São Paulo e na área rural de Pernambuco, também traz informações relevantes para pensar a vulnerabilidade

intragênero. Os resultados confirmam dados internacionais quanto à prevalência de violência física e/ou sexual nas relações. O relato de episódio de violência estava presente como experiência ocorrida pelo menos uma vez na vida em cerca de um quarto das mulheres da área urbana e um terço delas na área rural. No estudo são trabalhadas hipóteses que apontam uma diminuição da capacidade, de ambas partes, de preservar a própria saúde associada a relações violentas. Isto se traduz por maior adesão a hábitos prejudiciais à saúde como o tabagismo e alcoolismo e significativo aumento de sofrimento emocional, incluindo a frequência de pensamentos suicidas.

Em São Paulo, em um outro estudo voltado para identificar implicações da masculinidade sobre a vulnerabilidade ao HIV (Guerreiro, Ayres e Hearst, 2000), realizado com motoristas de ônibus integrantes de uma Comissão Interna de Acidentes (CIPA), em uma empresa de transportes, apontou que a expressão da sexualidade masculina é vista como mais intensa que a da mulher e também como incontrolável, com a necessidade de satisfação imediata .

De acordo com as análises desses pesquisadores, espera-se que o homem dê conta sexualmente das mulheres, jamais recuse uma parceira que se coloque disponível e tenha uma resposta (ereção) imediata. Nessa situação, a mulher é considerada poderosa e exigente, a quem é preciso satisfazer a custo de manter sua honra masculina e tem o poder de legitimar se um homem é macho ou não. O estudo observou ainda, que para essa população, o homem pode ou não ser fiel no casamento, mas deve manter as aparências. Embora seja presumível sua infidelidade, ela não é confessável. Alguns homens se declararam fiéis e consideraram que essa é uma medida efetiva para evitar a infecção pelo HIV. Quanto às práticas sexuais, nem todas as práticas foram consideradas possíveis com a esposa. O sexo vaginal é o único considerado “normal” e o sexo anal foi citado como não-pertinente ao casamento. A utilização da camisinha é associada à perda de sensibilidade, seja do homem, seja da mulher.

Pode-se considerar que essas concepções de masculinidade identificadas nesse grupo: [...] “*dar conta das mulheres*” (não recusar nenhuma mulher que se coloque disponível para relação sexual, não perder a ereção, proporcionar prazer às mulheres), “*ser forte, não adoecer*” (não adotar comportamento preventivo, não procurar serviço de saúde, não fazer o teste), “*ser impetuoso, correr riscos*” (ter relações sexuais desprotegidas, ter

várias parceiras), “*ter maior necessidade de relacionamento sexual*”(estar sempre atento, em busca de novas mulheres)”, constituam-se em fatores importantes da vulnerabilidade<sup>16</sup> ao HIV (Guerreiro, Ayres e Hearst,2000).

Some-se a essa vulnerabilidade individual<sup>17</sup> e social<sup>18</sup> os limites dos programas dirigidos especialmente às mulheres, a virtual ausência de programas dirigidos aos homens heterossexuais, e toda a dificuldade de integração entre as ações de saúde da mulher, reprodutiva e de prevenção de DST/AIDS. Diniz (2001) destaca ainda, que a tendência à culpabilização dos homens e à vitimização das mulheres, não tem sido útil à organização de programas, nem tem ajudado a trazer os homens aos serviços de saúde ou contribuído para que esses mudem suas práticas.

Esse é o desafio que se impõe, pensar políticas públicas que possibilitem maior acesso ao homem às ações programáticas de prevenção e assistência em HIV/AIDS.

É sobre essa questão que trata o último capítulo desta dissertação. Antes disso, porém, apresentaremos no capítulo 2 um diagnóstico situacional a fim de subsidiar a construção dessas ações.

---

<sup>16</sup> Conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional.

<sup>17</sup> A Vulnerabilidade individual está relacionada, principalmente com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer a infecção. Alguns fatores determinam a vulnerabilidade pessoal para a infecção por DST: falta de informação e medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV; pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar os riscos da infecção; baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas.

<sup>18</sup> A vulnerabilidade social está relacionada a questões sociais e econômicas que influenciam o aumento da violência sexual, prostituição, tráfico de drogas, tornando os indivíduos mais vulneráveis que outros, especialmente os jovens que, além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas com a estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego, falta de moradia, baixa escolaridade, violência, além da falta de acesso aos meios de comunicação e serviço de saúde .

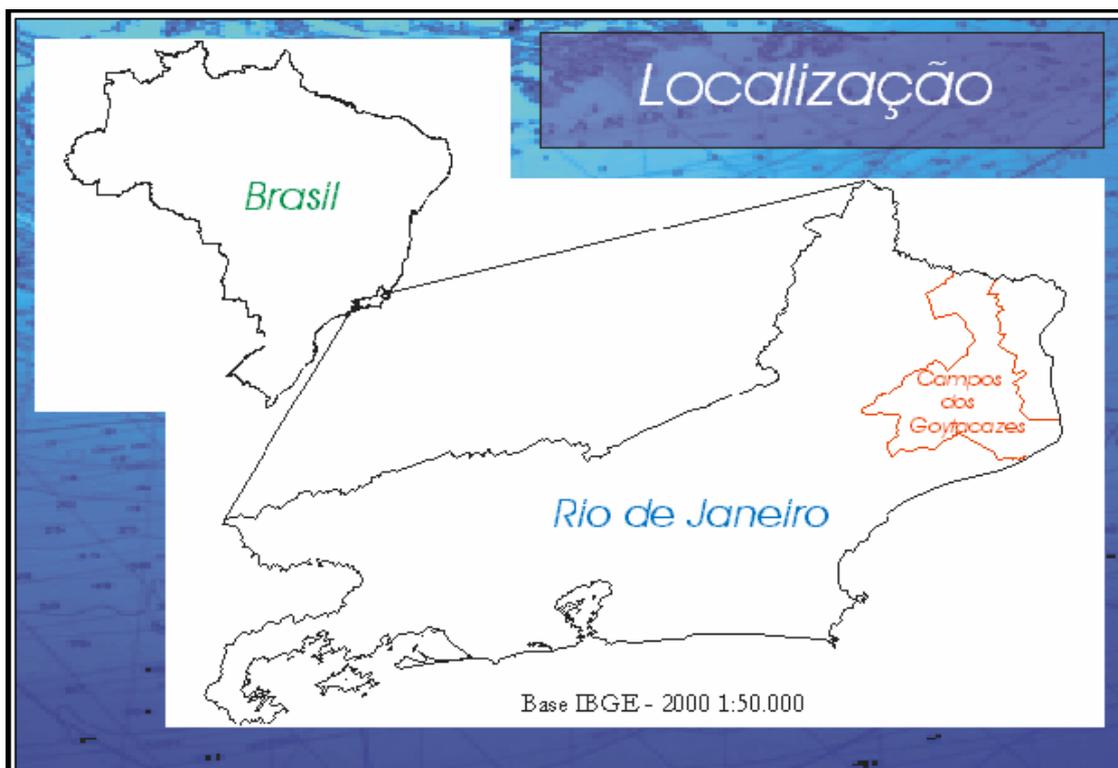
## Capítulo II

### **2 Aspectos Sociodemográficos do Município de Campos dos Goytacazes, O Programa Municipal de DST/AIDS e o Perfil da População Masculina do SAE**

Este capítulo divide-se em três partes. No primeiro momento apresenta um breve diagnóstico da dinâmica populacional e econômica do município de Campos dos Goytacazes, com o apontamento dos aspectos sociodemográficos, que constituem a base para a compreensão dos elementos que produzem as situações de risco ao HIV/AIDS para a população em estudo. Em seguida, há um breve resgate histórico da política de saúde municipal no enfrentamento das DST/HIV/AIDS e finaliza com o delineamento da população masculina admitida no SAE durante o período 2001-2005, a fim de subsidiar a reflexão sobre a Política Municipal de Atenção em HIV/AIDS e sobre o desafio da construção de ações programáticas para o engajamento do homem nestas ações.

#### **2.1 Características Gerais do Município de Campos dos Goytacazes**

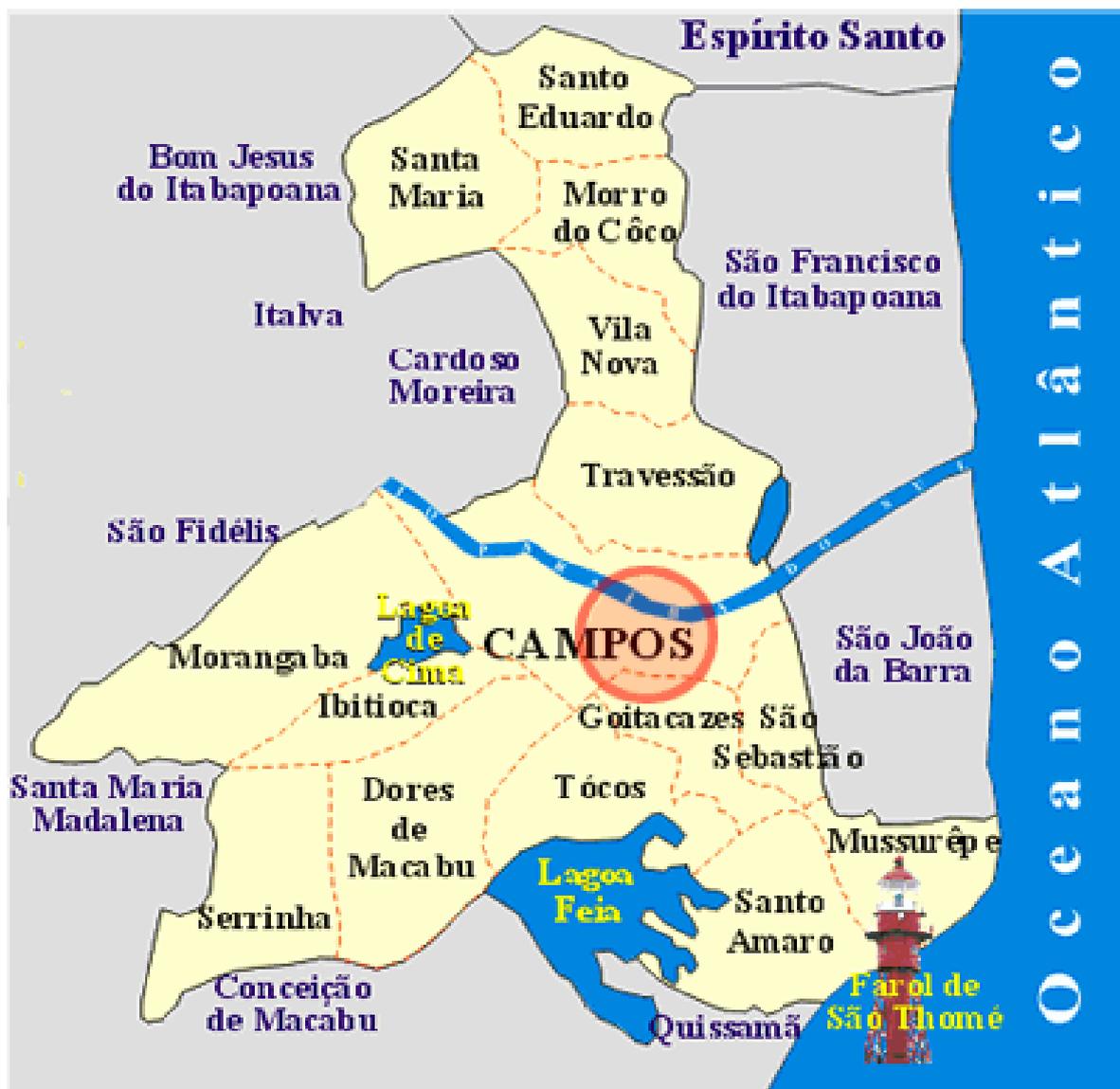
O município de Campos dos Goytacazes pertence à Região Norte Fluminense, que abrange os municípios de Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabú, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. A cidade (Figura 1) está localizada aproximadamente a 279 Km da capital do Estado do Rio de Janeiro. Ele é o maior em extensão territorial do estado, com uma área de 4.037 Km<sup>2</sup>, e possui uma população de 406.989 (quatrocentos e seis mil novecentos e oitenta e nove) habitantes, que corresponde a 58,2% do contingente da Região Norte Fluminense, com a proporção de 93,5 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica é de 103 habitantes por Km<sup>2</sup>, contra 74 habitantes por Km<sup>2</sup> de sua região. (<http://www.ibge.gov.br> ; 14/04/04). As pessoas que se declaram brancas representam 56,8% da população, contra 42,3% de afrodescendentes. A faixa etária predominante está entre 10 e 39 anos. Os idosos representam 10% da população do município, contra 18% de crianças de 0 a 9 anos.



**Figura 1:** Mapa de localização da área de estudo, Município de Campos dos Goytacazes/RJ.

Fonte: IBGE-2000

A divisão administrativa do município compreende 14 distritos (Morangaba, Ibitioca, Serrinha, Dores de Macabú, Tócos, Santo Amaro, Mussurêpe, São Sebastião Goitacazes, Travessão, Vila Nova, Morro do Côco, Santo Eduardo e Santa Maria), conforme observado no mapa a seguir, e três sub-distritos (o primeiro e o segundo sub-distritos pertencem à cidade e à periferia, o terceiro compreende o sub-distrito de Guarús):



**Figura 2:** Mapa da divisão administrativa , Município de Campos dos Goytacazes/RJ.

Fonte: Lei Orgânica do Município de Campos dos Goytacazes

O grande destaque de Campos dos Goytacazes no cenário econômico é a sua bacia petrolífera, a maior do país. É considerado também a maior expressão na área agrícola do Estado do Rio de Janeiro, onde a agroindústria açucareira ocupa 45% da economia. Também há largo espaço para a atividade pesqueira, a pecuária de leite, a construção civil, a cerâmica e a indústria.

Ocupa a posição de pólo regional pelas características de sua economia<sup>19</sup>, mas vivencia uma situação de desigualdade social que chama atenção pelo percentual da população que vive na pobreza, no desemprego/subemprego e em situação de risco e de exclusão social. Ao lado de uma presença nacional marcante no tamanho do PIB, 13º lugar no ranking nacional, de acordo com os últimos dados do IBGE (O Globo, 04/05/05) e do volume de royalties recebidos pela prefeitura sobre a extração de petróleo<sup>20</sup> (UFF/CMPDCA/PMCG, 2004), o desenvolvimento social do município não acompanha o crescimento do orçamento municipal.

Numa análise mais global, chama atenção o processo de empobrecimento estrutural que teve início com o golpe de 1964:

*“[...As favelas invadem margens de rios e riachos, o desemprego se abate sobre os trabalhadores...]” (Município em Destaque, 1992:12 apud Gondim, 2001).*

A partir dos anos 70, há uma diminuição significativa do número de unidades industriais no município, em consequência de uma profunda reestruturação do setor da agroindústria açucareira, o que provoca encolhimento do número de postos de trabalho oferecidos tanto na indústria, quanto na agricultura. Estes fatos desencadeiam um movimento migratório do espaço rural para o urbano e a intensificação da proliferação de favelas na periferia de Campos dos Goytacazes. Podemos aqui tecer um paralelo do êxodo no Brasil entre o Nordeste e o Sul-Sudeste com o que ocorreu no município: movimento populacional do espaço rural para o urbano em função do processo de empobrecimento estrutural observado a partir da década de 1970;

A partir de 1974, dá-se início à exploração do mar territorial e à descoberta e produção de petróleo. Mesmo com a revitalização do município, os deserdados da cana, ou seja, os milhares de trabalhadores rurais semi-analfabetos e desqualificados, não puderam ser incorporados. O mercado se abre para o ingresso de mão-de-obra técnica, que não condiz com os destituídos da área rural, permanecendo, então, os elevados índices de informalidade e precarização do trabalho. Assim, ainda que considerado pólo na área educacional, com a

---

<sup>19</sup> O município foi impulsionado pela proliferação de engenhos de açúcar, o cultivo do café e o comércio de escravos, o que lhe conferiu um *status* de cidade das mais importantes no Séc. XIX. No Século XX passa a figurar no cenário nacional como um importante pólo produtor de petróleo.

<sup>20</sup> Na ordem de 600 milhões em 2004 e atualmente em torno de 1 bilhão e 500 milhões anuais.

formação de mão-de-obra qualificada em curso de nível médio (48 escolas), nível técnico (06 escolas técnicas) e de ensino superior com expressiva presença de faculdades e universidades (UENF/ Universidade Estadual do Norte Fluminense, UFF/ Universidade Federal Fluminense, CEFET/ Centro Federal de Educação Tecnológica, Universidade Salgado de Oliveira, Universidade Estácio de Sá, Universidade Cândido Mendes, Faculdade de Medicina de Campos, Faculdade de Direito de Campos, Faculdade de Filosofia, entre outras, percebe-se em nossa realidade, o que Brandão (2002) observou no estudo sobre “Os novos contornos da Pobreza Urbana”: “ [...verificam-se áreas e segmentos populacionais conectados ao lado de outras áreas e segmentos populacionais absolutamente desconectados...]”. Ou seja, há forte presença de segmentos sem capacidade de gerar valor, riquezas, informação e poder, o que possibilita a disparidade da vulnerabilidade associada à aids e a outros agravos sociais.

Em relação ao acesso à educação pública às crianças e adolescentes pobres, principalmente ao ensino fundamental, observa-se que são muitos os problemas para transformá-la efetivamente em um instrumento de equidade social. Percebo os sinais dessa crise ao testemunhar (como docente da rede estadual de ensino) a dificuldade que eles encontram para compreender um texto ou realizar uma simples operação matemática. Dentre os principais desafios para a efetivação da educação em política pública de desenvolvimento social e de cidadania, encontra-se, para além da universalização do acesso, o investimento em infra-estrutura, a qualificação do docente e, acima de tudo, a valorização da escola como espaço de socialização e agente de mudança social.

No que se refere à situação de emprego formal, segundo o Mapa do Fim da Fome II em 2000, o município apresentava um índice de desemprego de 15,86%, acima da média nacional. Do total da população ocupada, 39% apresentavam carteira de trabalho, 24% trabalhavam por conta própria e 28% em atividades informais sem nenhum tipo de proteção previdenciária e trabalhista. Cruz (2005) chama a atenção para o problema da clandestinidade e, por conseguinte, da ausência de proteção social ao trabalhador. O autor evidencia a continuidade deste traço perverso que caracteriza o mercado de trabalho em Campos, principalmente no que se refere às condições de trabalho e de remuneração do trabalhador de baixa renda.

As principais ocupações dos adultos de baixa renda, de acordo com a pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisas da Cândido Mendes-Campos- CEPECAM (apud

UFF/CMPDCA/PMCG, 2005), são: empregada doméstica (15,13%), trabalhadores rurais ligados à cultura da cana-de-açúcar (10,75%), pedreiro (8,13%), lavadeira (6,9%), servente de obras (6,4%) e faxineira-diarista (3,56%). Segundo o IBGE (Censo 2000), mais da metade dos chefes de família (51,67% do total de 112.037 mil domicílios) recebem até dois salários mínimos mensais.

Os indicadores apontam persistência de um elevado grau de concentração de renda. Esta situação está relacionada à ausência de mecanismos de distribuição de renda e de redução das desigualdades sociais, como a universalização da educação em todos os níveis e uma política de emprego, renda e proteção social para aqueles que se encontram em situação de desemprego e de subemprego (Cruz, 2005). Cabe mencionar que a questão da vulnerabilidade social em termos macroeconômicos e macropolíticos foi pioneiramente apontada e relacionada à aids por Jonathan Mann (Mann & Tarantola, 1996).

Sob uma perspectiva complementar, é possível afirmar que os segmentos mais vulneráveis se deparam também com barreiras estruturais quanto à possibilidade de implementar e manter mudanças que minimizem os riscos (Tawil apud Bastos & Szwarcwald, 1999). Estas barreiras são inúmeras, como indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção devido a barreiras culturais; falta de recursos e situações de constrangimento subjetivo ou objetivo de natureza diversa; dificuldade de acesso a serviços de prevenção e tratamento; impossibilidade de implementar politicamente decisões comunitárias; menor escolaridade e menor domínio da linguagem escrita, com o acesso reduzido a informações atualizadas e maiores dificuldades na manutenção de comportamentos preventivos ao longo do tempo pela pressão permanente de ameaças concretas e prementes como o desemprego, os problemas de moradia ou a fome.

### **2.1.1 Outras Mensurações**

A partir de indicadores que possibilitam a mensuração da vulnerabilidade social e contornos da pobreza percebemos situações conflituosas. Entre elas encontramos o Índice de Desenvolvimento Humano<sup>21</sup> (IDH), o Índice de Desenvolvimento Humano

---

<sup>21</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores: educação, longevidade e renda. O primeiro é uma combinação da taxa de matrícula bruta nos três níveis de ensino com a taxa de alfabetização de adultos; o segundo é medido pela expectativa de vida da população; o terceiro é dado pelo Produto Interno Bruto - PIB per capita medido em dólar PPC (Paridade do Poder de Compra), calculado pelo Banco Mundial.

Municipal<sup>22</sup> (IDH-M) e o Índice de Qualidade dos Municípios<sup>23</sup> (IQM-Carências). Em 2000, o município ocupava a 54.<sup>a</sup> posição no Estado em relação ao IDH-M, com 0,752 pontos (IPEA,200). A escala varia de zero a um e classifica os municípios através de índices considerados de baixo, médio ou alto desenvolvimento humano, respectivamente nas faixas de 0 a 0,5; de 0,5 a 0,8 e de 0,8 a 1. Quanto mais próximo de 1 for o IDH, maior o nível de desenvolvimento humano apurado. Com relação aos componentes do índice, Campos dos Goytacazes apresentou o IDH-M em Educação de 0,867(41º no estado), ou seja, um alto índice de desenvolvimento. Por outro lado, pontuou 0,697 no IDH-M Esperança de Vida (77º posição dentre os noventa e um municípios analisados) e 0,693 no IDH-M Renda (42º lugar no Estado), de acordo com o estudo socioeconômico 2004 TCE,2004).

A disparidade persiste em relação ao IQM: encontra-se em 85º lugar entre os noventa e um municípios analisados, com um índice total de 42,3%. O índice total oscilou entre 32,4% (Rio de Janeiro) e 64,0% (Japeri). A carência apontada neste índice não representa pobreza ou miséria, mas a graduação da qualidade de vida em educação, saúde, habitação e saneamento, mercado de trabalho, comércio, segurança, transportes, comunicações, esporte, cultura e lazer, participação comunitária e descentralização administrativa. Quanto mais alto o percentual apurado nesse índice, maior o nível de carência. Com relação ao primeiro nível da pirâmide do IQM-Carências: Necessidades Básicas, Campos dos Goytacazes está em 75º lugar no Estado, com a marca de 41,3%. Já em relação ao 2º nível da pirâmide, o município está em 87º lugar, com a marca de 44,8%. Com relação ao 3.º nível da pirâmide, Campos dos Goytacazes está em 88º lugar no Estado, com a marca de 39,8%.

---

<sup>22</sup> Embora meça os mesmos fenômenos do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, os indicadores levados em conta no IDH-Municipal (IDH-M) são mais adequados para avaliar condições de núcleos sociais menores. Na dimensão educação, considera-se taxas de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade e taxa bruta de frequência na escola. A dimensão longevidade apura a esperança de vida ao nascer, sintetizando as condições de saúde e salubridades locais. Para avaliar a dimensão renda, ao invés do PIB, o critério utilizado é a renda média de cada residente do município.

<sup>23</sup> O IQM - Carências, desenvolvido pela Fundação CIDE, foi construído como um indicador sintético, com o objetivo de retratar a distância entre a realidade existente em cada um dos municípios fluminenses e aquela de uma sociedade ideal, na qual se vivencie um elevado grau de equidade e cidadania plena.

No período compreendido entre 1991/2000, o índice de concentração de renda<sup>24</sup> (índice de GINI) do município caiu, indicando uma diminuição da desigualdade social PNUD (2003). Entretanto, se compararmos com o índice brasileiro de 2000 (0,57), veremos que a concentração de renda em Campos é ainda maior que a concentração de renda média do Brasil, uma das maiores e mais perversas do mundo (Cruz, 2005). Aqui também a organização social da diferenciação ou desigualdade na distribuição tem sido tipificada por uma crescente polarização entre ricos e pobres, na qual os ricos tornam-se cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres. A polarização por sua vez, tem sido associada ao crescimento significativo da miséria pura e simples (extrema pobreza, usualmente definida como menos que 50% da renda que definiria o nível de pobreza de uma dada sociedade). Esta situação certamente influencia o modo pelo qual as pessoas vivem e adoecem, interferindo na saúde individual e coletiva.

## **2.2 O Programa Municipal DST/AIDS**

### **2.2.1 Breve Resgate Histórico da Política de Saúde Municipal no Enfrentamento das DST/HIV/AIDS em Campos dos Goytacazes**

Entre o primeiro registro de aids no município de Campos e a estruturação do Programa Municipal de DST/AIDS, foram percorridos mais de dez anos. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro entre 1982-1994, 29 casos de aids foram notificados. Não havia no município, até então, nenhuma estrutura organizada sequer para o atendimento das demais doenças sexualmente transmissíveis. Coube, desde o primeiro momento, ao Hospital Ferreira Machado - HFM (que contava com uma área específica para o atendimento de doenças infecto-parasitárias), a referência para o tratamento. O diagnóstico era feito invariavelmente em uma fase avançada da doença, e estava associado à necessidade de internação em virtude das intercorrências advindas das infecções oportunistas. Pela inexistência da terapêutica específica, era alto o índice de mortalidade; assim como o medo, o estigma e o preconceito.

Este período (1988) coincidiu com a implantação da ONG Casa Irmãos da Solidariedade e com a chegada de um profissional médico que retornava da residência em infectologia. Mediante a evolução no número de casos e da resistência de alguns profissionais

---

<sup>24</sup> O índice de GINI é um índice que mede a concentração de renda em um país, estado ou município. Ele varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior é a concentração de renda.

para o atendimento a este público, este médico tornou-se, desde então, a referência local para a assistência e um dos parceiros na construção da política municipal de enfrentamento ao HIV/AIDS.

Em consonância com as diretrizes da política nacional do Ministério da Saúde, em 1995, o Programa Municipal DST/AIDS dá os seus primeiros passos com a montagem do ambulatório de doenças transmissíveis na Unidade Municipal de Saúde Alair Ferreira no sub-distrito de Guarús. A equipe resumia-se até então a um ginecologista e uma assistente social. Em 1996, a unidade passa a prestar atendimento através da abordagem sindrômica e de ações voltadas para a prevenção, mediante o desenvolvimento do projeto “Qualidade de Vida” que propunha o cadastro da clientela e a distribuição de preservativos. Ainda em 1996, é implantado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), hoje denominado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Este funcionava no espaço cedido pelo Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente (CRTCA), ofertando a testagem sorológica pela manhã e o atendimento às DST à tarde.

O atendimento ambulatorial ao portador de HIV/AIDS era realizado no Serviço de Assistência do Servidor Municipal (SASE), por um outro médico infectologista no bairro Pecuária e foi transferido em seguida para o centro da cidade nas dependências da Santa casa de Misericórdia de Campos, em função do difícil acesso e da falta de segurança local.

Até 1999, as ações voltadas à assistência as DST/HIV/AIDS encontravam-se desarticuladas espacialmente: a testagem e a abordagem sindrômica ocorriam no COAS, o atendimento ambulatorial de HIV na Santa Casa e a dispensa de medicamentos anti-retrovirais e doenças oportunistas no HFM. Esta situação dificultava o acesso dos pacientes e monitoramento dos casos pelos profissionais. Com a reestruturação do Programa em 1999, foi implantado o Serviço de Assistência Especializada congregando dois serviços: o ambulatório de abordagem sindrômica das DST e o ambulatório de HIV/AIDS, o que possibilitou a ampliação da cobertura e a otimização no atendimento à clientela.

Em 2001, em virtude da demanda crescente e empenho da coordenação o Programa Municipal DST/AIDS conquista uma sede própria, adquirida com recursos da contrapartida do Plano Operacional Anual (POA/AIDS), do convênio entre Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (PMCG) e recursos da Secretaria

Municipal de Saúde (SMS), advindo do Plano Pluri-Anual (PPA). Neste momento, o programa já desenvolve estratégias relativas aos três componentes que constituem o Programa Nacional de DST/AIDS<sup>25</sup>.

### **2.2.2 Diretrizes e Estratégias da Política Municipal de DST/AIDS :**

O Componente I “Promoção, Proteção e Prevenção” compreende as áreas de Promoção à saúde; Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/AIDS; Prevenção da Transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas, e articulação com ONG. Para o desenvolvimento deste componente, o programa estabeleceu parcerias com diversos órgãos, através da implementação local do Projeto População Empobrecida. Destacam-se a Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Fundação Municipal da Infância e Juventude (FMIJ), a Secretaria Municipal de Promoção Social, a Faculdade de Filosofia, a Universidade Salgado de Oliveira, a Faculdade de Medicina de Campos (FMC), EMATER, Centro Federal de Educação Técnica de Campos (CEFET), Programa Saúde da Família/ Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS) e a Casa Irmãos da Solidariedade<sup>26</sup>.

Dentre as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos destacamos: Projeto Qualidade de Vida (1996) que atualmente faz a distribuição de preservativos para aproximadamente 5.500 cadastrados, inclusive usuários do programa e profissionais do sexo; e o Trabalho de Prevenção com a população da comunidade do Matadouro<sup>27</sup> (parceria com a UENF - 1999) e com alunos da própria universidade através do Curso de Capacitação em Agentes Multiplicadores;

Destacamos ainda o projeto “Saúde e Cidadania” (2000), voltado à formação de Equipe de Jovens Multiplicadores do Programa, oriundos da parceria com a Universidade Salgado de Oliveira. Esta iniciativa possibilitou ainda, cursos de Capacitação em Agentes Multiplicadores para profissionais do CRTCA (2001) e para profissionais de educação através do Sindicato Estadual de Profissionais da Educação (SEPE/2001).

---

<sup>25</sup> O Programa Nacional de DST/AIDS integra três componentes que se articulam entre si para que assim possa responder aos seus objetivos. Sobre seus objetivos e componentes, cf. Brasil, Ministério da Saúde (1999).

<sup>26</sup> ONG fundada em 1988 com o objetivo de acolher, abrigar e defender direitos dos soropositivos excluídos e discriminados socialmente.

<sup>27</sup> Sobre o trabalho de prevenção desenvolvido com a comunidade Matadouro, ver Barbosa, M.H.R.B., UENF (2006).

Também para o desenvolvimento deste componente encontra-se o projeto “Ações Educativas” (2001) orientado para atividades pontuais como o “Bloco da Prevenção”, voltado para o período carnavalesco em parceria com a equipe do PSF/PACS, o “Forró da Prevenção”, lançado na Feira Agropecuária de Campos e realizado em Feiras Escolares anualmente, além do projeto desenvolvido com a FMC e UFF que instrumentaliza os acadêmicos para atuarem junto aos professores de escolas públicas de primeiro e segundo grau na articulação de temas transversais (2004) e atividades específicas durante o Dia Nacional de Luta contra a AIDS.

Outra estratégia utilizada para o desenvolvimento do Componente I e alcance de suas metas foi o Projeto de Descentralização da Distribuição de Preservativos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mediante aconselhamento. Iniciado em 2005 já realizou a capacitação da equipe técnica de 16 UBS com o objetivo de atingir a totalidade das unidades até final de 2008.

Atualmente, através da iniciativa do Ministério da Saúde, da Educação e da UNESCO e contando com a parceria local da Coordenadoria Regional de Educação, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde (CRTCA) e da Equipe de Jovens Multiplicadores do Programa DST/AIDS, está sendo implementado o projeto “Saúde e Prevenção na Escola”, cujo objetivo principal é sensibilizar os gestores da educação e da saúde para a implantação de uma política de educação preventiva nos sistemas de ensino. Este projeto visa contribuir para a redução da infecção dos jovens na faixa etária de 13 a 24 anos pelo HIV e por outras doenças sexualmente transmissíveis. Implantado no município em novembro de 2005, já realizou capacitação da equipe de 18 escolas estaduais e articulou um encontro regional na busca da incorporação das ações de educação preventiva para HIV/AIDS nos Projetos Político-Pedagógico de cada unidade escolar no município.

O Componente II “Diagnóstico e Assistência” têm como função principal definir e implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação para garantir que os indivíduos infectados pelo HIV, portadores de AIDS e outras DST, tenham acesso a procedimentos diagnósticos e tratamento de qualidade, na rede pública de saúde.

Para tanto o programa oferece os seguintes serviços e estratégias: Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (início em 1995), Ambulatório de DST/ Abordagem Síndromica (início em 1995), Ambulatório de Infectologia Adulto (início em 1996)

Ambulatório de Infectologia Pediátrica (início em 1999), Política de Assistência Farmacêutica (implantação em 2000 com a pactuação tripartite), Projeto de Suplementação Alimentar de Adulto<sup>28</sup> (2000), Projeto de Suporte Nutricional para a Prevenção da Transmissão Vertical<sup>29</sup> (2001), Municipalização da Testagem anti-HIV (em 2001); Implantação do Grupo de Investigação da Sífilis Congênita (GISC implantado em 2001)<sup>30</sup>; organização pelo serviço de enfermagem e serviço social de Grupos de Adesão ao Tratamento voltado para clientela diversa: Grupo de Adesão Renascer - adulto (2000), Grupo de Pais (2002), Grupo de Crianças<sup>31</sup> (2003), Grupo de Gestantes (2004); Municipalização da Testagem CD4/Cd8 (2002); Controle da Transmissão Vertical do HIV-Projeto Nascer<sup>32</sup>(2002); Montagem do Centro de Referência para Acidente Biológico<sup>33</sup> (2002), montagem do ambulatório para avaliação dos casos com indicação de Genotipagem (2005) e atualmente em fase de

---

<sup>28</sup> Trabalho desenvolvido em parceria com a Secretaria de promoção Social que disponibiliza 150 ticket-alimentação, os quais são distribuídos mediante monitoramento da equipe de Serviço Social e Serviço de Nutrição do SAE. Os critérios de inclusão e exclusão no projeto leva em consideração além da renda o comprometimento com o acompanhamento terapêutico (ARV, Exames, Consultas, Avaliação Nutricional).

<sup>29</sup> Em função da demanda percebida o Serviço de Enfermagem elabora o projeto visando garantir a substituição do aleitamento materno por leite maternizado a 100% dos RN (via cadastro das gestantes em acompanhamento). A ação tem início em outubro de 2001, proveniente da doação de funcionários de 02 empresas as quais através do Projeto “Ações Educativas” realizávamos palestras anuais durante a Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT. A partir de janeiro de 2002 foi iniciada a dispensa com verba municipal e suporte técnico do serviço de nutrição do CRTCA. Em 2003 a SES iniciou o repasse desse insumo (Fórmula Láctea) através do Projeto Nascer. Em 2003 passa a fazer parte do quadro técnico do SAE uma nutricionista que assume a coordenação desta ação.

<sup>30</sup> O primeiro núcleo regional foi implementado na maternidade Dr. Wilson Paes, da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Campos, com o oferecimento da realização do teste VDRL a todas as mulheres admitidas para parto ou curetagem. No ano da sua implantação foram testadas 1742 mulheres das 2028 admitidas no serviço. Verificou-se 59 casos reativos para sífilis materna adquirida (3,3%). Em resposta a essa realidade a instituição montou um ambulatório de DST e vem desenvolvendo o acompanhamento dos casos. Busca-se, no entanto, a referência mais criteriosa dos casos de sífilis congênita para o serviço de infectologia infantil realizado no Hospital Escola Álvaro Alvim.

<sup>31</sup> Em função do déficit de RH específico e espaço adequado este trabalho foi interrompido.

<sup>32</sup> Em função da crescente demanda de gestantes captadas pelo CTA, a coordenação busca em 2002, estabelecer um sistema de referência para o serviço de pré-natal de alto-risco do Hospital Plantadores de Cana – HPC, conveniado com o SUS. De acordo com o estudo desenvolvido por Araújo, Fernandes, Coelho e Acosta (2002), cerca de 85 a 90% dos usuários do CTA-Campos correspondem ao sexo feminino, sendo 70% gestantes, o que corresponde a uma cobertura de 36% do total do município. A taxa de prevalência das gestantes que procuraram o CTA no período 2001-2002 foi de 0,4%. A prevalência média reportada para o Brasil é de 0,6%.

<sup>33</sup> Durante o período de 2000/2001 em resposta ao trabalho educativo desenvolvido pelo Projeto Saúde e Cidadania, em especial a Oficina de Capacitação de Multiplicadores em Prevenção para Acidentes Biológicos, realizada na Sociedade de Beneficência de Campos, observou-se uma demanda crescente no Programa para o atendimento aos profissionais. Esta situação resultou na realização de outras oficinas voltadas a prevenção de risco e redução de danos em acidente ocupacional com risco biológico, culminando na montagem do Centro de Referência (HFM) e na disponibilização do kit anti-retroviral para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH dos hospitais públicos e conveniados do município.

implementação o Projeto de Descentralização da Oferta de Testagem Sorológica anti-HIV para os Serviços de Pré-natal da Rede Básica de Saúde de Campos dos Goytacazes (início em 2005 e com previsão de implantação em 06 UBS/piloto até o final de 2006). Em andamento, está o Projeto de Municipalização do Exame de Carga Viral em parceria com o HGG.

O Componente III “Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa” viabiliza a produção e a disponibilidade de informações sobre as tendências e o comportamento da epidemia na população através da equipe da Vigilância Epidemiológica em HIV/AIDS (2004)<sup>34</sup> e Vigilância Epidemiológica na Sífilis Congênita (2006), desenvolve estratégias para o fortalecimento do processo de gestão de programas e projetos entre os quais podemos citar: a implantação do Sistema de Informação do SIGCTASAE (2003), o Centro de Treinamento, através da certificação do CTA-Campos em um CTA-Formador pela Coordenação Nacional em 2004. Este reconhecimento outorga a competência para a implantação de outras unidades, que representa um passo a mais no caminho da descentralização das ações de DST/AIDS no município e na região.

Ainda sob a perspectiva deste componente III, o Programa Municipal tem viabilizado a instrumentalização, suporte e controle administrativo e financeiro para a execução eficiente e oportuna das suas diversas ações programáticas, através da elaboração anual de seu Plano de Ações e Metas (PAM).

### **2.2.3 Diagnóstico Situacional**

Com base no Serviço de Informações e Gerenciamento do Centro de Testagem e Aconselhamento e do Serviço de Assistência Especializada (SIGCTASAE), o CTA realizou, desde a sua implantação até 2005 (último consolidado acessado), 26.667 testes anti-HIV, dos quais 1.281 reagentes. Em estudo realizado por Araújo e colaboradores no biênio 2001-2002, observou-se a seguinte prevalência de infecção por HIV no município: mulheres gestantes 0,4% (a prevalência média reportada para o Brasil é de 0,6%), mulheres não-gestantes 8,1% e homens 12,6%. Nesse período, a prevalência da infecção pelo HIV para os estratos feminino não-gestante e masculino apresentou-se aumentada. No entanto, esse

---

<sup>34</sup> Tem início em 2004, após o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV/AIDS – CBVE a formação da equipe de Vigilância Epidemiológica do Programa Municipal, gerando dados sobre DST/HIV/AIDS, com a proposta de em um futuro próximo iniciar a produção de um Boletim Epidemiológico Municipal.

resultado deve ser tratado com bastante cautela, pois o tamanho da população estudada é pequeno e não é representativo para generalização no nível municipal (Araújo, 2006). Supõe-se, então, que esses dois últimos estratos apresentam-se possivelmente enviesados pela ocorrência de sintoma clínico, relação sexual com parceiro HIV ou indicação médica. No caso das gestantes, por se tratar de estrato que reflete a população geral e por ser numericamente representativa em relação ao total de gestantes usuárias do SUS no município, o achado local pode ser reportado para a realidade municipal.

Os resultados apresentados na edição de dezembro/2005 do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do Estado do Rio de Janeiro estima que 0,59% das mulheres e 1,1% dos homens residentes no Estado com idade entre 15 a 49 anos, estão contaminados pelo HIV.

Em relação ao SAE, no quadro geral de atendimentos, foram acompanhados 1.826 pacientes desde o período da sua implantação até o primeiro semestre de 2006. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS (SES, 2005), os casos notificados de AIDS, segundo município de residência, totalizaram 1.161 casos até dezembro do ano passado. O CTA/Campos é responsável por quase toda a população referenciada ao SAE; uma outra parcela vem encaminhada pelos hospitais conveniados com o SUS, por transferência de domicílio (nos demais municípios da região) e um pequeno estrato da rede privada de saúde. Desta população, 683 pessoas têm indicação de uso do anti-retroviral, de acordo com listagem fornecida pelo serviço de farmácia (Maio, 2006), mas somente 50% deste total comparecem para a retirada dos medicamentos mensalmente. O quadro preocupa pelas conseqüências advindas da não-adesão (resistência viral, falência clínica) e aponta para a necessidade de ampliação no trabalho de educação em saúde, investimento em recurso humano específico e insumos voltados para IEC.

## **2.3 Perfil da População Masculina do SAE: Recorte Temporal da população com orientação heterossexual declarada na admissão**

### **2.3.1 Os Dados da Pesquisa: Delineamento da População**

A pesquisa a seguir busca desvelar aspectos sociodemográficos da população masculina que se autodeclarou heterossexual durante a admissão no SAE entre janeiro de 2001 a março de 2005. Vale destacar a importância destes dados, enquanto instrumento de investigação que poderá contribuir para a realização de políticas e ações voltadas a esta categoria, considerando a ausência de estudos anteriores nessa temática no município.

O marco inicial dos estudos norte-americanos sobre homens e saúde reporta-se as análises críticas ao modelo biomédico na década de 70. O pensamento produzido sobre saúde dos homens nesta década foi apenas exploratório, tangenciado pela teoria e política feminista e organizado conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde. Esta perspectiva é ampliada nos anos 80, passando de estudos dos homens para estudo de masculinidades. Nos anos 90, mais uma vez, amplia-se o horizonte, transitando-se das teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero, consolidando as noções de poder, desigualdade e iniquidade na maioria dos estudos sobre homem e saúde. A fim de se entender os processos de saúde e de doença dos diferentes segmentos de homens, passa-se então a articular às questões de raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião, etc...

Para apresentar os dados desta pesquisa observacional transversal, proveniente dos prontuários do SAE, tomamos por base essas categorias empíricas e para fins didáticos, sempre que possível, foi feito um paralelo com os dados estaduais e nacionais. O objetivo foi apontar semelhanças e diferenças entre os resultados, assim como suas diferenças.

### **2.3.2 Orientação Sexual**

Os dados revelam que dos 279 prontuários abertos pelo SAE durante o período de janeiro de 2001 a março de 2005, referentes à admissão de homens no Programa Municipal de DST/AIDS, houve predominância da categoria que se autodeclarou

heterossexual 48%(n=134), seguida de 13% (n=36) com autodeclaração de orientação homossexual e 4 % (n=11) bissexual.

Chama a atenção o grande percentual de casos em que a variável “orientação sexual” é ignorada, perfazendo 35% (n=98) do total dos prontuários pesquisados, o que pode alterar consistentemente a análise da amostra e repercutir na compreensão da epidemia local. Algumas hipóteses possíveis para essa invisibilidade: temor por parte do usuário em ser discriminado? Inabilidade do profissional em levantar essa variável? Ausência desse registro por falha no impresso da instituição?<sup>35</sup> No cenário nacional e estadual essa situação também é observada: 30,1% e 28,3% de casos ignorados, respectivamente, quanto à categoria de exposição respectivamente.

No plano nacional, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2005<sup>a</sup>), os casos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição e hierarquizada por sexo, encontram-se assim distribuídos: 44,9% para a categoria heterossexual, 15,8% para homossexual e 9,2 para bissexual.

No Estado do Rio de Janeiro, embora seja verificada uma relativa diferença a tendência se mantém: 39,8% com orientação heterossexual, 21,5% com homossexual e 10,4% com bissexual (SES/RJ, 2005).

**Tabela 1.** Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Orientação Sexual.**

<b>Orientação Sexual</b>	<b>Coorte</b>	<b>Estadual</b>	<b>Federal</b>
Heterossexual	48%(n=134)	39,8%	44.9%
Homossexual	13%(n=36)	21,5%	15,8%
Bissexual	04%(n=11)	10,4%	9,2%
Ignorada	35%(n=98)	28,3%	30,1%

Os dados coletados pela amostra são em grande medida consistentes com a tendência estadual e nacional contemporâneos, como podemos observar na tabela acima.

<sup>35</sup> Em virtude desta constatação a folha de rosto do prontuário foi reformulada.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de julho/2005 ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)) observa-se, para o sexo masculino, estabilidade na proporção de casos por transmissão homo/bissexual e aumento proporcional da heterossexual. Esses dados corroboram a mudança nos contornos da aids. Nos primeiros anos da epidemia, no início da década de 80, o grupo populacional mais atingido foi o de homens que fazem sexo com homens (HSH) – homossexuais ou bissexuais. Em 1984, 71% dos casos notificados eram referentes a este público. Depois da extensa disseminação inicial neste grupo, seguiu-se certa estabilização, principalmente entre os homens dos segmentos médios das cidades maiores, como resultado da mobilização social e das mudanças de comportamento para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Após a primeira década, ficou evidente a rápida passagem da transmissão predominantemente homossexual e bissexual para a crescente transmissão heterossexual. Nos anos seguintes, vemos então uma diminuição da participação proporcional desse grupo e o aumento da transmissão heterossexual<sup>36</sup>.

No início da década de 90, os casos registrados entre os homossexuais diminuíram para 21,3%, entre homens bissexuais caíram para 10,6%, ao passo que os casos registrados entre homens e mulheres heterossexuais aumentaram para 23,5% do total nacional. Por outro lado, se considerarmos os números absolutos da epidemia (47.985 corresponde a casos entre homossexuais e 54.457 entre heterossexuais), percebemos que o percentual da população brasileira homossexual atingida é alto e ainda alarmante comparada à população heterossexual.

O relatório divulgado pela UNAIDS e OMS sobre o quadro de aids no mundo em 21/11/05 ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)) lembra que o país é responsável por mais de um terço do 1,8 milhões de pessoas que vivem com HIV na América Latina, região onde os níveis mais altos de infecção estão entre homens que fazem sexo com homens sem usar preservativo. Mais recentemente, dados sugerem um aumento da transmissão entre HSH jovens.

---

<sup>36</sup> Atualmente, dados do Ministério da Saúde, constantes do Plano Estratégico 2005 do PNDST/Aids, mostram que, entre os homens, o número de casos de transmissão heterossexual no país tem apresentado crescimento desde o fim da década de 90, superando, proporcionalmente, os casos na exposição homo/bissexual e usuários de drogas injetáveis. O principal fator de transmissão de HIV continua sendo através de relações sexuais.

Repensar homens e HIV/AIDS requer discussões sobre temas que têm sido escondidos ou sujeito ao preconceito:

*“[...Homens assim como mulheres formam um grupo extremamente diverso. Alguns homens estão envolvidos em relação de cumplicidade com as mulheres, outros têm relações ocasionais com ambos, homens e mulheres e alguns outros têm relação de longa duração com seus parceiros homens. Muitos homens são pais, muitos trabalham em contextos que oferecem status e salários adequados, enquanto outros migram para terem trabalho ou trabalham em condição de risco. Alguns são violentos em relação as mulheres, muitos homens foram sexualmente e/ou fisicamente abusados. Alguns homens têm uma importante posição em termos de políticas públicas, outros pertencem a grupos sociais não privilegiados. Alguns são vulneráveis a AIDS pelo seu comportamento autodestrutivo. Alguns homens fazem com que mulheres, outros homens e crianças sejam vulneráveis ao HIV/AIDS. Grande é a complexidade quando procuramos engajar os homens e discutir seu papel na transmissão do HIV...]” (Barker & Nascimento, 2000).*

### 2.3.3 Faixa Etária

No que diz respeito à faixa etária, verifica-se que 83% da amostra que se declarou heterossexual encontra-se dentro da classificação de adulto jovem, ou seja, possui entre 20 a 49 anos (35% têm entre 30 a 39 anos, seguido de 33% com idade entre 40 a 49 anos, 15% para o grupo de 20-29 anos). Uma parcela de 12% tem entre 50-59 anos e 5% possuem mais de 60 anos. As análises nos permitem afirmar que esses dados mantêm um paralelo com as tendências verificadas no âmbito estadual e nacional.

**Tabela 2.** Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Faixa Etária.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Coorte</b>
13-19anos	-
20-29 anos	15% (n=20)
30-39 anos	35% (n=47)
40-49 anos	33% (n=44)
50-59 anos	12%(n=16)
> 60 anos	5% (n=07)

**Tabela 3.** Aspectos Sócio-demográficos da População Masculina por Faixa Etária: **Quadro Comparativo.**

<i>Faixa Etária</i>	<b>Coorte</b>	<b>Estado</b>	<b>Federal</b>
13 – 19 anos	0%	1,8%	2%
20 – 49 anos	83%	84,9%	85%
50 – 59 anos	11,9%	11,2%	11%
> 60 anos	5%		

No Estado do Rio de Janeiro, 84,9% dos casos notificados são de adultos jovens (20-49 anos), 11,2% de adultos com 50 anos de idade ou mais, 1,8% de adolescentes (13-19 anos) e 2,7% são de crianças (menores de 13 anos). Cruzando as categorias faixa etária e sexo, observa-se que o grupo entre 20 e 49 anos representa 84,3% do sexo masculino e 80,4% do sexo feminino (SES. 2005)

No Brasil, os casos de aids, segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico no espaço temporal 2001/2005, se apresentam em relação ao sexo masculino assim distribuído: 85% relativo ao grupo adulto jovem (20-49 anos), 11% ao grupo com mais de 50 anos, 5% referente aos menores de 13 anos e 2% entre 13-19 anos (MS, 2005). Nestes dados, observa-se redução das taxas de incidência nas faixas etárias de 13 a 29 anos e crescimento nas faixas posteriores.

No município de Campos dos Goytacazes, os casos por faixa etária (DATASUS, 2005), por ano de diagnóstico durante 2001/2005 para indivíduos com mais de 15 anos encontram-se assim distribuído: 44% para o grupo etário entre 35-49 anos, 39% para a faixa de 20-34 anos, 13,8% para a faixa etária entre 50-64 anos e 1,8% entre 15-19 anos. A notificação dos primeiros casos no grupo de 65-79 anos e no grupo de > 80 anos se dá durante o ano de 2005, ambos com 1 caso respectivamente. Cabe ressaltar aqui, que a fonte em questão não está estratificada por sexo e/ou orientação sexual, e, por isso, não traçamos paralelo com os dados da amostra.

Observou-se o aparecimento de casos por faixa etária depois dos 60 anos de idade. Essa tendência aponta para a hipótese de que houve um deslocamento dos casos de aids para as faixas etárias mais velhas, pela maior sobrevivência que estes pacientes hoje alcançam, provavelmente em decorrência do maior acesso da população aos serviços, métodos

diagnósticos e terapêuticos, particularmente a terapia anti-retroviral. Esta tendência está associada a uma mudança no padrão do comportamento sexual da população da terceira idade com o advento das drogas para tratamento da disfunção erétil.

#### **2.3.4 Cor**

A categoria étnico-racial, enquanto uma categoria epistemológica e temática para a compreensão e planejamento de saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é relativamente nova. Emerge em finais da década de 1980, no mesmo momento em que entra no cenário os movimentos de mulheres negras e as primeiras organizações não-governamentais de mulheres negras que com o apoio recebido de agências de fomento internacionais, lograram, mais que fortalecimento político, e se voltaram também para a construção de um corpus de conhecimento sobre a saúde da população negra.

Cabe ressaltar que todas essas organizações têm atuado diretamente nos serviços de saúde, sensibilizando os gerentes de serviços e os técnicos responsáveis pelos desenhos e implementação de políticas públicas acerca de programas específicos voltados a essa população. Neste sentido, podemos citar algumas ações realizadas nas esferas federal e regional.

No âmbito das políticas públicas de HIV/AIDS, no nível federal há muito se percebe um esforço de introduzir as questões étnico-raciais. Entretanto, apenas no ano de 2004 se implementou o Programa de Ações Afirmativas para População Negra e Aids. No Estado de São Paulo, o trabalho de maior êxito (fruto de uma parceria entre o Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades - CEERT e o PNUD/UNAIDS) foi o que implementou no Programa de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde o quesito “*cor*”, sensibilizando, capacitando e monitorando profissionais e usuários dos serviços no processo de implementação.

Infelizmente, no Rio de Janeiro, esse processo só agora está começando. Tal fato fez com que os prontuários pesquisados apresentassem um conjunto de inconsistências classificatórias. Não cabe aqui, no entanto, aprofundar a discussão sobre elas. Vale a pena lembrar que em função destas inconsistências realizamos uma análise considerando dois pólos raciais: o pólo claro e o pólo escuro. Utilizando esta classificação verificou-se que 47%

(n=63) da amostra pertence ao pólo claro e 46% (n=62) ao pólo escuro (25% pretos e 21% pardos)<sup>37</sup>.

**Tabela 4.** Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Cor**.

<b>Cor</b>	<b>Coorte</b>
Pólo Claro	47% (n=63)
Pólo Escuro	46% (n=62)
Indígena	0%
Ignorado	7% (09)

Em Campos, segundo o censo de 2000 (IBGE, 2000), 56,8% dos pesquisados se autodeclararam de cor branca (pólo claro) e 43,2% afrodescendentes (pólo escuro). Ao relacionarmos esse dado ao resultado encontrado em nosso estudo (47% para o pólo claro e 46% para o pólo escuro), podemos inferir que a epidemia local também tem caminhado, ainda que timidamente, em direção à população negra, parcela que se constitui mais vulnerável a nível social e econômico, como veremos adiante:

**Tabela 5.** Aspectos Sóciodemográficos da População de Campos: **Por categoria raça/cor em Campos.**

<b>Estratificação</b>	<b>Campos</b>	<b>Brasil</b>
Pólo Claro	56,8%	52,3%
Pólo Escuro	43,2%	47,3%

No Brasil (IBGE, 2000), observa-se que o pólo escuro representa 47,3% do total da população e se constitui aproximadamente 65% da população de baixa renda. Apesar da tendência a estabilização da epidemia, os casos de Aids vêm aumentando entre a população mais pobre, onde o grupo de pessoas negras encontra-se em maior proporção.

---

<sup>37</sup> É importante ressaltar que a categorização branco, negro e pardo não é resultado de auto-declaração e sim produto da classificação realizada pelos profissionais. Se considerarmos a proporção de casos com variável raça/cor, veremos que o somatório entre negros e pardos perfaz um total de 46%. Em 7% dos prontuários não havia essa descrição.

**Tabela 6.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina em Campos e no Brasil:  
**Pólo Escuro portador de HIV/AIDS.**

<b>População Afro-descendente</b>	<b>Campos</b>	<b>Brasil</b>
Pretos e Pardos (Pólo Escuro)	42,3%	47,3%
Pretos/Pardos portadores do HIV	46 %	43,3%

Em 2003 (MS, 2005), os homens que disseram ser de cor branca responderam por 60,7% dos casos registrados da doença. Em 2004, o percentual de homens brancos portadores de HIV/AIDS caiu para 56,6%. Na população que se auto-referiu como preta ou parda observa-se o inverso: em 2003, homens do pólo escuro responderam por 38,5% dos casos registrados e em 2005, com dados notificados até junho o percentual registrado por essa variável correspondia a 43,3%.

A epidemia de aids continua seu processo de crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, demonstrado pelo aumento persistente da proporção de casos raça/cor “parda” e redução da “branca”, em ambos os sexos (MS, 2005). Quanto à mortalidade por aids, os dados de Batista e Col (2004) revelaram que, em 2000, a taxa de mortalidade foi de 10,61/100mil para as mulheres brancas e 21,49/100mil para as pretas. Entre os homens brancos, a taxa foi de 22,77/100mil e 41,75/100mil para os pretos. No município, não temos, até o momento, um estudo para avaliar esse indicador. Mas, de acordo com observação feita no campo e com a comunicação de óbito registrada em livro controle do SAE, esta também é uma tendência local.

### **2.3.5 Escolaridade**

Em relação à escolaridade a amostra revelou a seguinte tendência: 33% dos homens em acompanhamento no SAE tem de 0 a 4 anos de estudo (6% analfabetos, 27% até 4 anos de estudo), 30% tem de 5 a 8 anos de estudo, perfazendo um total de 63% da população com até 8 anos de estudos. Apenas 7% tem até 11 anos de estudo (2.º grau completo) e somente 3% da população teve acesso ao terceiro grau, dos quais só 1,5% conseguiu concluí-lo até o momento.

**Tabela 7.** Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Escolaridade.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Coorte</b>
Analfabetos	6%
Até 4 anos	27%
5-8 anos	30%
9-11 anos	7%
3.º grau completo	1,5%
3.º grau incompleto	1,5%

Na realidade municipal, constatou-se que 11,6% da população de Campos dos Goytacazes em 2000 permanece analfabeta, 29,5% tem menos de 4 anos de estudo, 60,9% menos de 8 anos de estudo (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil – Perfil municipal 1991/2000). Na nossa amostra, como poderemos verificar na tabela 8 identificamos que 63% dos usuários do SAE têm menos de 8 anos de estudo.

A escolaridade menor que 8 anos de estudo é considerado um fator associado à infecção pelo HIV. O nível educacional expressa diferenças entre as pessoas em relação ao acesso à informação, além de ter grande importância como determinante de saúde (Araújo, 2006; Fonseca et al, 2000; Bastos & Szwarcwald, 2000, Parker & Camargo Jr, 2000).

**Tabela 8.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo SAE: Quadro Comparativo entre Anos de Estudo da amostra e população no município.

<b>Anos de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Município</b>
analfabetos	6%	11,6%
Até 4 anos de estudo	27%	29,5%
Até 8 anos de estudo	63%	60,9%

Verifica-se que a epidemia da aids mantém a tendência de pauperização, no sentido de que, cada vez mais, o perfil dos casos notificados se aproxima do perfil socioeconômico da população em geral (58,7% dos casos com até sete anos de estudos em

2000, contra 33,4% na década de 80). A taxa de escolaridade encontrada na amostra pesquisada é compatível com aquelas referentes ao Boletim Epidemiológico do Programa Estadual do Rio de Janeiro em 2005. Observou-se um aumento proporcional dos casos com menor escolaridade e um discreto crescimento dos casos com pelo menos doze anos de estudo, sugerindo um possível crescimento da epidemia entre grupos com maior grau de instrução. Essa também foi uma tendência observada na amostra pesquisada (ver tabela). Em nosso estudo, a categoria 3.º grau, começou a aparecer nos homens admitidos no espaço temporal de 2004/2005 da amostra estudada.

De um modo geral ainda que os números relativos à educação no município apresentem melhora (em 1970 a taxa ultrapassava a 27%, na década de 1980 o índice caiu para 20% e, em 1990, para 15%), o Censo de 2000 aponta que 11,6% da população campista permanece analfabeta<sup>38</sup>. Este dado evidencia a importância de atentarmos para a vulnerabilidade e riscos presentes na vida deste universo populacional.

### **2.3.6 Ocupação/ Profissão**

Nesta categorização, percebemos que as dez ocupações mais frequentes foram: trabalhador da construção civil e motorista (caminhoneiro/taxista) ambos com 11% da amostra, seguidos de biscateiro (10%), trabalhador rural (7%), servente agente de limpeza (4%), catador de lixo, comerciário, comerciante, garçom e mecânico apresentaram 2% cada.

---

<sup>38</sup> No Estado do Rio a média está em torno de 7%.

**Tabela 9.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Ocupação/Profissão.**

<b>Categoria</b>	<b>Coorte</b>
Operário da construção civil	11%
Motorista (caminhoneiro/taxista)	11%
Biscateiro	10%
Trabalhador Rural	7%
Servente	4%
Catador de lixo	2%
Comerciário	2%
Comerciante	2%
Garçom	2%
Mecânico	2%

Não encontramos dados na literatura para traçarmos comparações mais consistentes. Mas de acordo com Gerreiro, Ayres & Hearst (2002), em uma pesquisa com homens integrantes de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), numa empresa de transportes coletivos na cidade de São Paulo, verificou-se que em 1996, os motoristas representavam a quarta categoria profissional em mortalidade por aids na cidade de São Paulo. Em nossa amostra, esta categoria divide com os trabalhadores da construção civil o primeiro patamar na variável ocupação/morbidade.

Com o andamento do estudo, buscaremos avaliar até que ponto questões relacionadas à estratificação das ocupações estão ligados a um ethos da hipermasculinidade. Em que aspecto esse ethos está relacionado à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV e a atitude em relação com o autocuidado e o cuidado com o outro?

### **2.3.7 Renda**

Na amostra estudada, não encontramos o registro da variável renda em 54% (n=72) dos prontuários. Dos prontuários que tinham essa variável registrada, 25% (n=34) da população declara renda de 1 salário mínimo, 8% (n=11) declara não ter renda ou renda

inferior a ½ salário mínimo, 7% (n=09) declarou renda de 2 salários e os 6%(n=08) restante da amostra recebem de 3 a 5 salários.

É importante ressaltar que maioria da parcela que tem renda mensal de 1 salário mínimo é beneficiária do BPC (Benefício de Prestação Continuada) ou de benefícios previdenciários (auxílio-doença e aposentadoria). Isto pode remeter à limitação físicas com reflexos no arranjo familiar, no papel desempenhado na família, ao padrão de masculinidade, ao acesso ao serviço de saúde e à vulnerabilidade social.

**Tabela 10.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes2001-2005: **Renda.**

<b>N.º Salário</b>	<b>Coorte</b>
Até ½ sal	8%(n=11)
1 sal	25%(n=34)
2 sal	7%(n=09)
3-5 sal	6%(n=08)
Ignorado	54% (n=72)

Segundo o estudo Radar Social (2005), o Brasil tem 53,9 milhões de pobres. Este estudo considerou como pobres as pessoas que vivem com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo (R\$ 120,00). A categoria muito pobre ou indigente é relativa as pessoas com renda de até um quarto do salário mínimo de 2003 (R\$ 60, 00). Nessas condições vivem 21,9 milhões de brasileiros. O Brasil tem a segunda pior distribuição de renda do mundo (IPEA,2005): cerca de 1% dos brasileiros mais ricos detém uma renda equivalente à renda dos 50% mais pobres. O país está na frente só de Serra Leoa no ranking da desigualdade social.

A pobreza no país também é maior entre a população negra. Segundo o IPEA, 44,1% de negros viviam com renda inferior a meio salário mínimo em 2003. Entre os brancos, o percentual era 20,5%. Mesmo assim, o documento do IPEA diz que o número de pobres no país caiu entre 1993 e 1996. Em 2001, 33,6% da população brasileira vivia em famílias com renda inferior a linha de pobreza e 14,6% em famílias com renda inferior à linha de indigência. No entanto, o recorte racial demonstra que, em 2001, 47% dos

afrodescendentes no Brasil eram pobres e 21,2% indigentes. No que diz respeito à população branca, 22,4% e 8,9% foram enquadrados, respectivamente, como pobres e indigentes.

Em nossa amostra não tivemos a possibilidade de identificar claramente a estratificação muito pobre ou indigente<sup>39</sup>, pobre ou acima da linha da pobreza, visto a indisponibilidade deste dado no prontuário (quando muito encontrávamos o registro da renda e não da renda per capita). No entanto, de acordo com o Mapa do Fim da Fome II <sup>40</sup>, o município apresentava em 2000 um índice de 26% da sua população em condição de miséria. Empiricamente deduzimos que esta é a realidade dos 8% que declararam renda menor que um salário mínimo e boa parte dos 25% que declararam renda de um salário, uma vez que observamos que o arranjo familiar em sua maioria foi o de família nuclear, com o homem no papel de provedor.

Buscaremos refletir sobre essa tendência respondendo o seguinte questionamento: o diagnóstico de HIV alterou para mais ou para menos a renda deste homem?

### 2.3.8 Local de Moradia

Verificou-se que 79,8% da população estudada residem no espaço urbano e, em quase sua totalidade, em bairros periféricos. Na área rural, residem 9,8% da amostra e 10,4% são provenientes de municípios vizinhos.

**Tabela 11.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Local de Moradia.**

<b>Procedência</b>	<b>Coorte</b>
Urbano	79,8%
Rural	9,8%
Outro município	10,4%

<sup>39</sup> Em função de não contar no prontuário a renda per capita.

<sup>40</sup> O Mapa do Fim da Fome II, de 2003, estudo socioeconômico da população dos municípios do estado do Rio de Janeiro, é uma elaboração do Centro de Políticas Sociais da FVG, a partir dos micro-dados do IBGE de 2000. De acordo com o Mapa, a situação de miséria é definida por uma per capita familiar mensal inferior a R\$79,00, para um salário mínimo de R\$240,00 em 2003.

No Estado do Rio de Janeiro a maior concentração de casos permanece entre residentes da Região Metropolitana. Dados da SES, no entanto, apontam para uma maior velocidade de crescimento das taxas de infecção nas regiões Noroeste, Norte Fluminense e Centro Sul Fluminense, na comparação dos anos de 1991 e 2000 (Boletim Epidemiológico/ Julho 2003).

Esse quadro remete à tendência nacional de interiorização da epidemia, e aos problemas sinérgicos do HIV/AIDS ligados à vulnerabilidade social encontrada nos bolsões de pobreza. De acordo com Wallace e Wallace (apud Bastos & Szwarcwald, 1999), na perspectiva das comunidades geográficas, “... é comum que áreas mais pobres conjuguem inúmeros fatores adversos no que diz respeito à falta de infra-estrutura, baixa oferta de serviços e oportunidades de emprego, ou à possibilidade restrita de atendimento das suas demandas face às restrições das políticas públicas e orçamentos, que se somam aos efeitos diretamente decorrentes da agregação de pessoas com baixa renda em um determinado espaço sobre os padrões de morbi-mortalidade.”.

Nessas áreas, a multiplicidade de fatores está associada a um conjunto de agravos como: índices elevados de consumo de álcool e drogas, violência estrutural, alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, limitações impostas à sistematização e abrangência das ações de prevenção em função dos elevados índices de violência em determinadas comunidades. Estes fatores demonstram mais uma vez o caráter sinérgico desses agravos e problemas sociais, para os quais Merrill Singer cunhou o termo “síndemia” (Singer, 1994).

No capítulo três, buscaremos avaliar se esses fatores adversos também se apresentam nesta comunidade geográfica e se é possível identificar o padrão de morbidade desta amostra populacional.

### **2.3.9 Arranjo Familiar e Papel na Família**

Para a análise do arranjo familiar, foram estratificadas 6 categorias: Família nuclear (constituída pelo casal e filhos), Família extensa (na qual o indivíduo adulto reside com os pais ou outros familiares), Família mista (aquela na qual os parceiros trazem filhos de relacionamentos anteriores), Família monoparental (onde apenas um genitor é responsável pela manutenção dos filhos menores e do lar), Pessoas que moram só (por opção ou falta dela)

e Família Comunitária (na realidade em questão, referindo-se a uma ONG voltada para abrigar as pessoas que vivem com HIV/AIDS no município).

A maior parte da população heterossexual masculina pesquisada possui arranjo familiar nuclear (41% = 55), 14% família extensa (n=19), 12,6%(n=17) moram só, em 4,5%(n=6) apresentam arranjo familiar misto, 2,2%(n=3) informa residir em família comunitária, apenas 0,7% (n=1) da amostra possui arranjo monoparental. Em 25%(n=33) dos prontuários, essa variável não foi encontrada.

**Tabela 12.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes2001-2005: **Arranjo Familiar.**

<b>Tipo de Família</b>	<b>Coorte</b>
Nuclear	41,0% (n=55)
Extensa	14,0% (n=19)
Moram só	12,6% (n=17)
Mista	4,5% (n=06)
Fam.comunitária	2,2%(n=03)
Monoparental	0,7%(n=01)
ignorada	25,0%(n=33)

Quanto ao papel desempenhado na família, foi feita a seguinte categorização: Provedor, Contribuinte e Dependente. Em 51%(n=68) dos prontuários pesquisados não encontramos essa variável; em 26%(n=35) dos prontuários, os homens identificavam-se como provedor do grupo familiar, em 18% (n=24) como contribuinte (sua parceira, familiares ou agregados ajudam na manutenção da casa) e 5% (n=7) mantêm relação de dependência junto ao seu arranjo familiar, como veremos na tabela a seguir.

**Tabela 13.** Aspectos Sociodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Papel Desempenhado na Família.**

<b>Papel</b>	<b>Coorte</b>
Provedor	26%(n=35)
Contribuinte	18%(n=24)
Dependente	5%(n=7)
Ignorado	51%(n=68)

Não encontramos dados no âmbito estadual e federal para tecermos comparações sobre essa variável. Acreditamos que o impacto do diagnóstico do HIV e da síndrome tem um importante reflexo na renda, no desenho do arranjo familiar e no papel desempenhado por esse indivíduo no grupo. Para elucidar essas hipóteses, buscaremos refletir sobre as seguintes questões: como os homens em acompanhamento no SAE se posicionam no contexto das relações de gênero frente à revelação diagnóstica, ao arranjo familiar pré-existente e ao papel que desempenham no grupo? Em que medida esse arranjo ou a alteração deste interfere frente à proposta terapêutica instituída e ao exercício da sua masculinidade?

#### **2.3.10 Status Sorológico/Status Imunológico**

Agrupamos para esta análise as seguintes variáveis: tempo decorrido entre a descoberta do diagnóstico e o início do acompanhamento ambulatorial; e tempo decorrido entre o início do acompanhamento e o início do terapêutica instituída (TARV), taxas de CD4/CD8 inicial.

Com relação ao ano da descoberta sorológica e tempo até o início do acompanhamento ambulatorial no SAE, verificou-se que apenas 4% (n=05) dos homens conheciam sua situação sorológica há pouco tempo (menos de 1 ano); 27% (n=36) sabiam da sorologia há entre 1-2 anos e 69% (n=93) já haviam realizado a sorologia há mais de 2 anos (2-7 anos), antes de iniciar o acompanhamento no SAE.

**Tabela 14.** Tempo decorrido entre o ano do diagnóstico e o início do acompanhamento no SAE em 2005.

<b>Período de tempo decorrido entre a descoberta e o início do acompanhamento no SAE</b>	<b>Coorte</b>
07 anos	2% (n=03)
05 anos	2% (n=03)
04 anos	17% (n=23)
03 anos	25% (n=33)
02 anos	23% (n=31)
01 ano	27% (n=36)
< 1 ano	4% (n=05)

Isso cabe algumas hipóteses a investigar: por que alguns homens demoraram para iniciar o acompanhamento ambulatorial? Tiveram dificuldade de acesso? A percepção da necessidade de cuidado só ocorreu em função da sintomatologia já instalada? Durante esse período foi feito uso consistente do preservativo?

Quanto ao tempo decorrido entre o resultado do teste anti-HIV e o início do tratamento com anti-retroviral, a tabela 15 aponta que 45% (n=61) da amostra iniciou a terapia em um período inferior a 3 meses; 19% (n=25) entre 3 meses a 1 ano; 6% (n=08) de 1 ano até 2 anos, 2% (n=03) até 3 anos. Estes dados perfazem um total de 72% (n=97) com início do TARV antes dos 3 anos de conhecimento da sorologia, o que revela que a grande maioria da população masculina atendida no SAE já chega com a doença instalada.

**Tabela 15.** Tempo decorrido entre o resultado e o início do TARV.

<b>Tempo</b>	<b>Coorte</b>
< 3 meses	45%(n=61)
>3m-1 ano	19%(n=25)
>1 ano < 2 anos	6%(n=08)
>2 anos e< 3 anos	2%(n=03)
> 3 anos	0%
Sem registro	6%(n=08)
Sem indicação	22%(n=29)

Apenas 22% da amostra encontravam-se até o momento da pesquisa sem indicação de uso de ARV. Em 6% dos prontuários, não encontramos registro clínico ou laboratorial suficiente para validar essa variável.

A tabela 16 corrobora a informação de que a população em estudo chega ao SAE com a doença instalada e como se observa a seguir, bastante debilitada: 43% (n=58) dos homens apresentaram imunodeficiência acentuada ( $T\text{-CD4+} < 200/\text{mm}^3$ ) no momento da admissão, sendo que do total 23% tinham imunodeficiência grave ( $T\text{-CD4+} < 100/\text{mm}^3$ ).

**Tabela 16.** Status Imunológico na admissão

<b>Cd4/Cd8</b>	<b>Admissão</b>
< 10	1%(n=2)
>10<50	11%(n=14)
>50 <100	11%(n=15)
>100<200	20%(n=27)
>200<350	25%(n=33)
>350<500	9%(n=12)
>500	12%(n=16)
Ignorado	11%(n=15)

Essa situação nos remete à discussão sobre como as representações e atitudes em relação ao cuidado com a saúde e a procura por assistência médica perpassam

atribuições de gênero. Costa (2003), ao citar resultado de uma pesquisa com homens, verificou que 100% da população masculina pesquisada concordou com a afirmação de que as mulheres procuram mais os médicos que os homens. De acordo com pesquisa da Fundação MacArthur (2000), essa tendência pode estar relacionada com o fato de que o cuidado de si, com o outro e a preocupação com a saúde não são tidos como atribuições masculinas e, ao mesmo tempo, as prescrições sociais que representam o risco não são vistas como algo a ser evitado pelos homens, mas como algo a ser superado cotidianamente por eles.

Assim aponta-se para a concepção de uma masculinidade normativa que se aproxima da noção de masculinidade hegemônica marcada pela demonstração da força, controle e não-vulnerabilidade<sup>41</sup>. Na nossa realidade buscarei apreender se essa concepção da masculinidade/prescrição de comportamento social do masculino se aplica e justifica a chegada desse indivíduo no serviço com a doença em progressão.

Outra questão que pode interferir na chegada do homem ao SAE é o fato de que, no Município de Campos dos Goytacazes, ainda não foi efetivada a descentralização da testagem sorológica para o HIV (Projeto já em andamento para o estrato populacional gestante). Também não faz parte da nossa realidade atual um serviço de coleta itinerante para atender a demanda reprimida nos diversos distritos do município. Até o momento, a coleta na rede SUS acontece somente no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com capacidade para atender até 200 exames semanais. De acordo com Araújo (2005), 70% desta clientela é gestante.

Observamos ainda que a oferta dos 60 exames/mês restantes não está direcionada à população masculina somente. Ele inclui o estrato não-gestante e homens. Além disso, o horário não elástico para a testagem (1ª coleta às 08h e 2ª coleta às 09h) dificulta o acesso da população que se encontra no mercado de trabalho. Cabe ressaltar que não faz parte da realidade do SAE fila para acessá-lo, ainda que atualmente já se perceba a necessidade de ampliar o número de profissionais para o atendimento à clientela em função de trabalharmos com a “agenda cheia” e apenas em um turno<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Pela característica socioeconômica e intelectual da amostra o padrão de masculinidade, de acordo com a classificação de Connell, estaria dentro da descrição da masculinidade cúmplice e não hegemônica.

<sup>42</sup> Está em andamento pela coordenação do programa o projeto de novo redimensionamento do serviço. Em 1999 houve a centralização do atendimento CTA/SAE em um mesmo espaço físico (o que otimizou as ações até um dado momento). No entanto, com a crescente demanda, especialmente a partir da municipalização da testagem

### 2.3.11 Uso e Abuso de Drogas

Na amostra pesquisada, não havia registro dessa variável em 53% dos prontuários. 34% da amostra alegaram não fazer uso de nenhuma substância. Dos 13% dos indivíduos que utilizam: 7% faz uso abusivo de álcool, 3% cocaína, 2% UDI e 1% anfetaminas.

**Tabela 17.** Aspectos Sóciodemográficos da População Masculina Acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado do Programa DST/AIDS de Campos dos Goytacazes 2001-2005: **Uso e Abuso de Drogas.**

<b>Categoria</b>	<b>Coorte</b>
álcool	7% (n=09)
cocaína	3% (n=04)
UDI	2% (n=03)
anfetaminas	1% (n=01)
Ignorado	53% (n=71)
Não faz uso	34% (n=46)

Se olharmos a questão da vulnerabilidade à infecção pelo HIV a partir de segmentos populacionais sob “especial risco”, veremos que nestes segmentos, interagem de forma sinérgica problemas de diversas ordens: usuários de drogas pertencentes aos estratos mais pobres, envolvidos na prática do sexo comercial ou inseridos no pequeno tráfico e outras atividades ilícitas, visando financiar seus hábitos de consumo e combinando os efeitos adversos das políticas de controle de drogas: representações sociais estigmatizantes, incluindo racismo e discriminação de gênero, e parâmetros econômicos precários, como a não-inserção no mercado formal. Também aqui existe uma interação de diversos fatores, de atuação mais proximal ou distal no sentido de fazer com que estes segmentos sejam mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

---

sorológica do HIV(2001) o espaço físico apresenta sinais de colapso, não comportando mais os dois serviços, que necessitam ampliar o turno de funcionamento. Assim como aconteceu à nível nacional partimos da “mobilização centralizada” para a “descentralização gradual”. Meta que se busca tornar realidade a partir de 2007.

O programa municipal DST/AIDS ainda não desenvolve nenhuma ação voltada especificamente para a Redução de Danos em Usuário de Drogas<sup>43</sup>. Atividades afins ficaram até esse momento por conta de encontros pontuais com a participação dos Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA) nas reuniões do Grupo de Adesão .

Não há também a presença de ONG's que militem a questão dos profissionais do sexo e/ou outras questões sociais estigmatizantes de forma mais contundente. Historicamente, o cumprimento deste papel tem ficado a cargo da Casa Irmãos da Solidariedade, que tem como proposta o acolhimento da parcela da população de portadores de HIV/AIDS desprovida de vínculo familiar.

Uma vez delineado o perfil do homem em acompanhamento no SAE, buscaremos no terceiro capítulo desta dissertação focar o ponto de vista deste sujeito. O intuito é revelar, através da sua fala, os dilemas, dificuldades e expectativas para a inclusão do masculino no campo das práticas de saúde. Esperamos que esses dados venham contribuir para o direcionamento das ações educativas, de prevenção, de assistência e de direitos humanos voltados a esta população.

---

<sup>43</sup> Esta política até o momento não foi absorvida pelo estado do Rio de Janeiro em função da postura do Governo do Estado. Diferentemente do que já acontece em São Paulo, Bahia e Santa Catarina.

## Capítulo III

### 3 Um Olhar Sobre o Masculino e suas Práticas de Saúde

Este capítulo tem como objetivo examinar a fala dos homens sobre suas práticas de saúde. Busca ainda apreender as dificuldades e expectativas que eles enfrentam no acesso ao tratamento e identificar os mecanismos que podem vir a favorecer a inclusão e a participação masculina no Programa Municipal de DST/AIDS de Campos dos Goytacazes.

Os dados sobre as características sociodemográficas dos entrevistados são apresentados a seguir, em forma de tabela. A apresentação dos demais dados foi disposta por blocos temáticos.

#### 3.1 Características sociodemográficas dos indivíduos entrevistados

**Tabela 18.** Características sociodemográficas dos indivíduos entrevistados.

Entrevistado	Idade	Cor E/C	Escola- ridade (anos de estudo)	Ocupação Atual	Situação Conjugal	Rend a	Tipo de arranjo familiar	Papel no arranjo familiar	Nº de filhos
01	48	E	4-8	Auxílio Doença	concubinato	02 sal	Mora só	Provedor	01 (faleci do)
02	50	E	4-8	Pedreiro	casado	02 sal	Nuclear	Provedor	03
03	57	C	8-11	Aposentado	casado	03 sal	Nuclear	Provedor	02
04	43	C	> 11	Aposentado	concubinato	02 sal	Mora só	Provedor	Sem filhos
05	26	C	1-4	Desempreg ado (biscate)	separado	Sem renda	Mora com a mãe	Dependente	01
06	43	C	8-11	Servente	casado	1 ½ sal	Mora com a mãe	contribuinte	01
07	36	C	8-11	Autônomo	separado	02 sal	Monopar ental	Provedor	01
08	60	C	4-8	Aposentado	casado	01 ½ sal	Nuclear	Provedor	02
09	47	E	1-4	Taxista	casado	02 sal	Mista	Provedor	02
10	48	C	>11	Aposentado	casado	1 ½ sal	Nuclear	contribuinte	02

Os homens entrevistados são, na sua maioria, adultos jovens, o que corresponde a dizer que 70 % deles têm entre 20-49 anos, sendo a faixa etária predominante a que vai dos 40 aos 49 anos. Os 30% restantes têm entre 50 a 59 anos (n=02) e 60 anos (n=1).

Quanto à cor, 70% pertencem ao pólo claro e 30% ao pólo escuro. Em relação à escolaridade, dois têm até quatro anos de estudo, três têm entre 4 e 8 anos, três acessaram o ensino médio (02 com 2º grau completo) e dois tiveram acesso ao terceiro grau porém não o concluíram. Isso equivale a dizer que 60% dos entrevistados têm baixa escolaridade.

Somente quatro dos entrevistados desempenham atividades profissionais no momento (01 motorista de táxi, 01 pedreiro, 01 auxiliar de serviços gerais e um autônomo). Um outro está desempregado, mas realizando biscates. Os demais não trabalham e recebem benefícios previdenciários (04 em função da aposentadoria e 01 por auxílio doença).

No que tange à renda familiar, oito recebem até 02 salários mínimos (n=03 com 1 ½ salário, n=05 com dois salários), um declarou receber três salários mínimos e um informa não ter fonte de renda atualmente.

Em relação à situação conjugal atual, 80% encontram-se casados ou em relação de concubinato e dois encontram-se separados. Quanto ao papel no arranjo familiar, sete responderam que compete a ele o sustento da casa, dois estão na situação de contribuinte e um na situação de dependente. Com exceção de um homem que relatou não possuir filhos, os demais têm entre 1 e 3 filhos (n=4 com um filho, n=4 com dois filhos, n=1 com três filhos). Quatro têm arranjo familiar nuclear, um monoparental, um família mista, dois família extensa (moram com a mãe) e dois moram sozinhos.

### **3.2 O masculino e suas práticas**

As entrevistas foram organizadas nos seguintes blocos temáticos: 1) sexualidade, saúde sexual e as dinâmicas das relações afetivas e 2) acesso à saúde e intersetorialidade: dificuldades e expectativas para a inclusão do masculino.

### **3.2.1 Sexualidade, Saúde Sexual e as Dinâmicas das Relações Afetivas**

Sexualidade é um conceito em disputa cujo significado varia bastante. (Castro, Abramovay & Silva, 2004). A sexualidade é uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada e expressa pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. Envolve nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura.

A saúde sexual, por sua vez, definida por analogia à idéia de saúde da OMS, implica tanto na ausência de doenças de transmissão sexual e de qualquer modo de coação sexual, quanto na presença de satisfação no ato sexual (Vilela, 2006).

Com um caráter bastante instrumental, o conceito de saúde sexual tem possibilitado uma série de intervenções de caráter médico e social e também ético e político. Estas intervenções permitem, muitas vezes, a conquista e garantia de autonomia dos sujeitos. Do mesmo modo, o conceito de sexualidade tem inspirado um conjunto de investigações voltadas ao desvendamento de uma gama de variáveis e determinantes sociais e culturais implicados nos atos eróticos e sexuais.<sup>44</sup>

Com tal cuidado sobre a plasticidade desses conceitos, passa-se a seguir a uma breve referência sobre as dinâmicas das relações afetivas, enfatizando aqui que a preocupação particular com o masculino ganha força não somente em função da reprodução - vetor antigo na disciplina da sexualidade - mas também pela questão premente da heterossexualização da aids. Focalizam-se então, nesta seção específica, as seguintes questões: idade e iniciação sexual, uso da camisinha, a permanência ou não do vínculo conjugal após a descoberta da soropositividade e hábitos e atitudes relacionadas com o cuidado com a saúde.

#### **3.2.1.1. Iniciação Sexual**

A iniciação sexual é um rito de passagem, envolvendo distintos trânsitos entre a infância e a adolescência, entre a juventude e a vida adulta (Galland, 1997). Em tal caminho se dá a afirmação da virilidade (Nolasco, 1993), a conformação de masculinidades e

---

<sup>44</sup> - Cabe ressaltar que grande parte da produção sobre sexualidade e saúde sexual, toma como referência o campo dos estudos de gênero.

feminilidades e a busca por autonomia. Isso, no senso comum, se traduz com o “tornar-se homem” e “fazer-se mulher”.

- Idade

Um dos indicadores mais usados para o debate sobre iniciação sexual tem sido a idade da primeira relação sexual. A UNESCO (2000) utiliza como estatística de iniciação sexual, a média de idade da primeira relação sexual.

Um dos indicadores mais usados para o debate sobre iniciação sexual tem sido a idade da primeira relação sexual (UNESCO, 2000). Na Tabela 19, abaixo, vemos que a idade média da primeira relação sexual na amostra estudada é de 15 anos, e que cerca de 70% dos entrevistados iniciaram a sua vida sexual entre 12-15 anos.

**Tabela 19.** Idade da Primeira Relação Sexual x Escolaridade.

<b>Entrevistado</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>
Início da vida sexual (em anos)	13	12	18	18	14	14	16	15	15	15
Escolaridade	4-8	4-8	8-11	>11	1-4	8-11	8-11	4-8	1-4	>11

A média de 15 anos não se diferencia significativamente daquelas achadas em outras investigações. Estudo da UNESCO (2000) mostrou que os meninos em Cuiabá, Manaus e Salvador tiveram sua primeira relação em média com 13,9 anos. Já a pesquisa do PN DST/AIDS (2002) mostrou que a idade média para o início das relações sexuais no Brasil é de 14,5 anos para os homens e de 15,5 anos para as mulheres.

- Socialização e Cultura

Entre os fatores que parecem contribuir para a idade de iniciação sexual dos homens da amostra destacam-se aqueles relativos à socialização e cultura. Sobre isso, cabe destacar a cobrança dirigida a eles, por parte do grupo de afinidades, relativa ao início da

atividade sexual como forma de diferenciar-se do feminino e de ser considerado adulto e não desviante.<sup>45</sup>

*“(...) a primeira vez foi aos 14 anos com uma namorada, eu não tinha muito conhecimento sobre sexo não...mas tive que ter iniciativa, eu tinha que chegar junto, ela era um ano mais velha e já sabia das coisas...ela me provocava... se a menina te provoca e você não chega junto, a galera não perdoa... vão achar que é “boiola”, aí você tem que “provar que é homem” (...)daí não parei mais...perdi a conta (..) quando eu tinha 20 anos já era experiente (...) nessa época acabei descobrindo que tinha um filho de dois anos de uma ex-namorada minha que foi para o Espírito Santo. (Entrevistado 5, 26 anos)*

Observa-se neste discurso que para ser considerado “homem” não basta ter se iniciado cedo, mas também ter atividade sexual freqüente. Aqui, como na fala de outros homens, tomar a “iniciativa” e ter a “sexualidade incontrolada” é essencial na construção de suas identidades.

Um estudo realizado com homens das camadas médias urbanas (Goldenberg, 1991) aponta para tensões masculinas diante de padrões tradicionalmente construídos. Os homens estudados expressaram a existência de alguns marcos vigentes para a afirmação da identidade masculina: a iniciação sexual com prostitutas; a negação da homossexualidade; a referência constante a certo padrão de comportamento sexual masculino e o desejo de corresponder às expectativas sociais, em especial dos amigos e mulheres. Esses homens expressavam medo de serem questionados na sua masculinidade por se afastarem dos padrões tradicionais, por eles rejeitados. Essas preocupações parecem presentes nas falas dos homens da amostra estudada.

Um outro componente importante, do imaginário social de tais homens, para a confirmação da masculinidade no âmbito de uma relação sexual é “ser ativo”. Tal componente é indissociado do sexo do objeto do desejo. Assim, a experiência do entrevistado 2, de 50 anos, mesmo tendo sido com outro homem, não assume nenhuma característica excepcional :

---

<sup>45</sup> - A iniciação sexual é, portanto um forte rito de passagem na vida dos indivíduos e das coletividades (Vianna, 1992). O processo de se sentir indivíduo, dono de suas decisões, surge então do agenciamento de emoções, da sensibilidade que diferentes falas discursos e práticas compoem assim a idéia de unicidade e subjetividade (Duarte, 1999).

*“(...) tinha 12 anos... a primeira vez foi com uma “bichinha”; lá na roça era assim”.*

Os estudos de gênero apontam que é mais difícil “construir” um homem que uma mulher pelas vicissitudes por que passa o gênero masculino para a construção da sua identidade e subjetividade, desde a concepção até a vida adulta viril. Badinter (1993) afirma que a maior razão da vulnerabilidade física dos homens se deve a maior vulnerabilidade psíquica. Segundo esta autora, a vulnerabilidade psíquica se deve a um esforço maior para um homem construí-se como tal. O macho nasce de uma fêmea, e por isso, de acordo com ela, deve tentar se diferenciar da mulher durante sua vida. Neste sentido, para afirmar uma identidade masculina, deve se convencer e convencer aos outros de que não é uma mulher, não é um bebê, não é um homossexual.

*“(...) “na minha época”, a gente era levado pelo irmão mais velho, como no meu caso, ou pelo tio ou pelo pai pra ter relação e “virar homem”... aí já deixava de os brincadeiras de lado, as calças curtas...já era homem com H”. (Entrevistado 3, 57 anos)*

Contudo, a propalada liberdade masculina não significa autonomia e conhecimento, pois se assim o fosse não encontraríamos homens referindo-se a práticas sexuais levada a cabo para poderem figurar frente aos seus pares como “homens de verdade”. Tampouco iriam referir ter relações sexuais desprotegidas com mulheres e/ou homens que sabiam ou supõe ter alguma DST, com vistas a não se “passar por mole”. É a mesma liberdade dos homens que lhes dá os elementos para se considerarem sempre em condições de enfrentamento dos males e, assim, imunes.

### **3.2.1.2. Uso da Camisinha**

O uso do preservativo é a única forma disponível de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, apesar do aumento da frequência do uso entre a população em geral, o “uso consistente” ainda não é uma realidade.

Identificamos que o preservativo não fez parte das práticas cotidianas de nenhum dos homens participantes da pesquisa até o momento do diagnóstico.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> - E de acordo com a fala de alguns entrevistados, essa é uma prática que persiste em 20% da amostra (Tabela 20), ainda que não tenham dificuldade de acesso ao condom.

**Tabela 20.** Uso Consistente do Preservativo Atualmente.

<b>Entrevistado</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>
Uso consistente do preservativo atualmente	não	sim	não							

As razões elencadas pelos entrevistados para a não-adesão antes e depois do diagnóstico do HIV não tiveram variação significativa, transitando entre a dificuldade de negociação com a parceira; a baixa percepção do risco; a invisibilidade do acesso relacionada especialmente à precocidade da iniciação da vida sexual, ao contexto cultural e à socialização; e a tênue margem entre o risco e a opção pelo maior prazer sexual.

- Dificuldades de Negociação

As pesquisas no campo da sexualidade têm privilegiado o comportamento individual como responsável pela vulnerabilidade, numa perspectiva não raro descritiva e que não contempla os aspectos subjetivos inerentes às práticas. (Geluda, Bosi, Cunha, Trajman, 2006). O predomínio do paradigma positivista, em um passado recente, nos estudos relativos à saúde humana parece explicar o número de pesquisas voltadas à compreensão do uso do preservativo não englobando dimensões simbólicas, sociais e culturais, imprescindíveis para o planejamento das intervenções adequadas aos diferentes segmentos sociais. Já há alguns anos percebe-se uma modificação significativa nesse paradigma, em especial em função da influência dos estudos de gênero.<sup>47</sup> Tais estudos mostram a assimetria nas relações de poder entre homens e mulheres, em particular no que diz respeito à negociação das práticas sexuais e na negociação do uso do preservativo. Tal assimetria foi repetidamente vista na falas dos entrevistados.

*“(...) eu tinha outras parceiras por fora... mas não usava camisinha, a mulher quando começou a desconfiar até falou, mas não*

<sup>47</sup> - A produção brasileira sobre as relações de gênero e saúde tem sido reconhecida internacionalmente por sua capacidade de ser traduzida em políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, desde antes das conferências Internacionais de Cairo e Pequim, que consagraram estes conceitos. Recentemente, agências como OMS e UNAIDS têm defendido a abordagem de gênero como imprescindível para a resposta à epidemia, tanto na compreensão e intervenção sobre a vulnerabilidade das mulheres, quanto sobre a vulnerabilidade dos homens.

*me adaptava...isso não é coisa pra homem... é como chupar bala com papel... não aceitava, que homem que gosta?(...)eu sempre neguei que tinha outras pessoas e a gente acabava não usando... Isso (negociar o uso da camisinha) deu maior confusão, como explicar a camisinha?... ou dizia a verdade ou então não podia “chegar junto”... tive que contar (contar para a esposa que era portador do HIV) ...e trazer pra fazer o teste”. (Entrevistado 09, tem 47 anos, tem conhecimento do diagnóstico há quatro anos).*

Este depoimento revela o complexo contexto da desigualdade de gênero no exercício da masculinidade hegemônica. A mulher se encontra vulnerável frente à concepção de que cabe ao homem decidir se e quando usará o preservativo. Os esforços de comunicação para negociação do uso da camisinha com o parceiro podem desencadear ou agravar conflitos que levem à violência. Um estudo na Índia mostrou que os homens que tinham sexo extraconjugal estavam também envolvidos em violências contra as parceiras numa proporção seis vezes maior que os outros. Mostrou também que aqueles homens que tinham sintomas de DST eram 2,4 vezes mais associados a agredirem suas esposas que os não agressores. Embora essa questão não tenha sido verbalizada na amostra estudada, podemos supor a sua ocorrência.

O uso da camisinha também parece ser problemático para os homens porque colide com a associação entre maior virilidade do homem e menor controle de seus impulsos sexuais e agressivos. Colocar a camisinha, racionalizar ou regradar seus impulsos sexuais, ter que levar em conta a parceira, é trair a sua virilidade; “*não é coisa de homem chupar bala com papel*”, como disse o entrevistado 9.<sup>48</sup> Ao mesmo tempo, na amostrada estudada, o seu não uso pode também estar associado à timidez e inexperiência do homem.

*“... quando transei pela primeira vez tinha 14 anos... Não tinha dinheiro pra comprar... não ia pedir a minha mãe...acho que na época nem tinha distribuição de camisinha no posto, se tinha não sabia, não me ligava nessas coisas. já tinha tido outras namoradas, mas nunca me preocupei em usar também (... )o que ia se pensar: ou eu to com algum problema ou to desconfiando da menina...ficava sem graça de usar... Quando eu descobri que tinha o vírus eu tinha 20 anos e tava oito meses casado (amigado) com a " M"...a gente nunca usou camisinha(..) nessa época acabei descobrindo que tinha um filho de dois anos de uma ex-namorada minha que foi para o Espírito Santo, mas ele também não tem o vírus (hoje com 8 anos). Hoje eu uso camisinha sempre. Sou chato com isso. Depois que soube do resultado já tive relacionamentos com mulheres que tem o vírus e mulheres que*

---

<sup>48</sup> - O uso da camisinha também leva a uma situação de desconfiança entre o casal por funcionar como um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante na definição do casamento (Guerreiro, Ayres & Hearst, 2002; Geluda, Bosi, Cunha & Trajman, 2006).

*não tem, mas sempre de camisinha”. (Entrevistado 5, tem 26 anos e conhece o diagnóstico desde os 20 anos).<sup>49</sup>*

- Baixa Percepção do Risco e Invisibilidade ao Acesso

Uma outra razão aludida para a não adesão ao uso da camisinha foi a baixa percepção do risco, conforme explicitada na fala do entrevistado 1.

*“(...) eu não usava camisinha... só em último caso... só se corresse o risco da mulher engravidar ou tivesse com algum problema... já aconteceu de precisar tomar “benzetacil” e aí o médico do posto falar que tinha que usar a camisinha... mas no geral não usava camisinha nem com a mulher, nem fora de casa... achava que atrapalhava”. (Entrevistado 1, 48 anos, tem conhecimento do seu diagnóstico há cinco anos).*

- Margem entre Satisfação de necessidades, Risco e Opção pelo Gozo

A não adesão à camisinha também foi referida à diminuição do prazer.

No Brasil, de acordo com estudos de Barbosa, Kalackaman, Lago Vilela, Guimarães et al (1991), o uso consistente do preservativo se dá frequentemente em períodos curtos, onde há a existência de um processo patológico, do homem ou da mulher ou se exige a interrupção do uso de outros contraceptivos. A camisinha está associada à prevenção da gravidez, onde é tida como pouco segura, e à “promiscuidade”, ao uso do sexo clandestino e à AIDS, onde é considerada mais eficaz.

Um dos homens relatou a persistência do uso “irregular” da camisinha após o diagnóstico pelo fato de suas parceiras na época também serem portadoras do vírus, desconhecendo até aquele momento as implicações da recombinação viral e a conseqüente alteração na carga viral. Disse ainda que desde que soube da sua contaminação, “usa” o preservativo ao manter relacionamento com outras mulheres:

*“ (...) quando aparece alguma situação procuro usar a camisinha... tem umas que não gostam e já aconteceu até de eu dizer que eu tinha vírus e ela não acreditar... a gente tá forte assim ... elas não acreditam... ainda acham que tem que tá magro, essas coisas...o*

---

<sup>49</sup> - Também se evidencia a precocidade do início na vida sexual, uma vez que não está associada a um comportamento responsável a possíveis conseqüências dessa atitude, especialmente ao que se refere à saúde sexual, reprodutiva e à paternidade responsável.

*mais complicado é o sexo oral ... é complicado... eu não uso ... é muito difícil na hora H”.(Entrevistado 1)*

O comportamento do entrevistado também passa pela a opção do prazer, onde a margem de satisfação de necessidades e risco torna-se extremamente estreita, como no caso do sexo oral e da “perda do clima”.<sup>50</sup>

### 3.2.1.3. Permanência do Vínculo x Status Sorológicos dos Cônjuges

Pudemos verificar neste estudo que nos casais soroconcordantes o laço conjugal permaneceu independente da qualidade da relação. Já nos casais sorodiscordantes, 60% das relações não foram adiante, conforme verificado na Tabela 21.

**Tabela 21.** Permanência do Laço conjugal x Status sorológico dos cônjuges.

Entrevistado	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Status Sorológico da cônjuge	+	Soro-discordante -	+	+	Soro-discordante -	Soro-discordante -	+	Soro-discordante -	Soro-discordante -	+
Permanência do Laço após o diagnóstico	Sim	Sim * sem vínculo sexual	Sim	Sim	Não	Não	Viúvo no momento do diagnóstico	Não	Sim	Sim

De acordo com Ruffié (1988), nas populações humanas atualmente vivas podemos encontrar todos os tipos de estruturas sócio-sexuais. Mas a única invariante cultural encontrada sempre e em todo lugar é a do adultério. Os povos, com suas variantes culturais, convivem com o adultério de acordo com suas tradições, à sombra dos mitos, tabus e necessidades básicas.

<sup>50</sup> - Em função desta questão colocada, recorri aos relatórios do Grupo de Adesão que tinham como tema: “Namoro em tempo de AIDS”, “Vida a Dois” e “Sexualidade: antes e depois do HIV” e pude constatar, pelo número de participantes, o quanto essa discussão vai ao encontro das demandas da população. Há o registro de que a reunião possibilitou a conversa e tomada de decisão de alguns participantes e casais em relação a medidas protetoras que até então não tinham tido “coragem” para tocar no assunto ou compreendido suas implicações.

Nas conversas com esses homens essa prática foi revelada por 70% dos participantes. Foi possível encontrar essa naturalização “da infidelidade masculina”, ainda que em alguns depoimentos, o “ser fiel” fosse apontada como uma característica fundamental na sua escala de valores.

- A Não-permanência do Vínculo

Talvez, não tenha sido possível para estes homens, e para os casais, manter o laço e responder a cobrança social da traição e da possibilidade da contaminação, conforme podemos perceber no depoimento abaixo:

*“(...) às vezes eu tinha um caso na rua, até então ela nunca soube...nos separamos porque eu tava pegando firme na bebida... acabei numa internação no Henrique Roxo<sup>51</sup>...vivia alucinado... aí ela saiu de casa... fiquei separado quase dois anos... aí a coisa desandou, não lembro quantas foram, escancarei... vivia em noitada... quando tava sóbrio usava camisinha... quando tive a “crise de ácido úrico” é que dei um tempo. Nessa época minha ex-esposa se reaproximou de mim, me deu força...mas não sabia do diagnóstico, e dos meus casos...voltamos a conviver... depois de um ano do meu diagnóstico...quando já “tavamos” juntos de novo, com uns sete meses é que eu fui contar...a gente tava na igreja, não achava certo esconder...ela ficou tensa...fez vários exames...todos deram negativos...eu usava camisinha sempre...a gente ainda ficou junto por mais um ano, mais ou menos, mas não deu certo...ela não confiava mais em mim, eu saía e ela achava que eu estava com outra mulher... tinha vergonha de ser vista comigo por alguém que soubesse da situação”. ( Entrevistado 6 tem 43 anos, conhece seu diagnóstico há cinco anos).*

Observou-se no estudo que, após a separação, os homens que vieram a ter novo laço afetivo “estável” o fizeram em algumas situações com parceira não portadora do vírus (em relação consentida e com conhecimento prévio do diagnóstico), o que nos leva a inferir o peso da infidelidade na decisão da separação, muito mais que o medo da contaminação.

- A Permanência do Vínculo

A permanência do vínculo nos casais soroconcordantes foi referido como medida de sobrevivência mútua na busca do cuidado e no enfrentamento da doença ou a adesão a valores da moral religiosa recentemente agregada à rotina afetiva:

---

<sup>51</sup> Hospital psiquiátrico conveniado com o SUS.

*“(...) antigamente eu dava meus pulinhos (...) hoje sou fiel (...) eu e minha esposa fazemos o tratamento aqui tem quatro anos...depois de tudo isso que aconteceu na minha vida eu me aposentei, hoje eu vivo pra minha família, para o meu tratamento. A gente entrou pra igreja...sou presidente da união de homens da igreja da comunidade..isso tem feito bem a mim e a ela, ela tem recebido muito apoio... ela ficou muito abalada ”(Entrevistado 3 tem 57 anos, conhece o diagnóstico há quatro anos).*

Nas duas situações em que o laço conjugal permaneceu na vigência do soro-discordância do casal, em apenas um há manutenção do vínculo sexual. Não foi possível avaliar se tal manutenção tem se dado em função do ideal amoroso ou por alguma relação de dependência e/ou de poder instituída. No relacionamento no qual o casal não mais mantém relações sexuais, o homem explica essa situação nos seguintes termos: *“(...) a gente vive como irmão”*. Este homem trouxe um dado novo para essa amostra: mantém relações com outros homens regularmente desde o início da sua vida sexual (ainda que tenha declarado no prontuário orientação heterossexual):

*“(...) eu sou homem, mas não sou machista”... A gente tem que conhecer a si próprio... Encarar a realidade... “Eu tenho um caso e já tinha antes de casar, sexo com outros homens”. (Entrevistado 2, 50 anos início da vida sexual aos 12 anos, tem conhecimento do seu diagnóstico há 5 anos)<sup>52</sup>.*

Os homens entrevistados modelam sua sexualidade incluindo, de forma natural, a infidelidade como um dos seus componentes. Uma vez naturalizada ela é tomada como um aspecto imutável das suas vidas. Diante disso parece ser necessário reforçar a necessidade de associar medidas preventivas aos casos extraconjugais como propõem Guerreiro, Ayres e Hearst (2002).

---

<sup>52</sup> - Esta é uma questão complexa. No caso em questão, não houve a contaminação da parceira, mas é do nosso conhecimento fato semelhante em usuário do programa e que teve como desfecho a contaminação do cônjuge, que corrobora a observação de Baker (2000) de que o comportamento de muitos homens coloca sob risco suas parceiras.

### 3.2.1.4. Hábitos e Atitudes no Cuidado com a Saúde

O gênero deve ser visto como um fator de grande importância na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade masculina (Figueiredo, 2005), notadamente na sua interseção com a questão etária. Em termos gerais, como mostram estudos norte-americanos, os homens sofrem mais doenças crônicas fatais (doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins), e referem mais restrição de atividades e incapacidades de longa duração devido a problemas crônicos de saúde que as mulheres. (Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). Ao mesmo tempo, enquanto a obesidade, o stress e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentados como fatores que aumentam o risco de doenças neste grupo, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento do risco de problemas ao longo da vida. Essas diferenciações também estão associadas ao modo como as pessoas percebem os sintomas e decidem o que fazer com respeito à saúde.

#### 3.2.1.4.1. O Cuidado e o Não Cuidado

- O Não Cuidado

No grupo pesquisado, o teor das entrevistas tem como padrão o discurso do não cuidado por parte dos indivíduos quando indagados sobre seus hábitos e atitudes para a manutenção da saúde antes do diagnóstico de HIV.

Além da questão do sexo desprotegido, constatou-se que 40% da amostra (Tabela 22) fazia, desde cedo, uso freqüente de álcool e 20% de tabaco. Todos negaram uso de outras substâncias que levam à dependência química, embora na pesquisa junto aos prontuários tenhamos verificado que 5% declararam fazer uso de cocaína e 1% de anfetaminas.

**Tabela 22.** Uso / Abuso de Drogas pelos Entrevistados.

Uso/Abuso de Drogas	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Álcool	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Tabaco	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não

O relato de uso de álcool pelos entrevistados supera imensamente os 7% encontrados no levantamento dos 134 prontuários dos homens admitidos no SAE durante o período 2001-2005. É provável que o resultado da amostra se aproxime mais da realidade da população estudada, visto que em 53% dos prontuários acessados não havia registro sobre essa questão.

O impacto negativo do abuso do álcool sobre a aderência terapêutica e o cuidado com a saúde em geral já foi amplamente registrado na literatura. (Jordan, Lopes, Okasaki, Komatsu & Nems, 2000) Especificamente em relação à aids, sabe-se que tal impacto aumenta a vulnerabilidade individual uma vez que majora a probabilidade da prática do sexo não seguro e a negligência dos horários e doses dos medicamentos, entre outros “não cuidados”. Na amostra estudada esses fenômenos foram verificados.

*“(...) comecei fumar com 13 e bebida com 14 pra 15 anos... (...) usava camisinha às vezes, quando tava sóbrio... dei muito trabalho... dou até hoje... voltei a morar com minha mãe... ela é diabética, tá na cadeira... as vezes dou um tempo por causa dela...mas toda vez que venho aqui é um porre na certa”. (Entrevistado 6)*

- O Cuidado

O cuidado, quando verbalizado, não apresentou uma relação direta com a manutenção da saúde, mas sim, muito mais, como expressão de um forte narcisismo. Aliás, é por esse viés que os homens usam e percebem seus corpos.

A fala do entrevistado 2 ilustra muito bem esse quadro. O cuidado com o corpo se estabelecia e possivelmente ainda se estabelece muito mais no âmbito do fisiculturismo e da vaidade. Ele destoa do senso comum que temos de um trabalhador da construção civil (o mesmo é pedreiro), pois se apresenta com diversos adornos: anéis, pulseiras, cordão, unhas bem cuidadas, etc. No entanto, atitudes preventivas e a procura por serviço de saúde não faziam parte da sua prática até o diagnóstico, ainda que tenha acompanhado seus filhos às consultas ao pediatra quando pequenos e tenha participado no pré-natal da sua esposa. Quando apresentava algum problema de saúde fazia uso da medicina popular, e, em casos mais “urgentes”, ia à farmácia. Somente como último recurso utilizava o sistema de saúde.

“(...)eu me pegava pela alimentação...também usava e ainda tomo muito chá de mato: arnica, assa-peixe, mamão-macho, alfavaca, acerola...acho que isso é que me fez levantar”. (...) camisinha usava só quando achava que tinha necessidade... quando a coisa apertava ia na farmácia, só procurei o hospital porque a coisa piorou..estava mal, vim praticamente carregado.” ( Entrevistado2 )

Vale salientar que, nesse caso, a opção pela medicina popular expressou também o peso da cultura local na qual o entrevistado está inserido, pois o mesmo reside em um distrito de Campos no qual tal “opção” é uma prática comum.<sup>53</sup>

- Atitudes frente ao Problema de Saúde/A Procura da Assistência

Quando perguntados sobre a atitude diante de um problema de saúde antes do diagnóstico da soropositividade, apenas 01 homem disse que procurava imediatamente por assistência, 07 disseram que só procuravam em último caso e 02 informaram que não procuravam assistência médica de forma alguma.

**Tabela 23.** Atitude diante de um problema de saúde antes do diagnóstico.

Entrevistado	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Procura imediatamente assistência	x									
Procura em último caso				x	x	x	x	x	x	x
Não procura		x	x							

Chama atenção, nesse grupo, a ênfase dada pelo entrevistado 1 que relatou a procurava imediata por assistência: (...) *eu me cuido... sempre me cuidei... verifico sempre a minha pressão.*”

O mesmo, porém, entra em contradição quando diz que:

<sup>53</sup> - A origem do uso de plantas medicinais como recurso terapêutico não é uma alcunha científica. Trata-se, sim, de um saber e de uma prática historicamente legitimada e difundida. Embora ainda sejam limitados os conhecimentos sobre os seus princípios ativos, recentemente registraram-se as seguintes posições oficiais no tocante ao seu uso: “A OMS tem defendido a necessidade de tornar viável a sua utilização por parte da população que não tem acesso a drogas sintéticas (Akerele, 1983) e tem sido freqüente o apoio das pesquisas sobre a flora medicinal por parte da CEME, FINEP e CNPQ (Aninchino, Imamura, Mauad, Medeiros & Morita, 1986).

*“(...) a camisinha não usava nem com a mulher... (...) já precisei fazer tratamento por conta de corrimento, ia na farmácia, dava meu jeito, não passava aperto, antes eu era muito doido”.*

O depoimento abaixo caracteriza bem o padrão de cuidado da amostra que relatou procurar a assistência somente em último caso:

*“(...) trabalhava no comércio de secos e molhados e lá o fiscal “exigia” a vacinação... até então não tinha problema de saúde...era doador de sangue ... doava de 4/4 meses desde a época do exército... só na época do exército que tive um corrimento...tratei lá mesmo (...) depois teve o problema de ácido úrico...a internação no Henrique Roxo... mas por causa da bebida (...) foi por conta de uma outra crise do ácido úrico é que procurei o médico (...) aí acusou um problema de reumatismo ...também tava com hemorróidas, fiz outros exames e depois é que veio o resultado...isso já foi em 2000 ... levou mais 6 meses para chegar a confirmação ... em 2001 comecei aqui no SAE ... mas não tomo remédio até hoje, não preciso”. (Entrevistado 6).*

Entre os que relataram não procurar assistência, a justificativa dada relacionou-se a auto-medicação (alopática ou fitoterápica). Observou-se também que a não-procura estava associada à baixa percepção do risco, ainda que um dos homens em questão, por ter segundo grau completo, se destacasse da grande maioria em relação a conhecimento e possibilidade de acesso.

*“(...)quando aparecia alguma coisa tomava remédio (por conta própria), não lembro de ter ficado doente...sentia cansaço ... mas achava que era normal porque vivia viajando, trabalhava bastante... Era doador de sangue ... foi numa doação para meu irmão, que passou por uma cirurgia, que eu fiquei sabendo... o banco de sangue mandou me chamar”. (Entrevistado 3)*

- A Motivação para o Teste

Na questão que indagava sobre o motivo para a realização do teste, somente 01 respondeu que foi por curiosidade, 04 realizaram o teste por indicação médica (um por busca ativa do banco de sangue, um por necessidade de elucidação diagnóstica em função de uma outra patologia associada, um devido ao falecimento da parceira, e um em virtude do falecimento da filha com diagnóstico de HIV), quatro homens realizaram já em função dos sinais e sintomas relacionados à aids e um por relação com parceira sabidamente HIV +.

**Tabela 24.** Motivação para a realização da testagem sorológica para o HIV.

<b>Entrevistado</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>
Curiosidade	x									
Sintomas relacionados à aids		x		x	x			x		
Indicação médica			x			x	x			x
Relação com parceira sabidamente HIV+									x	

As questões relacionadas ao cuidado e não-cuidado após o diagnóstico se aproximam muito das levantadas por esses homens na seção anterior. A alteração sorológica não necessariamente alterou o comportamento deles, embora aqui se adicionem outros fatores que contribuem para essa realidade: a intolerância à terapia e barreiras estruturais e programáticas. Porém, de um modo geral, permanece a questão da vulnerabilidade individual como o cerne da questão.

Nenhum dos homens entrevistados apontou o uso do preservativo como uma prática para a manutenção da saúde. Só passaram a adotar esse método após a infecção pelo HIV. Alguns ainda demonstram na fala certa resistência na adesão. Nenhum dos homens com mais de 40 anos cogitou a realização de exame proctológico como forma de prevenção do câncer de próstata ou como forma de acesso ao nível de assistência primária. A consulta ao proctologista quando aconteceu se deveu por processo patológico já instalado.

Na próxima seção, estaremos identificando através da fala destes homens, segundo características de vulnerabilidade e risco, suas dificuldades e expectativas para a inclusão nas ações programáticas em HIV/AIDS e a importância da intersectorialidade.

### **3.3 Acesso à saúde: A Intersectorialidade como mecanismo de garantia da inclusão**

Na amostra estudada observou-se que 6 homens acessaram o serviço com a doença já instalada. Destes, 3 com imunodeficiência grave<sup>54</sup> e 3 com imunodeficiência

<sup>54</sup> Imunodeficiência grave corresponde a T-CD4 < 100/mm<sup>3</sup>.

acentuada.<sup>55</sup> Apenas quatro chegaram ao serviço sem sintomas: dois em função do diagnóstico da parceira, um por busca ativa do banco de sangue e um por encaminhamento médico em função de investigação diagnóstica por outra doença sistêmica.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro (Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002), identificou que as mulheres utilizam mais regularmente os serviços de saúde que os homens. Este estudo refere, também, diferenças de gênero relacionadas ao motivo da procura pelos serviços, isto é, mulheres buscam mais os serviços para exames de rotina e prevenção e os homens procuram mais por motivo de doença. Quando se trata do atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, o desafio é ainda maior, aumentando o diferencial relativo ao gênero. Os homens com DST, culturalmente não costumam ir aos serviços de saúde, que são mais freqüentados pelas mulheres, o que em parte explica a conduta de alguns homens da amostra estudada. A característica do serviço também provoca uma diferenciação na demanda. Onde a unidade é específica para o atendimento das DST a demanda maior é de homens. Quando o atendimento às DST constitui um dos programas das unidades convencionais de saúde, a demanda maior é das mulheres.

O programa no qual nosso estudo foi realizado funcionava anteriormente em uma sala no CTRCA, setor freqüentado por mulheres acompanhadas de crianças para vacinação e atendimento médico. Nesse local também estava localizado o gabinete do secretário de saúde, a farmácia central e o serviço de transporte da SMS, o que conseqüentemente expunha os homens que aguardavam atendimento no Programa DST/AIDS. Eles sentiam-se “correndo o risco” de serem vistos por vizinhos ou conhecidos que trabalhassem em algum dos setores da secretaria. Era comum a fuga de pacientes na sala de espera por ter visto algum conhecido passar ou desistir de entrar por encontrar alguém no pátio do posto. Esse foi um problema referido pelo entrevistado para acessar o serviço: o medo da exposição. O dilema, no entanto, persiste quando diz:

*“(...) não sei o que era pior entra lá ou aqui... lá(no posto) tinha um monte de gente conhecida...aqui (o SAE) se a pessoa entra já vai ter certeza que tem o problema”.*

---

<sup>55</sup> Imunodeficiência acentuada corresponde a T-CD4 < 200/mm<sup>3</sup>.

Na questão que procurava identificar os pontos positivos e negativos na utilização do serviço este entrevistado destacou como ponto positivo o relacionamento com a equipe e como negativo a falta de medicamentos da rede básica:

*“aqui o tratamento é bom...não tenho o que reclamar de ninguém ... mas tem uma coisa muito difícil aqui que é o remédio. As vezes a gente ouve: o remédio não veio porque não tem carro pra buscar, onde tá a responsabilidade? Isso é brincar com a saúde das pessoas (...)pro homem é ainda pior... eu nem tenho muito problema, não to trabalhando se não tiver volto amanhã; e quem tem que sair do serviço? É difícil meu irmão, sem contar que se for com o coquetel como é que você vai fazer? Vai ficar sem tomar?”*

A política pública de medicamentos é uma questão bastante complexa e que, nesta área específica, exige integração intersetorial. O Programa DST/AIDS ao dispensar medicamentos trabalha com três instâncias: o Ministério da Saúde na dispensação dos antirretrovirais; a Secretaria Estadual de Saúde, na disponibilização dos medicamentos para as infecções oportunistas; e a Secretaria Municipal de Saúde na oferta de medicamentos das demais doenças sexualmente transmissíveis. Essa operacionalização chama-se pactuação tripartite e é imperativa para a implementação do princípio de integralidade da atenção que preside a organização do Sistema Único de Saúde. É um fator de racionalização de recursos, mas também de constantes tensões uma vez que para a obtenção do êxito as três esferas devem cumprir pontualmente com seus encargos. Uma falha em uma das três instâncias altera o mecanismo final, gerando falta de insumo, impactos negativos na adesão e na resposta clínica, insatisfação do usuário e grande ruído no atendimento (acarretando estresse importante para toda equipe, e em especial para o dispensador da farmácia).

Associada a essa pactuação acrescenta-se o fato de que, muito freqüentemente, o usuário tem outras necessidades terapêuticas advindas do próprio perfil epidemiológico de morbidade da população masculina: hipertensão, diabetes, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e outras demandas relacionadas à intolerância ao próprio protocolo medicamentoso. Chegamos então ao X da questão: como tratar a aids, sem tratar a hipertensão, a ansiedade, o quadro pulmonar? Quanto aos medicamentos relacionados aos outros programas já instituídos no município o ruído é menor, mas quando se trata das situações que envolvem a saúde mental, os problemas dermatológicos e os pulmonares tão freqüentes nesta clientela, isso exige da coordenação uma enorme capacidade de articulação,

comprometimento e persuasão para sensibilizar os gestores a colocar essa discussão na agenda.

No caso de Campos esse processo está em movimento. Inúmeras foram as reuniões “acaloradas” realizadas envolvendo os técnicos e a coordenação na busca de soluções. O serviço de farmácia já disponibiliza alguns medicamentos básicos na farmácia do SAE, a fim de minimizar o traslado que o usuário teria que fazer para ter atendido todos os itens do seu receituário.<sup>56</sup>

No depoimento a seguir, veremos que para o entrevistado 2 os problemas de acesso para o CTA se constituem na dificuldade de conseguir senha para realização do teste sorológico (que é a porta de entrada no Programa), no horário incompatível com a atividade laborativa e na demora no resultado. Não identifica dificuldade de acesso ao SAE, mas sim na sua utilização, uma vez que enfrenta problemas de obtenção de medicamento da rede básica que comentamos anteriormente.

*“(...)o começo que é difícil, é difícil conseguir a senha pra fazer o exame, você tem que vir pra cá cedo e pega friagem, aí pega a senha, até ser atendido e tirar sangue você sai e perde dia de trabalho; não sei agora, mas o resultado demorava a chegar...tem gente que desiste...se não fizer aqui a gente tem que pagar...tinha que ter mais opção (...) agora é mais fácil, não tenho dificuldade de marcar consulta; a dificuldade que tenho é que as vezes não tem remédio, tirando o coquetel o resto quase sempre falta, sou obrigado a comprar fora”. (Entrevistado 2 com CD4 no momento da admissão=64mm<sup>3</sup>)*

Um outro fator limitante do acesso referido por ele é a centralização da testagem do HIV no CTA. O entrevistado mora no primeiro distrito de Campos. O município tem 14 distritos e cerca de 400.000 habitantes. Até o momento apenas o CTA realiza a testagem com aconselhamento pelo SUS. Data do segundo semestre deste ano o início da descentralização da testagem sorológica para HIV nos serviços de pré-natal na rede básica de saúde, medida que acreditamos irá atender uma demanda reprimida aumentando a oferta para a população masculina e para o estrato feminino não gestante. No entanto, este projeto está em fase de implantação.

---

<sup>56</sup> O “bendito” xarope, que ainda falta, é exemplo desta iniciativa, Tem como proposta também agregar outras medicações em futuro próximo, entre eles o que está relacionado ao tratamento das dislipidemias e outros que envolvem a saúde mental.

Quanto ao tempo decorrido para a chegada do resultado, isso não é mais realidade em nosso serviço. A partir de 2001 foi municipalizada a testagem do HIV, o que garantiu a diminuição do tempo de entrega do resultado. Atualmente após a coleta no CTA, os testes são realizados no laboratório do HGG com a liberação do resultado em vinte dias. Até 2001 a amostra era encaminhada para o Rio de Janeiro e os exames realizados no LACNN que, por motivo de sobrecarga, levava em média 3 meses para entregar o resultado

Além da demora e da falta, o entrevistado alega que o horário da testagem dificulta a vinda do homem ao serviço, pois leva a perda do dia de trabalho. Caso ele não consiga a senha para o dia terá a necessidade de faltar novamente para poder realizar o teste. É aí que, na sua opinião, muitos desistem. Pensa que deveria existir um horário diferente para a coleta que possibilite a vinda do usuário inserido no mercado de trabalho (antes das 07:00h e depois das 17:00h). A proposta de um terceiro turno para os serviços está na agenda da coordenação e possivelmente virá com a descentralização das ações do SAE e do CTA.

O entrevistado 3, quando perguntado sobre o que poderia ser feito para atrair mais homens para a testagem e tratamento, respondeu:

*“(...) os homens se preocupam menos com a saúde que a mulher; na minha opinião tinha que ter mais propaganda incentivando nessa área, antes eu nunca tinha ouvido falar em CTA, fiz o teste porque o banco de sangue me chamou”. (Entrevistado 3, CD4 no momento da admissão=170mm<sup>3</sup>)*

A fala deste usuário simboliza a baixa percepção do homem sobre sua condição de saúde, pois apresentando já uma imunossupressão acentuada (CD4=170mm<sup>3</sup>), e certamente algum sintoma agregado, não despertou para a necessidade de procurar assistência. Associava o cansaço e a baixa resistência ao excesso de trabalho. Somente a busca ativa do banco de sangue possibilitou a elucidação diagnóstica.

O planejamento e o desenvolvimento das ações do Programa de DST/AIDS devem indicar alternativas que facilitem a ida do homem à unidade e que também atraiam esta população para o programa por meio de campanhas educativas (na mídia escrita, falada e televisiva, assim como dentro dos espaços de saúde). Desenvolver ações preventivas nas UBS, especificamente para esta população é essencial, especialmente pelo fato da maior

facilidade de transmissão do homem para a mulher e desta para o bebê através da transmissão vertical. A atenção no homem garante a interrupção imediata dessa cadeia de transmissão.

Em um futuro próximo, penso ser a realidade dentro do programa a constituição de uma equipe voltada exclusivamente para o desenvolvimento de IEC, possibilitando a sensibilização e a veiculação de informações à população em geral através de campanhas, propagandas, folhetos, etc. Aqui também cabe a preocupação com a intersectorialidade, visto que a cidade tem uma Faculdade de Comunicação Social/Jornalismo/Propaganda e Marketing. Assim como viabilizamos parcerias com outras Faculdades e Universidades, na área da assistência e prevenção, esta seria um trabalho promissor e que atenderia a demanda verbalizada pelo usuário.<sup>57</sup>

Ao ser questionado sobre as dificuldades que encontra para poder fazer o tratamento, respondeu:

*“(...) eu não tenho problema de conseguir consulta, venho de dois em dois meses junto com minha mulher...todo mês a gente vem pra pegar o remédio (moram na zona rural)...mas tem o passe...o que tenho dificuldade é na marcação de exames...eu precisei fazer uma ultrassonografia e tive que fazer pelo social é muito difícil conseguir pelo SUS...outro problema acho que não sou só eu que acho...é o remédio...não é o coquetel é o remédio básico”.*

O Ministério da Saúde reconhece que os serviços de saúde enfrentam dificuldades no atendimento à demanda por medicamentos e exames, o que traz como consequência a baixa resolutividade e interrupção do tratamento. No município isso tem sido um desafio. Recebemos mensalmente do Núcleo de Marcação da SMS a planilha com a cota disponível para consultas de especialidades e exames disponíveis para o programa: a oferta é sempre menor que a demanda. Hoje, como forma de facilitar o agendamento, o paciente deixa a requisição na central de marcação de exames do SAE e o próprio serviço faz o agendamento (que leva em torno de 1-2 semanas para ser realizado), sendo ele orientado a fazer contato

---

<sup>57</sup> - Sendo a aids uma epidemia da era da informação, são exatamente as ferramentas desta era as armas mais fortes para combater vários dos principais fatores que permitem a sua disseminação: a negação, a desinformação, o estigma e a discriminação.. O entendimento do público de como a aids pode ser prevenida e tratada continua limitado no mundo inteiro. A comunicação, utilizando todas as formas de mídia, tem papel fundamental na reversão deste quadro. A mídia pode levar informações de maneira eficiente, divulgar serviço, veicular tendências. A mídia é fundamental para estimular o debate público, o diálogo e em desafiar normas sociais já estabelecidas que dificultam a prevenção e a assistência em HIV/AIDS. A capacidade da mídia de mudar o curso dessa epidemia é sem paralelos.

com o serviço pelo telefone 0800 ou pessoalmente para a confirmação da data agendada (anteriormente o paciente saía com a requisição para ele mesmo marcar no núcleo). Em algumas situações o paciente não comparece na data prevista ocasionando a perda da cota mensal e impossibilitando que outro usuário se beneficie. A cota e a inadimplência são questões a serem resolvidas para promover melhor resolutividade e diminuir a interrupção do tratamento.

Para o entrevistado 4 a maior dificuldade que enfrentou no acesso foi a falta de coragem de conhecer o diagnóstico por temer a repercussão na sua vida profissional, financeira e afetiva:

*“(...) já desconfiava, porque uma pessoa que tive um relacionamento antes ficou doente... mas não tinha coragem de fazer o teste, principalmente porque trabalhava na área de saúde e tinha medo que descobrissem, só procurei quando já tava com sintomas... levei uns três anos na dúvida... aí comecei a emagrecer, com diarreia... precisava faltar ao trabalho pra procurar tratamento, procurei fora (...) fui demitido sem motivo aparente, a desculpa era que estavam insatisfeitos, recebendo reclamação(...)”Entrevistado 4 (CD4 na abertura no momento da admissão=130mm<sup>3</sup>)*

O trabalho tem sido considerado como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde e para a continuidade do tratamento. A falta de tempo, a impossibilidade de deixar as atividades ou o medo de que a revelação do problema de saúde possa resultar na perda do posto de trabalho, da remuneração e discriminação, foram preocupações apontadas por todos homens entrevistados (inseridos ou não no mercado atualmente). O dilema vivido por esses homens foi sumariado por um deles nos seguintes termos: *“(...) Se estou empregado, não consigo procurar o tratamento. Se estou sem trabalhar, não consigo me tratar”*. (Entrevistado 5, desempregado, aderente ao tratamento, em boa condição clínica atualmente e sem benefício do estado até o momento).

É necessário refletir sobre a necessidade de instituírem-se horários alternativos para o atendimento à clientela, e dessa maneira ampliar a cobertura. Essa medida contribuiria para inverter a lógica da incompatibilidade da assistência com a atividade laborativa e ainda desencorajar a eleição da farmácia ou pronto socorro ao invés da procura das UBS ou da assistência secundária, ou o pior, a entrada no sistema só em estágio avançado da doença. Essa última situação foi vivenciada por um dos entrevistados:

*“(...) no meu caso, cheguei aqui encaminhado pelo “Ferreira”<sup>58</sup>, fiquei internado lá um tempo... comecei com febre e diarreia... não conseguia mais trabalhar, só aí procurei ajuda (...) ele falou que não sabia como eu ainda estava de pé porque meu CD4 estava em 4*

Quando perguntado sobre problemas que enfrenta ou enfrentou para a utilização do serviço, respondeu:

*“Não tive problema para chegar ao SAE...cheguei através do Ferreira e consegui logo consulta, os médicos também já me conheciam de lá”.*

O maior destaque em seu depoimento foi relativo ao constrangimento e à exposição frente ao atendimento:

*“(...) na verdade não aconteceu comigo...isso eu v...i apesar de gostar muito do pessoal daqui, tem umas pessoas que não tem ética. Um conhecido meu, que eu nem sabia que tinha o vírus, tava na sala de espera, aí a pessoa da recepção falou: “Quem tiver que marcar carga viral é lá no outro guichê”, ele passou por mim e aí é que eu fiquei sabendo que também tava contaminado. Eu acho que a recepção tinha que mudar... tinha que ser numa sala como os consultórios e a pessoa entra e explica a situação”. (Entrevistado 5, CD4 na abertura no momento da admissão=04mm<sup>3</sup>)*

*“(...) outra coisa é o passe isso aconteceu comigo, mas como hoje ando de bicicleta ou a pé não tenho muito problema e hoje eu to legal... mas quem depende de ônibus ou está como eu tava é um problema, porque a gente precisa tá aqui sempre pra consulta, pegar remédio, fazer exame ... e apesar de ter passe (tem há cinco anos),já passei aperto,mas não uso mais, tenho vergonha” .*

Ao ser perguntado sobre as razões da vergonha ele diz:“(...) primeiro que eles olham pra você já de lado, sou novo, não to com problema nenhum olhando assim, depois...”. Após essa afirmação retirou o passe municipal da carteira mostrando que no documento vem escrito “SEQUELA DE AIDS” e mais um carimbo escrito “SEQUELA IRREVERSÍVEL”, situação essa totalmente inaceitável e que infringe a integridade e o direito à privacidade da pessoa vivendo com HIV.<sup>59</sup> Ainda que isto não tenha impedido o seu

---

<sup>58</sup> Hospital Ferreira Machado. Referência regional para o tratamento de HIV/AIDS.

<sup>59</sup> - Este foi orientado ao procurar a assessoria jurídica da SMS ou da ONG municipal para registrar o fato e corrigir esta distorção.

comparecimento ao serviço, por morar próximo ao bairro e ter condições de locomoção, certamente esta situação tem impactado o acesso de outras pessoas, pelo constrangimento que acarreta.<sup>60</sup>

Na verdade, infelizmente, essa não é uma situação nova. Há alguns anos atrás foi veiculado pela mídia impressa do município o protesto de uma mulher desrespeitada pelo motorista da linha urbana ao ter que mostrar a “carteirinha” e nesta vir impressa seu diagnóstico. Pelo visto, apesar da repercussão, nada mudou em relação a essa questão. E certamente este usuário “optará” pela não exposição. Continuará não utilizando o passe.

É de grande importância conhecer as dificuldades enfrentadas pelos usuários no acesso e utilização dos serviços, pois assim teremos subsídios para a organização dos mesmos, para a sensibilização de gestores, da equipe técnica e do pessoal administrativo para o planejamento de ações que levem em consideração a importância da intersetorialidade.

---

<sup>60</sup> - A partir desse relato passei a perguntar mais sobre a utilização do passe e pedir para olhar os dos demais entrevistados. Pude verificar que essa é uma situação que persiste no município e precisa ser revisada urgentemente. Os passes estaduais e federais não têm nenhuma menção sobre o diagnóstico sorológico do usuário.

## Conclusão

- Quanto ao perfil da população entrevistada:

Os homens entrevistados estão, na sua maioria, dentro da classificação de adulto jovem, já que 70% têm entre 20-49 anos, com predominância para a faixa etária de 40-49 anos. Quanto à cor, 70% pertencem ao pólo claro e 60% dos entrevistados têm baixa escolaridade. Somente 40% encontram-se em atividade, 10% desempregado e 50% são vinculados à benefícios. Com relação à renda familiar, 80% recebem até dois salários mínimos, 10% três salários e 10% informa não ter fonte de renda atualmente. No campo conjugal, 80% encontram-se casados, ou em relação de concubinato, e 20% separados. No arranjo familiar, 70% responderam que compete a ele o sustento da casa, 20% estão na situação de contribuinte e 10% na de dependente. 40% têm arranjo familiar nuclear, 10% monoparental, 10% família mista, 20% moram com a mãe (família extensa) e 20% moram sozinhos. Apenas 10% não têm filhos e 90% têm até 3 filhos. Estes dados acompanham o padrão encontrado na pesquisa aos prontuários e no geral coincidem com os indicadores oficiais.

- Quanto aos depoimentos colhidos:

Cerca de 70% dos entrevistados iniciaram a sua vida sexual entre 12-15 anos. A média de idade para início da vida sexual foi de 15 anos. Este índice também é reportado pela UNESCO para a população com grau de escolaridade semelhante.

No discurso dos entrevistados, o fator relacionado à idade para iniciação sexual se traduziu na cobrança por parte do seu grupo em não ser desviante: ser considerado adulto e não feminino. Ainda sobre a iniciação sexual, observou-se que o discurso sobre a virilidade e a “naturalização” do fazer sexo coincide com o padrão de masculinidade hegemônica.

Em relação ao “Uso da Camisinha”, identificou-se que o preservativo não fez parte da “etiqueta sexual” de nenhum dos homens participantes da pesquisa até o momento do diagnóstico. Essa é uma prática que persiste em 20% da amostra.

As razões elencadas pelos entrevistados para a não-adesão à camisinha antes e depois do diagnóstico do HIV não tiveram variação significativa. Ele transita entre a dificuldade de negociação com a parceira, a baixa percepção do risco, a invisibilidade do acesso relacionada especialmente à precocidade da iniciação da vida sexual, ao contexto cultural e à socialização, e a tênue margem entre a satisfação de necessidades, risco e a opção pelo gozo.

Foi evidenciado em 70% dos depoimentos a naturalização “da infidelidade masculina”. Ainda assim, de maneira contraditória, o “ser fiel” é apontado como uma característica fundamental na sua escala de valores.

Verificou-se que entre os casais soroconcordantes, o laço conjugal permaneceu independente da qualidade da relação. Já nos casais sorodiscordantes, 60% das relações não foram adiante.

Observou-se que após a separação, entre os homens que vieram a ter novo laço afetivo “estável”, alguns relacionamento se deram com parceira não-portadora do vírus. Neste caso, a relação é consentida e a mulher tem conhecimento prévio do diagnóstico. Isto nos leva a inferir o peso da infidelidade na decisão da separação, muito mais que o medo da contaminação.

A permanência do vínculo nos casais soro-concordante esteve associada à medida de sobrevivência mútua. Há uma busca pelo cuidado e pelo enfrentamento da doença e/ou a valores da moral religiosa, recentemente agregada à rotina afetiva.

O teor das entrevistas tem como padrão o discurso do não-cuidado. Além da questão do sexo desprotegido, constatou-se que, desde cedo, 40% dos homens faziam uso freqüente de álcool e 20% de tabaco. Todos negaram uso de outras substâncias que levam à dependência.

Quando o cuidado é verbalizado, ele não foi apresentado relacionado à manutenção da saúde O foco é nas características estéticas.

Sobre a atitude diante de um problema de saúde, antes do diagnóstico da soropositividade, apenas 10% procuravam imediatamente por assistência, 70% procuravam em último caso e 20% não procuravam assistência médica.

As questões relacionadas ao cuidado e não-cuidado após o diagnóstico se aproximam muito das levantadas por esses homens anteriormente. A alteração sorológica não foi determinante para mudanças no comportamento, embora aqui se adicione outros fatores que contribuem para essa realidade: a intolerância à terapia, barreiras estruturais e programáticas.

Sobre o motivo da iniciativa para a realização do teste, somente 10% responderam que foi por curiosidade, 40% teve indicação médica, 40% em função dos sinais e sintomas relacionados à aids e 10% por relação com parceira sabidamente HIV+.

Nesta amostra observou-se que 60 % dos homens acessaram o serviço com a doença já instalada. Deste percentual, 50% com imunodeficiência grave e 50% com imunodeficiência acentuada

Um fator limitante do acesso ao teste no município é a centralização da testagem do HIV no CTA. Com 14 distritos e cerca de 400 mil habitantes, até o momento, apenas o CTA realiza a testagem pelo SUS com aconselhamento.

O trabalho, associado à questão do estigma foi considerado o obstáculo para o acesso aos serviços de saúde ou para a continuidade para o tratamento.

Ainda em relação à dificuldade de acesso, o discurso se constitui especialmente em relação ao CTA: dificuldade de conseguir senha para realização do teste sorológico e constrangimento para acessá-lo. Não foi verbalizada dificuldade de acesso ao SAE, mas sim à sua utilização. A população masculina entrevistada informou que enfrenta dificuldades, pois o horário de funcionamento do ambulatório é incompatível com as suas atividades laborativas. Também houve informações sobre problemas com insumos (medicamento da rede básica), cota para exames e falta de privacidade frente ao atendimento.

Ao procurar os pontos positivos e negativos do serviço, o destaque foi, respectivamente, o relacionamento com a equipe e a falta de medicamentos da rede básica. Também foi levantada a dificuldade de acesso ao passe municipal e o constrangimento para sua utilização.

Todos os depoimentos demonstram uma percepção diminuída do risco. A maioria apresenta noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco, como valores da

cultura masculina e a idéia de uma sexualidade instintiva, compatível com o modelo de masculinidade idealizada.

- Quanto às impressões do pesquisador:

Instituir horários alternativos para o atendimento à clientela é uma estratégia para ampliar a cobertura e possibilitar a equidade de acesso. Essa medida contribuiria para inverter a lógica da incompatibilidade da assistência com a atividade laborativa. Essa falta de opção acaba impactando a chegada da população masculina nas UBS e contribui para a eleição da farmácia e o pronto atendimento como espaço masculino. A proposta de um terceiro turno para os serviços está na agenda da coordenação e certamente virá a reboque com a descentralização das ações do SAE e do CTA.

A capacitação dos profissionais é fundamental. Eles atuam nas UBS e nos Pronto-Atendimentos, no manejo com a abordagem sindrômica, no aconselhamento para a testagem frente ao acidente biológico ou abuso sexual e a referência adequada para o serviço especializado. Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência secundária no espaço das UBS e pronto atendimentos é uma medida importante para buscar a sensibilização desta população a respeito da interrupção imediata dessa cadeia de transmissão.

Campanhas de sensibilização e orientação a essa parcela da população são imprescindíveis. Elas devem motivar a tomada de decisão e estimular ações para o autocuidado. O planejamento e o desenvolvimento das ações do Programa de DST/AIDS devem também indicar alternativas que facilitem a ida do homem à unidade, além de atraí-lo para o programa por meio de campanhas educativas, tanto na mídia escrita, falada e televisiva quanto dentro dos próprios espaços de saúde.

Em um futuro próximo, penso que a constituição de uma equipe voltada exclusivamente para o desenvolvimento de IEC será uma realidade. Ela possibilitará a sensibilização e a veiculação de informações à população em geral através de campanhas, propagandas, folhetos, etc... Aqui também cabe a preocupação com a intersectorialidade, visto que no “Setor Educação” contamos com a presença de uma Faculdade de Comunicação Social no Município – com habilitações de Jornalismo e Propaganda e Marketing. Assim como viabilizamos parcerias com outras Faculdades e Universidades na área da assistência e

prevenção, ao meu ver, este seria um trabalho promissor, que atenderia a demanda verbalizada pelo usuário.

A intra-setorialidade é também fundamental para a garantia da assistência adequada. Aqui em especial, ela está relacionada à questão da política pública de medicamentos e da segurança alimentar. Acreditamos nessa possibilidade à medida que percebemos vontade política local para essa ação.

- Trabalhos Futuros:

Há, no entanto, a necessidade de consolidar parcerias entre as secretarias de Saúde, Ação Social, Transporte, Educação, Segurança, além de empresas, ONG's e fundações. O objetivo é assegurar a inclusão do acesso e a permanência do masculino nas ações de prevenção e assistência e, a partir de uma câmara técnica municipal, pactuar condutas, por meio da construção de protocolos mínimos de racionalização de recursos e gastos com insumos.

Esta pesquisa representa o primeiro trabalho relacionado ao estudo sobre práticas de saúde em HIV/AIDS e masculinidades no Município de Campos dos Goytacazes. Acredito que esse caminho possibilitará o entrelaçamento de discursos entre gênero, saúde e políticas públicas. Ele irá colaborar para a reflexão sobre as questões relacionadas à socialização dos homens, suas implicações na vulnerabilidade ao HIV e ao acesso no serviço de saúde e, assim, influenciar a ampliação do impacto de programas voltados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, à saúde das mulheres e a dos próprios homens.

## Bibliografia

ABRAMOVAY, M. et al. Juventude, Violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2002.

AKERELE, O. Um rumo para a medicina tradicional. Saúde Mundo, 1983:3.

ALMEIDA, MMM. Dimensões da Masculinidade no Brasil: uma discussão conceitual preliminar. Site: [www.desafio.ufba.br/qt7-004.html](http://www.desafio.ufba.br/qt7-004.html) , acessado em 23/3/06.

ALMEIDA, MIM. Masculino/Feminino: tensão insolúvel – sociedade brasileira e organização da subjetividade. Rio de Janeiro: ROCCO, 1996.

ALMEIDA, MV. Gênero, Masculinidade e Poder: revendo um caso do Sul de Portugal. In Anuário Antropológico 95, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1996.

ALMEIDA, MV. Senhores de Si: uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa, 1995.

ALVES, MFP. – Sexualidade e Prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana. Cad. Saúde pública, RJ, 19 (supl.2) 429-439, 2003.

ANDRADE, GRB, VAITSMAN, J. Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência e saúde Coletiva, 7(4):925-234, 2002.

AQUINO, EML. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? Ciência e saúde Coletiva, 10(1): 18-34, 2005.

ARAÚJO, LC. Estudo Transversal da Infecção pelo HIV no CTA/Campos e Coorte Retrospectiva da Transmissão Materno-Infantil do HIV no Município de Campos dos Goytacazes – RJ. Tese de Dissertação de Mestrado em Biociências e Biotecnologia – UENF, 2006.

ARAÚJO, LC, FERNANDES, RCSC, COELHO, MCP, ACOSTA, EM. Prevalência da Infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da cidade Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. Ver. Do sistema Único de Saúde do Brasil, vol. 14, n.º2 - abril/junho, 2005.

ARAÚJO, MAL, LEITÃO, GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, rio de Janeiro, 21(2):396-403, mar-abr, 2005.

ARILHA, M. Masculinidades e Gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Tese de Mestrado em Psicologia Social. PUC – São Paulo, 1999.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL – Perfil municipal 1991/2000.

AYRES, JR. CALAZANS, GJ.; JÚNIOR, IF. Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/AIDS. In: Seminário Gravidez na Adolescência. Rio de Janeiro, 1998.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. RJ, Ed. Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, E. Sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

BAKER, G.; NASCIMENTO, M. – AIDS: O que os homens têm a ver com isso? [www.promundo.org.br/materia/resources/](http://www.promundo.org.br/materia/resources/) , acessado em 12/01/05

BARBIER, R. A Escuta Sensível em Educação. Caderno ANPED, Caxambu, n.º5 1993.

BARBOSA, MHRB. Entre a Submissão e o Prazer: Mulheres e DST/AIDS na Comunidade do Matadouro/ Campos dos Goytacazes, 2006.

BARBOSA, MT; Byington, MR; Struchiner, C. Modelos Dinâmicos e Redes Sociais: Revisão e Reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. Caderno de saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (sup.1): 37-51, 2000.

BARBOSA, RM.; KALCKMANN, S. Aceitabilidade do Condon feminino em contextos sociais diversos: relatório final. Brasília. CEBRAP;NEPO/UNICAMP; CN-DST/Aids/MS; UNAIDS, 1999.

BARBOSA, RM. Feminismo e Aids. In: Parker, R; GALVÃO, J. (org.) Quebrando o Silêncio: mulheres e Aids no Brasil. RJ: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996.

BARBOSA, RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempo de aids. In Barbosa & Parker. Sexualidades pelo Averso: direitos, identidade e poder. IMS/UERJ Ed.34, RJ, 1999.

BASTOS, FI, SZWARCOWALD, CL. AIDS e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad. Saúde pública. 16(sup.1) 65-76, 2000.

BASTOS, F.I.; BOSCHI-PINTO, C.; TELLES,PR. & LIMA,E. – O Não-dito da AIDS: Cad.Saúde Pública, RJ, 9(1):90-96,jan./mar,1993.

BERQUÓ, E. Comportamento sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS (Série Avaliação). Brasília, CEBRAP/ Ministério da Saúde, 2000.

BERQUÓ, E. “Arranjos Familiares no Brasil: Uma visão demográfica”, História da Vida Privada no Brasil : contrastes da intimidade contemporânea (Coord.: Fernando Novais; org.: Lilia Schwrcz), São Paulo : Cia das Letras, 1998.

BOURDIEU, P. O Poder Simbólico : SP Ed. DIFEL, 2003.

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina, RJ : Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comitê Assessor para terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Recomendação para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS Jan/jun, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, 2004 A

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, 2003 A

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, ano XVI n.º1 abr/dez MS 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS, ano XIV n.º1 jan/mar MS 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. A aids no Brasil, situação e tendências. Boletim Epidemiológico, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias. 1ª edição, Brasília, 1999.

BRAZ, M. A. Construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre a justiça distributiva. *Ciência e saúde Coletiva*, 10(1):97-104, 2005.

CARDOSO,GP; ARRUDA,A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1):151-162, 2004.

CANESQUI, AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença na década de 1990. *Rev. Ciência e saúde coletiva*. 8(1):109-124, 2003.

CARVALHO, L. Famílias Chefiadas por Mulheres: relevância para uma política social dirigida . *Revista Serviço Social e Sociedade*, n.º57, 1998.

CASTELLS, M. O Poder da Identidade / A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura; volume 2 , SP : Ed. Paz e Terra, 2002.

CASTILHO, EAS. CHEQUER, P. A Epidemia de Aids no Brasil, In: A Epidemia de Aids no Brasil: situação e Tendências Coordenação Nacional DST/AIDS, 1997.

CAVALLARRI, C. O Impacto da Comunicação do Diagnóstico HIV Positivo: A Ruptura de Campo Diante da Soropositividade.(tese de mestrado PUC/SP) [www.imesc.sp.gov.br/celi/celi4.htm](http://www.imesc.sp.gov.br/celi/celi4.htm), acessado em 28/01/05.

CECHETTO, FR. Violência e estilos de masculinidade. *Violência, Cultura e Poder*. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2004.

CHAMMÉ, SJ. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Ver. Saúde e Sociedade*, v.11, n º 2, ago-dez, 2002.

COELHO, MCP. O Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes: gestão 1998-2000. Dissertação de Mestrado, UENF, 2003.

CONNELL, R W. Políticas da masculinidade. Educação e Realidade, 20(2), p.185-206, jul./dez. 1995.

CONNELL, R W. “la organización social de la masculinidad” In: VALDÉS, Tereza Y OLAVARRÍA, José. Masculinidade/es. Poder y crisis. Santiago:Ed. de las Mujeres n.o.24, 1997.

CONNELL, R W. Imperialism and men’s bodies. Santiagi de Chile. (texto apresentado na conferência regional “La equidade de gênero em América Latina y el Caribe: desafioa desde lãs identidades masculinas”, 1998.

CORRÊA, M. Medicalização social e a construção da sexualidade. In: Aids e Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas (org. Maria Andra Loyola). Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ,

COSTA, GR. Saúde e Masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero.Revista Brasileira de Estudos de População, v.20.n.º1, (79-92) jan/jun.2003.

CRUZ, JLV et col. Diagnóstico das Condições da Infância e da Juventude em Campos dos Goytacazes. UFF/CMPDCA/PMCG, 2005.

DA MATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: a aventura sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DA MATTA, Tem pente aí? In de Caldas. Homens. Ed. Senac, SP. 1997.

DINIZ, S.G. Gênero e Prevenção das DST/AIDS. CN-DST/AIDS, 2001.

DUARTE, LFD; LEAL, OF. (Organizadores). Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas-RJ: Ed. FIOCRUZ, 1998.

FARAH, MFS. Gênero e Políticas Públicas. Estudos Feministas, Florianópolis, 12(1):47-71, janeiro-abril, 2004.

FERREIRA, ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa, 1986.

FIGUEIREDO, NM. Uma Perspectiva do Cuidar em Enfermagem: considerando a estética, ecosofia, autopoiese. Série Atualização em Enfermagem, vol.1 – Enfermagem fundamental, Ed.Atheneu, RJ, 2001.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & saúde Coletiva, 10(1):105-109, 2005.

FIGUEROA-PEREA,JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Caderno de Saúde Pública, SP, v14 (supl.1), p.94; 1998.

FONSECA, MGP. SZWARCOWALD, CL., BASTOS, FI. Análise Sóciodemográfica da Epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. Revista Saúde Pública. 36(6): 678-85, 2002.

FONSECA,MGP, DERRICO,M, TAVARES,C.L.A., TRAVASSOS,C., SZWARCOWALD, CL. AIDS e Grau de Escolaridade no Brasil: evolução temporal 1986-1996. Cão de Saúde Pública, 16 (sup.1):77-87, 2000.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade. O cuidado de si. RJ, Graal, 1985.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder, Rio de Janeiro: Edições Graal, 19.<sup>a</sup> edição , 2004.

GAUTHIER, J. Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias Aplicadas, RJ. Guanabara Koogan, 1998.

GELUDA, K; BOSI, MLM; CUNHA, AJLA, TRAJMAN, A. "QUANDO UM NÃO QUER, DOIS NÃO BRIGAM": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, RJ 22(8), 1671-1680, ago, 2006.

GIDDENS, A. Modernidade e Identidade, RJ: Jorge Zahar, 2002.

GIDDENS, A. A Transformação da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas, 2.<sup>a</sup> edição, Ed UNESP .

GIFFIN, K. A Inserção dos homens nos estudos de Gênero: contribuição de um sujeito histórico. Ciência e Saúde Coletiva, 10(1):47-57, 2005.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad. Saúde Pública v.18 supl. RJ, 2002.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad. Saúde pública, supl. 10

GIL, AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GÓIS, JBH. Desencontros: As relações entre os estudos sobre a homossexualidade e os estudos de gênero no Brasil. Ver. Estud. Fem. Vol.11 n.º1 Florianópolis Jan/Jun, 2003

GÓIS, JBH. Vestígios da Força das Palavras escritos sobre a AIDS. Tese de Doutorado/ Serviço Social – PUC/São Paulo, 1999.

GÓIS, JBH. Reabrindo a “caixa-preta”: rupturas e continuidades no discurso sobre aids nos Estados unidos (1987098). Hist.Cienc. saúde-Manguinhos v.9 n.º3 RJ set/dez. 2002.

GÓIS, JBH. Família e Proteção Social no Serviço Social: Revisitando a história profissional. Dissertação de mestrado apresentado a Escola de Serviço Social/UFRJ, 1993.

GOMES, R. Sexualidade masculina e a saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciência & Saúde Coletiva 8(3): 825-829, 2003.

GOMES, S. Masculinidade na História: a construção cultural da diferença entre os sexos. [www.glssite.net/colunistas/silva/psi11.htm](http://www.glssite.net/colunistas/silva/psi11.htm), acessado em 23/03/06.

GUERREIRO, I; AYRES, JR e HEARST, CM. Norma. Masculinidade e Vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP: Rer. Saúde Pública;36(4 supl):50-60, 2002.

GUIMARÃES, CD. AIDS no Feminino: Por que as mulheres contraem aids no Brasil? Rio de Janeiro; Editora UFRJ, 2001.

INDA,N. Gênero masculino, número singular, pp 212-240. In M Burin & ED Bleichmar (comps). Gênero, psicoanálises, subjetividade, Ed.Paidós. 19996.

JODELET, D Representações do contágio e a AIDS. In: MADEIRA, M.; JODELET,D. (Org.). AIDS e Representações sociais: à busca de sentidos. Natal:EDUFRN, 1998.

KIMMEL, MS. Masculinidade e Equidade de Gênero na América Latina, FLASCO, Santiago. In Valdes & J Olavarria (eds), 1998.

KNAUTH, DR. Morte Masculina: homens portadores da aids sob a perspectiva feminina. In: Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. (org. Duarte, LFD. & Leal, OF) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

KNAUTH, DR. Subjetividade Feminina e soropositividade, IMN; Uerj, Ed. 34, RJ, 1997.

LEAL, O e BOFF, A. (1996) – Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina. Sexualidades brasileiras, p.119-135.

LISBOA, MRA. Masculinidade: As críticas ao modelo dominante e seus impasses. In : PEDRO, Joana Maria & GROSSI, Mirian Pilar (org.). Flóriapolis: Ed.Mulheres, 1998.

LISNIOWISK,S.A. Sujeitos de Gênero ou Sujeitos ao Gênero? Revista da Faculdade de Direito da UFPR, v.36, p.303-316, 2001

LYRA, J. Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). São Paulo: PUC/SP, 1997.

LOPES, C. R. Radis nº 40 – Dez. A epidemia mudou, e o mundo também, 2005

LOYOLA, M. A. (Organizadora) et. Al – AIDS e Sexualidade : O Ponto de Vista das Ciências Humanas. Relume Dumará / UERJ.

MACHADO, RMX. "Homem em casa vira Maria" Aposentadoria e Relações conjugais: um estudo de caso em Florianópolis. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Santa Catarina:UFSC, 2001.

MANN, J.; TARANTOLA,DJM. Aids in the World. New York: Oxford University Press, 1996.

MEAD, M. Sexo e Temperamento São Paulo, Perspectiva, 1998.

MEDRADO, B. O masculino na mídia. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. São Paulo: PUC/SP, 1997.

MEDRADO, B; LYRA, J; GALVÃO, K & NASCIMENTO, P. Homens por quê? Site do Programa PAPAÍ, acessado em 28/01/05

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resposta Positiva: A Experiência do Programa Brasileiro de AIDS, Brasília, 2002.

MONTEIRO, M. A Perspectiva do Gênero nos Estudos de Masculinidades: uma análise da revista Ele e Ela em 1969, Campinas, SP, 1997.

MOTA, MP. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids

MOTA, MP. Gênero e sexualidade : fragmentos de identidade masculina nos tempos de aids. Núcleo de estudos e projetos em comunicação, Escola de Comunicação.

UFRJ, site acessado em 04/02/05.

MUNDIGO, A. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. Fund. Macarthur, SP, 1995.

NASCIMENTO, P. O sexo dos homens: Vulnerabilidade e Prevenção às ST/AIDS(Breves Reflexões). [www.papai.org.br/textos/artigos.htm](http://www.papai.org.br/textos/artigos.htm).

NASCIMENTO, P. 'Ser homem ou nada: Diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação (Mestrado em Antropologia Cultural). Recife: UFPE, 1999.

NEMES, MIB. Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo/ Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

NOLASCO, S. O mito da masculinidade. Rio de Janeiro: ROCCO, 1993.

NOLASCO, S. A Desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

OLIVEIRA, BGRB. A construção da Identidade Profissional da Enfermeira: A Passagem pelos Espelhos. Tese de doutorado em enfermagem - UFRJ/EEAN: área de produção: Enfermagem e Sociedade, 2000.

OLAVARRIA J. Desejo, prazer e poder: questões em torno da masculinidade heterossexual, pp153-173, In R.Barbosa & Parker (org.). Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. Editora 34, São Paulo.

OLTRAMARI, L.C. Um Esboço sobre as Representações Sociais da Aids nos Estudos Produzidos no Brasil – Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, n.º 45/setembro – 2003.

PARKER, R e AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e AIDS. Coleção ABIA-Cidadania e Direitos, n.º1 RJ, 2002.

PARKER, R – A Construção da Solidariedade: AIDS, Sexualidade e Política no Brasil. ABIA/ Relume Dumará/ IMS-UERJ, 2000.

PARKER, R; BARBOSA, RM. Sexualidade Brasileiras. RJ Relume Dumará, 1996.

PEDRO, JM; GROSSI, MP. (Organizadoras). Masculino, Feminino, Plural: Gênero na Interdisciplinaridade: Ed. Mulheres. Florianópolis, 1998.

PEREIRA, CAM. Que homem é esse? O masculino em questão. In: a desconstrução do masculino. RJ: Rocco, 1995. pg 53 a 58, 1995.

PERES, U. T. O Desamparo do Homem Contemporâneo, in: Mosaico de Letras. SP: Ensaio de Psicanálise: Ed. Escuta ,1999.

PIMENTA, MC et al. Saúde sexual e reprodutiva: passagem segura para a vida adulta, oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Coleção ABIA, n.1, p.1-52, 2001.

PINHEIRO, RS; Viacava F; Travassos C;& Brito AS. Gênero, morbidade acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciências e Saúde Coletiva, 7:687-707, 2002.

PINTO, E. A. Perspectiva étnico-racial na compreensão da epidemia de HIV/AIDS: breves reflexões. Agência de Notícias da AIDS, 31/11/05.

PITANGUY J. A Questão do Gênero no Brasil. Banco Mundial, Brasília – DE, 2003.

RICHARDSON, RJ (org) Entrevista. In: Pesquisa Social. Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTTO, MLF. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. Ver. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.55, n2, p196-199, mar/abr. 2002.

ROCHA, FMG. Política da Prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: O lugar da prevenção nessa trajetória. ENSP, 1999.

ROMEU, DE. Diferenciais de Gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Ciência e saúde Coletiva, 7(4):777-794, 2002.

SALDANHA, AAW. Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. Tese de Doutorado, USP, 2003.

SANTOS, AEL. Masculinidades e saúde Reprodutiva: a experiência da vasectomia. Dissertação de Mestrado em Política Social/ UFF: RJ, 2006.

SANTOS, WTM. O Movimento feminista e as transformações sociais ocasionadas pelo questionamento da sociedade patriarcal. CAOS, nº 6, março, 2002.

SARTI, CA. A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas, São Paulo: Autores associados, 1996.

SARTI, CA. "É sina que a gente traz":ser mulher na periferia urbana. SP, 1985: Autores Associados, 1996.

SCHPUN, MR.(org.). Masculinidades. Boitempo Editorial-Edunisc, São Paulo, Santa Cruz do Sul, 2004.

SCHPUN, MR.(org.). As Várias dimensões do masculino: traçando itinerários possíveis. Estudos feministas, Florianópolis, 13(1):179-199, jan/abr, 2005.

SCHUCH, P. Aids e Sexualidade entre Universitários Solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.(org. Duarte, L.F.D. & Leal, O.F.)Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998

SCHRAIBER, LB; GOMES, R. COUTO,MT.- Homens e saúde na pauta da saúde coletiva, Ver. Ciência e Saúde Coletiva, 10(1): 7-17, 2005.

SCHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos , RJ : Zahar, 1979.

SCOTT,J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. SOS Corpo, Recife, 1995. SCOTT,J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.

SCOTT,J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Educação e Realidade, Porto Alegre, v16, n.2, p.5-22, jul/dez. 1990.

SES – Boletim Epidemiológico DST/AIDS, julho, 2003.

SES – Boletim Epidemiológico DST/AIDS, 2004.

SES – Boletim Epidemiológico DST/AIDS, 2005.

SILVA, CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados – Revista de saúde Pública; 36 (4 Supl): 40-9 ; 2002.

SILVA, GSN. A construção do adolescer masculino e o uso do preservativo. Aidscongress.net acessado em 28/01/05

SILVA, SG. Conflito Identitário: sexo e gênero na constituição das identidades.2002.

SIMMEL, G. Sociologia, SP: Ática, 1983.

SIQUEIRA, MJT. A Constituição da identidade masculina: alguns pontos para discussão. Psicologia da USP, vol.8,n.1: São Paulo, 1997

SOIHET, R. Violência Simbólica : Saberes masculinos e representações feministas:f Rev. Estudos Feministas, vol5, n.0.7, RJ UFRJ, 1997.

SOIHET, R; SOARES,RMA; COSTA,SG. A História das Mulheres. Cultura e Poder das Mulheres: Ensaio de Historiografia. In Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEG, v.2,n1,2.sem., 2000.

SONTAG,S. Diante da dor dos outros. RJ: Companhia das Letras, 2003.

SOUZA, ES; ALTMANN, H. Meninos e meninas: expectativas corporais e implicações na educação física escolar. Cad. CEDES, vol. 19, n.48, Campinas: São Paulo, 1999.

STOLLER, R. Introdução à identidade de gênero. In: Masculinidade e Feminilidade: apresentação do gênero. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

SZWARCWALD, CL e BASTOS, FI. AIDS e Pauperização: Principais Conceitos e Evidências Empíricas – CICT/FIOCRUZ, 1999.

TERTO, JRV. Reinventando a vida: história sobre homossexualidade e aids no Brasil. Tese de Doutorado. IMS, 1997.

TEIXEIRA,PR; PAIVA,V; SHIMMA, E. Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo. Nepaids, SP, 2000.

TONIETTE, M. Sexualidade... ou sexualidades? Boletim Informativo CEPCos – Centro de Estudos e Pesquisa em Comportamento e Sexualidade, SP, ano X, n.º3, p.1, mar. 2004

THIENGO, M, OLIVEIRA, DC; RODRIGUES, BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: Implicações para os cuidados de enfermagem. Ver. Esc. Enfermagem USP, 39 (1):68-76, 2005.

UNAIDS. Resposta Positiva: A Experiência do Programa Brasileiro de Aids. 2002.

UNAIDS. Intensificando a Prevenção ao HIV. Documento referencial Políticas de Prevenção ao HIV/AIDS, Junho, 2005.

UNESCO. Aids: o que pensam os jovens? Políticas e Práticas Educativas. Brasília: UNESCO, UNAIDS (Cadernos UNESCO Brasil. Série educação para saúde; 1), 2002.

WELZER-LANG, D. A Construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia, Rev. Estudos Feministas, ano 9 (2o semestre : 460/481), 2001.

VELHO, G. Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas, RJ: Zahar, 1994.

VILELA, W. Homem que é homem também pega AIDS? In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. Homens e Masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos / Editora 34; 1998.

VILELA, W; VELOSO, JC. Participação da sociedade civil no seguimento das ações frente à AIDS no Brasil. Revista Saúde Pública v.40 supl. São Paulo, abril, 2006.

VILELA, W. De Saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. Ciência & Saúde Coletiva, 11(1) 18-43, 2006.

ZALUAR, A Hipermasculinidade leva jovem ao mundo do crime. Folha de São Paulo; Brownzians: O Portal; acessado em 12/01/05.

Sites Acessados:

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), Políticas públicas de saúde para a promoção à saúde, prevenção das DST/AIDS e garantia dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, acessado em 12/01/05.

[www.caliente.com.br](http://www.caliente.com.br), Homens são o tema central da campanha da Unais em 2001, acessado em 12/01/05.

[www.care.org.br](http://www.care.org.br), Pobreza no país, acessado em 24/01/05

[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acessado em 12/01/06.

[www.ee.usp.br](http://www.ee.usp.br), Relatório Unaid's e OMS sobre quadro da aids no mundo. acessado em 17/05/05

[www.google.com.br](http://www.google.com.br), ASF:III – A Teoria da Masculinidade (acessado em 24/01/05)

# **Anexos**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS APLICADOS**  
**COORDENAÇÃO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**  
**MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Meu nome é Vanda Corrêa Thomé, sou mestranda do curso de Política Social da Universidade Federal Fluminense/UFF. Estou realizando uma pesquisa sobre o Heterossexual masculino e o acesso ao Serviço de Saúde, cujo título é: “Masculinidades e Práticas de Saúde: Um Estudo dos Homens em Tratamento para HIV/AIDS no Município de Campos dos Goytacazes”.

Esta pesquisa visa examinar aspectos de subjetividade masculina, suas implicações na vulnerabilidade ao HIV e ao acesso ao serviço de saúde, objetivando o planejamento das ações de assistência em HIV/AIDS locais rumo ao engajamento do homem para contribuir na ampliação do impacto das ações programáticas voltadas à prevenção do HIV/AIDS, à saúde das mulheres e a dos próprios homens.

Neste momento, estou convidando-o para participar da pesquisa que subsidia a dissertação. Esta pesquisa inclui apenas perguntas e respostas e não apresenta nenhum risco para os participantes. Sua participação é inteiramente voluntária.

Comprometo-me em manter seu anonimato, utilizando no corpo da dissertação um nome fictício para a identificação dos depoimentos, quando se fizer necessário.

Desde já agradeço imensamente a colaboração!

Declaro que li o texto acima e aceito participar da pesquisa “Masculinidades e Práticas de Saúde: Um Estudo dos Homens em Tratamento para HIV/AIDS no Município de Campos dos Goytacazes”, de forma livre e esclarecida.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Perfil do Entrevistado:

1)Nome: \_\_\_\_\_

2)Idade: \_\_\_\_\_ início da vida sexual (anos) \_\_\_\_\_

3)Escolaridade: \_\_\_ menos de 4 anos \_\_\_ 4-8 anos \_\_\_ 8 -11anos > 11anos \_\_\_

4)Cor da pele: \_\_\_ (Pólo claro) \_\_\_ (Pólo escuro)

5)Estado civil/marital no momento do diagnóstico e atualmente:

casado/amigado \_\_\_\_\_

Solteiro \_\_\_\_\_

Separado \_\_\_\_\_

Viúvo \_\_\_\_\_

6)Ocupação no momento do diagnóstico e atualmente:

\_\_\_\_\_

7)Renda no momento do diagnóstico e atualmente

\_\_\_\_\_

8)Arranjo familiar no momento do diagnóstico e atualmente:

\_\_\_\_\_

9)Papel no arranjo familiar no momento do diagnóstico e atualmente:

Provedor/contribuinte/dependente

\_\_\_\_\_

10)Em que área a revelação diagnóstica mais te afetou?(marque com um x) Por quê?

a)Sexo b)trabalho c)estudo d)esporte/lazer e)relacionamento com familiares

f) Relacionamento com amigos g) não afetou h)Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) Sua parceira é Portadora do HIV? sim \_\_\_ não \_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

12)Você possui algum filho portador do vírus?sim \_\_\_ não \_\_\_ Quantos? \_\_\_ idade: \_\_\_

- Pensando em hábitos e atitudes para a manutenção da saúde:

13)Você se preocupava com a sua saúde antes do HIV?Você adota/adotava alguma prática específica para manter-se com boa saúde?Qual?

14)Já fez ex. preventivo para Ca Próstata \_\_\_ S \_\_\_N

Faz uso de álcool \_\_\_\_\_ Freqüência \_\_\_\_\_ Outras substâncias/ \_\_\_\_\_ Freq.: \_\_\_\_\_

15) Antes do diagnóstico você usa preservativo?  
a) sempre b) regularmente c) poucas vezes d) nunca

16) Atualmente usa preservativo?  
a) sempre b) regularmente c) poucas vezes d) nunca

17) Qual sua atitude diante um problema de saúde (antes do diagnóstico de HIV e Atualmente):

- a) procura imediatamente assistência média \_\_\_\_\_  
b) procura assistência em último caso \_\_\_\_\_  
c) não procura assistência \_\_\_\_\_  
d) outros: \_\_\_\_\_

18) O que te motivou a realizar o teste? (marque com um x)  
a) Curiosidade/precaução b) sintomas relacionados a aids c) indicação médica  
d) Relação sexual com parceiro sabidamente HIV + e) Outros \_\_\_\_\_

19) Quanto tempo após o diagnóstico você procurou assistência (SAE)? \_\_\_\_\_

20) Você faz uso de ARV? (marque com x) Sim Não  
caso sim : Você considera ter boa adesão? Sim Não  
caso não : por quê? a) Não tem indicação b) Não aceita o tratamento  
c) Outro motivo: \_\_\_\_\_

21) Quanto tempo levou entre o início do acompanhamento e o uso de ARV? \_\_\_\_\_

22) Você tem outro problema de saúde ? Qual? Faz acompanhamento? Faz uso de outras substâncias? Quais?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23) Quando apresenta algum problema de saúde, onde você procura:  
farmácia \_\_ Posto de saúde \_\_ Pronto socorro \_\_ Religião \_\_ Terapia alternativa \_\_  
Outro Local \_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

- Pensando no serviço de saúde que você utiliza atualmente (SAE):

24) Quando e como foi a sua chegada ao SAE? Com que frequência você frequenta?  
a) mensalmente b) 2/2 meses c) 3/3 meses d) 4/4 meses e) 6/6 meses f) \_\_\_\_\_

25) Qual o motivo?  
a) consulta b) exames c) retirada de medicamentos d) intercorrências clínicas e) \_\_\_\_\_

26) Você enfrenta algumas das dificuldades abaixo para chegar ao Serviço de saúde? Caso positivo, identifique (marcando com x):

( ) dinheiro para passagem ( ) dificuldade de dispensa do trabalho ( ) dificuldade de locomoção ( ) horário de funcionamento d)outro: \_\_\_\_\_

27)Quais os pontos positivos você identifica no Serviço de Saúde que utiliza (CTA/SAE)?  
Equipe Profissional \_\_\_\_\_ Privacidade\_\_\_\_\_ Medicamentos\_\_\_\_\_ Exames\_\_\_\_\_  
Facilidade de acesso \_\_\_\_\_ Outros\_\_\_\_\_

28)Quais os problemas abaixo você identifica no Serviço de saúde (SAE) que você utiliza:  
(marque com um x) consulta exame outros serviços

a)Muita burocracia para o atendimento	_____	_____	_____
b)falta de privacidade	_____	_____	_____
c)Serviço de má qualidade	_____	_____	_____
d)instalações de má qualidade	_____	_____	_____
e)dificuldade de vaga	_____	_____	_____
f)problema de relacionamento com a equipe	_____	_____	_____
g)Horário do atendimento	_____	_____	_____

29)Se pudesse modificar algo no atendimento do SAE, o que alteraria?  
\_\_\_\_\_

30)O que poderia (deveria) ser feito na sua opinião para atrair mais homens ao tratamento no SAE?  
\_\_\_\_\_

31)Qual o seu grau de satisfação com o serviço oferecido pelo SAE?  
a)muito satisfeito b)satisfeito c)insatisfeito d)muito insatisfeito e) \_\_\_\_\_

- Na sua opinião:

32) A quem cabe lembrar o uso do preservativo? Por quê?

a)ao homem b) a mulher \_\_\_\_\_

33)Quem tem mais necessidade de sexo? Por quê? a)homem b)mulher c)os dois Fale um pouco da sua vida afetiva-sexual

34)Quem cuida mais da saúde? Por quê? a)homem b)mulher c)\_\_\_\_\_ Fale um pouco sobre sobre sua saúde ao longo da vida

35)Como encara a infidelidade masculina?Já teve ou mantém alguma relação extraconjugal?

36)Como encara a infidelidade feminina? Sua parceira já teve ou mantém alguma relação extraconjugal?

37)Cite 3 características masculina?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38) Com qual delas você mais se identifica? \_\_\_\_\_

39) Cite 3 características feminina?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

40) Há alguma característica com que se identifica? Qual?

\_\_\_\_\_

41) A aids mudou o exercício da sua masculinidade? Como?

\_\_\_\_\_

42) O que é ser homem? O que é ser homem e ter aids?

43) O que é ser mulher? O que é ser mulher e ter aids?

- Em relação a sua participação no cuidado com o outro responda:

44) Você acompanha o tratamento de alguém em especial? Quem? \_\_\_\_\_

a) acompanha na consulta b) auxilia na medicação c) presta cuidados físicos (banho/alimentação....)

Fale sobre isso:

45) Você participou do acompanhamento clínico da sua parceira durante a gestação? Como?

46) Você participa do acompanhamento clínico de seu(s) filho(s)? Como?

- Em relação a participação de outros no acompanhamento do cuidado de sua saúde:

47) Você recebe apoio no seu tratamento? \_\_\_sim \_\_\_não

De quem? \_\_\_\_\_

Em que área?

48) Com que frequência você costuma dividir com outras pessoas os problemas relacionados ao seu diagnóstico?

a) sempre b) regularmente c) poucas vezes d) nunca

49) Com quem divide? \_\_\_\_\_