

“Mas a categoria de exposição também tem que respeitar a identidade”: HSH, classificações e disputas na política de Aids

“But the category of exposure also has to respect identity”:
MSM, classifications and disputes in AIDS policy

Gabriela Calazans (<https://orcid.org/0000-0003-2414-1281>)¹

Regina Facchini (<https://orcid.org/0000-0001-9347-3963>)²

Abstract *This essay explores the relationship between diversity and public health by addressing tensions related to classifications and recognition in the field of HIV and AIDS policy. The objective is to reflect on how classificatory and operative categories are articulated within the scope of programmatic responses towards the social production of differences and inequalities. To do so it draws from the theoretical framework of studies on vulnerability and recognition and from a methodology that includes a critical review of the literature on the category men who have sex with men (MSM) and ethnographic material, derived from the authors' research and a literature review related to social movements, and research and policies focused on lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals (LGBT). It reviews how the MSM category was constructed in the field of HIV and AIDS prevention policies at an international level, situating political actors and tensions. It problematizes these tensions by analyzing processes of production of political subjects as well as changes in socio-state relations that involve LGBT. It emphasizes the importance of considering how differences and inequalities emerge in socio-political processes and of dedicating studies to improve policies, ensuring an effectively more respectful care.*

Key words *Men who have sex with men, Disease prevention, HIV, Gender diversity, Bisexuals*

Resumo *Este ensaio explora a relação entre diversidade e saúde pública ao abordar tensões que envolvem classificações e reconhecimento no campo das políticas de HIV e Aids. Objetiva refletir sobre como se articulam categorias classificatórias e operativas no âmbito das respostas programáticas em relação à produção social de diferenças e desigualdades. Para tanto, parte do referencial teórico dos estudos sobre vulnerabilidade e reconhecimento e de metodologia que inclui revisão crítica da literatura sobre a categoria HSH e material etnográfico oriundo de pesquisas das autoras e de revisão de literatura, relativo ao movimento social, pesquisas e políticas com foco em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Recupera o processo de construção da categoria HSH no campo das políticas de prevenção de HIV e Aids em âmbito internacional, situando atores políticos e tensões. Problematisa essas tensões ao analisar processos de produção de sujeitos políticos e mudanças nas relações socioestatais que envolvem LGBT. Enfatiza a importância de considerar como diferenças e desigualdades emergem nos processos sociopolíticos e de destinar estudos para aprimorar políticas, assegurando um cuidado efetivamente mais respeitoso.*

Palavras-chave *Homens que fazem sexo com homens, Prevenção de doenças, HIV, Diversidade de gênero, Bissexuais*

¹ Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar 255, Cerqueira César. 05403-000 São Paulo SP Brasil. gajuca@usp.br

² Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

Introdução

A expressão que dá título a este ensaio emergiu em uma entrevista com um ativista em estudo¹ sobre políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas a *gays* e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). A persistência da concentração da epidemia na categoria epidemiológica dos HSH e o incremento na prevalência de infecção pelo HIV nesse grupo há mais de dez anos nos levam a questionar se as políticas e ações de prevenção desenvolvidas no Brasil têm sido suficientes para enfrentar os determinantes dessa epidemia.

O referencial da vulnerabilidade busca atentar para os determinantes sociais e políticos dos processos e das relações multicausais que levam a diferentes conformações da epidemia de HIV e Aids em contextos particulares. Tem como marcas distintivas o entendimento de que as próprias práticas de saúde e o conjunto de saberes e conceitos se configuram como determinantes das condições de saúde que se busca conhecer e transformar, bem como a inclusão da perspectiva dos sujeitos afetados e seus contextos de intersubjetividade². É neste sentido que, mobilizadas pelos incômodos expressos no campo, nos propomos a refletir sobre os sentidos da adoção da categoria HSH no âmbito das políticas de vigilância epidemiológica e de prevenção do HIV e da Aids no Brasil.

Entendemos que, desde o início da epidemia de HIV no Brasil, vem se estabelecendo um diálogo, que se efetiva na forma de políticas, ações e serviços que pretendem oferecer medidas de prevenção e controle do HIV e da Aids. Tal diálogo se dá em meio a uma disputa de horizontes normativos acerca do que se entende como necessário, em termos da saúde pública, e do que se entende como desejável, ou ao menos aceitável, pelos destinatários dessas políticas.

Ao articularmos o referencial da vulnerabilidade e dos direitos humanos² com a teoria do reconhecimento³, buscamos entender como processos de (não)reconhecimento, ou desrespeito, no cuidado público de saúde^{1,4}, compreendido como conjunto de políticas, serviços e ações voltadas à prevenção do HIV e da Aids, contribuem para os processos de vulnerabilização de diferentes segmentos populacionais ao HIV e à Aids.

Nosso objetivo é contribuir para pensar a relação entre diversidade e saúde pública por meio de uma reflexão a respeito de processos de categorização e classificação, compreendidos como formas nas quais linguagem, poder e práticas

se articulam no âmbito das políticas de saúde. Tomamos, assim, o campo do HIV/Aids como lugar privilegiado para pensar questões que envolvem saúde coletiva e diversidade, diferença e desigualdades.

Para isso, metodologicamente, empreendemos uma investigação genealógica da categoria HSH com base em revisão crítica da literatura sobre sua construção no campo das políticas de prevenção de HIV e Aids em âmbito internacional, situando atores políticos e tensões entre a produção de categorias operativas e a abordagem da diversidade de práticas, subjetividades e contextos. Problematizamos essas tensões ao analisar material etnográfico, oriundo de pesquisas das autoras^{1,4-8} e de revisão de literatura, acerca de processos de produção de sujeitos políticos e mudanças nas relações socioestatais que envolvem lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), bem como estudos sobre HIV/Aids em travestis, mulheres trans e homens bissexuais no contexto brasileiro.

A categoria HSH: origens e percurso em um campo disputado

Embora não haja uma produção definitiva que tenha se dedicado à historicização da categoria HSH, diversos estudiosos têm se dedicado à sua crítica⁹⁻¹³. Muitas hipóteses contraditórias sobre sua origem foram aventadas^{10,14}, até os pesquisadores Peter Aggleton e Richard Parker¹¹ relatarem que a categoria foi criada por ativistas comunitários ingleses ao refletirem sobre a recepção de estratégias de prevenção do HIV entre homens *gays* “relativamente autoconfiantes acerca de sua identidade sexual” e “outros’ homens mais fechados” (p. 1554, tradução livre).

Contrariamente à forma com que passou a ser compreendida, não se tratava a princípio de uma categoria inclusiva ou agregadora, mas de uma categoria de diferenciação. Inicialmente, distinguia aqueles com identidade sexual mais aberta e pública, daqueles mais fechados; aqueles vinculados a comunidades *gays* organizadas dos não ligados¹⁵. Posteriormente, chegou-se a uma diferenciação que se cristalizou no campo: entre os homens que se identificavam como *gays* ou homossexuais e aqueles “homens que fazem sexo com homens, mas não se identificam como *gays*”¹⁰ (p. 291, tradução livre).

Apesar de sua origem comunitária, a ampla disseminação da categoria se deu por órgãos multilaterais, como o Programa Global de Aids (PGA), da Organização Mundial da Saúde

(OMS), e posteriormente o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS)¹³, organizações internacionais financiadoras¹⁵ e redes internacionais de pesquisa e ativismo¹⁰. Essa adoção por órgãos do porte da OMS e do UNAIDS fez com que fosse identificada, por alguns de seus críticos, como uma categoria cunhada no âmbito da ciência e da burocracia “para significar comportamento sem identidade”¹⁰ (p. 291, tradução livre).

Considerando o histórico de outras categorias operativas da prevenção, a proposição da categoria “homens que fazem sexo com homens” coincidiu com o momento da virada de “grupos de risco” para “comportamentos de risco”, ocorrida na segunda metade da década de 1980^{16,17}. Assim, articulou-se a um esforço axiomático de afirmar que o risco da infecção pelo HIV não vinha de “de quem você é”, mas “do que você faz”¹⁰ (p. 291, tradução livre), deslocando o foco das identidades para as práticas.

A noção de “grupo de risco” partia do conhecimento epidemiológico e do estabelecimento de categorias analíticas que buscavam identificar características associadas à maior chance de exposição à infecção pelo HIV, mas passou a configurar as identidades concretas daqueles afetados pelo HIV e pela Aids¹⁷. Assim, orientou ações de prevenção focadas na abstinência e no isolamento das pessoas que integravam tais grupos, resultando em processos intensos de estigmatização e discriminação¹⁷. Os homossexuais foram um dos grupos mais afetados por essa abordagem excludente, mas também estiveram entre aqueles que mais se envolveram em sua crítica e na defesa de enfoques que valorizavam o suporte comunitário e uma perspectiva positiva do sexo e da homossexualidade¹⁸.

O reconhecimento do impacto dos processos de estigmatização e discriminação relacionados ao HIV e à Aids, que marcou fortemente a experiência com o conceito operativo de “grupos de risco”, demandou inovações na prevenção. Os esforços mais convencionais envolviam iniciativas de informação e educação e de provisão de serviços sociais e de saúde (distribuição de camisinhas, testagem e aconselhamento, tratamento para outras infecções sexualmente transmissíveis, troca de seringas, tratamento para usuários de drogas injetáveis e fornecimento de sangue e hemoderivados seguros)¹⁶. Foi incorporado ainda um elemento inovador à prevenção do HIV e da Aids por meio das iniciativas de enfrentamento dos processos de estigmatização e discriminação das pessoas vivendo e convivendo com HIV

e Aids e daqueles segmentos sociais em maior risco de exposição ao HIV^{16,19}.

É, provavelmente, pelas associações entre as categorias de “comportamentos de risco” e HSH, que descreviam práticas em vez de identidades reificadas, que comumente se apontou que a proposição da categoria HSH teria como objetivo reduzir o estigma contra homens *gays* e bissexuais, mulheres transexuais e homens heterossexuais auto identificados que se envolviam em sexo com outros homens¹⁴. Isso não se deu sem críticas. Como questiona Boellstorff¹⁰, não se evidencia porque “HSH” seria considerado “menos estigmatizante” do que “gay”, dado que são a homofobia e o heterossexismo que tornam indesejável a explicitação da categoria “gay”.

Mas como se deu a ampla adoção e estabilização da categoria HSH no campo global da Aids? Para responder a essa questão, é preciso considerar a estrutura institucional desse campo ao longo do tempo. Em 1986, foi estabelecido, no âmbito da OMS, o Programa Especial de Aids – posteriormente chamado de PGA, em 1987 –, encarregado de implementar uma estratégia global de combate à epidemia. Em 1996, foi criado o UNAIDS, integrando, além da OMS, outras cinco agências do sistema das Nações Unidas, a partir da compreensão da Aids como tema transversal¹⁹.

Conforme estudos críticos^{10,11,13}, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, o PGA, que tinha como tarefa orientar estratégias de prevenção e controle da Aids e fornecer assistência técnica e financeira aos países, promoveu reuniões para discutir a prevenção do HIV entre *gays*, bissexuais e outros HSH. Apesar de sua influência significativa na resposta global à Aids, com ênfase aos direitos humanos de indivíduos e grupos afetados, incluindo homens *gays*, e às organizações e respostas da sociedade civil, o PGA direcionou atenção limitada aos homens homossexuais e bissexuais na prevenção e na política global de Aids. Com isso, a OMS, sob a sua liderança, não publicou nenhuma diretriz para o desenvolvimento de programas de vigilância ou prevenção voltados a *gays*, bissexuais ou outros HSH¹³.

Segundo McKay¹³, que se dedicou a estudar o papel de organizações internacionais no desenvolvimento e disseminação dessa categoria, com especial atenção ao PGA e ao UNAIDS, alguns fatores contribuíram para isso. Um primeiro fator é sua ênfase em um duplo padrão da epidemia global de Aids, que distinguia a transmissão sexual entre homens homossexuais e bissexuais, nos países desenvolvidos, da transmissão sexual entre

homens e mulheres heterossexuais em países em desenvolvimento. Tal ênfase minimizou o reconhecimento da presença da diversidade sexual e de gênero em contextos em desenvolvimento e, convenientemente, poupou o PGA de defender a extensão da vigilância e prevenção para abordar novas infecções entre homossexuais, bissexuais e outros HSH e de confrontar governos nacionais intolerantes, mantendo o compromisso desses com outros programas da OMS¹³.

Um segundo fator tem relação com a estrutura decisória do PGA, dependente de pequenos grupos de especialistas mobilizados para dar respostas rápidas diante de novas informações e demandas. Tal estrutura foi apontada como problemática por dificultar a construção de consensos, em um contexto no qual faltavam informações embasadas em pesquisa e havia grandes polêmicas e politização das discussões. Assim, as recomendações de políticas de prevenção da OMS adotaram uma linguagem vaga, que agrupava todas as formas de transmissão sexual do HIV, e descartava referências abertas a comportamentos sexuais e grupos marginalizados¹³.

É nesse contexto que a adoção da expressão “homens que fazem sexo com homens” apresentou-se como um termo adequado – epidemiologicamente e politicamente – para as Nações Unidas, afastando-se de uma agenda *gay* e política, como relatado por Gary Dowsett, presente a reuniões promovidas pelo PGA¹³.

Estiveram engajados nestes diálogos, como é característico do campo do HIV e da Aids, trabalhadores da saúde pública, epidemiologistas, pesquisadores e ativistas. Segundo Boellstorff¹⁰, o conceito se originou de dois *insights*: primeiro, de que há homens que fazem sexo com homens e não se veem como *gays*, podendo assim ser hostis ao termo; e, segundo, de que programas de prevenção direcionados a *gays* poderiam excluir uma gama desses HSH que não se identificam como *gays*.

Neste diálogo, os pesquisadores tinham como principais preocupações os limites de termos tomados por sua origem biomédica (e psiquiátrica) como homossexual e bissexual, com os quais poucos homens se identificavam naquele contexto, bem como apontar a grande diversidade de grupos de homens que fazem sexo com homens, que poderiam estar associados a fatores situacionais e circunstanciais, interseccionados por raça, gênero, classe e idade, nos mais diversos contextos sociais, multiplicidade de subjetividades e práticas¹¹. Aggleton *et al.*¹¹ apontam que, apesar de pesquisas sociais nos anos 1990 e 2000 terem

documentado significativa diversidade entre *gays*, bissexuais, outros HSH e pessoas trans, a adoção de categorias como HSH, compreendidas como unificadoras em discursos epidemiológicos e programáticos, acabou por ter efeito oposto, apagando as percepções de diversidade dentro dessas populações. É nesse sentido que Young *et al.*⁹ mencionam a adoção, a partir de 1994, do acrônimo “HSH”, e podemos indicar sua progressiva “substantivização” no campo: deixa de se constituir como uma categoria de diferenciação e passa progressivamente a operar como uma categoria agregadora e invisibilizadora da diversidade que pretendia carregar.

Em que pese reconhecer a validade de esforços de deslocamento do foco das ações de prevenção dos chamados “grupos de risco” para os “comportamentos de risco”, ativistas homossexuais envolvidos no campo da Aids já apontavam, nos anos 1990, para a preocupação de que esse deslocamento pudesse implicar uma “desomossexualização”²⁰ (tradução livre, p. 432) internacional da Aids, ou ainda, de que se tratasse da adoção de uma linguagem eufemizante do sexo¹⁰ (p. 294, citando King, 1994).

Mudanças sociopolíticas e especificidades: desafios às políticas de saúde no Brasil

No Brasil, em 2007, os antropólogos Sérgio Carrara e Júlio Simões²¹ identificavam a proposição do termo HSH como integrante de uma estratégia que “se supunha contemplar a especificidade do contingente de homens que se relacionavam sexualmente com pessoas do mesmo sexo e não se reconheciam em categorias identitárias, tais como ‘homossexuais’, ‘gays’, ‘entendidos’ etc.”²¹ (p. 94). Ainda segundo os autores:

*Um problema com a categoria HSH é dissolver a questão da não-correspondência entre desejos, práticas e identidades numa formulação que recria a categoria universal “homem” com base na suposta estabilidade fundante do sexo biológico, ao mesmo tempo em que permite evocar as bem conhecidas representações da sexualidade masculina como inerentemente desregrada e perturbadora*²¹ (p. 94).

Essa reflexão crítica emergiu em meio a processos sociopolíticos de mudança que incluem tanto o fortalecimento e a ampliação de visibilidade dos movimentos sociais atualmente conhecidos como LGBT quanto o reconhecimento, ainda que parcial e precário, de demandas dessas populações. Tais processos tiveram início em meados dos anos 1990, e tomaram corpo com a

criação do Programa Brasil Sem Homofobia e uma série de políticas públicas e normativas desenvolvidas entre 2003 e 2011²².

O diálogo socioestatal demandava sujeitos políticos que pudessem explicitar claramente especificidades de determinadas populações, implicando transformações nas formas de autoidentificação, tanto de ativistas como da população LGBT em geral. Tais transformações incluem o descentramento da categoria homossexualidade, mas também a complexificação e diversificação do sujeito político do movimento, com efeitos diversos nas formas de classificação dessa população²². Na produção acadêmica das ciências sociais, isso se fez notar como uma “dupla fratura epistemológica” da categoria ampliada “homossexualidade”: com a distinção entre *gays* e lésbicas, ainda na passagem para os anos 1980; e a emergência das identidades trans (travestis e transexuais), na virada do século²³.

Trabalhos mais recentes apontam um processo em que o acionamento estratégico de identidades – essencialismo estratégico –, típico das duas primeiras décadas de diálogo socioestatal, passou a conviver com uma presença mais intensa de: 1) demandas pela representação da experiência mais direta de variados sujeitos; e 2) difusão de uma perspectiva interseccional, que procura articular múltiplas diferenças e desigualdades em suas dimensões da experiência e das estruturas sociais. Essa diversificação de perspectivas e de repertórios ativistas tem lugar em meio ao adensamento de críticas à centralidade do diálogo socioestatal e ao avanço de atores políticos refratários à agenda dos direitos sexuais e dos direitos humanos, tal como vinham sendo concebidos e construídos nas últimas décadas⁶.

Trata-se de um cenário de mudanças intensas no campo das relações socioestatais e no cotidiano e nos modos de classificação das populações LGBT. Ao longo desse processo, categorias visibilizadas a partir dos efeitos ampliados da epidemia de HIV e Aids em sua primeira década, como “travestis” e “bissexuais”, passaram aos poucos a habitar o cenário político. Contudo, como vemos a seguir, o fazem em diferentes condições e enfrentando estigmas arraigados, embora distintos.

A categoria travesti emergiu politicamente a partir da organização coletiva para fazer frente à epidemia, que avançava a passos largos, cercada por estigmas, sobre uma população já extremamente marginalizada e discriminada. Na passagem para os anos 1990, iniciativas como casas de apoio para travestis afetadas pela Aids conviviam com a organização política para enfrentar a epi-

demia e o crescimento da violência contra aqueles que espalhavam a “peste gay”, que vitimizava de modo específico às travestis que exerciam a prostituição de rua⁷.

É como uma população marcada por grande vulnerabilidade e visibilidade que travestis vêm se organizando politicamente e tomando parte do movimento social desde meados dos anos 1990. Foram incluídas no acrônimo utilizado para representar o movimento em 1995 e fundaram sua primeira rede nacional de ativistas, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), em 2000, o que se seguiu à emergência de transexuais como sujeitos políticos, no final dos anos 1990²⁴.

As condições de vida de pessoas travestis e transexuais foram positivamente afetadas de modo sensível a partir dos anos 2000, sobretudo entre sujeitos situados em estratos sociais menos desfavorecidos e/ou apoiados por suas famílias de origem. Tais mudanças tiveram relação tanto com a maior legitimidade social alcançada pelos esforços dos movimentos LGBT e de travestis e transexuais quanto a partir de políticas públicas. Na área de saúde, destacam-se a instituição do processo transexualizador no SUS e as políticas de prevenção ao HIV e tratamento da Aids; no campo dos direitos específicos, emergiram as normativas que possibilitaram o uso do nome social em espaços como escolas, bancos e órgãos públicos e a posterior decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que autorizou a alteração de prenome sem necessidade de laudo ou cirurgias⁸.

Tais transformações na organização política e no reconhecimento de demandas por entes estatais relacionam-se à cidadanização²⁵, mas também às críticas²³ ao caráter diluidor e essencializante da categoria HSH. Essas mudanças, embora muito importantes, devem ser consideradas em termos de suas precariedades e das tensões e constantes ameaças de refluxo em que estão imersas. É preciso considerar o alcance desigual dos efeitos dessas políticas entre sujeitos de diferentes inserções regionais, geracionais, de classe e de raça, bem como os impactos nocivos da ascensão política de setores que têm como uma das principais pautas na agenda política o bloqueio ao avanço de pautas e políticas favoráveis aos direitos de LGBT⁸.

Bissexuais também emergiram como categoria visível na primeira década da epidemia no Brasil, a partir de pressuposições homogeneizantes de “vida dupla” e não assunção de identidades sociossexuais relativas às suas práticas e de sua associação com a ideia de uma “ponte” para

o HIV entre populações homo e heterossexuais. Pesquisas sociocomportamentais realizadas em diferentes capitais ao longo dos anos 1990 indicavam um percentual entre 12% e 16% de bissexuais autoidentificados em coortes de homens que fazem sexo com homens²⁶.

A categoria bissexual tem um percurso bastante atribulado de inserção e de organização política. No final dos anos 1990, após a emergência, o crescimento e a difusão das Paradas do Orgulho, a partir de São Paulo, e de esforços de articulação ao movimento internacional, adotou-se a conformação internacional do acrônimo GLBT, que incluía a letra B, relativa aos bissexuais. Resistências internas ao movimento se fizeram sentir a partir de medidas como a alocação do B ao final do acrônimo, até que, em 2003, um encontro nacional do movimento deliberou por sua exclusão. Essa medida extrema provocou a mobilização de ativistas bissexuais antes dispersos^{7,27}.

A primeira iniciativa de organização regional e nacional de coletivos e ativistas em torno da bissexualidade culminou na criação, em 2005, do Coletivo Brasileiro de Bissexuais (CBB), descontinuado em 2007, em meio a conflitos que envolveram representação em espaços de diálogo socioestatal e dificuldades de reconhecimento por outros segmentos do movimento GLBT. Outra iniciativa surgiu a partir de 2010, com a organização de coletivos amparados pela popularização do acesso à internet e pelo uso de redes sociais²⁷. A organização em separado do movimento, que passara a denominar-se LGBT, possibilitou estabilidade ao ativismo de bissexuais, culminando, em 2020, na criação da Frente Bissexual Brasileira (FBB), que articula coletivos e indivíduos de todo o país, procurando dar visibilidade a atividades e demandas e encaminhá-las.

O conhecimento científico sobre ambas as populações (trans e bissexuais) no Brasil é precário, caracterizado por conjuntos pouco numerosos de estudos e predominância de pesquisas qualitativas em contextos específicos. Pesquisas aplicadas à produção de políticas públicas estão quase que exclusivamente restritas às pessoas trans, sendo, até bem pouco tempo, produzidas predominantemente pelas próprias organizações ativistas²⁸.

Embora não haja dados sociodemográficos nacionais que permitam estimar a população bissexual, pesquisas realizadas em paradas LGBT no Rio de Janeiro, Recife e São Paulo entre 2004 e 2006 encontraram, entre mulheres e homens participantes, percentuais de 8,8% a 12,9% autodeclarados bissexuais e de 35,9% a 63% iden-

tificados a partir de categorias que remetem às homossexualidades²⁹⁻³¹. Entre essas pesquisas, apenas algumas desagregaram por sexo os respondentes autoidentificados como bissexuais. Seus resultados rebatem estigmas, indicando percentuais semelhantes de assunção de identidade sociosexual na vida social entre homens autodeclarados homo ou bissexuais, bem como de relato de situações de discriminação e/ou agressões motivadas pela sexualidade^{30,31}.

No que diz respeito ao HIV/Aids, além dos estudos não necessariamente desagregarem homo e bissexuais, abordam predominantemente condutas sexuais, e quando incluem identidades, não o fazem de modo a correlacionar as dimensões das condutas e das identidades aos resultados. Apesar disso, especificidades identificadas incluem trajetória não decrescente do risco relativo³² e situações de risco mais frequentes³³ entre homens com condutas bissexuais. Estudo sociocomportamental com testagem sorológica conduzido em São Paulo entre 2011 e 2012 encontrou 14,3% de autoidentificados bissexuais e 38,9% com condutas dirigidas a mais de um sexo; a prevalência de HIV encontrada foi mais baixa entre autoidentificados bissexuais (9,4%), contra 17,6% entre *gays*/homossexuais, embora ambas sejam muito maiores do que a prevalência na população em geral³⁴.

Os estudos quantitativos de natureza aplicada entre pessoas trans ainda são escassos. Pesquisas sobre HIV/Aids específicas com travestis e mulheres trans são recentes e indicam prevalências significativamente mais altas³⁵ e comportamentos sexuais e preventivos suficientemente diversos para que sigam sendo realizados em separado.

O exposto nos permite afirmar que, atualmente, a categoria HSH abriga não apenas homossexuais autoidentificados e homens que mantêm relações com outros homens mas não derivam disso uma identidade. No próprio momento em que a categoria HSH foi introduzida no país já havia, em coortes de estudos, sujeitos autoidentificados como bissexuais ou travestis²⁶. Ao longo dos anos, foram se adensando especificidades relativas tanto à trajetória de organização política quanto à permeabilidade a agendas no âmbito das políticas públicas, bem como os níveis de conhecimento existentes sobre as diversas identidades agregadas na categoria HSH. Do ponto de vista do conhecimento sobre o HIV, hoje é conhecida a variação de prevalências e de comportamentos sexuais e preventivos entre as diversas categorias de identidade. Contudo, as respostas programáticas não têm se mostrado

alinhadas a essas mudanças sociopolíticas e ao conhecimento que vem sendo produzido.

Tal dissonância ficou evidente quando, em 2007, foram realizadas as negociações, coordenadas pelo Programa Nacional de DST e Aids, para a elaboração dos planos de enfrentamento da epidemia. Naquele momento, as travestis organizadas em movimento optaram por integrar o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis” e as mulheres transexuais por serem agregadas ao “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”. Ao longo desse período, tensões entre travestis e transexuais se aprofundaram, com uma tendência ao afastamento das transexuais tanto do movimento LGBT quanto da categoria transexual. Ao mesmo tempo em que *gays* reivindicaram a saída da sigla HSH, bissexuais não puderam fazer o mesmo, e transexuais realizavam intensos debates em torno de categorias como “mulheres que vivenciam a transexualidade”³⁶ (p. 183). Nesse mesmo contexto, a categoria HSH, além de substantivada, começava a ser utilizada, com conotação identitária ou acusatória, por homens com condutas homo ou bissexuais.

Apesar de todo o embate em torno de visibilizar especificidades, os planos de enfrentamento à Aids parecem ter sido pouco incorporados pelas gestões locais – estaduais e municipais – e obscurecidos, no âmbito programático, pela elaboração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), lançada em 2011¹. A Política atendeu às demandas por visibilidade e reconhecimento, mas para isso enquadrou a população LGBT de modo separado de outras populações, como a de mulheres. Além disso, não chegou a contemplar plenamente o enfrentamento à Aids. As tensões envolvendo o estigma que vincula *gays* e HIV/Aids contribuíram para que o tema não fosse adequadamente inserido na Política^{1,4}. Nesse mesmo período, as políticas e a agenda de LGBT passaram a sofrer duros ataques, com escândalos em torno de materiais de educação e comunicação dirigidos a públicos específicos¹.

Considerações finais

As análises empreendidas nos mostram que a manutenção da adoção da categoria HSH no âmbito das políticas de HIV/Aids viola expectativas normativas de reconhecimento no cuidado

público em saúde ao nublar e homogeneizar diferentes segmentos sociais sob a pressuposição de se tratarem, genericamente, de *gays* e outros HSH.

No que diz respeito a bissexuais, embora se reconheça a diversidade de situações nas quais a categoria pode se referir a condutas ou à identidade, verifica-se, em estudos e políticas, o apagamento sistemático do uso da categoria como relativa à identidade homossexual, bem como homogeneização e dissolução de especificidades. Isso se dá tanto pela via do uso da categoria HSH quanto da expressão “*gays* e bissexuais”, esta última sem indicação de especificidades a cada uma das categorias, mas também por estudos e ações específicas que se remetem a “pessoas bissexuais” sem desagregá-las por sexo. Assim, são desrespeitadas as identidades homossexuais dos sujeitos e obliteradas as possibilidades de produção de conhecimento científico, políticas e ações programáticas adequadas e efetivas.

Mulheres trans e travestis, categorizadas sistematicamente como casos masculinos nos dados epidemiológicos, são desrespeitadas em suas identidades de gênero e excluídas da produção de dados públicos sobre HIV e Aids. Tal apagamento traz graves implicações à produção de informações de saúde, que falham em orientar esforços de prevenção e cuidado, bem como em direcionar adequadamente recursos técnicos e financeiros. Informações pontuais têm sido produzidas por pesquisas isoladas^{35,37,38}, mas não asseguram séries históricas e o acompanhamento da evolução das condições de saúde das pessoas trans, nem sua produção em todo o território nacional, indicando que estratégias de vigilância epidemiológica contribuem para a vulnerabilidade programática destes segmentos populacionais. Expressa, ainda, como a saúde segue tendo o sexo e a genitália como categorias centrais na produção das políticas, a despeito da crescente cidadania de pessoas dissidentes da cisgeneridade.

Ao direcionar políticas de prevenção, a adoção da categoria HSH dificulta a comunicação das mensagens preventivas, já que não explicita com quem estaria estabelecendo interlocução. Os argumentos que sustentaram inicialmente sua adoção – a diversidade de subjetividades, práticas e contextos e a distinção entre identidades e práticas – se viram deslocados para uma referência estrita ao sexo dos indivíduos e de seus parceiros sexuais (concebidos como pênis em relação com vaginas e ânus) e à constituição e pressuposição de uma identidade HSH de caráter universalizante, englobante e homogeneizador de toda e qual-

quer diversidade de desejos, práticas e identidades. Esse deslocamento, e a consequente tentativa de universalização da categoria HSH, culminou em limitações das políticas de saúde para lidar com complexidades e diferenças no âmbito da experiência, produzindo apagamentos que engendram desigualdades no cuidado.

Atualmente, a partir de tais disjunções e em um cenário político refratário ao reconhecimento de demandas LGBT, os sujeitos trans, muito diversos, que se constituíram em um contexto de atendimento das necessidades de mudanças corporais e de adequação do registro civil à identidade e à expressão de gênero, demandam a validação formal de suas parentalidades e do registro dessa experiência por meio de alterações na Declaração de Nascidos Vivos, o que abre pela primeira vez a oportunidade (ainda incerta) de registro de suas identidades de gênero dissidentes nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Esse é um tema complexo e desafiador, sobretudo no atual contexto, que transcende o nosso foco e demandaria tratamento cuidadoso e específico. O mencionamos apenas para sublinhar que, ao pensarmos na relação entre saúde coletiva e diversidade, talvez se trate menos de produzir e sustentar categorias tidas como corre-

tas com foco em um suposto acolhimento e respeito aos indivíduos.

O acolhimento e o respeito devem ser, sem dúvidas, buscados no nível das políticas, no cotidiano da oferta e de cuidados em saúde e na produção de informações. Mas talvez seja menos uma questão de multiplicar categorias. É fundamental estarmos atentos ao que de fato faz diferença, considerando que a diferença não é algo dado ou estático, não tem um caráter essencial, mas produzido em relações sociais, que são relações de poder, nas quais diferenças potencialmente operam como desigualdades³⁹. Nessa direção, a dimensão da produção do conhecimento se torna fundamental para produzir respostas mais adequadas às necessidades de saúde.

A epidemia de HIV e Aids, assim como a pandemia de COVID-19 atualmente, têm se mostrado lugares privilegiados para observar as relações entre diferenças, desigualdades e saúde. É o olhar para o modo como a diferença é recortada no social em dado contexto, como se articula com outras diferenças e como produz desigualdades que pode nos orientar a produzir melhores respostas no âmbito programático, assegurando um cuidado efetivamente mais respeitoso no cotidiano da atenção à saúde.

Colaboradores

G Calazans e R Facchini contribuíram igualmente na concepção e no delineamento do artigo, na redação, sua revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Calazans GJ. *Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
- Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
- Honneth A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34; 2003.
- Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JRCM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sex Salud Soc* 2018; 29:263-293.
- Facchini R, Calazans GJ, França IL, Gambôa RF, Puccinelli B, Redoschi B, Ribeiro M, Veras MASM. “A prevenção não sobe a Augusta”: homossexualidade, HIV, “risco” e produção de fronteiras na região central da cidade de São Paulo. *Sex Salud Soc* 2018; 29:340-372.
- Facchini R, Carmo IN, Lima SP. Movimentos feminista, negro e LGBTI no Brasil: sujeitos, teias e enquadramentos. *Educ Soc* 2020; 41:e230408.
- Facchini R. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- Facchini R. De homossexuais a LGBTQIAP+: sujeitos políticos, saberes, mudanças e enquadramentos. In: Facchini R, França IL, organizadoras. *Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 2020. p. 31-69.
- Young RM, Meyer IH. The trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *Am J Public Health* 2005; 95(7):1144-1149.
- Boellstorff T. But do not identify as gay: a proleptic genealogy of the MSM category. *Cult Anthropol* 2011; 26(2):287-312.
- Aggleton P, Parker R. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. *Am J Public Health* 2015; 105(8):1552-1558.
- Parker R, Aggleton P, Perez-Brumer, AG. The trouble with ‘Categories’: Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. *Glob Public Health* 2016; 11(7-8):819-823.
- McKay T. From marginal to marginalised: The inclusion of men who have sex with men in global and national AIDS programmes and policy. *Glob Public Health* 2016; 11(7-8):902-922.
- Baral S, Sifakis K, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med* 2007; 4:e399.
- Dowsett GW. Reaching men who have sex with men in australia. an overview of AIDS education: community intervention and community attachment strategies. *Aust J Soc Issues* 1990; 25(3):186-198.
- Mann JM, Tarantola D, organizadores. *AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses*. New York: Oxford University Press; 1996.
- Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-138.
- Crimp D. How to have promiscuity in an epidemic. In: Crimp D, editor. *Aids: cultural analysis, cultural activism*. Boston: MIT Press; 1987; p. 237-271.
- Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003; 57(1):13-24.
- Watney S. “Risk groups” or “Risk behaviors?”. In: Mann JM, Tarantola D, editors. *AIDS in the world II: global dimensions, social roots and responses*. New York, Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 431-432.
- Carrara S, Simões JA. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. *Cad Pagu* 2007; 28:65-99.
- Aguião S. *Fazer-se no “Estado”: uma etnografia sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2018.
- Simões JA, Carrara S. O campo de estudos socioantropológicos sobre diversidade sexual e de gênero no Brasil: ensaio sobre sujeitos, temas e abordagens. *Cad Pagu* 2014; 42:75-98.
- Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sex Salud Soc* 2013; 14:319-351.
- Carrara S. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. *Cad Pagu* 2016; 47:e164717.
- Parker R, Terto-Jr V. *Entre homens: homossexualidade e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; 1998.
- Silveira MLA. *Os unicórnios no fim do arco-íris: bissexualidade feminina, identidades e política no Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2018.
- Coacci T. *Conhecimento precário e conhecimento contra-público: a coprodução dos conhecimentos e dos movimentos sociais de pessoas trans no Brasil* [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2018.
- Carrara S, Ramos S. *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005.
- Carrara S, Ramos S, Simões J, Facchini R. *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – São Paulo 2005*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.

31. Carrara S, Ramos S, Lacerda P, Medrado B, Vieira N. *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 5ª Parada da Diversidade – Pernambuco 2006*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007.
32. Beloqui JA. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):437-442.
33. Greco M, Silva AP, Merchán-Hamann E, Jeronymo ML, Andrade JC, Greco DB. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. *Rev Saude Publica* 2007; 41(Supl. 2):109-117.
34. Veras MASB, Calazans GJ, Ribeiro MCSA, Oliveira CAF, Giovanetti MR, Facchini R, França IL, McFarland W, The Sampa Centro Study Group. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav* 2015; 19:1589-1598.
35. Grinsztejn B, Jalil E, Monteiro L, Moreira R, Ferreira AC, Castro C, Krüger A, Luz P, Liu A, McFarland W, Buchbinder S, Veloso V, Wilson E. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV* 2017; 4(4):e169-e176.
36. Teixeira FB. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.
37. Garcia Ferreira AC, Esteves Coelho L, Jalil EM, Luz PM, Friedman RK, Guimarães MRC, Moreira RC, Eksterman LE, Cardoso SW, Castro CV, Derrico M, Moreira RI, Fernandes B, Monteiro L, Kamel L, Pacheco AG, Veloso V, Grinsztejn, B. Transcendendo: a cohort study of HIV-infected and uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. *Transgend Health* 2019; 4(1):107-117.
38. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, Toledo L, Mota JC, Velasco-de-Castro CA, Sperandei S, Brignol S, Travassos TS, Santos CM, Malta MS. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(Suppl. 1):S16-S24.
39. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad Pagu* 2006; 26:329-376.

Artigo apresentado em 25/05/2022

Aprovado em 27/05/2022

Versão final apresentada em 29/05/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva