

ENCONTRO:
REVISTA DE PSICOLOGIA
Vol. 17, Nº. 27, Ano 2014

Sônia Regina Corrêa Lages
Universidade Federal de Minas Gerais
E-mail: sonialages@ig.com.br

Ariane Macthelly da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais
E-mail:
arianemac18@yahoo.com.br

Marina Passos Pereira Campos
Universidade Federal de Minas Gerais
E-mail:
maripassos14@gmail.com

Walter Miez
Universidade Federal de Minas Gerais
E-mail: waltermiez@hotmail.com

DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS ENTRE OS HOMOSSEXUAIS NEGROS

RESUMO

Diante da iniquidade no campo da saúde da população negra, apresentamos uma reflexão sobre os processos de segregação racial e opressão sexual como influência para a vulnerabilidade ao vírus HIV entre negros e homossexuais, e ainda, sobre a forma como o preconceito e a invisibilidade desses grupos atuam sobre as políticas de prevenção e a promoção da saúde. A metodologia fez uso da revisão bibliográfica, e conclui chamando atenção para a necessidade das ações públicas de prevenção e tratamento da HIV/AIDS incluírem a análise e implicação dos fatores socioculturais que atravessam a referida epidemia.

Palavras-chave: Saúde da População Negra. HIV/AIDS. Homossexuais. Negros e Afrodescendentes.

ABSTRACT

Given the inequality in the field of black people's health, we present a reflection on how the processes of racial segregation and sexual oppression influence vulnerability to HIV viruses among black and homosexual people, and even how the prejudice and invisibility of these groups act on the politics of prevention and health promotion. The methodology used was literature review and it concludes that it is necessary to pay attention to politics of public prevention and treatment of HIV / AIDS considering an analysis about the implication of sociocultural factors crossing this epidemic.

Keywords: Black People Health. HIV/AIDS. Homosexuals. Black People and African Descent.

1. Introdução

Apesar da Organização Mundial de Saúde - OMS (BRASIL, 1986) estabelecer um conceito amplo de saúde, considerando-o como o estado do mais completo bem-estar, incluindo o físico, o mental e o social, e não apenas a ausência de doenças, a prática dessa concepção tem se mostrado bastante complexa, quando envolve outro elemento, o cultural.

As questões socioeconômicas, de gênero, de idade e ambientais, ligadas ao adoecimento são rapidamente detectadas, quando se referem ao local e condições de moradia; condições de trabalho; às condições em que a pessoa nasce; à falta de saneamento básico, dentre outras, mas o elemento cultural, na maioria das vezes é invisível, como no caso das desigualdades de raça. Isto se deve ao mito da democracia racial, ideologia que apresenta a ideia de que as relações étnico-raciais no Brasil são harmônicas, fundadas na construção de uma identidade nacional igualitária e sem conflitos (SOUZA, 2009). Essa ideia acabou por favorecer determinadas classes sociais, que privilegiadas, receberam no campo da saúde toda a atenção.

Diante disto, foi só muito recentemente, que a população negra recebeu um olhar mais focado sobre sua saúde, e este momento é bem marcado, foi a partir Documento Final da III Conferência contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, que aconteceu em 2001, em Durban, na África do Sul. Este documento aponta o racismo como um fator importante na produção de iniquidades em saúde, atingindo de sobremaneira a população negra e afrodescendente.

Mas será apenas em 2009 que o Ministério da Saúde (MS) publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes, incluindo o recorte racial/étnico como sendo fundamental para a análise dos indicadores de saúde e para o planejamento das ações em prol da saúde da população negra. Os dados oriundos desse recorte apontam para a necessidade de promoção de ações de prevenção com foco nas doenças como anemia falciforme e hemoglobinopatias,

diabetes, hipertensão arterial, niomatoses, pré-natal e gravidez precoce, e em DST-AIDS.

A partir disto, e de uma pesquisa em andamento, sobre o estado da arte em psicologia social e saúde da população negra, que aponta para uma ausência de pesquisas com este recorte, é que o presente artigo apresenta uma reflexão sobre a necessidade de se articular a questão étnica-racial, DST-AIDS e homossexualidade, como sendo de fundamental importância para a construção da equidade em saúde da população negra.

2. A Articulação Entre Repressão Sexual, Homossexualidade e AIDS

A história da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que se dá pela infecção do vírus HIV, é assinalada por inúmeras estigmatizações que violentaram determinados grupos que foram diretamente associados à doença. Ser considerado soropositivo, por sua vez, vinha carregado de uma série de marcadores sociais e nomeações que adjetivavam o sujeito a partir da sua condição.

Na história do HIV os primeiros pacientes atingidos pela doença foram os homossexuais, de modo que a primeira explicação para o surgimento da doença colocava os homossexuais, considerados o primeiro “grupo de risco”, como responsáveis ou a fonte do “câncer gay” que atingia a sociedade. A associação do HIV aos homossexuais funcionou como primeira tentativa de explicação do fenômeno:

Pelo fato dos homossexuais terem sido os primeiros atingidos no mundo ocidental, a associação de AIDS e homossexualidade foi a primeira tentativa de explicação de um fenômeno para o qual sequer a comunidade científica apresentava respostas. [...] A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na homossexualidade poderia estar sua origem, o que tornava os homossexuais uma população considerada, na terminologia epidemiológica, ‘de risco’. (BARBARÁ *et al.* 2005, p.332).

Por outro lado, esse mesmo grupo foi o primeiro grupo a se organizar e se mobilizar em forma de ONGs produzindo os primeiros trabalhos de prevenção ao vírus.

Dada esta vinculação inicial entre homossexualidade e AIDS, diversos ativistas homossexuais tiveram papel importante nas primeiras iniciativas de combate à doença. Grupos do então nascente movimento homossexual foram responsáveis pela

primeira articulação da sociedade civil com órgãos de saúde para produzir uma resposta governamental à AIDS. (SANTOS, 2009, p.285).

Ainda segundo Barbará *et al.* (2005) foi devido às incertezas da ciência médica e a sensacionalização midiática que se construiu uma representação social da doença onde havia duas concepções: a moral/social e a biológica. A concepção moral/social considerava que os grupos atingidos pela doença eram punidos pelas condutas permissivas naquilo que diz respeito à sexualidade e ao uso de drogas. A concepção biológica que influenciou na representação social da AIDS foi a sua transmissão pelo sangue ou espermatozoides, que induziu a uma interpretação errônea de que o contágio poderia acontecer também pelos líquidos corporais, como a saliva e o suor. Foram exatamente os primeiros estudos científicos que contribuíram para a construção dessa representação social negativa da AIDS e da estigmatização dos grupos atingidos.

Os pertencentes aos grupos de risco neste caso eram: homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de heroína e prostitutas. Construção criada a partir da conotação moralista de um discurso que fazia da sexualidade “descontrolada” a grande causa do mal. Parcelas da população se viam despreocupadas em relação à sua conduta sexual por não se sentirem incluídas nesses grupos, entendendo-se assim como não vulneráveis à doença.

Para Paiva e Alonso (1992, p.7), houve um deslanche de construções mal elaboradas acerca do HIV/AIDS de forma que homossexuais masculinos acreditavam que contrairiam o HIV e que os portadores fossem divididos entre “vítimas inocentes” (hemofílicos) e pessoas “promíscuas” (homossexuais, prostitutas e viciados em drogas).

Segundo Sonteg (1989), as doenças epidêmicas sempre foram ligadas por um grupo às nações estrangeiras e a grupos marginais. Da mesma forma, a AIDS, também teria origem ligada aos lugares estrangeiros (África, por exemplo) e nos grupos marginais (homossexuais).

Barbará *et al.* (2005, p. 335), coloca que no Brasil, a história evolutiva da AIDS pode ser separada em três fases: uma primeira, caracterizada pelo conceito de “grupos de risco” levava em consideração apenas os infectados pelo vírus sem quaisquer ações preventivas; a segunda, relacionada ao “comportamento de risco” considerava que a epidemia atingia também heterossexuais e que a exposição ao vírus se dava majoritariamente a partir do compartilhamento de agulhas e seringas; e a terceira, à “vulnerabilidade social” que avalia a

suscetibilidade dos indivíduos de se exporem e se infectarem com o HIV a partir de seu contexto sócio-histórico.

O conceito de vulnerabilidade teve destaque no início da década de 1990 e ocupou o lugar do antigo conceito de grupos de risco. De acordo com Ayres (2003 *apud* GARCÍA, 2006, p.10), ele é expresso por um

conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e ao modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

Essa nova denominação expande a reflexão a respeito da população atingida pelo vírus e retira o peso da estigmatização do portador, ampliando a compreensão a respeito da doença o que implica em uma prevenção voltada para o contexto psicossocial do sujeito e não somente nos aspectos do comportamento individual como sempre ocorria até então.

No entanto, a busca por novos conceitos que busquem minimizar o preconceito e estigmas sociais contra os portadores do HIV/AIDS são insuficientes para uma questão tão complexa que envolve, além de fatores sociais, fatores culturais. É nesse sentido que o combate à AIDS necessita tanto de ações concretas no campo da saúde pública, como de desinstitucionalização dos valores morais que são geradores de preconceitos e discriminação. Esses valores dizem respeito às ideologias cristãs, capitalistas e médico-científico que há muito normatizam as orientações sexuais.

De acordo com Foucault (1988, p. 9) a sexualidade era vivida antes do capitalismo de forma muito livre, sem pudores, recheado de 'transgressões visíveis', porém com o advento da burguesia a sexualidade é interdita e transportada para o interno da família conjugal, mais especificamente para o quarto dos pais onde ela terá apenas uma função reprodutiva (aqui se instaura a heterossexualidade como regra). A família é a instituição na qual são direcionados todos esses discursos repressores e punitivos sobre a sexualidade e ao mesmo tempo ela é a perpetuação desse tipo de sexualidade, ela é a matriz heterossexista, machista e reprodutivista.

O sexo então desaparece, deixa de ser nomeado, passa a ser evitado enquanto comportamento sem fins reprodutivos:

O que não é regulado para a geração, ou por ela transfigurado não possui eira, nem beira, nem lei. Nem verbo também. É ao mesmo tempo expulso, negado e reduzido ao silêncio. Não somente não existe como não deve existir à menor manifestação fá-

lo-ão desaparecer – sejam atos ou palavras [...] se for mesmo preciso dar lugar às sexualidades ilegítimas, que não incomodam noutro lugar: que incomodem lá onde possam ser reinscritas, senão nos circuitos da produção, pelo menos nos do lucro. (FOUCAULT, M. 1988, p.10).

De acordo com Foucault (1988), a sexualidade é reprimida para que o novo estilo de vida capitalista sobreviva. Uma vida de prazeres sexuais é incompatível com o trabalho, a força de trabalho, principal fonte de capital da burguesia, não poderia ser dissipada nos prazeres sexuais. Outro fator que contribuiu para o fortalecimento da repressão sexual é a associação do sexo ao poder, falar de sexo se torna algo transgressor e fora do alcance do poder, deslegítimo e que pode causar desordem à lei, então ele é evitado.

O espaço que a sexualidade ocupou até a modernidade é um espaço imoral e que deve ser delegado ao campo do privado, onde a reprodução era seu fim, contudo Foucault (1988) demonstra que, ao mesmo tempo em que era reprimido o sexo era incentivado e assim acabou por ocupar um espaço de prazeres, luxúria e de ilegalidade. Nesse sentido a sexualidade aliada à repressão e à heteronormatividade da família burguesa formou uma amálgama deveras perigosa para a epidemia da AIDS. Determinadas vulnerabilidades e comportamentos de risco foram invisibilizados perante as ações de controle e prevenção, o que torna mais difícil que o assunto seja colocado em questão. A tradicional família burguesa pensará no sexo meramente para reprodução e, se assim for, a cultura da prevenção não terá espaço. A heteronormatividade como regra faz com que as demais formas de sexualidade se tornem invisíveis e ilegais e sejam assim, negligenciadas e estigmatizadas ocupando um espaço de ilegitimidade e esquecimento pelo poder público comprometendo a promoção da saúde.

Com o surgimento da AIDS muitas dessas construções sociais acerca da sexualidade ficaram latentes, principalmente quando os então chamados grupos de risco foram formados. A heteronormatividade foi a primeira a ser questionada, as diversas formas de sexualidade começaram a ser encaradas e a saírem da invisibilidade, caso contrário nenhuma forma de prevenção aconteceria. Ao colocar em questão novas formas de sexualidade, em especial a homossexual e relacioná-las à AIDS, a heteronormatividade se mantém intacta na sua postura impassível de moralidade e bons costumes se afastando de qualquer comportamento de risco que os vinculasse a AIDS. No entanto, para Foucault (1988), a repressão sexual não passava de uma ilusão bem construída e os heterossexuais só prolongaram a constatação de que poderiam também ser vulneráveis ao vírus.

A estigmatização no campo da sexualidade é reproduzida e legitimada por lógicas heterossexistas de modo a regular a sua vivência, garantindo a perpetuação da relação heterossexual, estável, monogâmica, cristã e com fins reprodutivos. O homem sempre representante da virilidade e da atividade sexual, enquanto a mulher vista do ponto de vista da fragilidade, da dependência masculina e da passividade sexual.

A hegemonia do padrão heterossexual foi historicamente construída tendo como base as posições subalternas às quais foram submetidas sexualidades que representavam uma quebra com a heteronormatividade, as chamadas sexualidades dissidentes.

A experiência homossexual tensiona os limites historicamente estabelecidos entre as experiências privada e pública nas sociedades atuais. Não foi por acaso que as sexualidades se transformaram em objeto de luta política e social no Brasil dos últimos anos, mas possivelmente porque formas de subordinação foram construídas através da distinção entre orientações sexuais. (PRADO; MACHADO, 2008, p.8).

A não-heterossexualidade recebeu o estigma de sexualidade dissidente, e foi gravemente repreendida pelo discurso hegemônico heteronormativo. A normalização dessa repressão acontece de forma a combater o caráter subversivo dessas sexualidades que fogem do padrão heterossexual.

A hegemonia da norma heterossexual foi diretamente influenciada pelo discurso religioso e médico-científico, que legitimou instituições e práticas sociais baseadas em um conjunto de valores heteronormativos, os quais levaram à discriminação negativa e à punição de diversos comportamentos sexuais, sob a acusação de crime, pecado ou doença. (PRADO; MACHADO, 2008).

Terto (2002) leva em consideração a estigmatização dos homossexuais masculinos dentro da história do HIV para nos dizer que ainda hoje é possível notar que associação HIV-Homossexualidade se faz presente legitimando preconceitos a partir do próprio Ministério da Saúde que considera sujeitos auto identificados homossexuais pertencentes a um grupo de risco para o HIV/AIDS e outras DST, impossibilitando assim que estes sejam doadores de sangue.

Segundo Fernandes (2009, p. 214), a segregação é justificada a partir das chamadas “diferenças naturais”. Esse processo foi sendo construído a partir da cultura religiosa cristã que encarregou a procriação ao matrimônio monogâmico e configuraram a heterossexualidade como único comportamento natural conforme a vontade de Deus. Tais princípios permanecem atualmente justificando discursos heteronormativos, reforçando o pensamento

que apenas através da heterossexualidade as leis divinas podem ser cumpridas. Movida por interesses próprios, a Igreja coloca a homossexualidade como uma violação a natureza e que tem como única forma de salvação desse pecado tornar-se heterossexual.

A construção social da AIDS está diretamente ligada à construção social da sexualidade como um dispositivo de poder transgressor e imoral. O estigma que acompanha a doença está relacionado ao estigma e a repressão da sexualidade ilegítima e polimorfa. Quando um sujeito é contaminado com o HIV, ele será estigmatizado, em sua maioria, pelo seu comportamento sexual transgressor, já que em uma sociedade heternormativa e cristã não existe espaço nem aceitação para formas de sexo que não sejam reprodutivas ou dentro do casamento.

Mas se os homossexuais sofrem uma série de estigmas por serem portadores do HIV/AIDS, outro elemento, o racial, chama atenção para a necessidade de se colocar a variável raça/cor como recurso imprescindível para uma análise mais criteriosa sobre os processos de vulnerabilização (Bastos, 2001; Ayres, 2002; Paiva, 2002).

3. O racismo e a epidemia do HIV / AIDS

Cavas (2010, p.1) ao tratar da diáspora negra no Brasil e a repercussão das desigualdades raciais na sociedade afirma que a ausência de políticas de inserção social e econômica para afrodescendentes após a abolição da escravatura, veio agravar as enormes assimetrias, que perduram até os dias de hoje. Estas assimetrias são bem localizáveis quando há o foco sobre a população negra em seus diferentes campos de existência.

Stuart Hall (1978, *apud* WERNECK, 2013, p.14) torna explícito o elemento socioeconômico que subjaz as relações raciais ao afirmar que “raça é a modalidade na qual a classe é ‘vívida’, desse modo os fatores constituintes da pobreza e indigência na sociedade brasileira são equivalentes à maneira como o enfrentamento das desigualdades raciais acometem a garantia de direitos sociais, neste caso o direito de acesso aos serviços de saúde.

Reafirmando a hierarquização das classes sociais a partir de questões raciais, Aguiar (2007, p.84) sustenta que:

No Brasil temos algumas hierarquias que combinam com a classe, raça ou a cor a que estão intimamente ligadas ao processo de formação de nossas diferenças sociais. ” (AGUIAR, 2007, p.84).

Em relação à influência do fator classe socioeconômica na geração de desvantagens em saúde, Santos (2011, p.29) expõe que as pessoas que apresentam um menor poder

socioeconômico tendem a estar em desvantagem quando se trata de riscos ambientais, biomédicos e psicossociais, fatores tais que influenciam na relação entre as condições sociais e a incidência da doença.

No campo da saúde, a contaminação pelo vírus HIV, assim como a mortalidade por AIDS vêm crescendo entre a população negra. De acordo com o Boletim Epidemiológico de AIDS e HIV (2012), confeccionado pelo Ministério da Saúde, entre 2000 e 2011 os óbitos por AIDS ocorridos na população negra, incluindo os que se autodeclararam pardos, cresceu 17%, em contrapartida entre a população de brancos autodeclarados houve decréscimo de 9% nos óbitos no mesmo período.

Camilo *et al.* (2010) apresenta um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, sobre a atitude e prática relacionadas ao HIV e outras DST. A pesquisa mostrou que entre os sujeitos pesquisados com idades que variavam de 15 a 54 anos, 8% da população negra não soube citar as formas de transmissão do HIV, por outro lado entre os brancos essa proporção foi 40% menor. A mesma situação ocorreu na questão que se referia à prevenção do HIV, na qual o conhecimento da população negra se mostrou 30% menor quando comparado aos brancos. No quesito conhecimento correto sobre a doença, a população negra atingiu 63,5% e entre os brancos esse índice foi de 73%.

As discrepâncias de informações e conhecimento sobre o processo de transmissão do HIV, bem como a prevenção e tratamento da doença demonstram que além da vulnerabilidade social atribuída a população negra, ocorre ainda desigualdades no acesso ao serviço público de saúde evidenciando a discriminação racial nessas instituições.

A Constituição de 1988 considera a saúde como “direito de todos e dever do Estado garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2005). Ademais, o SUS (Sistema Único de Saúde) preconiza além do princípio da universalidade o princípio da equidade. O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes (NUNES *et al.* 2001, p.16)

Em relação a s portadores do HIV, há no Brasil legislação específica para que sejam garantidos seus direitos de acesso à saúde, de maneira a diminuir o preconceito e discriminação contra homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, acometidos pela doença.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de HIV, AIDS e Hepatites Virais, a “Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids”. E entre os direitos fundamentais garantidos na Declaração, podemos destacar o Artigo V, na qual fica definido que: “Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/AIDS, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

No entanto, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública vivenciada pela população negra se torna circunstância de notável relevância no contexto social brasileiro, uma vez que o quesito cor/raça é determinante na classificação do poder econômico e vulnerabilidade social a que essa população está submetida e conseqüentemente é fator que contribui para o aumento dos índices de mortalidade por doenças passíveis de prevenção como a AIDS.

Essa desigualdade se manifesta através da falta de informação e compreensão sobre as formas de prevenção e diagnóstico de doenças, especialmente a AIDS que é, sobretudo, uma doença de caráter estigmatizante devido à carga de preconceito e desinformação atribuídos a doença, o que contribui para o retardo no diagnóstico e tratamento.

O fator vulnerabilidade social somado a falta de acesso aos serviços de saúde e estigma social, são elementos que compõem o cenário do negro homossexual afetado pelo vírus HIV, diminuindo sobremaneira sua qualidade de vida bem como, provocando dificuldades para a sobrevivência dos indivíduos pertencentes a esse grupo.

No caso da população negra essa dificuldade de acesso aos serviços e informações está relacionada além desses fatores, ao racismo institucional que é praticado nas estruturas de saúde públicas e privadas do país. Nas instituições de saúde onde toda a população deveria ser tratada de forma equânime e integral, ocorre não raramente o tratamento diferenciado, negligente e a invisibilidade perante os grupos com estereótipo físico ou cultural da raça/etnia negra ou que possua qualquer característica que não corresponda ao padrão eurocêntrico. Essa modalidade de racismo é reafirmada pela dificuldade no planejamento e implementação de ações educativas e afirmativas relacionadas à temática étnico-racial na saúde que disponibilizem ou deem acesso a políticas de qualidade. (WERNECK, 2005; SILVA, 2009; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Monteiro (2012, p. 148) há indiferença por parte da Secretaria de Educação para o Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde em relação às questões raciais e

o impacto do racismo no exercício das atribuições do trabalho em saúde pública de forma explícita, evidenciada pela ausência de pautas sobre esse assunto nas rodas de educação permanente, nos projetos de pesquisa, no material didático, nas ações realizadas e no discurso oficial.

A política para o enfrentamento do racismo é uma das diversas diretrizes a serem cumpridas pelo SUS, e teve início em 2001, com a publicação da Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade.

Esse documento forneceu a base para o desenvolvimento de uma política nacional de integralidade na saúde da população negra, que demonstra as maiores taxas de mortalidade precoce dos negros por causas evitáveis, em comparação com brancos devido às desvantagens psicológicas e socioeconômicas ocasionadas pelo racismo a que estão expostos. A partir desse documento se confirmaria a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e a equidade preconizados pelo SUS, e ainda o respeito à diversidade étnico-racial brasileira, para tanto seria necessário que tais ações, já garantidas em leis e acordos, fossem de fato implementadas com base, segundo Monteiro (2012) “na produção de conhecimento científico, capacitação de profissionais de saúde, informação à população e atenção à saúde”.

Na pesquisa realizada por Lages (no prelo) em hospitais públicos da cidade de Belo Horizonte, chama atenção a fala de uma psicóloga que diz que ela não vê diferença no atendimento entre pessoas brancas e negras pelos profissionais de saúde, mas que essa diferença é bem visível quando se agrega a questão da homossexualidade. Esta percepção é condizente com a situação das identidades que não são reconhecidas e sofrem violência física e psíquica, humilhações, alcançando outros espaços além dos de identidade e subjetividade, como é o caso das pessoas e coletivos que possuem outras orientações sexuais, e no caso da população negra. A violência atinge o campo do trabalho, da saúde, da educação, dos espaços públicos e políticos.

A epidemia da AIDS tem inúmeras particularidades, e ao incorporar o recorte racial é possível identificar que construções históricas, políticas, ideológicas e culturais constituem essas heterogeneidades. Pensar, então, em ações de prevenção e promoção da saúde requer que se leve em consideração tais contextos. Desconsiderar a repressão sexual das populações homossexuais ou a histórica segregação social e cultural das populações negras é desconsiderar também que existe uma maior vulnerabilidade naqueles coletivos e isso requer intervenções pontuais e focadas nas características desses grupos.

4. Conclusão

Diante do exposto, o desafio da saúde no campo da prevenção e tratamento do HIV/AIDS é pontualmente complexo, uma vez que envolve inúmeros fatores além da doença. Torna-se necessário questionar as relações étnico-raciais na sociedade e cultura brasileira, assim como os dispositivos ideológicos segregadores e opressores que atuam sobre as sexualidades. No caso dos coletivos negros, estes sofrem um duplo preconceito, o sexual e racial, o que os tornam marginais em diferentes instâncias.

Os atravessamentos raciais nos processos de vulnerabilidade dos homossexuais negros ao HIV ou o adoecimento pela AIDS convocam os gestores e profissionais da saúde, os psicólogos, os pesquisadores de diferentes áreas de saber, os movimentos sociais, a além da conscientização a mobilização quanto às implicações do racismo na saúde da população negra de uma forma geral, e no adoecimento pela AIDS, de forma específica.

Referências

ABRAMOVAY, M. *et al.* Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas. Brasília: Unesco. 2002 Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

AGUIAR, M. M. **A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade.** Uberlândia: Cadernos de Pesquisa do CDHIS. n. 36/37. Ano 20. p. 84, 2007.

AYRES, J. R. C. M. **Repensando conceitos e práticas em saúde pública.** In: PARKER, R.; TERTO Jr., V.(Org.). Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA, 2002. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20prevencao%20a%20aids.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

BARBARÁ, A.; CREPALDI, M. A.; SACHETTI, V. A. R. **Contribuições das Representações Sociais ao estudo da Aids. Interação em Psicologia.** Paraná, v. 9. n 2. 2005, p. 331-339.

BASTOS, F. **A feminização da aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento.** Série Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 3, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20saude%20sexual%20N3.pdf> Acesso em: 15 abr. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CAVAS, C. S. T.; NETO, M. I. D. **Diáspora negra: desigualdades de gênero e raça no Brasil**. In: Seminário Internacional Fazendo gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, n.9, 2010, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, p.1.

FERNANDES, F. B. M. BORRILLO, D. **Homofobia. (Resenha)**. In: Revista Bagoas, v.2, p. 213-219, 2008. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v02n03res02_fernandes.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

FOUCAULT, M. **A História da sexualidade**. A vontade de saber. 10 ed. p. 10, c. 01. 1988.

FRY, P. H. *et al.* **AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2014.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. **Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração**. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-12902010000600003>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988, cap.1, p. 14-15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS e HIV: versão preliminar**. Ano IX. n. 1. Brasília: 2012. p.16. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HIV-AIDS e hepatites virais: Direitos do soropositivo**. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/direitos-fundamentais>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

MONTEIRO, M. C. S. **Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde**. In: BATISTA, L. E.; Werneck J.; Lopes, F., (Orgs.). Saúde da População Negra. 2 ed. Brasília: 2012.

NUNES, A. *et al.* **Medindo desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS/OMS. 2001.

p.16. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf>. Acesso em: 20jul. 2013.

OLIVEIRA, F.. **Saúde da população negra. Brasília: OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde.** 2002 Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

PAIVA, V.; ALONSO, L. **Em tempos de AIDS: viva a vida.** E. V. Paiva (Org.), Em tempos de AIDS. São Paulo: Summus. 1992. p. 7-13. Disponível em: <<http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/apemtempos.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

PRADO, M.A.M; MACHADO, F. V. **Preconceito Contra Homossexualidades –A Hierarquia da Invisibilidade.** São Paulo: Editora Cortez, p. 8-12. 2008.

PRADO, M. A. M.; MARTINS, D.; ROCHA, L. T. L. **O litígio sobre o impensável: escola, gestão dos corpos e a homofobia institucional.** Revista Bagoas, v. 3, p. 209-232, 2009.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 321-322. 2007.

SANTOS, G. G. C. **Aids, Política e Sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à Aids na África do Sul e no Brasil.** Rio de Janeiro: Physis. v. 19, n. 2, 2009.

SANTOS, J. A. F. **Classe social e desigualdade de saúde no Brasil.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.26, n.75, p.29. 2011.

SILVA, J. **A promoção a igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional.** In: JACCOUD, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília: Ipea, p.147-70, 2009.

SOUZA, J. **Ralé brasileira – quem é e como vive.** Belo Horizonte: UFMG, 2009.

TERTO JR., V. **Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS.** Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 147-158. 2002.

TULLER, D. **For gay men, health care concerns move beyond the threat of AIDS.** The New York Times, 14 aug. 2001. Disponível em:<<http://www.nytimes.com/2001/08/14/health/for-gay-men-health-care-concerns-move-beyond-the-threat-of-aids.html>> Acesso em: 15 abr. 2014.

WERNECK, J. L. **Racismo e sua (inter)face de gênero**. In: WERNECK, J. L. Racismo Institucional: uma abordagem conceitual. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra. 2013. Cap 1, p.14.

WERNECK, J. **Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, Africa do Sul e Reino Unido**. In: saúde da população negra no Brasil. Contribuições para a promoção da equidade. Funasa, Ministério da Saúde, p. 315 -386, 2005.