

Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários

Discourses on sexuality at a Counseling and Testing Center: possible dialogues between health professionals and clients

Simone Souza Monteiro ¹

Elaine Brandão ²

Eliane Vargas ¹

Claudia Mora ¹

Priscilla Soares ¹

Esther Daltro ¹

Abstract *Due to the central role played by sex in HIV transmission, this paper analyzes the discussions on sexuality between health professionals and service users at a Counseling and Testing Center in the State of Rio de Janeiro. The methodology included direct observation of individual pre-test counseling and the use of 384 questionnaires and 14 interviews with service users. It was observed that counseling is preceded by filling out the epidemiological surveillance form and that, due to the lack of an adequate structure, there are inaccuracies in the process of gathering and recording the users' sexual practices. During counseling, STD/Aids prevention discourse is focused on the type and the number of sexual partners, on HIV risk and on condom use. This approach does not favor dialogue about the sexual trajectory of the users and their doubts and demands related to sexuality and Aids. The data from the questionnaire and interviews indicated that homo, hetero and bisexual categories were not familiar to the users. It is recommended that: counseling should be dissociated from filling out the surveillance form; the significance and diversity of sexual experiences of individuals throughout their lives should be incorporated in counseling training; investment is needed in the structural organization of the service.*

Key words *Counseling, Aids, Sexuality, Testing, Health service*

Resumo *Frente à centralidade da via sexual na transmissão do HIV, o trabalho analisa os discursos sobre sexualidade entre profissionais de saúde e usuários em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), do Estado do Rio de Janeiro. A metodologia envolveu observação direta do aconselhamento individual pré-teste e a realização de 384 questionários e 14 entrevistas com usuários. Observou-se que o aconselhamento é caracterizado pelo preenchimento do formulário de vigilância epidemiológica, havendo imprecisões na coleta e registro das práticas sexuais dos usuários, decorrentes da falta de estrutura do serviço. Durante o aconselhamento, as orientações ao usuário sobre DST/Aids foram centradas no tipo/número de parceiros sexuais, nos riscos ao HIV e no uso do preservativo. Tal abordagem não favorece o diálogo sobre a trajetória sexual do usuário, suas dúvidas e demandas relativas à sexualidade e a Aids. Os dados dos questionários e entrevistas revelaram a pouca familiaridade dos usuários em relação às categorias homo, hetero e bissexual. Recomenda-se: desvincular o aconselhamento do preenchimento do formulário SI-CTA; incorporar na formação dos aconselhadore os significados e diversidade das experiências sexuais dos sujeitos; investir na estrutura organizacional do serviço.*

Palavras-chave *Aconselhamento, Aids, Sexualidade, Testagem, Serviço saúde*

¹ Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365/Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde/22, Manguinhos. 21.045-900 Rio de Janeiro RJ Brasil.

msimone@ioc.fiocruz.br

² Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

A literatura tem revelado os desafios da classificação da orientação sexual dos indivíduos, a partir do uso de categorias conformadoras de identidades sexuais. Argumenta-se que as definições das identidades sexuais como categorias fixas (hetero, homo, bissexual ou lésbica e gay) não contemplam as variações das identidades, as experiências e as preferências sexuais dos indivíduos ao longo da vida, bem como a possibilidade de não haver necessariamente uma correspondência entre atração, identidade e práticas sexuais. São igualmente salientadas as eventuais dificuldades ou recusa dos sujeitos em definir uma categoria de orientação sexual para si e as variações das identidades sexuais no âmbito público e privado¹⁻⁸. Tais questionamentos, orientados pelas análises acerca da influência dos fatores socioculturais e históricos nas experiências sexuais dos indivíduos^{9,10}, nos remete para os desafios das pesquisas e ações sobre Aids frente à centralidade da via sexual na exposição ao HIV^{11,12}. Ilustra esse ponto de vista a ampliação das discussões acerca do modo como as práticas sexuais são tratadas nas pesquisas sociais e epidemiológicas após o surgimento da Aids¹³⁻¹⁵.

Integra esse debate a proposição de categorias comportamentais no âmbito das pesquisas em Aids, na década de 1990, com base no princípio de que os riscos ao HIV estão relacionados ao comportamento sexual e não à identidade do sujeito. Na medida em que o termo HSH se refere aos homens que praticam sexo com pessoas biologicamente definidas como homens, o termo abarca grupos diversos em termos de orientação sexual, identidade de gênero, participação em comunidades sexuais, idade, classe social¹⁶. A mesma lógica de heterogeneidade de grupos se aplica às mulheres que fazem sexo com mulheres, expressa pelo termo MSM¹⁷. Para Young e Meyer¹⁸ o uso de categorias comportamentais, como HSH e MSM, em detrimento das categorias identitárias, apresenta limitações. Ao não considerarem a relevância da identidade sexual na definição das práticas sexuais e na formação de redes sociais, as categorias comportamentais podem comprometer a compreensão das dimensões socioculturais da vulnerabilidade ao HIV nas pesquisas e ações em saúde. Para os autores: “a solução não está na descoberta de terminologias melhores, mas na adoção de uma postura mais crítica e reflexiva na seleção de termos mais apropriados para as populações e contextos particulares”¹⁸.

Este trabalho reflete sobre os desafios de se contemplar a complexidade das identidades e práticas sexuais no campo da pesquisa e dos serviços de prevenção do HIV/Aids, com base na análise dos discursos sobre sexualidade de profissionais de saúde e usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), no Estado do Rio de Janeiro.

Criado em fins da década de 1980, o CTA visa garantir o acesso ao teste anti-HIV e a outras DST para a população, dado que o conhecimento do status sorológico possibilita a prevenção da infecção e o monitoramento das sorologias positivas. Segundo as diretrizes nacionais atuais, o CTA tem o propósito de: estimular a adoção de medidas de prevenção; reduzir o impacto emocional e ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV, DST, sífilis e hepatites B e C; propiciar a reflexão dos usuários sobre sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos; estimular o diagnóstico de parceiro(a)s sexuais. O serviço se caracteriza por ser gratuito e sigiloso¹⁹.

As ações do CTA envolvem: o aconselhamento coletivo e/ou individual pré e pós-teste, ações de prevenção e alimentação do sistema de informação do serviço (SI-CTA), implementado em 2002 pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, com o objetivo de oferecer suporte às atividades de atendimento, vigilância epidemiológica e gestão do serviço, a partir da aplicação do formulário aos usuários. Até 2006 foram implementadas 383 unidades com uma cobertura estimada de 48,9% da população brasileira acima de 13 anos e notificação de 69,2% dos casos de Aids de 2005. A proporção de positividade para HIV era de 1 a 5% em 50,4% das unidades e de 5 a 25% em 12,7% dos CTA, sendo as taxas significativamente mais altas do que a conhecida para população geral (0,6%). Atualmente existem 515 CTA distribuídos pelo país¹¹.

Desde sua implementação os CTA projetaram um atendimento inovador no âmbito do SUS, caracterizado pela atuação de uma equipe multiprofissional, por relações horizontais e comunicativas²⁰ e por um modelo de atendimento centrado na pessoa e nos princípios de confidencialidade e escuta ativa das demandas culturais e psicossociais dos usuários²¹⁻²³. Tal perspectiva converge com as reflexões sobre a utilidade do conceito de cuidado²⁴ para examinar e responder o desafio das novas práticas de saúde, cujas condições básicas são o autêntico interesse em ouvir o outro (dimensão dialógica do encontro terapêutico), a vinculação moral dos efeitos

(in)voluntários das ações e discursos (responsabilidade) e a identidade (questionar quem se é e que lugar ocupa diante do outro). Entretanto, são observadas dificuldades para operacionalizar esses princípios do aconselhamento, frente ao predomínio da perspectiva biomédica, e as limitações na referência e contrarreferência na rede assistencial²⁵. Embora os usuários reconheçam o aconselhamento como um diferencial do serviço, em função do acolhimento e da assunção de uma postura mais dialógica, os aconselhadores ainda enfrentam desafios importantes no exercício de uma mediação mais acurada entre as crenças e os saberes dos usuários e o discurso preventivo sobre a saúde²⁶⁻²⁸.

Este estudo objetiva analisar: 1) os discursos sobre sexualidade entre profissionais de saúde no contexto de um CTA, por meio da observação do aconselhamento individual; 2) a abordagem da sexualidade no formulário do SI-CTA e sua inserção no sistema de informação; 3) as identidades e práticas sexuais relatadas pelos usuários, nas entrevistas e questionários aplicados pelas pesquisadoras.

A reflexão se baseia nas concepções de identidade sexual como categoria social atribuída, pelo outro ou pelo próprio sujeito, com base na orientação erótica-sexual (homo, hetero ou bissexual). A orientação sexual se refere aos desejos sexuais do indivíduo, mas nem sempre corresponde à sua identidade sexual. As práticas sexuais compreendem as relações sexuais penetrativas (vaginal, anal e oral) e as carícias nas relações femininas homoeróticas ao longo da vida.

A concepção de discursos sobre a sexualidade e a perspectiva de controle social que permeia as práticas de saúde é orientada pelas reflexões de Foucault²⁹. Segundo o autor, na sociedade ocidental moderna, a produção de narrativas dos sujeitos sobre uma verdade sobre si no plano das experiências sexuais decorre do acionamento do dispositivo da vontade de saber. O que significa que a sexualidade como campo de poder-saber tem efeitos nos âmbitos público e privado. A prática do aconselhamento em DST/Aids pode representar um lócus de recriação dos dispositivos da disciplina e da confissão, na medida em que traz à tona elementos caros às trajetórias sexuais dos sujeitos e, ao mesmo tempo, imprime-lhes um caráter organizador e prescritivo²⁷. Nas palavras de Souza e Czeresnia²⁷: “a prática de aconselhamento está associada (...) à técnica da subjetivação da confissão (...) A obtenção da confissão e seus efeitos são recodificados na forma de operações terapêuticas e intervenções mé-

dicadas, revelando-se indispensável ao diagnóstico e à cura”. Com base no exposto, objetiva-se analisar a cena do aconselhamento pré-teste, focalizando a interação entre profissionais e usuários e a produção de discursos sobre sexualidade.

Metodologia

Este trabalho integra uma pesquisa mais ampla sobre as motivações e repercussões da testagem para a prevenção das DST/Aids de um grupo de usuários de um CTA no estado do Rio de Janeiro, apoiada pela FAPERJ e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e pelo CEP do Hospital Municipal da localidade que abriga o CTA.

A seleção do serviço considerou a localidade, a concordância e a disponibilidade dos membros do CTA e o perfil epidemiológico da Aids na região, que na ocasião (2009) apresentava uma taxa de incidência de Aids de 17,6 casos/100 mil habitantes. A pesquisa foi realizada entre junho a dezembro de 2009 e envolveu estratégias metodológicas variadas: observação direta do aconselhamento, entrevista e questionário com usuários e análise de banco de dados do SI-CTA.

A partir do consentimento do usuário e do aconselhador, duas pesquisadoras (CM e PS) realizaram, alternadamente, observações diretas de sessões de aconselhamento individual (pré-teste), três vezes por semana, durante 6 meses, nas quais o aconselhador preenchia o formulário do SI-CTA e orientava o usuário sobre o HIV/Aids. Durante o trabalho de campo prevaleceu à cooperação e um clima de confiança. Depreende-se que as experiências prévias de colaboração interinstitucional deste CTA, com outros profissionais pertencentes à instituição responsável pelo projeto, contribuíram para a integração das pesquisadoras no serviço. Após a finalização do aconselhamento, o usuário era convidado pela pesquisadora a responder um questionário em outra sala do serviço. Houve poucos casos de recusa, justificadas pela pressa para ir trabalhar.

Responderam ao questionário uma amostra aleatória de 384 indivíduos que procuraram o serviço. Este número foi definido pelo uso do utilitário Statcalc, do programa EpiInfo, distribuído pelo Center for Disease Control (CDC), tendo por base a fórmula de tamanho de amostra (N) para estimativas de proporções (p) para determinados erros admitidos (Δ). $N = [1.962 * p * (1-p)] \div \Delta^2$.

Sobre o tema da sexualidade, o questionário continha as seguintes perguntas: Ao longo da sua

vida, você já teve relação sexual com Mulheres: [] nunca [] tive, mas não tenho mais; [] tenho; Aproximadamente quantas nos 12 últimos meses N°: __ E ao longo da vida: N° __ . A mesma questão foi feita para relação sexual com Homens, Travestis e Outros.

Como você se define: (explicar o sentido, caso o usuário não compreenda): [] homossexual [] heterossexual [] bissexual [] outros: __

Dos 384 usuários que responderam ao questionário, foram selecionados 14 para a entrevista individual (homens e mulheres, de 18 a 28 anos, sexualmente ativos, autotranscritos como homo, hetero ou bissexual). As entrevistas foram realizadas em locais variados (residência do usuário, locais públicos). Sobre o tema sexualidade foi perguntado: Descreva a sua primeira experiência afetivo-sexual; Que idade você tinha? Com quem foi? Onde você conhece as pessoas com quem você se relaciona? Atualmente você esta se relacionando com alguém? Comente essa relação. Em relação aos seus parceiros/as, você tem alguma preferência (classe social, idade, escolaridade, orientação sexual, cor)? Você já teve relação com pessoas do mesmo sexo (homem ou mulher)? Você já teve relação com pessoas do sexo oposto? (homem ou mulher). Como você define a sua orientação sexual?

A organização dos dados das observações e das entrevistas foi precedida pela leitura de todas as informações, seguida da criação e revisão de categorias usadas no processo de codificação e interpretação dos dados, visando identificar os significados individuais e coletivos relacionados aos temas investigados³⁰. Com relação aos dados do questionário foi feita a revisão e a codificação das perguntas, seguida da digitação dupla independente, no software Excel. A partir do software SPSS (Statistical Package for Social Science) foi realizada a análise das frequências e o cruzamento entre as variáveis.

Resultados

Cenas do aconselhamento

Ao chegar ao serviço, o usuário era encaminhado para o aconselhamento pré-teste, no qual era realizado o preenchimento do formulário SI-CTA e as orientações sobre a prevenção ao HIV/Aids. Observou-se que o formulário orientava o diálogo usuário-aconselhador, tendo sido caracterizado, por um dos aconselhadores, como um “quebra cabeça” da situação de vulnerabilidade

do usuário. O contato era iniciado pelo perfil sociodemográfico (nome, idade, escolaridade, sexo), motivos da procura pelo teste, origem da clientela (como ficou sabendo do serviço), histórico de DST, transfusão de sangue e uso de drogas. Posteriormente, era indagado sobre o tipo e a quantidade de parcerias sexuais no último ano e o uso de preservativo (parceiros fixo/não fixo).

A avaliação da “exposição ao risco sexual” era feita em função do não uso do preservativo e do tipo/quantidade de parceiros sexuais ou condição sorológica do parceiro. Desse modo, as práticas preventivas tendiam a ser abordadas com base no enfoque epidemiológico, centrado na relevância do uso frequente do preservativo, principalmente entre os usuários com práticas bi ou homossexuais ou aqueles com “maior” número de parceiros nos últimos 12 meses. Foi observado que o preenchimento do formulário não favorece a interação entre profissional de saúde e usuário e circunscreve as questões da sexualidade a sua dimensão quantitativa e desviante. Tal abordagem normatizadora da sexualidade nos remete ao conceito foucaultiano de ‘vontade de saber’, recriado nas práticas de escuta e abordagem clínica.

Houve situações em que a maior descontração do usuário e a rememoração de eventos possibilitaram um diálogo com o aconselhador sobre suas preocupações e dúvidas. Outro aspecto que estimulava uma abordagem mais prolongada era a percepção do aconselhador acerca da identidade sexual (no caso homossexual) do usuário ou a sua necessidade de relatar experiências sexuais, como ilustra o registro do diário de campo: “ao responder sobre o tipo de parceria, um rapaz (de aparência mais feminina) disse apenas mulheres, mas o aconselhador insistiu, argumentando que é preciso colher as informações reais (...). Ele pensou e disse que teve relações sexuais com um homem, uma vez. O aconselhador insistiu ‘finja que sou um padre e que você está se confessando’. Ele riu e disse que estava dizendo a verdade”.

As tensões e a configuração do saber-poder na interação entre usuário e aconselhador foram aprofundadas em estudos com profissionais e usuários de outros CTA do país. Os atores recriam papéis com forças antagônicas, nos quais a revelação de experiências íntimas ou com conotação de segredo, reverbera de modos distintos para cada um²⁷. Para Araújo e Camargo Júnior²⁶ e Silva³¹, ao abordar a dimensão da intimidade do usuário, o aconselhador deveria ter habilidades comunicativas e uma postura diferenciada

do modelo hegemônico médico-paciente. A efetivação do princípio da integralidade na prática do aconselhamento significa um deslocamento do lugar do profissional como detentor do saber para um modelo de interação sujeito-sujeito. Tais princípios sugerem que o aconselhamento deve sofrer uma oposição entre o foco no universo objetivo da realidade individual (condições de vida, grupo social ao qual pertence, vulnerabilidade ao HIV) e no universo simbólico dessa realidade (como o indivíduo interpreta e experimenta as situações objetivas). Ademais, há um conflito entre uma agenda coletiva, algo que é prescrito e deve ser abordado pelos aconselhadores (ensinar como usar o preservativo) e uma pauta individual e subjetiva²⁴.

Dentre os desafios para efetivar o aconselhamento como um espaço de interação democratizante e participativo, é preciso considerar o processo de formação dos aconselhadores e as condições da estrutura organizacional do serviço. Neste sentido, cabe referir que as ações de aconselhamento no CTA pesquisado ocorriam em um contexto marcado por restrições para atender a demanda de usuários como: limite de horário para coleta de sangue, carência de cursos de atualização, falta de espaços de organização do serviço e reflexão sobre as práticas no interior da equipe.

Cenas do registro de dados

Durante o aconselhamento foi observado o registro dos dados do formulário do SI-CTA (versão sem data - s/d) relativos: 1) Tipo de parcerias sexuais: Mulheres: __ Homens: __ Homens e mulheres: __ Não se aplica: _ Não informado: __; 2) Nº de parceiros sexuais no último ano: [] Nenhum [] 01 [] 02 a 04 [] 05 a 10 [] 11 a 50 [] 51 a 100 [] Mais de 100 [] Não informado. Neste instrumento a identidade ou orientação sexual não é perguntada.

Em função da falta de recursos, o CTA investigado utiliza a versão antiga do formulário (s/d) com algumas adaptações (no item sociodemográfico), haja vista que o preenchimento do Banco SI-CTA segue o padrão do formulário atualizado pelo Ministério da Saúde (versão 2005). Neste último as perguntas sobre o tipo de parceria sexual e a quantidade de práticas foram reformuladas para: Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses: () Homens () Mulheres () Travestis/Transsexuais () Não se aplica () Não informado.

Na nova versão do formulário (2005) é possível identificar o número de parceiros para cada

tipo de parceria. Segundo informações colhidas, o então coordenador do CTA orientou à equipe de aconselhadores e ao responsável pela digitação do banco sobre a necessidade de adequar as duas versões do formulário, para alimentar o Banco. Todavia, notou-se que os itens “quantidade de parceiros no último ano” e o “tipo de parceria” foram problemáticos, pois no formulário antigo (s/d) não há campo para discriminar o número de parceiros masculino e feminino. No caso de usuários com práticas bissexuais, coube ao funcionário responsável pelo Banco adaptar as duas versões do formulário, a partir de uma aproximação entre a quantidade de parceiros homens e de mulheres, seguindo como critério uma estimativa média. Exemplo, para respostas “10 a 50 parceiros” (de ambos os sexos) nos últimos 12 meses, era registrado no banco 10 parceiros no último ano, 5 homens e 5 mulheres. Acatava-se assim o menor número do intervalo e dividiam-se equitativamente os parceiros nas práticas bissexuais. Por vezes, o responsável verificava se o aconselhador registrava alguma informação extra no formulário, capaz de elucidar o dado colhido.

A partir do acesso aos 1.905 formulários do Banco SI-CTA, aplicados ao longo de 2008 e 2009, excluindo-se as usuárias gestantes (dado que estas devem, prioritariamente, realizar os testes anti-HIV no pré-natal em UBS³²), identificamos que na variável “tipo de parceria sexual” não houve diferenciação entre parceiros homens, mulheres ou travesti/transsexual. Os percentuais disponíveis informavam apenas se o usuário tinha parceria sexual (com homem, mulher ou travesti). Frente às dificuldades assinaladas, depreende-se que a adaptação dos formulários gerou variações no registro das informações do Banco.

A manutenção do SI-CTA em cada serviço depende do planejamento de investimentos em recursos físicos (ex. formulários impressos, computador) e humanos. O trabalho de campo revelou um esforço dos profissionais em prover essas condições, mas a precariedade descrita, somada à falta de orientações mais precisas para adequar os formulários (antigo e atual), comprometeram a qualidade dos dados. A adoção do sistema de informação nos CTA tem sido progressiva no país, haja vista as singularidades relativas à gestão dos serviços e os ajustes técnicos para o uso adequado dessa ferramenta. Segundo Grangeiro et al.²², 58% dos serviços na região sudeste implementou alguma versão do sistema, mas a incorporação da versão atualizada no âmbito nacional corresponde apenas a 39,4% do

total. Seria necessário um maior acompanhamento por parte das esferas federal, estadual e municipal para a maior implementação e uso deste instrumento de vigilância epidemiológica nos CTA.

Salienta-se que o conteúdo do atual formulário do SI-CTA (v.2005) registra apenas as experiências sexuais dos usuários nos últimos 12 meses. Cabe indagar se a inclusão das experiências sexuais ao longo da vida poderia fornecer um quadro acerca da diversidade das práticas sexuais em um contexto de aumento significativo da sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/Aids. Outro aspecto que deve ser debatido refere-se às implicações do uso apenas de categorias comportamentais (HSH e MSM), em detrimento das categorias sexuais identitárias³³, que revela uma compreensão variada, como indicam os depoimentos dos usuários, abordados adiante.

A necessidade de avançar na análise das adequações dos instrumentos de vigilância e informação sobre sexualidade na área da saúde foi discutida por Malacad e Hess³⁴, a partir da revisão de 62 artigos internacionais sobre saúde sexual. Os autores identificaram que a orientação sexual é imprecisa na metade das referências e que apenas um terço dos trabalhos explicita os termos atinentes ao comportamento sexual. Da mesma maneira, Torrone *et al.*³⁵, nos Estados Unidos, encontraram um aumento na revelação de parcerias do mesmo sexo após a entrega do resultado positivo entre homens, especialmente entre os que relataram práticas heterossexuais exclusivas e bissexuais no pré-teste. Recomenda-se assim uma relativização da validade dos dados produzidos e uma revisão das adequações contextuais de aplicação dos instrumentos.

As categorias sexuais segundo os usuários

Durante a aplicação dos questionários, notou-se que as categorias homo, hetero e bissexual não eram familiares aos usuários, sendo necessário por parte das pesquisadoras certo esclarecimento acerca dos seus significados. Quer dizer, a autotransclassificação pelo usuário de sua orientação sexual não foi imediata, mas resultou da mediação das pesquisadoras. A falta de compreensão dos termos homo, hetero e bissexual também ficou evidente nas entrevistas, ocorridas dois meses após o questionário. Ainda que o sentido das categorias tenha sido explicitado, diante da pergunta “Como você define a sua orientação sexual?” muitos usuários não sabiam definir (“Bi eu acho que é homem com homem, não é”; “ori-

entação sexual é uma pessoa que é mais avançada”); outros, tinham receio de responder “errado” ou atribuíam a qualidade da sua vida sexual (“boa”, “normal”). Em suma, ainda que o sentido das categorias tenha sido explicitado pelas pesquisadoras, nem sempre as classificações eram autoevidentes.

Foi observado que os usuários com práticas homo ou bissexuais tinham maior domínio das categorias sexuais e menor constrangimento nas abordagens sobre sexualidade e HIV/Aids. Tal quadro pode ser explicado pelo histórico papel do movimento gay na construção das respostas sociais à epidemia e aos efeitos estigmatizantes do conceito de “grupos de risco”, dominante até meados da década de 1990³⁶. A luta pelos direitos sexuais e humanos e pela diversidade sexual conferiu maior propriedade à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) em agenciar a percepção e a definição da orientação sexual em uma dimensão pública de expressão das suas identidades. Dessa forma, estas não se assentam apenas em contextos privados e/ou individuais, mas denotam uma noção de pertencimento a um grupo, em um processo que conjuga a percepção de si e do outro na construção de sua identidade³.

Mesmo aqueles que afirmaram ter práticas homo ou bi, mas não adotavam uma categoria identitária, compreendiam os termos, como revela o caso de um jovem que teve relações sexuais com homens e mulheres, mas não se enquadrava nas categorias. Outro jovem, 24 anos, autotransclassificado como bissexual, afirmou que as pessoas “dizem que bissexual não existe, ou você é gay ou você é heterossexual”. O receio de manifestações de homofobia foi assinalado por um jovem autotransclassificado homossexual que afirmou ter dificuldades em assumir publicamente a sua identidade, temendo posturas discriminatórias por parte de amigos e familiares. Tal aspecto fica mais evidente pelo fato dele se descrever como um “homem não discreto, com jeito feminino”. Na sua visão, ser homossexual não traz nenhum benefício ou vantagem, e sim muitos problemas “emocionais” e de saúde.

Demais marcadores sociais atravessaram as narrativas dos usuários em relação à identidade sexual, como a vinculação religiosa. Embora a filiação religiosa só fosse indagada na entrevista, esta emergiu no aconselhamento e no questionário. Uma usuária se definiu como heterossexual e acrescentou: “esse negócio misturado é complicado. Eu sou cristã e sigo a Bíblia, mas não tenho preconceito não”. Outro usuário, ao revelar prá-

ticas sexuais com homens e mulheres na vida adulta e com animais na infância, alegou que já havia sido “perdoado” e que não estava infectado “por obra de Deus”. Demais narrativas revelaram processos de conversão à religião evangélica, os quais envolvem negação ou crítica às experiências homossexuais anteriores. São citados trechos da bíblia acerca da distinção entre “vida pregressa” e “vida atual”. Ao analisarem a política econômica e o valor simbólico dos jovens em instituições religiosas, Munoz-Laboy et al.³⁷ apontam para uma “aceitação condicional” entre grupos católicos e evangélicos pentecostais, no qual o indivíduo se dispõe a mudar seu comportamento, se adequando às normas sociais e morais impostas, renunciando ao papel de “pecador”.

Interessante notar que o tema das identidades e práticas sexuais suscitou o acionamento de categorias nativas, mais familiares aos usuários, tais como: “bicha”, “mulher que come sapatão”, “boneca”. Tais expressões não foram evocadas espontaneamente no aconselhamento, tampouco tratadas pelos aconselhadores nas conversas sobre práticas sexuais recentes ou passadas dos usuários.

No que tange à construção das identidades, diversos usuários homens, autotransclassificados homo e bissexuais, referiram variações entre atração, prática e identidade sexual. Um jovem, 22 anos, afirmou ser “gay, homossexual mesmo”, mas relatou ter relação sexual com mulheres, esporadicamente. Outro usuário de 20 anos demonstrou suas dúvidas frente à demanda por categorias classificatórias: “eu não consigo dizer que sou gay de verdade, porque eu gosto de garotas. Eu gosto da minha ex-namorada (...) se não tiver a fim de ficar com nenhum homem, com certeza, vou voltar com ela (...). Mas eu também não posso dizer que eu sou totalmente hetero, porque eu gosto de homens. E eu não vou falar que eu sou bi, porque não é aquela coisa de que gosto de homens na mesma proporção do que mulheres; eu não sei justificar, entendeu? Eu só sei assim, não são todos os homens que me atraem... se for levar ao pé-da-letra, como todo mundo fala, eu sou bi porque eu gosto de homens e mulheres”.

Demais achados apontam para a não correspondência entre identidades, atração e práticas sexuais entre alguns entrevistados. Ao comparar as respostas dos questionários sobre os tipos de práticas sexuais e a identidade sexual referida pelo usuário (homo, hetero ou bissexual), observou-se que em 90,4% dos casos houve concordância. Dentre os 34 (9,6%) que indicaram respostas di-

vergentes, a maioria era de homens. Cabe destacar que em cada três usuários homo/bi, um revelou divergência nas respostas, enquanto no grupo autodefinido como heterossexual a proporção foi de um para 15.

Embora entre os usuários com práticas heterossexuais tenha predominado a autotransclassificação heterossexual ou “normal”, parte desse grupo referiu ter experiências homossexuais no passado. Tais usuários afirmaram que as experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo foram pontuais e que não afetaram a identidade heterossexual. Tal perspectiva se contrapõe ao depoimento de alguns usuários autodefinidos homossexuais que não eliminavam a chance de experimentar ou repetir práticas heterossexuais. Depreende-se que as discordâncias entre identidades e práticas sexuais podem ser atribuídas ao desconhecimento ou estranhamento das categorias identitárias e/ou ao fato dessas experiências não afetarem as orientações sexuais. Os achados sugerem que as experiências tendem a ganhar sentido na definição de identidades sexuais quando somadas à atração sexual.

Pelo fato das entrevistas terem sido realizadas com usuários jovens foi possível observar uma conexão entre a dimensão geracional e a identidade sexual. Em estudos desenvolvidos em contextos de sociabilidade juvenil carioca entre jovens, de ambos os sexos, foi identificada a negação de identidades sexuais fixas ou a alternância de rótulos sexuais como consequência da valorização da abertura à experimentação homo e bissexual^{38,39}. Este fenômeno nos remete às reflexões sobre o caráter ambíguo das identidades na sociedade contemporânea, que ora se apresentam como múltiplas e mutáveis, perante os diversos papéis que os atores ocupam no universo social⁴⁰.

Os depoimentos dos usuários reiteram o caráter dinâmico e mutável das expressões das orientações e identidades sexuais, a diversidade de combinações entre desejos/atração, práticas e identidade sexual e as variações na apresentação de uma imagem de si pelos indivíduos ao longo de suas trajetórias de vida³⁻⁶. Tais achados reafirmam a necessidade de se problematizar os processos classificatórios das identidades sexuais e as trajetórias afetivo-sexuais dos sujeitos nas pesquisas e ações voltadas para a saúde sexual.

As observações da cena do aconselhamento e a comparação entre as respostas do questionário da pesquisa e do formulário SI-CTA revelaram que os usuários informam sobre o tipo e o número de parcerias sexuais. A entrevista, pela natureza qualitativa, permitiu um maior apro-

fundamento das experiências e atrações sexuais ao longo da vida e de seus efeitos e significados para a construção das identidades sexuais. As interpretações dos participantes ampliaram o espectro das informações fornecidas nos instrumentos quantitativos. É ilustrativo que uma jovem (26 anos, ensino médio incompleto) se classificou como heterossexual no questionário e referiu práticas sexuais apenas com homens ao longo da vida, mas durante a entrevista revelou uma experiência homossexual.

Conclusão

Os resultados reiteram que a diversidade de combinações entre identidade, atração e prática sexual ao longo da vida e as variações e imprecisões na compreensão das categorias sexuais identitárias são relevantes e devem ser consideradas nas pesquisas e ações sobre sexualidade e saúde. A pouca familiaridade dos usuários com as categorias homo, hetero e bissexual apontou para a pertinência de se discutir modos alternativos de identificar as próprias denominações e significados relativos às orientações sexuais. Esses limites se tornam mais sensíveis pela tendência ao enquadramento de visões e práticas sociais em categorias fixas e homogêneas nas pesquisas. Desse modo, os dados dos surveys sobre sexualidade estariam condicionados não somente ao tipo de abordagem e aos aspectos contemplados (desejo/atração, identidade, prática, significado de relação sexual), mas ao tipo de análise, capaz de distinguir e articular (ou não) essas dimensões, subordiná-las a uma temporalidade (“fluidez”) e contextualizá-las no cenário histórico-político, econômico e cultural⁴¹.

A observação direta do processo de coleta e registro dos dados do formulário do SI-CTA indicou que a carência de recursos materiais, expressa pelo não uso do formulário atualizado e a falta de acompanhamento dos profissionais, comprometem a qualidade das informações registradas no Banco, a despeito dos esforços empreendidos pela equipe do serviço. A superação dessas limitações implica na garantia de uma ges-

tão contínua, capaz de fornecer recursos materiais e investir na formação permanente da equipe de profissionais, além de refletir na produção de informações mais acuradas sobre o perfil epidemiológico dos usuários para serem usadas no planejamento das atividades locais.

A importância do uso de instrumentos de vigilância epidemiológica e comportamental nos CTA, dada a sua integração ao sistema de vigilância das DST e Aids, bem como a centralidade da prática do aconselhamento na construção de um plano de proteção adequado à realidade do usuário, sugere que a autonomização e a desvinculação desses dispositivos pode aprimorar a interação usuário-aconselhador. Identificou-se que o preenchimento do formulário durante a cena do aconselhamento contribui para uma maior ênfase na exposição ao risco sexual, circunscrevendo o diálogo a distintas associações entre sexo, risco e desvio. Tendo em vista que o cerne da interação entre usuário-aconselhador é a compreensão dos contextos de vulnerabilidade do usuário, sugere-se ampliar o escopo desse diálogo por meio da abordagem das suas demandas e dúvidas acerca da sexualidade e da Aids. Para tanto, recomenda-se que na formação dos aconselhadores sejam tratadas a diversidade e os significados das experiências sexuais dos sujeitos ao longo da vida e suas implicações para a prevenção.

A organização, os princípios e as práticas dos CTA tem se caracterizado por um contínuo processo de aprimoramento técnico^{21,26,31}. Na atual pauta de discussão das políticas de ampliação da testagem no país destaca-se a proposta de “desburocratização” dos procedimentos no fluxo do atendimento dos usuários nos locais que ofertam o diagnóstico anti-HIV, que inclui a não obrigatoriedade do aconselhamento pré-teste. Integra esse debate a necessidade dos serviços levarem em conta às singularidades das demandas dos usuários frente às opções das tecnologias de diagnóstico disponíveis, das ações de informação, acolhimento e do aconselhamento⁴². Em suma, é pertinente rever o conceito, o papel e o lugar do aconselhamento no contexto da atual tendência de “flexibilização” dos seus princípios sem perder de vista a perspectiva dos direitos humanos⁴³.

Colaboradores

SS Monteiro, E Brandão, E Vargas, C Mora, P Soares e E Daltro participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Fry P. Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil. In: Fry P. *Para inglês ver*. Identidade e política na cultura brasileira. Rio de Janeiro: Zahar; 1982. p. 87-115.
2. Parker R, Herdt G, Carballo M. Sexual Culture, HIV Transmission, and AIDS Research. *J Sex Research* 1991; 28(1):77-98.
3. Heilborn ML. *Dois é par*: gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
4. Dolan K. *Lesbian Women and Sexual Health: The Social Construction of Risk and Susceptibility*. New York: Haworth Press; 2005.
5. Diamond LM. Was it a phase? Young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(2):352-364.
6. Pedersen W, Kristiansen HW. Homosexual experience, desire and identity among young adults. *J Homosexuality* 2008; 54(1-2):68-102.
7. Mora C, Monteiro S. Vulnerability to STIs/HIV: sociability and the life trajectories of young women who have sex with women in Rio de Janeiro. *Cult Health Sex* 2010; 12(1):115-124.
8. Foller ML, Monteiro S. The fluidity of sexual preference and identity: A challenge for social movements and AIDS prevention programs in Brazil. In: Lundgren S, Machado-Borges T, Widmark C, editors. *Bodies and Borders in Latin America*. Estocolm: Estocolm University; 2012.
9. Weeks J. *Sexuality*. New York: Tavistock publications, Ellis Horwood Ltd. in association with Methuen; 1986.
10. Laumann, EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política brasileira de enfrentamento da Aids*. Resultados, avanços e perspectivas. Brasília: MS; 2012.
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS World AIDS Day Report. *How to get to zero: Faster, Smarter, Better*. [página na Internet] 2011. [acessado 2013 out 15]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentsets/documents/unaidspublication/2011/jc2216_worldaidsday_report_2011_en.pdf
13. Costa J. O homoerotismo diante da Aids. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa J, organizadores. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Abia, UERJ/IMS; 1994.
14. Michaels S, Giami A. The Polls Review Sexual Acts and Sexual Relationships: asking about sex in surveys. *Public Opinion Quarterly* 1999; 63(3):401-420.
15. Parker R. Sexuality, culture and society: shifting paradigms in sexuality research. *Cult Health Sex* 2009; 11(3):251-266.
16. Cáceres CF, Aggleton P, Galea JT. Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS. *AIDS* 2008; 22(2):45-55.
17. Facchini R, Barbosa R. *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas*. Promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Saúde; 2006.

18. 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.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília: MS; 2010.
20. Minayo MC, Souza E, Assis S, Neto O, Deslandes S, Silva C. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da Região Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):1-13.
21. Filgueiras S, Deslandes S. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):121-131.
22. Grangeiro A, Escuder MM, Wolffenbuttel K, Pupo LR, Nemes BIP, Monteiro PHN. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):427-436.
23. Pupo L. *Aconselhamento em DST/Aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
24. Ayres JR. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc* 2004; 13(3):16-29.
25. Ferreira M, Silva C, Gomes M, Silva M. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e aconselhamento resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):481-449.
26. Araújo CL, Camargo Júnior KR. *Aconselhamento em DST/AIDS: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
27. Souza V, Czeresnia D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos Centros de Testagem anti-HIV. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):531-448.
28. Sobreira P, Vasconcellos M, Portela M. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3099-3113.
29. Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1977.
30. Becker H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec; 1994.
31. Silva SMB. *O diagnóstico Anti-HIV no município do Rio de Janeiro: Processos de Cuidado em Saúde [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2011.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Seminário Atualização das diretrizes organizacionais dos CTA do Brasil*. Brasília: MS; 2007.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. “Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):570-573.
34. Malacad BL, Hess G. Sexual behaviour research using the survey method: A critique of the literature over the last six years. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011; 16(5):328-335.
35. Torrone E, Thomas JC, Kaufman JS, Pettifor AE, Leone PA, Hightow-Weidman LB. Glen or Glenda: Reported Gender of sex partners in two statewide HIV Databases. *Am J Public Health* 2010; 100(3):525-530.
36. Parker R. *A construção da solidariedade*. Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
37. Munoz-Laboy M, Murray LR, Wittlin N, Wilson PA, Terto V, Parker R. Divine targets: youth at the centre of Catholic and Pentecostal responses to HIV and AIDS in Brazil. *Cult Health Sex* 2011; 13(6):657-668.
38. Eugênio F. Corpos Voláteis; estética, amor e amizade no universo gay. In: Mendes de Almeida MI, Eugenio F, organizadores. *Culturas Jovens*. Novos mapas do afeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.
39. Monteiro S, Cecchetto F, Vargas E, Mora C. Sexual Diversity and Vulnerability to Aids: The Role of Sexual Identity and Gender in the Perception of Risk by Young People (Rio de Janeiro, Brazil). *Sex Research Social Policy* 2010; 7(4):270-282.
40. Bauman Z. *Identidade*. Zahar Ed: Rio de Janeiro; 2005.
41. Michaels S, Lhomond B. Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys: a critical review. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1365-1374.
42. Wolffenbutell K. O papel do aconselhamento na ampliação do acesso ao diagnóstico: como ofertar? Desburocratização sem perder qualidade. Qualificação da abordagem do aconselhamento para resultados negativos. In: *IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids*; Salvador; agosto de 2012.
43. Heywood MJ. The Routine Offer of HIV Counseling and Testing: A Human Right. *Health Hum Rights* 2005; 8(2):13-19.

Artigo apresentado em 13/09/2012

Aprovado em 05/10/2012

Versão final apresentada em 16/10/2012