

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

George Moraes De Luiz

A GESTÃO DOS RISCOS NO CENÁRIO DA AIDS:

**Um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com
homens em parceria casual**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2011



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUANDOS EM PSICOLOGIA
SOCIAL

George Moraes De Luiz

A GESTÃO DOS RISCOS NO CENÁRIO DA AIDS:

**Um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com
homens em parceria casual**

Orientadora: Mary Jane Paris Spink

SÃO PAULO

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

George Moraes De Luiz

A GESTÃO DOS RISCOS NO CENÁRIO DA AIDS:

**Um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com
homens em parceria casual**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Mary Jane Paris Spink.

SÃO PAULO

2011

Banca Examinadora

À minha mãe, Maria. Simples, singela e amada.

Ao meu Pai, Valdo De Luiz (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª Mary Jane Spink, pela acolhida e serenidade com que me tratou, pela dedicação e exemplo de pesquisadora.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Vicentin, a “Cris”, pelas considerações durante a qualificação deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Vanda Nascimento, por ter me acompanhado desde o início dos trabalhos, partilhando idéias e angústias.

Aos entrevistados, por se dispuserem a falar de suas práticas sexuais, de experiências nem sempre fáceis de relatar.

À Prof^ª. Dr^ª. Dolores Galindo, pela colaboração durante a elaboração do projeto de pesquisa.

Ao CNPq, pela bolsa que me possibilitou dedicar exclusivamente aos estudos do mestrado.

Aos meus irmãos: Elder, Eliane, Georgiana e Lucy Anny, por compreenderem a minha ausência nos negócios do pai.

À minha família: tio Manoel, Erondina, Eulina, Ewerton, pelo apoio.

À Ângela, minha mãe paulistana, mulher que me acolheu em seu lar, tornando possível este trabalho.

À minha analista Selma por me ajudar a lidar com os sentimentos aflorados durante a escrita.

À Marlene, por ser tão prestativa.

À minha orientadora de iniciação científica, Prof^ª. Dr^ª. Raquel Salgado, por acreditar e incentivar-me a seguir nos estudos.

Ao Prof. Dr. e amigo, Alcindo José Rosa, pelo incentivo, pela disponibilidade de sempre em me receber e ouvir; pela dedicação em ensinar, assim, com seu jeito calmo e brincalhão; por ter me inserido no campo da Saúde.

Aos meus colegas do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano, pelos debates em nossas reuniões. Em especial àqueles que também se tornaram amigos durante a formação acadêmica: Lúcia, Jullyane, Milena, Pedro, Fernanda, Jussara, Camila, Fabrício.

Aos amigos, Milena, Jussara e Pedro, pela ajuda na revisão final do texto.

Aos colegas do Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Social da PUC-SP, em especial Manoel, Alberto e Anderson, pelas discussões que possibilitaram avanços no tema de investigação.

Aos colegas do GIV, em especial: Andrea, Edson Ferreira, João Casanova e Jorge Beloqui, pelas discussões e pelo material de pesquisa.

Aos amigos Fernando e Urano, por se disporem nas correções de textos durante estes dois anos, e pela acolhida durante os momentos de produção da escrita em Mato Grosso.

Aos amigos, Elizeu e Tarciano, pela estadia em Rondonópolis.

Ao amigo Ronier, pela tabela.

À amiga Cíntia, pelas conversas, pelos textos e pela ajuda na minha estadia no Rio de Janeiro.

Ao Edison e a tia Neuza, pela acolhida e estadia no Rio de Janeiro.

Às amigas: Anaclara, Lara, Marianne, Marisa, Renata, Jinessa, Maria, Juliana, pelo apoio.

Ao meu cunhado Alan, por ser tão prestativo durante as minhas viagens.

Aos amigos Fabiano e Eric, pela partilha do apartamento durante alguns meses.

Ao Eric, pelo abstract.

DE LUIZ, G. M. **A gestão dos riscos no cenário da aids: um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

RESUMO

O presente estudo tem como foco as estratégias de gestão de riscos no cenário da aids. A gestão de riscos compreende cinco estratégias integradas: os seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental direta, a auto-regulação e a comunicação sobre os riscos. Aos poucos, a noção de risco passou a ser considerada menos tecnicamente, e, influenciada pela perspectiva sociológica conduzida por Ulrich Beck (1993) e Anthony Giddens (1991), passou a adotar caráter crítico. Nesse contexto, o risco passou a ser pensado em sua relação com as condições político-sociais das sociedades da modernidade tardia. Nas últimas duas décadas, a antropóloga Mary Douglas (1982, 1985, 1987, 2000) inseriu fatores culturais no debate da avaliação dos riscos, questionando a hegemonia das vertentes objetivistas. Elege-se para entender a gestão de riscos as práticas sexuais entre homens que fazem sexo com homens em parceira casual. O aporte teórico-metodológico que sustenta este trabalho está baseado nas noções de práticas sexuais (PARKER, 1994, 1995, 1997, 2002,) e estilos de vida arriscados (CASTIEL, 1996, 2006; SPINK, 2001, 2002, 2003, 2007). Para tanto, por meio da técnica *snow ball*, foram selecionados dez participantes que responderam a uma entrevista conduzida na vertente das práticas discursivas, na perspectiva de “conversas no cotidiano”(SPINK, 2000). As informações levantadas nos conduzem a pensar a relação entre fatores sócio-culturais e a produção de estilos de vida arriscados. Outra questão remete à assimilação de informações de base científica que circulam no cotidiano das pessoas e são interpretadas como potencial fonte na gestão de riscos. Destaca-se ainda o uso de informações que não possuem base científica, mas que estão relacionadas às crenças e aos valores das pessoas, ou que circulam no cotidiano e acabam por fazer parte dos repertórios de gestão de riscos. Em síntese, parece possível afirmar que homens que fazem sexo com homens, quando optam pela prática sexual sem preservativo com parceiro casual, desenvolvem suas próprias estratégias que visam mitigar a possibilidade de infecção por DST, HIV e/ou a reinfecção pelo HIV, sem basear-se necessariamente nas políticas oficiais de prevenção do governo. Conclui-se que essas informações servem como “cintos de segurança”, os quais permitem arriscar dentro de uma margem de segurança, mesmo que diante de um cenário de incertezas.

Palavras-chave: Gestão de riscos; Práticas sexuais; Homens que fazem sexo com homens; Estilo de vida arriscado; DST, HIV/Aids.

DE LUIZ, G. M. **Risk management in the aids scenario: a study about the strategies adopted by men who have sex with men in the form of casual partnership.** Dissertation (Master's degree of Social Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

ABSTRACT

This study is focused on risk management strategies in the Aids scenario. Risk management involves five integrated strategies: the safe ones, the laws of damage responsibility, direct government intervention, self-regulation and the communication of the risks. The notion of risk has been gradually changed into a less technical approach and as it was influenced by the sociological perspective developed by Ulrich Beck (1993) and Anthony Giddens (1991), it started to acquire critical character. In this context, risk is considered in its relation with the socio-political conditions of the late modernity societies. In the last two decades, anthropologist Mary Douglas (1982, 1985, 1987, 2000) has added cultural aspects to the discussion of risk evaluation, questioning the hegemony of the objectivists' trends. To understand risk management, it is now taken into examination the practices of sex between two men in casual encounters – or partnerships. The theories and methodologies on which this study is based are the concepts of sexual practices (PARKER, 1994, 1995, 1997, 2002,) and risky life styles (CASTIEL, 1996, 2006; SPINK, 2001, 2002, 2003, 2007). Through the technique known as *snow ball*, ten subjects were selected to be interviewed within the field of discursive practices from the perspective of “quotidian conversations” (SPINK, 2000). The information gathered leads us into thinking about the relation between social and cultural factors and the production of risky life styles. Another question is the assimilation of science-based data that is found within the quotidian social context and are interpreted as a potential source for risk management. It is also highlighted the usage of information that is not technically-based and is related to people's beliefs and values, or that exists in the quotidian social context and ends up being a part of the risk management repertoire. To summarize, it seems possible to state that when men who have sex with men choose to do so without using a prophylactic, they develop their own strategies with the intention of decreasing the possibility of STD/HIV infection and/or second infection by HIV, without basing themselves on official government prevention policies. The conclusion is that such pieces of information work as “safety belts’ that allow them to take risks in a safe zone even in a scenario of incertitude.

Keywords: Risk management; Sexual practices; Men who have sex with men; Risky life styles; STD, HIV/Aids.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro I - Risco e posição de pessoa	34
Quadro II - Caracterização dos participantes	44
Quadro III - Exemplo de parte de uma transcrição sequencial: Cristian	49
Quadro IV - Exemplo de um trecho de mapa dialógico: Rony	51
Quadro V - Uso das fontes	52
Quadro VI - Palavras que expressam a positividade do risco	100

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Estimativa de risco para HIV por vida de exposição

21

SUMÁRIO

Apresentação	01
1. Gestão dos riscos: pontos de partida	01
2. A comunicação sobre os riscos	08
3. Desatando um nó: a opção por HSH	09
4. Sobre a estrutura do trabalho	11
1 Práticas sexuais entre homens que fazem sexo com homens	12
A complexidade da prática: desafios às Políticas Públicas de Prevenção	12
2 Estratégias de prevenção sexual às DST, HIV/Aids e Hepatites Virais entre homens que fazem sexo com homens	21
2.1 Sobre o risco de infecção pelo HIV segundo a via de exposição	21
2.2 Algumas palavras sobre as Políticas de Prevenção às DST, HIV/Aids	23
2.3 Novas tecnologias de prevenção biomédicas	25
3 Estilos de vida arriscados no cenário da aids	32
3.1 Risco na modernidade tardia	32
3.2 Sobre a noção contemporânea de estilos de vida	36
3.3 O risco como aventura	40
4 Sobre objetivos e procedimentos de pesquisa	42
4.1 Objetivos	42
4.2 Aproximações com o campo-tema	42
4.3 Procedimentos para análise das entrevistas	48
4.4 Sobre as fontes de informações	52
5 O contexto das práticas sexuais como questão no entendimento de experiências sexuais arriscadas	54
5.1 Sobre as primeiras experiências sexuais	54
5.2 Práticas sexuais entre HSH: um cenário de diversidade	59
5.2.1 Os locais das práticas sexuais: da privacidade do lar ao mercado do sexo	60

5.3 A relação entre homens que fazem sexo com homens e o uso do preservativo	62
5.3.1 Implicações psicológicas	63
5.4 A onipresença da norma e a experiência da transgressão	65
6 O uso da argumentação científica na construção de estratégias de gestão de riscos em um cenário de incertezas	71
6.1 Das informações sobre os riscos às DST, HIV/aids	71
6.2 A busca da racionalidade científica na gestão dos riscos: a tabela de risco em questão	73
6.3 Mas... e as DST e a possibilidade de reinfecção?	77
6.4 Novas tecnologias de prevenção biomédicas ou tecnologias da incerteza?	83
7 Modos de vida e o gerenciamento dos riscos	88
7.1 Sobre a posição sexual e a criação de critérios na gestão dos riscos	89
7.2 Sobre imunidades imaginárias: do “homem mais velho” ao “sexto sentido”	93
7.3 Sobre os aspectos físicos, sócio-econômicos e o “pacto intelectual”	96
7.4 A dimensão positiva diante do risco	99
Considerações finais	103
Referências	111
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
ANEXO A - Coquetel anti-HIV reduz em 92% transmissão do vírus, diz estudo	127
ANEXO B - Circuncisão pode evitar 4 milhões de infecções por HIV até 2025 na África	128
ANEXO C - Teste de Vacina contra Aids reduz pela primeira vez risco de infecção	129
ANEXO D - Convenção para transcrição das entrevistas	130
ANEXO E - Parecer do comitê de ética	131
ANEXO F - CD-ROM: transcrição sequencial e mapas temáticos	

Apresentação

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem, sobretudo, preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos (CASTEL, 1987, p. 125).

1. Gestão dos riscos: pontos de partida

Este trabalho tem como objetivo entender como homens que fazem sexo com homens (HSH) gerenciam a opção por estilos de vida arriscados no cenário da aids¹. Mais especificamente, focaliza as práticas sexuais sem preservativo, que implicam exposição à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), vírus da imunodeficiência humana, (HIV) e/ou a reinfecção pelo HIV.

A noção de gestão de riscos é formatada na segunda metade do século XX, como resultado da combinação entre o cálculo de probabilidades e a herança da função política da estatística – os quais passaram a constituir as bases para constituição de modelos de análise de riscos. A gestão de riscos pode ser entendida a partir da articulação de quatro estratégias: os seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental direta e a auto-regulação. A gestão de riscos ganha visibilidade nas discussões técnico-científicas a partir do momento em que passa a ser utilizada como método de intervenção governamental no âmbito das populações na modernidade tardia (SPINK, 2001). Esse fenômeno pode ser mais bem compreendido por meio das reflexões de Castel (1987) e Beck (1993), os quais defendem mudanças na modernidade tardia, uma vez que, para os autores, deixamos de viver na sociedade disciplinar e passamos a vivenciar a sociedade de riscos. Assim, o que está em jogo já não é mais a gestão da vida, e sim a gestão de riscos.

Por esse viés, a perspectiva sociológica de Beck e Giddens ganha visibilidade ao conduzir as discussões sobre essa temática atrelada às características políticas e sociais da tardo modernidade. Para Rabinow (1999), a sociedade pós-disciplinar pode ser caracterizada por grandes transformações relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias sociais que visam reduzir as

¹ Denomina-se de cenário da aids os lugares onde são produzidos fatos ligados a esse tema, incluindo as materialidades e os atores envolvidos. No que se refere ao “estilo de vida”, esse terá um capítulo dedicado apenas à sua discussão.

intervenções terapêuticas diretas, estimulando o autogerenciamento de populações de risco. Além disso, os trabalhos preventivos focam no desenvolvimento de habilidades e competências para tornar as pessoas adaptáveis aos riscos globais. Assim, a gestão de riscos conflui, muitas vezes, para a necessidade de articulação entre o gerenciamento político-administrativo da população – caracterizado pelo mapeamento epidemiológico da população e elaboração de políticas –, e a autorregulação em nível individual dos riscos – considerada como critério para melhor construção do cenário epidemiológico (CASTEL, 1981; RABINOW, 1991).

Nota-se a complexidade desse modelo de gestão de riscos fundamentados em emaranhados de informações puramente tecnicistas. Nesse sentido, Castel (1981) critica a política preventiva por dar pouca importância ao modelo terapêutico que preza pela relação entre profissionais da saúde e as pessoas que buscam o serviço, em detrimento da busca incessante por categorias diagnósticas. Esses diagnósticos têm como base a norma instituída do que se considera “normal”, “puro”, “saudável” a partir de modelos dominantes, nesse caso, estabelecidos pelas ciências naturais. Assim, as pessoas são reduzidas exclusivamente a escores estatísticos em decorrências dos fatores de riscos apresentados.

Contudo, nas últimas duas décadas, tendo como marco os trabalhos da antropóloga Mary Douglas, os escritos de base sócio-anropológica inseriram no debate sobre a gestão de riscos a discussão da cultura na avaliação dos riscos, em contraponto a vertente tecnicista (CASTEL, 1981; DOUGLAS, 1987; RABINOW, 1991). Para Douglas (1985), os riscos não poderiam ser tomados apenas como noção objetiva e mensurável, por serem construídos dentro de um contexto cultural, social e político. Isso porque, embora se fale em risco de forma genérica, tendo como pano de fundo a forma como eles se distribuem na sociedade, eles afetam as pessoas e são sentidos de maneiras diferenciadas, principalmente quando se trata da relação entre risco e minorias sociais (DOUGLAS, 1990).

Douglas e Wildavsky (1982) defendem a idéia de que as pessoas constroem noções de riscos de várias formas, mas se pautam em valores comuns. Há aqueles que são tidos como relevantes e reforçam a solidariedade: guerra, câncer, desemprego, terremotos. A importância que se dá a alguns riscos em detrimento de outros está relacionada ao processo sócio-cultural e que raramente tem a ver como o caráter objetivo dos riscos. Por esse viés, é possível argumentar que os riscos são percebidos de formas distintas de acordo com a particularidade social de cada pessoa ou de seus grupos sociais, versão essa que contesta o caráter de risco como neutro e objetivo. Para Douglas

(1982), isso pode ser explicado ao tomar as campanhas de prevenção à aids como exemplo. Segundo a autora, os conselhos ignorados devem-se à preferência das pessoas. Os riscos para aids suscitam debates tendo como questão disparadora a vulnerabilidade dos corpos, as fontes de infecção, o status das recomendações profissionais, o que se reflete na multiplicidade de racionalidades analisadas por Douglas.

Acrescenta-se a isto que, no cenário da aids, até a transmissão do HIV é foco de controvérsias. A literatura científica diz que a mera exposição ao HIV é risco para a transmissão. Porém, algumas fontes polemizam e colocam em xeque os argumentos científicos que sustentam essa afirmação, e veiculam repertórios que, por sua vez, fazem parte do cotidiano das pessoas, sobretudo, quando se trata de assuntos polêmicos, como aqueles referentes às práticas sexuais desprotegidas e consentidas com parceiro casual².

Para melhor delineamento desta questão, recorro à minha entrada em uma rede de pessoas com as quais pude partilhar informações sobre a transmissão de DST, HIV e/ou a reinfeção pelo HIV que circulam na internet e/ou no cotidiano destes homens. Por esse viés, há um interesse pelo tema na medida em que se percebe que, para além da opção pela prática sem preservativo, múltiplos sentidos eram dados a este estilo de vida³, pautados, muitas vezes, nessas informações circulantes sobre as quais irei tratar ao longo desta dissertação.

Em um primeiro momento, recorri à internet como ferramenta para ter acesso aos homens que optam por manterem práticas sexuais sempre ou ocasionalmente sem preservativo. Para tanto, criei um e-mail denominado projetoeva@hotmail.com.br e, posteriormente, encontrei alguns *sites* de relacionamentos voltados aos HSH. Foi nos sites www.manhunt.net e www.bareback.rt, localizados por meio dos descritores *bare*, *bareback*, *barebacking*⁴, que consegui identificar alguns perfis de homens que se autoidentificavam com a prática sexual sem preservativo. Em seguida, enviei um e-mail a esses homens convidando-os para um bate-papo sobre essa temática. Vinte homens aceitaram o convite e pude trocar informações com eles durante cerca de seis meses via e-

² Denomina-se de parceiro sexual casual àquele homem com quem se mantém uma ou mais práticas sexuais, mas com o qual não se estabelece um convívio de base social regular.

³ A noção de estilo de vida será apresentada no capítulo 3.

⁴ A prática do *barebacking* geralmente é entendida como relação sexual anal intencional sem preservativo entre HSH (BERG, 2009; HOLMES et al., 2008; HALKITIS; PARSONS; WILTON, 2003). Pode ainda ser definido como sexo anal intencional sem preservativo entre homens HSH e que não são parceiros primários (SHERNOFF, 2006; MENSERGH et al., 2002; WOLITSKI, 2005).

mail e/ou pelo *messenger*⁵ (MSN), criado especialmente para facilitar a discussão. Nesses meses de conversa, preservei o anonimato dos participantes e deixei claro que esta etapa da pesquisa era informal e não consistia em coleta de dados, uma vez que o projeto encontrava-se em fase inicial, sendo necessário, primeiramente, seu envio ao comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Por tratar-se de um assunto polêmico, a prática sexual consentida sem preservativo, mesmo diante dos riscos de infecção e/ou reinfecção pelo HIV, boa parte das pessoas demonstraram desconfiança quanto à realização desta pesquisa e pediram outras informações, tais como *curriculum lattes*, e-mail pessoal e visualização da imagem do pesquisador via *web cam*. Aos poucos, percebi que este grupo de homens constituía uma parcela com características bastante específicas: tratava-se de homens com nível de formação escolar que variava do ensino médio ao doutorado, eram de classe média, bem informados sobre as formas de prevenção, infecção, reinfecção, tratamento das DST, HIV, com idades e sorologia variadas para o HIV.

Cada um destes homens que aceitaram conversar comigo, me incluiu em suas listas de contatos. Quando uma notícia sobre aids surgia, principalmente na internet, alguns deles copiava o *link* da reportagem, colava no e-mail e encaminhavam a todos dessa mesma lista. Dessa forma, passei a receber, também, tais reportagens. Cada nova notícia relacionada à possibilidade de gerir os riscos implicados nas práticas sexuais sem preservativo ou que tratava do avanço científico no tratamento de pessoas que vivem com HIV era compartilhada quase que imediatamente com a rede.

Essa sistemática de compartilhamento pode ser ilustrada com três reportagens recebidas. A primeira, intitulada “vacina contra aids reduz pela primeira vez risco de infecção (ANEXO A)”⁶, abordava a descoberta de cientistas americanos e tailandeses. Tratava-se de pesquisa coordenada por Jerome Klim e Walter Reed, segundo os quais uma combinação de duas vacinas cortaria o risco de infecção pelo vírus HIV em mais de 31% em um teste realizado em 16.000 voluntários tailandeses. Os resultados completos foram publicados *on line*, pelo *New England Journal of Medicine* e foram apresentados em uma conferência científica em Paris. Outra matéria que nos chamou à atenção afirma que o “coquetel anti-HIV reduz em 92% transmissão do vírus, diz estudo

⁵ O *messenger* é um programa de mensagens instantâneas que permitem aos seus usuários o compartilhamento de informações em tempo real via *on line*.

⁶ BBC (2010). **Vacina contra aids reduz pela primeira vez risco de infecção**. Disponível em: http://www.estadao.com.br/noticias/geral,vacina-contr-aids-reduz-pela-primeira-vez-risco-de_infeccao,440191.0.htm. Acesso em: 25 de set. 2009.

(ANEXO B)⁷”. Esta matéria referia-se ao estudo nomeado “Declaração Suíça”, feito por Vernazza et al. (2008), segundo o qual uma pessoa com HIV sem nenhuma outra DST e seguindo um tratamento antirretroviral (TAR) com uma viremia⁸ totalmente suprimida, condição doravante denominada “TAR eficaz”, não transmite o HIV pela via sexual. A terceira reportagem tinha por título “circuncisão pode evitar 4 milhões de infecções por HIV até 2025 na África (ANEXO C)⁹”. Essa notícia relatava informações da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à possibilidade de redução de risco em até 60% entre homens circuncidados, estratégia que produziria uma economia de mais de 20 bilhões no tratamento de pessoas infectadas pelo vírus.

Estas três matérias são exemplos de informação disponível para subsidiar decisões quanto ao gerenciamento do risco de transmissão do HIV, sobretudo no que concerne à opção por não usar preservativo e, portanto, constituem insumos para os objetivos da pesquisa. Esta visa entender as estratégias usadas no gerenciamento dos riscos de infecção por DST, HIV e a reinfecção por HIV entre HSH, em parceria casual, quando optam por não usar camisinha.

A importância e a pertinência desta investigação justificam-se diante do contexto histórico de produção acadêmica sobre prevenção à aids, e dos discursos preventivistas baseados em estudos da epidemiologia dos riscos, que muitas vezes resultaram em categorias moralizadoras e estigmatizantes, associando os homossexuais às práticas sexuais de riscos. Ou seja, na medida em que esses trabalhos atribuíam-lhes a responsabilidade pelo advento da aids sem problematizar a complexidade envolvida no processo agente etiológico-homem-doença, a idéia de culpa era propagada à população como sendo a infecção pelo HIV decorrente de práticas irresponsáveis. De acordo com Castiel e Alvarez-Dardet (2007), a idéia de responsabilização individual tem sido explorada cada vez mais pela sociedade neoconservadora, que não disfarça o seu interesse em desviar os riscos e responsabilidades gerados coletivamente e atribuí-los às pessoas. Nesse caso, defendendo a idéia de que os riscos são construídos socialmente, em uma dinâmica que envolve atores sociais, culturais, políticos.

⁷ PRESSE, F. (2010). **Coquetel anti-HIV reduz em 92% transmissão do vírus, diz estudo**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2010/05/coquetel-anti-hiv-reduz-transmissao-do-virus-diz-estudo.html>. Acesso em: 28 de mai. 2010.

⁸ Viremia é a presença de vírus vivos no sangue circulante em um ser vivo.

⁹ REUTERS (2010). **Circuncisão pode evitar 4 milhões de infecções por HIV até 2025 na África**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2010/07/circuncisao-pode-evitar-4-milhoes-de-infeccoes-por-hiv-ate-2025-na-africa.html>. Acesso em: 20 de set. 2010.

Autores como Miskolci e Pelúcio, (2009) consideram que as políticas públicas de prevenção à aids exigem dos homossexuais maior informação, controle e respostas racionais no que tange às suas práticas sexuais, enquanto aos heterossexuais é atribuída uma inerente “normalidade” que os libera do mesmo grau de pressão e demanda em relação à gestão dos riscos. Pode-se compreender esse fenômeno ao considerar que a sexualidade sempre foi atrelada ao campo reprodutivo, sendo condenado seu uso como forma de prazer. De acordo com a OMS, as pessoas têm direito à liberdade sexual, bem estar e autonomia no que diz respeito às escolhas de parceiros e às formas de negociação entre os pares. Não obstante, os direitos à saúde sexual parecem ser direcionados a um modelo heteronormativo, pois o que se nota nos discursos da saúde pública endereçado às práticas sexuais entre HSH é que esses seguem apenas a linha prescritiva do uso do preservativo. Desconsidera-se a possibilidade de uma negociação entre pares de HSH sobre seu uso, ou mesmo o desejo pelo risco, cabendo aos pares gerí-los ou não, assim como ocorre com os casais heterossexuais no âmbito das estratégias de prevenção.

Além disso, junto à prevenção, também apareceu a idéia de “grupos de riscos¹⁰”. Segundo Miskolci e Pelúcio (2009), o termo “risco” passou a fazer parte do cotidiano das pessoas e ganhou inúmeros sentidos, entre os quais, a idéia de perigo. Embora essa noção tenha sido problematizada e criticada por pesquisadores de diversas áreas, seu sentido foi ressignificado ao longo dos últimos anos, passando da categoria “grupos de risco” para “comportamento de risco” e, por fim, “práticas de risco”. Contudo, tal “legado” discursivo de risco como perigo ainda deixou marcas indeléveis no imaginário social. Os efeitos gerados por anos de discussão que atrelara a noção de risco aos perigos das práticas sexuais sem preservativo podem ser percebidos atualmente em reportagens sensacionalistas que atribuem os efeitos devastadores da aids às práticas sexuais sem preservativo. Podemos incluir nesse cenário as próprias campanhas de prevenção do Ministério da Saúde, que têm sofrido críticas pela forma como têm abordado o assunto, utilizando muitas vezes a retórica do medo. Se do ponto de vista da saúde higienista a prática sexual sem preservativo entre parceiros casuais é impensável, sobre a óptica dos HSH, tal prática parece que continua a ocorrer, uma vez que foram desenvolvidas por esses mesmos homens estratégias para gerir os riscos de infectar-se por alguma DST e/ou HIV.

¹⁰ No início da epidemia da aids compunham o grupo de risco: homossexuais, haitianos, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e garotos de programa.

É possível, portanto, que a gestão dos riscos na esfera individual escape das estratégias oficiais de prevenção do Ministério da Saúde. As práticas sexuais desprotegidas continuam a ocorrer entre as múltiplas orientações sexuais, mesmo dentro de uma ética consentida, conforme os dados do último estudo sobre o comportamento sexual do brasileiro realizado pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2009a). Esse trabalho constatou que 54,3% da população não fazem uso consistente do preservativo com seus parceiros casuais. Comparados com as mulheres (33%), os homens usam mais preservativos (51%). Segundo a faixa etária, 49,6% dos jovens (de 15 a 24 anos de idade) usaram preservativo nas relações sexuais com parceiros casuais nos últimos 12 meses. Dentre a população de 25 a 49 anos, a porcentagem foi de 44,6%, enquanto que, dentre a população de 50 e 64 anos, esses números foram os mais baixos, 45,7%. O estudo constatou também que a população brasileira possui um elevado índice de conhecimento sobre as formas de infecção e de prevenção da aids – mais de 95% da população sabe que o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV. O conhecimento é maior entre pessoas de maior escolaridade. Além disso, 90% dos brasileiros afirmaram saber que a aids ainda não tem cura. Não há diferenças relevantes sobre o conhecimento entre as regiões, nem entre os sexos.

Porém, a comparação dos resultados do Ministério da Saúde, realizado em 2008, com os da mesma pesquisa realizada em 2004 sugere que os brasileiros têm feito mais sexo casual. Em 2004, 4% das pessoas haviam declarado ter tido mais de cinco parceiros casuais no ano anterior. Em 2008, esse índice foi mais que o dobro, e passou para 9,3%. Embora o conhecimento sobre os riscos de infectar-se com o HIV e sobre as formas de prevenção continuem altos, a pesquisa identificou uma tendência de queda no uso do preservativo. Passou de 51,6% em todas as parcerias eventuais em 2004 para 46,5% em 2008. Em suma: o grau de conhecimento da população sobre as formas de infecção é alto, mas há um aumento no número de relações sexuais com parceiro casual associada à diminuição do uso de preservativo. Além disso, o nível de escolaridade da população aumentou entre 8 e 11 anos de estudo. A relação entre essas informações nos desafia a pensar nas formas como as pessoas têm gerido os riscos nas relações sexuais e nas novas maneiras de viver a sexualidade em tempos de aids.

Embora nenhum estudo supracitado reflita sobre a possibilidade de evitar seguramente a infecção por DST, HIV e/ou a reinfecção pelo HIV além do uso constante do preservativo, nota-se que muitas pesquisas têm sido desenvolvidas no âmbito da aids. Mesmo que situadas dentro de um contexto de controvérsias, elas circulam entre a população e permitem, dessa forma, a sua apropriação e uso em formas *sui generis* de gerir as práticas sexuais sem preservativo.

2. A comunicação sobre os riscos

Ao considerar a diversidade teórica e metodológica que perpassa os diferentes campos de atuação da psicologia social, este trabalho está situado na perspectiva da psicologia discursiva que faz interface com posicionamentos construcionistas. Segundo Ibáñez (1996), a construção do conhecimento científico é um campo fértil para a psicologia social. Entretanto, não interessa nesta investigação a construção dos fatos científicos, tal como descrita por Bruno Latour em sua obra *Ciência em Ação* (2000), nem julgar a veracidade das informações discorridas pelos participantes deste estudo. Interessa entender como tais informações, sobretudo as científicas, são usadas pelas pessoas para gerir os riscos de suas práticas sexuais.

Para melhor compreensão do processo de produção e circulação do conhecimento, recorreremos à noção de estilo de pensamento de Fleck. O estilo de pensamento estrutura-se em *círculos esotéricos* concêntricos, os quais interagem com os círculos que lhes são *exotéricos*. O círculo esotérico é constituído pelos *experts especializados* e pelos *experts gerais* de acordo com (FLECK, 1986). Ambos são estudiosos cuja formação intelectual em uma área específica do conhecimento é legitimada socialmente, e isso os torna referências para falar em nome da ciência com a qual trabalham. Notoriamente, tais agentes são os mesmos que produzem um conjunto de intervenções quer na vida de indivíduos, quer em coletividades, as quais se fundamentam em um conhecimento considerado confiável, científico, exato, objetivo e verdadeiro. Os adjetivos se multiplicam para reforçar a idéia de confiabilidade (CAMARGO JR., 2007).

Uma vez produzido tal conhecimento, ele passa para o segundo momento da produção, que consiste em enviar aos canais de distribuição e/ou divulgação. O material produzido pelos *experts especializados* geralmente é transformado em livros de referência ou em artigos científicos a serem publicados em revistas técnicas que variam de classificação dependendo do grau de prestígio diante da academia. Acrescenta-se ainda: aulas, conferências, apresentações em congressos. Já os *experts gerais* acabam por transformar os dados em manuais e/ou guias práticos, que abordam os temas de forma mais ampla (FLECK, 1986).

O círculo *exotérico*, por sua vez, é constituído pelos leigos educados. Segundo Fleck (1986), entende-se por leigos educados as pessoas que não possuem um saber científico legitimado socialmente sobre um dado assunto ou uma determinada área de conhecimento. O saber exotérico constitui, para os *experts*, um saber questionável, e não pode ser tomado como referência nas

discussões ou no processo de elaboração de políticas públicas, por exemplo. Esse conhecimento é entendido como ciência popular e circula na sociedade de diversas formas: mídias, panfletos, conversas de cotidiano.

Diante das diversas formas de circulação do conhecimento produzido pelos *experts* e leigos educados na sociedade, é possível pensarmos em consumidores de ciência e nas maneiras como essa informação é apropriada. Os *experts* produzem mercadorias que vão ser consumidas primeiramente por outros *experts*, que por sua vez podem divulgar a outrem via produção de um novo material aceito cientificamente ou repassar tal conhecimento de uma forma mais ampla (FLECK, 1986). Cita-se como exemplo o uso do site www.aids.gov.br, do Ministério da Saúde, que traz informações atualizadas sobre o Programa Nacional¹¹ e Internacional de combate à aids, bem como as principais descobertas científicas na área, e ainda possui um *link* com centenas de artigos relacionados a esta mesma temática. É interessante notar, de acordo com Treicher (1992), que cada vez mais as pessoas se articulam politicamente, adquirem domínio dos aspectos técnicos da aids e passam a enfrentar as autoridades médicas em seu próprio terreno. Nesse sentido, a população tem conquistado um espaço cada vez maior nas discussões sobre as questões produzidas relacionadas à aids. Desse modo, rompe-se com o papel historicamente submisso e silencioso que lhes havia sido atribuído (CAMARGO JR., 1994).

3. Desatando um nó: a opção por HSH

Para refletir sobre essas questões, o foco desta pesquisa recaiu sobre HSH em parceria casual. Sobre este recorte populacional, muitos foram os desafios até aqui. Vários autores têm alertado para a necessidade de “des-homossexualizar” a aids (PAULA, 2009; PARKER, 1994), vista muitas vezes como atrelada às práticas sexuais entre HSH. Os índices discutidos acima são claros e nos conduzem a pensar na ampliação de segmentos afetados pela epidemia da aids nos últimos anos. Entretanto, as discussões encontradas nos cadernos Pela Vidda (2010) fazem severas críticas a tal noção, pois, essa idéia deslocou as políticas de prevenção à aids voltadas para os HSH para segundo plano. Portanto, a discussão propõe

¹¹ No início da epidemia, foi criado o Programa Nacional de Aids. Recentemente, ele foi substituído pelo Departamento Nacional de DST, HIV/Aids e Hepatites Virais, ligado ao Departamento Nacional de Vigilância Sanitária.

a reemergência do tema que se tornou marginal, uma releitura corajosa do processo que muitos chamaram de “desomossexualização” da aids no país. O perfil brasileiro é de uma epidemia concentrada, aqui o HIV não é disseminado uniformemente na população e os homossexuais são um dos grupos afetados de forma diferente (p. 03).

O mesmo texto ainda acrescenta que

assumir a persistência da epidemia da aids junto aos gays tornou-se um tabu, uma medida supostamente protetora. O comportamento de “avestruz” está ligado ao receio de reabrir a equivocada noção de “grupo de risco”, que tanto estigma causou. A epidemia entre os homossexuais não será contida apenas com ações afirmativas e de direitos humanos¹², muito embora sejam imprescindíveis para criar um ambiente favorável às medidas de prevenção (p.03).

Então, por que optar pelo segmento homossexual mais uma vez? Questionados por colegas da faculdade, militantes da área da aids, participantes de congressos, amigos, entre outros, sobre essa mesma inquietação, tentei buscar uma resposta. Ao levar em consideração que este trabalho é uma dissertação de mestrado cujo tempo para conclusão é de no máximo dois anos, ampliar determinados temas resultaria em não ter tempo suficiente para tratar um assunto sério e pertinente, caso incluísse heterossexuais. Para além da questão norteadora desta investigação – a possibilidade de infecção e/ou reinfecção pelo HIV –, teria que abordar também o tema da gravidez e do aborto. Uma escolha também precisou ser realizada quanto aos participantes frente ao seguinte questionamento: a pesquisa deveria incluir apenas homossexuais que mantêm relações com parceiros casuais ou deveria incluir aqueles que vivem em relação estável? Ao considerar a segunda hipótese, haveria mais um complicador: a definição de relação estável na atualidade. Certamente essa é uma discussão que demandaria longo debate e que, portanto, também se tornou inviável. Diante desta rede complexa de situações e de suas possíveis implicações, optei por desatar apenas um “nó”, puxar um fio que poderá contribuir para aprofundar a compreensão das relações sexuais entre HSH em parceria casual, diante dos riscos de infecção por DST, HIV e reinfecção pelo HIV. Os outros “nós” dessa rede de inquietações ficarão para futuras reflexões.

¹² Nascimento (2007) analisou o cenário que envolve direitos humanos e prevenção no âmbito da aids e percebeu que na maioria das vezes o ato discriminatório acontece de forma velada, o que dificulta a vítima de provar que foi discriminada. A discriminação acontece na família, no trabalho, nas relações afetivo-sexuais, no INSS e no serviço de saúde, onde as pessoas são atendidas, muitas vezes, por profissionais despreparados que quebram a ética da profissão, e levam a sorologia dos pacientes a outras pessoas. Assim, se produz a banalização da discriminação que tende a forçar as pessoas a produzirem respostas individuais para se defenderem. Além disso, o ato discriminatório tem efeitos emocionais nas pessoas e interfere na prevenção à infecção.

4. Sobre a estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido em duas partes. Na primeira, composta por três capítulos, discuto o aporte teórico e metodológico, bem como os conceitos analíticos que sustentam esta dissertação. No capítulo 1, é feita uma revisão teórica da construção social do risco na busca de pistas para entender as práticas sexuais de risco. O capítulo 2 volta-se às estratégias de prevenção à aids focadas em informações científicas. O capítulo 3 tem por foco a noção de estilo de vida arriscado de modo a abordar as experiências sexuais arriscadas na modernidade tardia. O capítulo 4 serve de elo entre as duas partes da dissertação e aborda a minha trajetória na elaboração do trabalho e, inclui também, a opção pelo tema, estratégias utilizadas na coleta dos dados, os procedimentos utilizados, locais, colaboradores. Reflito ainda sobre os imprevistos ocorridos durante as atividades de campo, principalmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A segunda parte desta dissertação é composta por capítulos com as análises das entrevistas. O foco do capítulo 5 são os aspectos sócio-culturais implicados na produção de práticas sexuais de riscos. Já no capítulo 6, enfatiza-se o argumento científico como base de sustentação das práticas sexuais arriscadas. No capítulo 7, destacam-se os argumentos que não são provenientes do campo científico, mas que muitas vezes constituem parte da vida cotidiana das pessoas e que passam a compor o repertório de gestão de riscos. Por fim, recorro aos objetivos do trabalho para refletir e tecer as considerações finais.

1. Práticas sexuais entre homens que fazem sexo com homens (HSH)

No contexto brasileiro, a despeito dos diversos graus em que o dispositivo da aids tem atingido as diferentes culturas sexuais, algo em comum pode ser encontrado em todas elas: a aids permeia os encontros, as conversas e se insinua nas práticas, mas ainda é uma questão de vergonha e, assim, atribuída a um Outro leviano, irresponsável, poluidor (MISKOLCI; PELÚCIO, 2009).

Este capítulo aborda a complexidade das práticas sexuais entre HSH. Para isso, falo sobre a tradição da psicologia em abordar a sexualidade pelo viés da sexologia e em seguida apresento a perspectiva construcionista como alternativa ao modelo anterior. Tendo a epidemia da aids como marco, utilizo autores da abordagem sócio-cultural para entender a produção social do risco sexual. Nomeio ainda as diversas maneiras de expressão da sexualidade em tempos de aids, o contexto de interação das práticas sexuais e seus sentidos.

1.1 A complexidade da prática: desafios às Políticas Públicas de Prevenção

Durante décadas, a psicologia abordou a sexualidade por meio de noções como desejo, pulsão, resiliência, defesa, negação, culpa, identidade, fatores de risco na perspectiva epidemiológica, crença. Essas questões aparecem no arcabouço da perspectiva sexológica que orientou parte significativa dos estudos nas ciências humanas e sociais, e têm como principal característica a normatização das práticas sexuais por meio de crenças “naturalistas”- aquelas cujas respostas são determinadas pelo ambiente externo. Como principais autores desse período estão Freud, Kinsey, Masters e Johnson. A abordagem sexológica tem sido difundida no âmbito das políticas públicas e tomada como referência na formação de profissionais da saúde e educação. Entretanto, esses acabam por construir uma noção de sexualidade que, relacionada às concepções moralistas, produzem efeitos que dificultam avanços no campo da sexualidade, na medida em que criam categorias tidas como “saudáveis”, geralmente, fundamentadas no modelo heteronormativo

(PAIVA, 2008). Para Rubin (1984), esses discursos sobre sexo produzem uma linha imaginária que determina a dicotomia “ordem” *versus* “caos social”, ou seja, práticas sexuais seguras e saudáveis constituem um lado, enquanto o outro é marcado pelo perigo.

A partir de 1960, a perspectiva construcionista ganha visibilidade por propor novas orientações na maneira de pensar a sexualidade. Trata-se de abordá-la tendo como foco os fenômenos sociais, a desigualdade entre os sexos, a discriminação sexual. Ao questionar a essencialidade e o viés reprodutivo do sexo como única manifestação possível, são propostas novas discussões conduzidas por teóricos do movimento feminista e homossexual (PAIVA, 2008). Até então, acompanhava-se a crescente produção de pesquisas sobre HSH no mundo ocidental, principalmente os trabalhos na área das ciências sociais que ganharam destaque e cooperaram para se pensar as práticas sexuais de HSH no Brasil (FRY, 1982; PARKER, 1994; PERLONGHER, 1987).

Na década de 1980, com o surgimento da aids, houve um aumento significativo de investigações que, por meio de métodos epidemiológicos e abordagens comportamentais, buscavam obter um primeiro quadro de respostas a essa epidemia ainda desconhecida (PARKER, 1994). Assim, estudos focados em stress e comportamento alimentar foram tidos como insuficientes para dar conta da epidemia. Dessa maneira, rompeu-se o paradigma do modelo sexológico, na medida em que a epidemia de aids reproduzia sua dinâmica no contexto de pobreza e desigualdade, o que dirigiu a atenção dos pesquisadores para o campo social. A partir daí, vários autores¹³ construcionistas brasileiros ganharam destaque inspirados “pelo interacionismo-simbólico e pelo pragmatismo norte-americanos de Goffman e George Mead, pela sociologia do conhecimento de Kuhn e Berger & Luckman, pela antropologia cultural-interpretativa de Geertz” (PAIVA, 2008, p. 648). Em contraposição às pesquisas que falam em comportamentos e práticas sexuais de risco sem contexto, sem pessoa (PAIVA, 2008), é lançado o desafio de abordar neste estudo, inicialmente, o contexto das práticas sexuais destes homens, para poder discorrer, a partir daí, sobre as práticas de risco.

Logo no início da epidemia de aids, adotou-se a noção de grupo de risco para designar aqueles que seriam os responsáveis pela epidemia, dentre esses, os homossexuais. Como bem assinala Terto Jr. (2002), essa noção teve profundas consequências para este grupo de homens que, muitas vezes, carregaram consigo a culpa pelo advento da aids. É possível perceber tal estigma até

¹³ Cito Mary Jane Spink, Vanda Nascimento, Benedito Medrado, Jorge Lyra.

mesmo nas políticas públicas voltadas ao controle da epidemia de aids. Um exemplo dessa marca é a proibição dos homossexuais de doarem sangue, sob o pretexto de pertencerem ao grupo de risco¹⁴.

Tanaka e Oliveira (2010) analisaram a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 153/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil, quanto aos aspectos de direitos humanos que envolvem a proibição aos HSH de doar de sangue pelo prazo de um ano após a última relação sexual. As autoras levaram em consideração os seguintes aspectos: o aumento considerável no número de processos contra o Estado por infecção via transfusão com ganho de causa ao requerente; pesquisas científicas que mostram que os HSH apresentam mais riscos em relação a outras populações; uso de técnicas de análise de sangue que não conseguem detectar a presença do vírus no período da janela imunológica. Para as autoras, esta restrição “justifica-se pelos elevados benefícios à população pela comprovação da redução drástica da transmissão de infecções pelo sangue. Dessa forma, os benefícios coletivos superam a limitada restrição aos direitos humanos de alguns” (p. 594). Portanto, as autoras concluem que há evidências da efetividade desta medida e que tal restrição não fere os direitos humanos de HSH.

Porém, o próprio governo reconhece que a população HSH está dentre aquelas que mais praticam sexo seguro e que são mais bem informadas em relação às DST e a aids (BRASIL, 2001). Mesmo que essas informações não possam ser consideradas uniformes, isso contribui para a estabilização do número de casos neste segmento populacional. Esses dados conduzem a pensar que ocorreram consideráveis mudanças no comportamento sexual de HSH quanto aos cuidados de proteção, sobretudo pela questão da aids ter sido vista, no início da década de 1980, como uma doença letal e com poucas alternativas de tratamento.

Ainda nesta perspectiva, Szwarcwald (2004) argumenta que, se fosse realizada uma comparação das práticas de sexo protegido dos HSH com a população geral do sexo masculino, haveria maior frequência de uso de preservativo entre os homo-bissexuais masculinos. Para Raxach et al. (2007), uma possível mudança de “comportamento” tem sido observada, uma vez que parece haver uma ligeira inclinação às práticas sexuais com preservativo ou ao menos a consciência da necessidade de proteção parece estar mais aguçada nesta população. E ainda formulam uma

¹⁴ Neste caso é possível notar a contradição nas políticas do Ministério da Saúde. Na arena da aids, fala-se no fim da noção de grupo de risco, porém sua manutenção acontece quando trata-se da doação de sangue. Parece que o próprio governo não consegue estabelecer uma relação de consenso entre seus departamentos quando se trata de homossexuais. Em acréscimo, essa questão só reforça o estigma daqueles que vivem sua sexualidade abertamente, pois aqueles que mantêm práticas sexuais com outro homem, mas que costumam se identificar como hetero ou como bissexuais (mais raramente), não são considerados como grupo de risco e exercem o direito de doar sangue.

hipótese: para os autores, a possível abertura à negociação do preservativo entre pares pode garantir práticas mais seguras e consentidas. Mesmo assim, Beloqui (2008) acrescenta que o risco relativo para aids entre HSH em relação aos heterossexuais é dezesseis vezes maior, o que trás à tona novamente a necessidade de pensar políticas públicas específicas voltadas para este segmento da população que tem se mostrado altamente vulnerável à infecção pelo HIV.

Para Parker (1994), o não-uso do preservativo entre HSH deve ser pensado em níveis mais amplos, considerando o chamado plano sócio-cultural, que incluiria as relações de gênero, poder, fatores sócio-econômicos, fatores geográficos, valores, crenças, desejos, planos pessoais. Assim, pode-se falar em construção social do risco, e não em risco como produto individual. Todas essas questões concorrem para a construção de práticas sabidamente arriscadas. Porém, de acordo com as discussões do caderno Pela Vidda (2010), políticas afirmativas e de direitos humanos por si só não são suficientes para fazer a totalidade de HSH usar preservativo, embora se reconheça sua importância.

O termo gênero envolve as construções culturais, atribuídas aos papéis exercidos por homens e mulheres. Trata-se, portanto, de uma forma de referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. Gênero, nesta perspectiva, designa uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995). Assim, a noção de gênero propiciou a divisão dos papéis sexuais masculinos entre ativo e passivo – questão essa questionada com o advento de pesquisas sobre identidade sexual. Parker (1997) acrescenta que, muitas vezes, a relação entre HSH pauta-se nesse modelo de hierarquia de gênero entre homens e mulheres. Esse modelo muitas vezes é reproduzido nas relações entre HSH, na qual um dos parceiros ocupa o lugar do “macho” e ativo, enquanto o outro, o lugar do feminino e passivo (FRY; MACRAE, 1991; PARKER, 2002). Vale ressaltar que as fronteiras entre ativo e passivo não podem ser tomadas como rígidas. Porém, muitos HSH não assumem uma identidade homossexual, principalmente quando ocupam o lugar insertivo, posição essa atrelada a ideia de virilidade, força e agressividade (GONÇALVES DA SILVA, 2007).

Essa assimetria de poder entre homens remete ao período da Grécia antiga, no qual a prática de iniciação de adolescentes do sexo masculino por homens mais velhos era comum – a chamada pederastia. A cultura grega valorizava essa assimetria que deveria existir entre os homens mais novos e os mais velhos. Assim, o adulto desempenhava o papel de amante ativo e o adolescente, passivo (SARTREC, 1992 *apud* VASCONCELOS DA SILVA, 2008, p.22). Ainda contribui para

pensar a manutenção da assimetria de poder, uma vez que a noção de virilidade remete “ao homem *no* poder, um homem *com* poder e um homem *de* poder” (KIMMEL, 1997 *apud* VASCONCELOS DA SILVA, 2008, p.27). Assim, a construção do homem masculinizado, forte e viril, implica ter o domínio da relação sexual. Vale ressaltar que, atualmente, essa prática caracteriza-se como pedofilia. Porém, não há como deixar de sinalizar tal questão, pois esse tipo de relato aparece em entrevistas com jovens que iniciaram suas práticas sexuais quando crianças. Quando ocorre na infância, com um companheiro mais velho, é estabelecida uma relação de desigualdade entre os pares no que se refere ao uso da camisinha. O homem mais velho tende a controlar seu uso, até mesmo porque a criança ainda não possui noções de sexualidade bem definidas.

Assim, as questões de gênero e poder contribuíram para que pesquisadores procurassem entender as complexidades envolvidas nas relações homossexuais, dentre elas, a distinção entre identidade social e sexual, e suas práticas sexuais reais (PARKER, 1994). A partir daí desmembraram outras investigações que levaram à novas teorias e termos para lidar com tal dinâmica. Pode-se destacar a própria discussão entre os termos homossexual e HSH, que ainda despertam um acalorado debate entre as diversas linhas de estudos nas ciências humanas. Para Mota, “a questão que envolve o ser homossexual, heterossexual ou bissexual depende do significado erótico que o sujeito atribui à sua prática sexual e à forma como percebe os papéis de gênero em seu contexto (1998, p. 147)”. Assim, um homem que ocupa o papel insertivo em uma relação sexual com outro homem pode sentir-se heterossexual, uma vez que, muitas vezes, é atribuído o papel de homossexual apenas aos homens receptivos. Esse mesmo autor ainda acrescenta que as vivências não podem ser tomadas como experiências a serem enquadradas em modelos classificatórios previamente estabelecidos. Rejeita, portanto, a denominação HSH. A opção por utilizar o termo HSH nesta pesquisa decorre da escolha de autores, bem como pelo objetivo de entender as práticas sexuais e não a identidade. No campo da epidemiologia, também tem se mostrado complexa a definição de homossexualidade como categoria epidemiológica. Nem sempre uma transmissão de HIV por relação homossexual corresponde a casos de pessoas com uma identidade sexual/social definida como homossexual, podendo envolver até pessoas que se definem como heterossexuais (TERTO JR, 2002).

As pesquisas de Parker et al (1998) sobre comportamento sexual em tempo de aids ajudam a compreender um pouco mais no que consiste a prática sexual entre HSH. Nesses estudos as práticas sexuais de risco para a infecção pelo HIV entre HSH são classificadas como sendo: sexo oral, sexo oral com ejaculação, sexo anal sem camisinha tanto na posição insertiva quanto receptiva, sexo anal

sem camisinha com ejaculação tanto na posição insertiva quanto receptiva. Os mesmos autores ainda destacam as mudanças de comportamento sexual entre HSH, em parceria casual, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1990. Provavelmente, a década do prazer e do perigo (VANCE, 1984) produziu efeitos na população de HSH que, além de ter sua sexualidade transformada em questão política e social, passou a usar mais preservativo e/ou a gerenciar os riscos nas opções pelo não uso da camisinha (PARKER et al., 1998).

A partir de estudos realizados em São Paulo, Franco et al. (1998) descrevem as práticas sexuais entre HSH que envolvem maior excitação para esta população:

A prática sexual que provoca maior excitação é a penetração no ânus de um homem com ejaculação, seguida pela masturbação feita por outra pessoa com ejaculação, recebimento de felação de um homem com ejaculação, automasturbação com ejaculação, a pessoa sendo penetrada no ânus com ejaculação e receber estimulação no ânus com a língua de um homem (Cf. p. 54).

Nota-se, ainda, que as práticas sexuais que mais provocam excitação são aquelas na qual não ocorre o uso de preservativo:

penetração no ânus de um homem com ejaculação e usando preservativo (54%) e idem sem usar preservativo (67%); penetração no ânus de um homem sem ejaculação e usando preservativo (40%) e sem usar (50%). No entanto, quando se é penetrado não existe diferença importante entre o uso ou não do preservativo: sendo penetrado no ânus por um homem com ejaculação e com uso do preservativo (47%) e sem uso de condom (49%); sendo penetrado sem ejaculação e com uso de camisinha (41%) e sem o uso (43%) (p.54-55).

Dentre essas práticas consideradas de risco, os autores destacam alguns comportamentos que parecem ser tomados como estratégias de redução dos riscos. Um deles diz respeito à não ejaculação dentro do parceiro quando o ato sexual é praticado sem preservativo. Assim, o uso do preservativo e a não ejaculação interna é considerada por uma parcela considerável da população de HSH como fatores de redução de risco. Outra informação que chama a atenção é o fato do maior risco ser atribuído apenas ao parceiro receptivo da relação, enquanto o papel insertivo seria mais excitante e de menor risco (FRANCO et al., 1998).

Essas informações conduzem à reflexão sobre o papel do esperma nos atos sexuais. O esperma carrega consigo um valor simbólico atrelado à noção de masculinidade (CARVALHO, 2008). Para Miskolci e Pelúcio (2009), esses valores dizem respeito à força, à reprodução e à vida. Assim, o contato direto com o esperma resultaria em uma relação de intimidade, aliança. Porém, os autores questionam a possibilidade de o esperma representar, ao mesmo tempo, um potencial meio de transmitir o HIV e ser uma substância ligada ao erotismo e ao poder de estabelecer vínculos entre os parceiros sexuais. Assim, temos uma tensão ligada à maneira como abordar a prevenção diante desse contexto. Como agravante, embora se reconheça a importância do preservativo, ele é citado, muitas vezes, como responsável pela perda da sensibilidade durante o ato sexual, uma vez que dificulta a ereção, podendo apresentar reação alérgica em alguns homens e inibir o orgasmo (VASCONCELOS DA SILVA, 2008). Nesse cenário, cabe destacar, a relação entre fatores sócio-econômicos e o uso da camisinha. Não há preservativo anti-alérgico disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses podem ser adquiridos somente na rede privada (BOUER s/d), questão essa que coloca em melhor condição de gerir os riscos aqueles homens que possuem maior poder de consumo (SPINK, 2007a).

Ao pensar nesse mercado de potenciais consumidores de produtos sexuais, é importante ressaltar que, ao longo das últimas décadas, surgiram espaços exclusivos para práticas sexuais entre HSH. Em relação a esses espaços, Braz (2010a) argumenta que, primeiramente, as práticas sexuais aconteciam em bailes carnavalescos, praças, por meio do *footing*¹⁵, além dos encontros em banheiros públicos, cafés, restaurantes. Para aqueles que pertenciam a segmentos abastados, esses encontros aconteciam em casas e/ou apartamentos de amigos. Posteriormente, surgiram nas metrópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro, boates e bares com espaços exclusivos para se praticar sexo – os *dark rooms*¹⁶. Apareceram também saunas, cabines, clubes e “cinemões” voltados para a prática de sexo entre HSH.

As práticas sexuais entre HSH sem preservativo podem estar relacionadas a dois fatores, que influenciam na sua difusão. Um primeiro diz respeito às questões circunstanciais, enquanto o segundo está relacionado ao ato transgressivo. Como fatores circunstanciais, ganham destaque os avanços científicos no campo da biomedicina, que tem propiciado novos medicamentos no

¹⁵ Para Japiassu (2007), o *footing* é uma expressão relacionada ao passeio à pé ou caminhada. No século passado, o *footing* tinha um duplo objetivo: o passeio e a paquera. As pessoas caminhavam, observavam quem estava a sua volta, aproximavam-se e então acontecia à paquera.

¹⁶ Pode ser traduzido como quarto escuro.

tratamento da aids; a convivência com pessoas que vivem com HIV e que aparentam serem saudáveis, a ausência de preservativo na hora das práticas sexuais em contextos diversos.

A noção de transgressão está associada à ideia de estratificação sexual desenvolvido por Rubin (1984), que propõe ser por meio dela que a sociedade ocidental constrói seus valores hierárquicos sobre os atos sexuais. A estratificação sexual estaria marcada pela bipolaridade dos sentidos atribuídos pela sociedade em função de escolhas que podem ser consideradas boas: práticas consideradas normais, naturais e saudáveis, como as relações que se pautam no modelo heteronormativo. Em oposição estariam as práticas sexuais condenadas, como, por exemplo, as relações entre HSH. Entretanto, Rubin chama a atenção para o fato da noção de estratificação sexual não dar conta da diversidade de experiências existentes, pois as relações de poder no âmbito da variação sexual são muito mais complexas.

Essa complexidade das práticas sexuais está intimamente relacionada com o contexto cultural em que estão inseridas, o qual legitima algumas práticas e recusa outras. Algumas formas de expressão sexual são aceitas socialmente, outras carregam um caráter de vergonha, medo, repulsa, culpa, confusão. Para Lupton (1999), a homossexualidade é excitante devido à sua associação com a culpa, o medo, ou a ansiedade. Assim, a relação entre desejos e práticas sexuais se dá pelo contexto cultural em que se vive, o qual valoriza algumas práticas e maneiras de viver a sexualidade em detrimento de outras (BRASIL, 2007a). E é nesse cenário de tensão entre “bom” e “mau”, “norma” e “desvio”, entre o “aceito” e a “repulsa” que se delineiam as práticas denominadas de transgressoras. De acordo com Weeks (1998), a transgressão caracteriza-se

pela constante invenção e reinvenção de novos sentidos do ‘self’ e novos desafios para as instituições e tradições que até o momento tem excluído estes novos sujeitos. Busca-se desafiar o ‘status quo’ e as distintas formas de exclusão social (Weeks, 1998 *apud* Vasconcelos da Silva, 2008, p. 38).

Vasconcelos da Silva (2008) ainda acrescenta que o ato transgressivo, marcado pelas práticas sexuais que implicam busca do prazer diante da possibilidade de infecção pelo HIV, significa também excitação, êxtase, ou fonte de prazer. Lupton (1999) coaduna com essa noção ao afirmar que o prazer associado ao risco emerge da transgressão das fronteiras, ultrapassa os limites sociais e sai da ordem do controle estabelecido. Retoma-se, nesse contexto, as reflexões de Bataille (1987), que sugere que o erotismo deve ser pensado como transgressão às convenções morais. Dessa forma, o próprio ato de romper com a norma estabelecida, seja no campo moral ou da saúde,

configura uma busca pelo proibido, principalmente no que se refere aos modelos instituídos pela heteronormatividade. No campo moral, pode-se salientar as práticas sexuais entre HSH, a união civil e a adoção por homossexuais como questões de grande rejeição social. Já na arena da saúde, temos o não-uso de preservativo e a política de doação de sangue, como exemplos. Portanto, o ato da transgressividade traz à tona outros sentidos para além daqueles dirigidos ao rompimento de normas sociais. Refere-se, portanto, ao movimento de contestação do modelo de convívio instituído e de reivindicação da aceitação da diversidade. Por esse viés, há um apelo a cidadania por direitos iguais no âmbito civil.

2. Estratégias de prevenção sexual às DST, HIV/Aids e hepatites virais entre homens que fazem sexo com homens

O discurso das pessoas se alia ao discurso cientificista que, em sua ânsia de objetividade, opta pela ausência do sujeito, correndo o risco de igualmente produzir ilusões e engodos, ao obturar o desejo pela certeza do eu (ROSA; VICENTIN; CATROLI, 2009, p. 25).

Apresento neste capítulo algumas medidas de gestão de riscos recomendadas pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças americano (CDC) e pelo Ministério da Saúde brasileiro, dando ênfase aos dispositivos voltados aos HSH. A seguir, são abordados os novos métodos, denominados de “novas tecnologias de prevenção biomédicas”, problematizando as implicações psicológicas e comportamentais de seu uso.

2.1 Sobre o risco de infecção pelo HIV segundo a via de exposição

A tabela 1 foi elaborada pelo CDC (2005) para auxiliar os gestores que trabalham com prevenção a analisar o risco para o HIV por via de exposição.

Via de exposição	Risco por 10.000 exposições por fonte informação	Referências
Transusão de sangue	9.000	Donegan et al. (1990)
Compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis	67	Kaplan; Heimer (1995)
Prática de sexo anal receptivo	50	European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992) e Varghese et al. (2002)
Agulha perfuro cortante	30	Bell (1997)
Prática de sexo vaginal receptivo	10	European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992), Varghese et al. (2002), Leynaert; Downs; De Vincenzi (1998)
Prática de sexo anal insertivo	6.5	European Study Group on

		Heterosexual Transmission of HIV (1992), Varghese et al. (2002)
Prática insertiva de pênis na vagina	5	European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992), Varghese et al. (2002)
Prática de sexo oral receptivo	1	Varghese et al. (2002)**
Prática de sexo oral insertivo	0.5	Varghese et al. (2002)**
*Estimativas de risco de transmissão por forma de exposição ao assumir práticas sem preservativo.		
**Fonte de referência de práticas de sexo oral feito em um homem.		

Fonte: tabela adaptada do inglês de: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTIION. Recommendations and Reports. Antiretroviral Postxposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. **MMWR**, [Atlanta], 2005.

De acordo com a tabela do CDC, a possibilidade de infecção por via sanguínea, entre elas a transfusão de sangue, a troca de seringa infectada e o acidente com material perfuro-cortante também infectado está entre as mais altas. Já em relação às práticas sexuais, a prática de sexo anal receptivo tem um alto risco, seguido da prática sexual vaginal receptiva, prática sexual anal insertiva, práticas sexuais insertivas de pênis na vagina, sexo oral receptivo e sexo oral insertivo. Ao tomar como foco os riscos nas relações sexuais entre HSH, objetivo deste trabalho, tem-se então um risco elevado nessa população, na medida em que a prática sexual anal insertiva e receptiva é mais comum entre esses homens. São potenciais meios de infecção a troca de fluídos corporais infectados com o HIV, como por exemplo, sêmen, ou sangue durante relações sexuais anais sem proteção. Outras doenças transmissíveis por via sexual aumentam o risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2010). Diante dos possíveis riscos relatados acima, pode-se estimular algumas estratégias que visam mitigar o risco de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b). Entre elas, estão:

- Práticas sexuais não-penetrativas;
- Práticas que priorizem o sexo oral;
- Práticas que busquem reduzir o contato com o esperma ou com a menstruação;
- Procurar usar barreira para sexo oral, mesmo que feitas de improviso, como as feitas com camisinhas masculinas abertas, evitando contato com secreções vaginais, pequenos sangramentos ou menstruação;
- Não escovar os dentes antes da prática do sexo oral, porque ele provoca pequenos ferimentos nas gengivas;

- Evitar ejaculações na boca, que facilitam a exposição a uma maior quantidade de agentes de DST e HIV;
- Evitar a prática oral quando houver infecções na boca e
- Usar lubrificante na prática de penetração anal é fundamental sempre para reduzir a possibilidade de micro lesões e sangramentos.

2.2 Algumas palavras sobre as Políticas de Prevenção às DST, HIV/Aids

Após três décadas de epidemia de aids, os esforços direcionados à prevenção das DST, HIV/aids limitam-se à repetição de campanhas veiculadas na televisão, sobretudo no período do carnaval, a distribuição de panfletos informativos, e de preservativos em locais frequentados por HSH, etc. Nessas campanhas, observa-se pouca sensibilidade às particularidades da sexualidade humana. Homossexuais, bissexuais, heterossexuais, idosos, adolescentes, mulheres, travestis, garotos de programa, são todos tratados como se tivessem as mesmas práticas sexuais e, portanto, apresentassem a mesma demanda de prevenção. “Não há no Brasil política pública de prevenção adaptada às novas gerações, às maneiras atuais de afirmação de identidades homossexuais, aos novos comportamentos e estilos de vida que influenciam a gestão do risco (PELA VIDDA, 2010a, p. 03)”. Ainda de acordo com os escritos do caderno Pela Vidda, ao adotar um modelo preventivo que só enxerga a vulnerabilidade dos HSH, o Brasil não consegue consolidar efetivamente seu programa de saúde pública.

A institucionalização da prevenção no Brasil se deu por meio da criação do Programa Nacional de Aids em 1986. Entende-se por prevenção toda ação antecipada, fundamentada na história natural da doença, com vistas a eliminar o seu progresso (CZERESNIA, 2003). Com vista a desenvolver estratégias de enfrentamento desta doença, novas estratégias de prevenção têm sido desenvolvidas e implementadas pelo Ministério da Saúde ao longo destes trinta anos de epidemia. Para Brito (2009), o cenário atual da prevenção da aids entre HSH encontra-se em um processo de esgotamento das modalidades alternativas: há baixa cobertura nos centros de testagem e aconselhamento em DST, HIV/aids (CTA), baixa centralidade na discussão sobre DST e rigidez institucional, que inviabiliza a incorporação de novas tecnologias.

Além das questões apontadas por Brito, há ainda outro desafio: a divulgação das modalidades de prevenção voltadas para HSH. Um exemplo disso foi a tentativa do governo, em 2002, de veicular a sua primeira campanha sobre prevenção à aids voltada ao público homossexual como resposta à reivindicação feita pelo movimento social de luta contra aids e por militantes do movimento homossexual. Não obstante, tal campanha ficou apenas 15 dias no ar, em seguida foi retirada e censurada. De acordo com textos do caderno Pela Vidda (2006), a campanha foi retirada do ar pelo Conselho de Regulação de Auto-Regulamentação Publicitária (CONAR). Segundo o relator do CONAR, a campanha publicitária “choca o núcleo familiar, não respeita as pessoas, não atende ao interesse social” (p. 20). A partir de então, novas discussões acontecem periodicamente entre governo e movimento social, porém nunca mais houve uma campanha de amplitude nacional direcionada a esse público. Para além da dificuldade de divulgar as campanhas de prevenção voltadas a HSH, Brito (2009) alerta para outras questões emergentes trazidas pela epidemia da aids no campo da ética e que devem ser debatidas pelos diversos atores sociais implicados nas discussões do campo da aids. Trata-se de conflitos ligados a pressupostos normativos, dentre os quais podemos citar: escolhas individuais e decisões coletivas, reprodução humana assistida, revelação de diagnóstico, busca ativa de parceiros, pesquisa que envolve seres humanos.

O primeiro método a ser preconizado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de evitar a transmissão do vírus HIV foi o uso do preservativo. Até então, a utilização desse método estava relacionado à esfera reprodutiva entre casais heterossexuais. Mesmo com a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis que antecederam a epidemia de aids, tais como a sífilis, a gonorréia, as hepatites virais, entre outras, não existiam políticas públicas de distribuição de preservativo à população brasileira. Ao longo de duas décadas e meia de epidemia de aids, vários estudos realizados comprovaram a eficácia do preservativo. Em um deles, por meio de método experimental realizado em laboratório, demonstrou-se que o preservativo de látex é uma efetiva barreira mecânica para o HIV e outras DST (CDC, 1993). Outros dois estudos realizados com casais sorodiscordantes – situação em que um parceiro vive com HIV e o outro apresenta sorologia negativa para HIV – indicaram que aqueles que usaram o preservativo de forma consistente em todas as relações sexuais não foram infectados (FELDBLUM, 1998).

Em função da comprovação da eficácia do uso do preservativo, houve aumento das variedades de camisinhas colocadas à disposição da população pela indústria farmacológica e incorporadas pelo governo brasileiro às políticas de prevenção às DST, HIV e Aids. Pode-se notar a mudança de matéria prima na fabricação desse produto. No fim do século XIX, predominavam os

insumos feitos de borracha. Posteriormente, em 1912, as camisinhas passaram a ser confeccionadas de látex, e em 1994 começou a fabricação do preservativo antialérgico. Para os homens muito sensíveis ou alérgicos ao látex, os novos materiais de preservativos incluem o poliuretano e o estireno-etileno-butileno-estireno (SEBS). Os preservativos de poliuretano estão disponíveis nos EUA desde 1995, enquanto os preservativos de SEBS ainda não são comercializados.

Outra medida instituída foi a redução de parceiros. Com base em dados epidemiológicos, os estudos indicavam que esta medida era necessária, pois a probabilidade de ocorrência de infecção estava associada ao número de parceiros. Galindo (2002) analisou os argumentos usados para sustentar a redução de parceiros pelos participantes do fórum de discussão coordenado pelo Ministério da Saúde no início da epidemia da aids e intitulado “redução de parceiros sexuais: questão moral ou científica?”. De acordo com Galindo (2002), apenas informações oriundas de fontes de saber científico eram levadas em consideração, enquanto que as ideias apresentadas pelos participantes leigos eram desconsideradas. Ou seja, prevaleceu a noção de que as políticas públicas relacionadas ao número de parceiros deveriam ser orientadas por fontes provindas da epidemiologia, por serem elas científicas, enquanto o saber popular não era considerado. Entretanto, de acordo com os escritos do caderno Pela Vida (2006), a política de redução de parceiros infringe o direito de escolha das pessoas por estabelecer padrões de comportamento focados em poucos parceiros e atribuir valor moral às práticas sexuais de HSH.

2.3 Novas tecnologias de prevenção biomédicas

Segundo Olhovetch Kalichman (2009), a palavra tecnologia é de origem grega e significa “conjugação a técnica ao conhecimento para a satisfação de nossas necessidades”. Por serem necessidades humanas, essas são construídas no âmbito social e mudam conforme o contexto. Assim, o autor nos instiga a pensar no desenvolvimento de novas tecnologias que visem à prevenção sexual entre HSH em um novo cenário de epidemia, bem diferente daquele existente na década passada. Nesse sentido, pesquisadores da área da aids têm desenvolvido novas tecnologias que podem ser agrupadas em dois grandes grupos: as “tecnologias leves” e as “duras”. Para Brito (2009), os dois modelos de intervenção são importantes, porém o segundo retoma a noção de risco individual. A primeira delas diz respeito às questões ligadas à gestão e gerência de ações programáticas e de participação social, à organização do processo de trabalho, aos recursos

humanos, ao desenvolvimento de técnicas educativas e comunicacionais, ao acolhimento, ao aconselhamento e à assistência integral. Enquanto as tecnologias duras seriam: camisinha, vacinas, microbidas, estratégias cirúrgicas como a circuncisão, estratégias medicamentosas como as profilaxias pré (PREP) e a pós-exposição sexual (PEP) em situações de risco.

O Boletim de Vacinas anti-HIV/AIDS em suas edições mensais divulga os principais estudos em andamento sobre vacinas anti-HIV¹⁷ e aquilo que comumente tem sido chamado de novas tecnologias de prevenção biomédicas (VAX, 2006). Trata-se de experimentos que, supostamente, poderiam mitigar possíveis riscos de infecção e/ou reinfecção pelo HIV. “Diga-se, de passagem, que a profusão e polissemia dessas informações, que empilham evidências de pesquisas presentes e passadas, validadas hoje e desacreditadas amanhã, aumentam a responsabilidade por busca de informações” (SPINK, 2007, p. 256). A questão é que até o início da década de 2010, no que se refere a essas novas tecnologias de prevenção, nenhum estudo comprovou sua eficácia de forma a garantir seu uso com segurança entre a população. Por isso, abordaremos adiante alguns ensaios que estão em testes em diversos países do mundo.

O primeiro deles diz respeito à correlação entre circuncisão¹⁸ e o risco de infecção pelo HIV entre HSH. Templeton et al. (2009) realizaram em Sydney, na Austrália, um projeto denominado Saúde em Homens e concluíram que não ocorreu redução significativa do risco de infecção pelo HIV nesse grupo de homens. Em outro estudo realizado por Lane et al. (2009) na região de Soweto, na África do Sul, com 378 HSH, prevaleceu uma taxa de infecção de 13,2%. Nessa população analisada, 33,9% dos homens que se identificavam como homossexuais estavam infectados pelo vírus HIV, 6,4% dos infectados se identificavam como bissexuais e 10,1% como heterossexuais. Estes autores alertam que a prática sexual anal entre os homossexuais ligava-se mais ao papel receptivo, enquanto a autoidentificação bissexual e heterossexual correlacionava-se ao papel insertivo.

¹⁷ Os estudos sobre vacina anti-HIV é um capítulo a parte principalmente no que se refere aos aspectos éticos. Spink e Carvalheiro (2002), a partir de experiências como pesquisadores do Projeto Bela Vista – estudo multicêntrico que visou analisar a incidência da infecção pelo HIV, bem como os fatores sócio-comportamentais a ela associados, em uma coorte de homens que fazem sexo com homens – discorreram sobre a dificuldade encontrada desde a divulgação desse estudo, que também tinha como objetivo preparar potenciais voluntários para o projeto de vacinas, a seleção desses voluntários, o processo de adesão aos experimentos. Percebeu-se que o interesse das pessoas em participar dos estudos pauta-se em um forte altruísmo, ou seja, existia um interesse maior em colaborar para a solução de uma doença ainda sem cura mesmo diante dos riscos individuais. Porém, problematizou-se também se os possíveis voluntários conseguiriam alcançar o pleno entendimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹⁸ A circuncisão é uma cirurgia que consiste na retirada do prepúcio, prega cutânea que recobre a glândula do pênis.

Ainda sobre a questão da circuncisão, encontra-se no site do Departamento Nacional de DST, HIV e aids, um relatório de consulta técnica da OMS e do programa conjunto das nações unidas para o HIV/aids (UNAIDS¹⁹) sobre a prática da circuncisão direcionado aos programas mundiais que trabalham com prevenção. O texto toma como referência alguns dos estudos descritos acima e leva em consideração a produção científica sobre esse assunto nos últimos anos. Acredita-se que a circuncisão pode reduzir de forma significativa a infecção entre HSH, embora os estudos não façam projeções estatísticas. Assim, a OMS e a UNAIDS recomendam a cirurgia somente para a população de homens heterossexuais. Entretanto, o documento ratifica que essa abordagem deve ser vista como uma estratégia complementar e que não deve substituir a forma mais segura comprovada cientificamente, nesse caso, o uso de preservativo. No entanto, em entrevista dada à Agência Aids em 2007²⁰, a diretora do então Programa Nacional de Aids nessa data, Mariângela Simão, afirmou que o Brasil não adotará a prática de circuncisão como método de Saúde Pública para diminuir as chances de infecções pelo vírus HIV. Para Mariângela, essa técnica supostamente diminui as chances de infecção apenas em homens heterossexuais, não protegendo às mulheres e nem os homossexuais. Em acréscimo, a OMS teria recomendado a adesão a tal prática apenas em países com pelo menos 15% da população infectada que, portanto, não inclui o Brasil.

Outra estratégia também tem provocado discussões entre os pesquisadores da área da aids. Trata-se da estratégia denominada de “Testar e Tratar” que pretende diminuir significativamente o número de infecções pelo HIV na medida em que propõe a testagem universal e o imediato tratamento daquelas pessoas infectadas. Atualmente, a política para o início do tratamento varia de acordo com cada país. A OMS sugere o início do tratamento quando a pessoa apresentar células T CD4+ abaixo de 200 cópias por mm³ de sangue ou desenvolver o estado de aids²¹. No Brasil, o consenso²² definiu que será disponibilizado tratamento imediato às pessoas que atingirem células T

¹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2007). **Novos dados sobre a circuncisão e a prevenção ao HIV: conseqüências para as políticas e programas.** Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Novos_dados_sobre_circuncisao_UNAIDS.pdf. Acesso em: 25 ago. 2010.

²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde (2007b). **O Brasil não adotará a circuncisão como método contra aids.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/rio-o-brasil-nao-deve-adotar-circuncisao-como-pratica-de-saude-publica-para-evitar-propagaca>. Acesso em: 24 ago. 2010.

²¹ O diagnóstico de aids é dado quando uma pessoa acometida pelo vírus HIV tem o número de células T CD4 reduzida, favorecendo o aparecimento de doenças oportunistas, tais como a pneumonia, tuberculose e câncer.

²² O consenso terapêutico é um guia elaborado por *experts* da saúde pública para orientar os profissionais de saúde sobre os tratamentos considerados mais eficazes e as combinações de antirretrovirais mais apropriadas para as pessoas que vivem com HIV e/ou aids.

CD4+ abaixo 200 cópias por mm³, referência essa recomendada pela OMS, porém, podendo ser opcional o início do tratamento quando a contagem dessas células estiver entre 200 e 350 cópias por mm³ de sangue (BRASIL, 2007c). De acordo com a proposta de “Testar e Tratar”, na medida em que as pessoas infectadas pelo HIV são tratadas, o número de vírus no sangue diminui, e com isso as chances dessa pessoa infectar o parceiro reduzem a menos de 10%.

Ainda tendo como foco o tratamento como método de prevenção, o estudo nomeado “declaração suíça”, desenvolvido por Vernazza et al. (2008), concluiu que uma pessoa com HIV, sem nenhuma outra DST e seguindo o tratamento antirretroviral, não transmite o HIV pela via sexual. Esta afirmação engloba três condições inter-relacionadas: que a pessoa com HIV siga o tratamento antirretroviral corretamente e seja acompanhada por um médico; que a carga viral se situe abaixo do nível de detecção - menos de 40 cópias por mm³ de sangue - desde há pelo menos seis meses; e que a pessoa com HIV não tenha nenhuma outra DST. Entretanto, Seth Kalichman (2008) fez uma revisão da literatura referente ao tema e argumentou que outras pesquisas apontam para uma diversidade de resultados quanto à correlação entre a carga viral encontrada no sangue e a do sêmen. Dessa forma, ele critica os estudos de Vernazza et al. (2008) a partir das seguintes considerações: os pesquisadores empregaram uma amostragem pequena de sujeitos e incluíram apenas material sanguíneo; o sêmen costuma ter carga viral mais baixa em relação ao sangue, exceto em alguns casos de uretrite e não supressão do HIV com o tratamento; outros pesquisadores encontraram carga viral no sêmen em homens com uretrite oito vezes maior do que em homens sem uretrite; foi encontrada carga viral no sêmen cinco vezes maior quando a pessoa apresentou gonorréia ou clamídia e a comparação de carga viral no sêmen de homens do Malawi mostrou maior concentração que entre suíços, provavelmente por presença de DST (OLHOVETCH KALICHMAN, 2009). Essa variação de vírus entre sangue e sêmen poderia corresponder entre 0,007 e 0,64 cópias por mm³. Com efeito, críticos alertam para a falta de estudos conclusivos sobre esse assunto e sinalizam a preocupação financeira implicada no tratamento de todas as pessoas que vivem com HIV ao redor do mundo, independente de suas cargas virais (GIV, 2009).

A mais recente estratégia de prevenção do governo brasileiro está relacionada à abordagem denominada de profilaxia pós-exposição sexual (PEP). De acordo com Fischer et al (2006), a indicação da PEP tem como base estudos que confirmam existir uma janela de oportunidade para inibir a replicação viral na sequência de uma suposta infecção. Esse período supostamente pode demorar até 72hs antes do HIV ser detectado no linfonodos e cinco dias para que ele seja detectado no sangue. Essa mesma abordagem já tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde brasileiro em

casos nos quais ocorre exposição ao risco ocupacional, em pessoas vítimas de abuso sexual e em casos de transmissão vertical entre mãe e lactante. Porém, Fischer et al (2006) reiteram que não há estudos conclusivos que comprovem a eficácia do método por falta de colaboradores. Mas argumentam que estudos compararam grupos de pessoas que receberam a PEP com outro grupo que não recebeu e seus resultados apontaram para uma menor taxa de soroconversão entre as pessoas que receberam a PEP. No que se refere ao tempo de tratamento, recomenda-se cerca de quatro semanas nos casos de risco ocupacional e três semanas nos casos de violência sexual. Outro fator questionado pelos pesquisadores seria a possível aquisição de um vírus resistente ao medicamento, caso a pessoa viesse a utilizar os antirretrovirais em situação posterior à primeira situação de risco.

No Brasil, há estudos comparativos sobre a PEP, apesar de não serem apresentados resultados conclusivos relacionados à eficácia do método. Nestes estudos, os pesquisadores encontraram queda nas taxas de infecção em relação ao outro grupo que não recebeu a PEP (PRAÇA ONZE STUDY TEAM, 2004). Em outro estudo brasileiro, as pessoas que foram vítimas de violência sexual e que começaram a fazer uso dos antirretrovirais dentro de 72hs não sofreram soroconversão. Já entre o grupo de pessoas que sofreram abuso sexual e não fizeram uso dos medicamentos, ocorreu infecção (SCHECHTER, 2002). Assim, em outubro de 2010 foi lançado o suplemento com as diretrizes de atendimento no serviço público de saúde às pessoas que sofrerem o chamado “acidente sexual”. Ou seja, o documento traz normas rígidas dos casos que podem se beneficiar da PEP.

O atendimento da exposição sexual com potencial transmissão do HIV implica acolher a demanda, avaliar a circunstância da exposição, caracterizar o risco de transmissão e conhecer a frequência das exposições para considerar a indicação da quimioprofilaxia. Deve-se reforçar que a proteção de barreira, com uso de preservativo masculino, é a estratégia central de prevenção, enfatizando necessidade de proteção sexual a futuras exposições (BRASIL, 2010, p. 53).

Entretanto, o documento afirma que não existem pesquisas conclusivas sobre o uso da profilaxia pós-exposição sexual: “não existem ensaios clínicos randomizados que tenham avaliado a eficácia da utilização de profilaxia pós-exposição sexual e existem poucas informações a respeito do momento ideal para iniciá-la” (BRASIL, 2010, p. 55). Por isso, uma série de fatores devem ser levados em consideração para constatar se a PEP deve ou não ser receitada. Uma delas diz respeito

à avaliação do risco apresentado pela pessoa que procura o serviço de saúde, dentre elas, a sorologia da pessoa e do parceiro. São fatores de maior risco para a transmissão do HIV (ibidem, p. 59):

- Carga viral sanguínea detectável;
- Carga viral genital;
- Ruptura de barreira na mucosa da pessoa exposta;
- Presença de sangramento;
- Presença de doença sexualmente transmissível.

Para além dessas questões, o documento parte do pressuposto que existe uma escala de risco e essa deve ser considerada. Assim, uma avaliação criteriosa deve ser feita a partir disso. Toma-se como fatores a serem considerados a prevalência presumida do HIV no segmento populacional que pertence à pessoa exposta e o tipo de exposição. De acordo com o documento, a taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,6% e, portanto, é considerada baixa; entre a população que apresenta prevalência alta para o HIV estão os homossexuais e outros HSH com 10,5%; os usuários de drogas com 5,9%; os profissionais do sexo com 5,0% (BRASIL, 2010).

Nos casos de prescrição da PEP, Fischer et al (2006) recomendam que o profissional da área da saúde estabeleça diálogo com o paciente no sentido de deixar claro a justificativa da prescrição, informar que não existem estudos conclusivos que garantam a eficácia do método e esclarecer sobre os possíveis efeitos colaterais que os antirretrovirais podem causar. Entende-se por efeitos colaterais, de acordo com o Grupo Pela Vida:

qualquer reação inesperada produzida por um medicamento. Podem ser leves e transitórios; moderados e persistentes; graves ou potencialmente mortais e, infelizmente, alguns destes efeitos não são confirmados até que o fármaco esteja aprovado, devidamente comercializado e utilizado por milhares de pessoas. Os efeitos colaterais mais frequentes que se apresentam no início do tratamento incluem cansaço, náusea, vômitos, diarreia, dores musculares, dor de cabeça e irritação de pele. Outros efeitos colaterais variam de acordo com o tipo de remédio que está sendo usado. Pacientes com Aids em estágio avançado tendem a apresentar reações adversas com mais frequência (s.d.: s.p).

Fischer et al (2006) recomendam o uso da PEP como última medida preventiva, caso seja comprovada falha nos outros métodos convencionais de prevenção. Isso porque Lert (2000) e a equipe do projeto Praça Onze (2004) levantaram a preocupação de que tal estratégia possa reduzir o

compromisso das pessoas em utilizar o método primário de prevenção – o preservativo –, resultando em mais comportamento de risco. Porém, Van Der Stratten (2000), em seu estudo no qual foi utilizado a PEP, percebeu que não ocorreu aumento de comportamento de risco entre a população da pesquisa.

Há ainda outra preocupação levantada por Parkin (2000) a partir dos resultados de um estudo utilizando a PEP em trabalhadores da área da saúde que passaram por acidente ocupacional. Ele relata que tais profissionais apresentaram efeitos colaterais que os impossibilitaram de voltar ao trabalho durante duas semanas. Para Benn (2001), os efeitos colaterais dizem respeito aos inibidores de protease que foram associados às alterações metabólicas, anormalidades nos lipídios, resistência à insulina, diabetes, problemas intestinais e gástricas.

Em síntese, o desenvolvimento científico na área da aids tem permitido o surgimento de novos estudos que oferecem informações passíveis de serem tomadas como estratégia de gestão de risco, como por exemplo, a tabela de risco e o estudo suíço. Além disso, a ciência tem colocado à disposição da população novas tecnologias, tais como a circuncisão e a PEP, mesmo diante de um contexto de incerteza por falta de estudos conclusivos que garantam a eficácia desses métodos.

3. Estilos de vida arriscados no cenário da aids

Deparamo-nos com estilos de vida que se tornaram socialmente aceitos e valorizados. Mas também com estilos que se tornaram socialmente proscritos, embora não sejam ilegais em todos os contextos sociais: por exemplo, o uso de drogas leves (maconha na Argentina), o tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Porém, são estilos de vida cinzentos, prazerosos, não totalmente ilegais, mas certamente associados a sombrios futuros em termos de saúde (SPINK, 2009, p.25).

A noção de estilo de vida arriscado é foco deste capítulo que tem por objetivo situar a opção por práticas sexuais sem preservativo à luz desta noção. Este aporte teórico tem conduzido trabalhos no campo da aids em uma perspectiva crítica, procurando analisar as práticas sexuais sem camisinha por outro ângulo; ou seja, a partir da própria vontade e desejo destes homens.

3.1 Risco na modernidade tardia

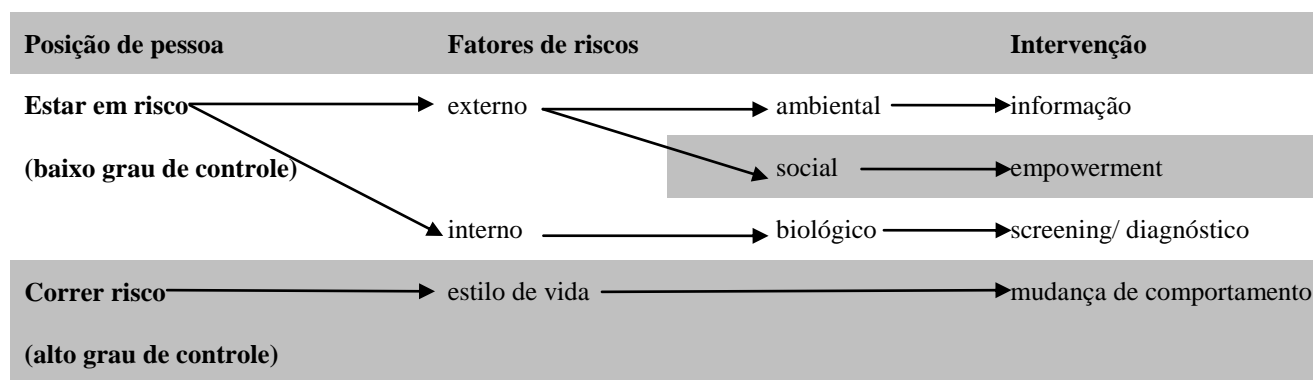
Autores como Beck (1993) e Giddens (1991) pertencem a uma corrente de estudos sobre risco que visa entendê-lo no âmbito dos aspectos macrossociais. Esta abordagem ajuda a pensar sobre as novas modalidades de riscos que se fazem presente na modernidade tardia, ou na *sociedade de risco*. Beck introduz essa noção para se referir aos deslocamentos nos processos de gestão social que na modernidade tardia torna a gestão dos riscos indispensável. Para Beck e Giddens, são três as principais características da sociedade de risco: primeiramente, a *globalização*, que leva a desterritorialização - “o entrelaçamento de eventos e relações sociais que estão distante de contextos locais” (GIDDENS, 1991, p. 21). Em segundo lugar, o acirramento da *individualização* decorrente da destradicionalização – processo que substitui biografias pautadas pela inserção em classe por biografias reflexivas que dependem das decisões de cada autor. E, como terceira característica, a *reflexividade*, ou seja, “a suscetibilidade de maior parte dos aspectos da atividade social à revisão continuada à luz de novas informações ou conhecimentos” (GIDDENS, 1991, p. 20). Vale ressaltar que, embora a noção de risco seja utilizada desde a modernidade clássica, o conceito de risco será definido no âmbito científico somente a partir do século XX, após formulação sistemática do termo e desenvolvimento de técnicas de cálculo (SPINK et al., 2001).

O século XX foi profícuo para a emergência de estudos sobre risco que tiveram como foco a estimativa de risco, a percepção de risco e o gerenciamento dos riscos. Essas três noções são fundamentais para entender a política de controle do Estado que se pauta, na atualidade, pela ênfase no autocuidado, ou seja, com ênfase no gerenciamento dos riscos. Essa medida, por sua vez, traz à tona o modelo individualista de risco. É nesse cenário individualista que a noção de estilo de vida parece ter sido trasladada para a área da saúde (SPINK, 2009). Ao retomar a noção de gerenciamento dos riscos – um dos três ramos de pesquisas sobre risco que conduzem às políticas de intervenção no âmbito da saúde junto à população – é que se constitui um novo campo de saber, os estilos de vida arriscados. Parte-se do pressuposto que, diante das informações sobre hábitos saudáveis que circulam na sociedade, nós estaríamos bem informados e, portanto, caberia a cada um adotar ou não medidas de prevenção à saúde. Mais que isso, estilo de vida passa a ser entendido como “a possibilidade que cada um de nós temos de tomar decisões racionais sobre o que comemos, bebemos, sobre o exercício que fazemos e as substâncias tóxicas que ingerimos” (SPINK, 2009, p. 20).

Para Spink (2007b), a linguagem dos riscos²³ que foi apropriada pela educação em saúde tem posicionado as pessoas de duas formas: *estando em risco* ou *correndo riscos*. A autora afirma que essas noções são fundamentadas a partir do grau de controle pessoal na exposição aos riscos. Assim, para algumas situações de risco, as pessoas teriam menor controle sobre eles e, portanto, *estão em risco* – como aqueles produzidos pelo ambiente social e, portanto, de origem externa, como terremotos, enchentes e exclusão social, assim como aqueles que são riscos oriundos da constituição genética de cada um de nós, por exemplo, as doenças cancerígenas e a Síndrome de Down. Em contraste, os riscos relacionados ao estilo de vida seriam passíveis de controle, desde que a pessoa possuísse certo nível de informação e motivação pessoal para mudança de comportamento. Nesse contexto, tais riscos estariam relacionados à opção individual e, portanto, as pessoas estariam *correndo riscos*. O quadro I, descrito a seguir, retrata bem esta relação entre a posição de pessoa, a linguagem dos riscos e as formas de intervenção adequadas a cada situação.

Quadro I - Risco e posições de pessoa

²³ A autora realizou uma pesquisa sobre o uso da linguagem do risco no âmbito da educação em saúde (SPINK, 2007b) na base de dados *Medline*. Percebeu-se que houve um aumento de pesquisas nessa área na década de 1980, provavelmente, embalados pela epidemia da aids. Notou-se também um aumento de artigos sobre risco de 0,17% no período entre 1966 a 1970, para 3,79% entre 1995 e 1998.



Fonte: SPINK, M. J. Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos: reflexões acerca do desenvolvimento de 'habilidades' como estratégia de promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A (Orgs). *A saúde em debate na educação física (v.3)*. Ilhéus: Editus, 2007, p. 253-273.

É diante desse cenário que estudos epidemiológicos sobre risco formulam pesquisas comportamentais que medem os estilos de vida das pessoas para gerar fatores de risco. Interessante destacar que a noção de estilos de vida arriscados tende a classificar a opção pelo não uso do preservativo como uma pré-patologia, pois rapidamente tal prática é associada à possibilidade de infecção por DST, HIV/aids, o que pode implicar em adoecimento. A partir disso, são realizadas enquetes, são definidos escores e parâmetros para orientar escolhas menos arriscadas à saúde, as quais tendem a reforçar dois aspectos complementares: a moralização dos estilos de vida arriscados e a responsabilização individual (SPINK, 2009). Assim são desenvolvidos programas de intervenção à saúde junto à população. Entretanto, a mesma autora reitera que ocorreram mudanças significativas no que se refere as tais programas. Trata-se da substituição de modelos de intervenção focados apenas no âmbito individual, os quais passaram a integrar aspectos do contexto social, de forma a adaptar-se ao estilo de vida do público-alvo. Essa mudança pode ser percebida em programas de prevenção à aids que passaram a incluir nos debates questões como sexualidade e gênero (SPINK, 2007b).

Para Castiel e Alvarez-Dardet (2007), estilos de vida arriscados constituem uma dimensão presente em nosso cotidiano de forma particularizada e vivenciada de formas distintas. Os autores ainda destacam que eles constituem modos de existência e nos ajudam a lidar com a vida tal como ela se apresenta a cada um de nós. Porém, eles ressaltam que há opções mais arriscadas à própria existência humana, como por exemplo, o crime, a corrupção e as armas nucleares. Entretanto, deve-se ter cuidado na formulação de estratégias de intervenção para que não se adote medidas limitadas, culpabilizantes e de efetividade restrita no que se refere à busca de soluções para as questões apresentadas.

Lupton (1999) destaca que a noção de risco é multiforme, não podendo ser questionada apenas por vieses comportamentais. Essa autora, citada por Castiel (2002, p. 118-119), sistematiza as distintas abordagens epistemológicas sobre risco tendo como parâmetro o posicionamento das ciências sociais. Por esse viés, temos as seguintes versões:

- “Realista”: risco é um perigo, ameaça objetiva que existe e que pode ser mensurada independentemente de processos sociais e culturais, mas pode ser distorcido ou enviesado por arcabouços interpretativos sociais e culturais. Esta postura é visivelmente assumida pela epidemiologia e pela maioria das teorias das ciências cognitivas que abordam percepções de risco.
- “Construcionista fraco”: o risco é um perigo, ameaça que é inevitavelmente mediada por processos sociais e culturais e não pode nunca ser conhecida separada destes processos. Incluem-se aqui a perspectiva da “sociedade de risco” (estruturalismo crítico) de Ulrich Beck e as abordagens “culturais/ simbólicas” (estruturalismo funcional) de Mary Douglas;
- “Construcionista forte”: nada é um risco em si; o que entendemos como sendo um ‘risco’ (ou perigo, ameaça) é um produto de ‘modos de olhar’ historicamente sociamente, politicamente contingentes. Aqui, a noção foucaultiana de governamentalidade contribui neste campo de reflexões. O que alimenta a discussão sobre risco na atualidade é justamente a possibilidade de gestão dos riscos, ou seja, a possibilidade de prever o futuro. Dessa forma, no campo das políticas públicas, o que se discute são as estratégias de governamentalidade que compreendem as instituições, as análises, os cálculos, as táticas, e que permitem exercer o poder diante da população por meio, por exemplo, de dispositivos técnicos e de segurança, propiciados pelos avanços técnicos e científicos (SPINK, 2006).

A esse respeito, Castiel (1996) propõe que as pessoas, em seus cotidianos, incorporam em algum momento de suas vidas a idéia de viver o risco. Isso pode se dar nos modos de vida que cada pessoa assume. Assim, beber, comer, excitar-se, manter relação sexual podem constituir estilos de vida considerados arriscados. Segundo o autor, as pessoas assumem estilos de vida arriscados “na suposição, possivelmente, de possuir imunidades imaginárias” (p. 237). A noção de imunidade imaginária está relacionada à maneira como as pessoas constroem suas crenças e seus valores. Por

exemplo, os textos que compõe os Cadernos Pela Vidda (2006) indicam que sucessivos testes para HIV com resultados negativos podem levar as pessoas a pensarem que são imunes ao vírus. Ou, ainda, a noção de imunidade se constitui por meio da formação de grupos de identificação. A noção de “efervescência coletiva” de Lupton (1999), baseada nas idéias de Durkheim, caracteriza a emoção experimentada em grupo – mesmo que por pouco tempo – de forma que elas esqueçam sua autonomia enquanto ser social em prol de vivenciar o estilo de vida de um grupo. Para Douglas (1982), as pessoas que vivenciam experiências em grupo desenvolvem fé na imunidade individual. As experiências identificatórias em grupo podem ser pensadas a partir da valorização das práticas de riscos na cultura masculina que tende a valorizar as experiências relacionadas ao risco, à força, à potência. É assim nos esportes radicais, nos rachas de carros ou de moto.

3.2 Sobre a noção contemporânea de estilos de vida

A noção contemporânea de estilo de vida está relacionada à política de promoção da saúde. A moderna concepção de promoção da saúde, segundo Westphal (2009), utiliza como modelo a perspectiva socioambiental em substituição à vertente biomédica e a comportamental. Por esse novo viés, o conceito de saúde está relacionado ao “estado positivo”, ao bem-estar bio-psico-social e espiritual, à realização de aspiração pessoal e ao atendimento de necessidades da população. Os determinantes da saúde seriam decorrência das condições de risco biológicos, psicológicos, socioeconômicos, educacionais, culturais, políticos e ambientais. As principais estratégias adotadas seriam as coalizões para que a população advogue por melhorias de suas condições de vida mediante ações políticas; pela promoção de espaços saudáveis; pelo emponderamento da população; pelo desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes e pela reorientação dos serviços de saúde. Os programas governamentais seriam gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.

Westphal (2009) afirma que a perspectiva socioambiental é uma nova abordagem, um conceito positivo que serve às atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e atividades de assistência em longo prazo. A autora baseia-se principalmente na carta de Ottawa, fruto de discussões da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 no Canadá, para assumir uma postura do que vem a ser saúde na atual conjuntura social. Essa perspectiva pode ser dividida em dois grandes grupos. Um primeiro consiste nas atividades dirigidas à transformação

dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida por meio de programas ou atividades educativas, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças. Um segundo relaciona a saúde aos fatores de qualidade de vida, como boa alimentação, saneamento, habitação, qualidade de trabalho, educação, apoio social da família e do Estado, estilo de vida responsável e cuidados à saúde. Assim, a promoção da saúde tem como princípios:

- Uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença;
- A equidade como princípio e como conceito;
- A intersetorialidade;
- A participação social;
- A sustentabilidade.

Entretanto, para Castiel e Alvarez-Dardet (2007), a atual concepção de promoção da saúde dá respaldo tanto para posturas conservadoras como para perspectivas críticas, ditas radicais ou libertárias. Do ponto de vista conservador, a promoção da saúde serviria para estimular as pessoas a assumirem responsabilidades por sua saúde, de forma a reduzir os custos financeiros do governo em relação à saúde da população. Pelo véis reformista, a promoção da saúde visa desenvolver mudanças na relação entre as pessoas e o Estado, mediante ênfase nas políticas públicas, além de assumir, muitas vezes, a perspectiva libertária que visa mudanças radicais por meio de educação popular.

Spink (2007a) afirma que da maneira como tem sido debatida pela área da saúde, a busca por estilos de vida saudáveis visa mudança de comportamento. O imperativo de estilos de vida saudáveis tem circulado na mídia e proposto por pesquisadores da área da saúde como alternativa às práticas consideradas arriscadas, tais como a prática sexual sem preservativo. A autora alerta ser esta prática altamente prescritiva e tem sido bastante utilizada para configurar conhecimentos e práticas na perspectiva neoliberal e conservadora, estimulando a livre escolha a partir de uma lógica de mercado. O discurso neoliberal conflui para práticas que visam o bem-estar físico e social por meio de escolhas individualizantes pautadas em estilos de vida saudáveis.

A noção de estilo de vida não é recente, mas seu sentido tem sido ressignificado ao longo dos anos, principalmente após a adoção de um novo modelo de saúde focado mais em sua

promoção do que na prevenção (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). A noção de estilos de vida, em um primeiro momento, esteve relacionada diretamente ao âmbito individual, como nos dizeres de Lalonde: “Trata-se de um agregado de decisões individuais que afetam a vida do indivíduo e sobre as quais tem algum controle” (1974, p. 32). Por outro lado, a OMS, nas palavras de Albuquerque e Oliveira (2002), amplia seu sentido e declara ser tal noção “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições econômicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (p.1).

Essa concepção mais atual de estilos de vida também busca, nos dizeres de Bourdieu (1993), concepções teóricas para formular-se. Estilos de vida envolvem as maneiras pelas quais as pessoas e grupos experimentam o mundo, se posicionam e fazem escolhas. Por assim dizer, vivenciam-se cotidianamente estilos de vida diferentes em cada escolha que se faz em relação às multiplicidades de coisas que são postas pelo mercado de consumo, pela economia, pela mídia.

Castiel e Alvarez-Dardet (2007) descrevem as disposições determinantes dos gostos que definem cada grupo social. Para os autores, as escolhas que fazemos estão intimamente ligadas às predileções e às classificações pautadas em valores sociais. Mais do que escolhas, tais determinantes são perceptíveis também no próprio corpo, pela forma de vestir, de falar, de gesticular, pela fisionomia, pela postura. Segundo Castiel e Alvarez-Dardet (2007), a origem da terminologia estilos de vida está relacionada aos estudos sociológicos clássicos sobre a estratificação social e a necessidade de manutenção dos grupos. Assim, Webber (1992 *apud* CASTIEL; ALVAREZ-DARDET, 2007), propõe ser o estilo de vida

mais do que uma função de classe social determinada economicamente. Tratava-se de uma concepção totalizante que incluía renda, ocupação, educação, status. Weber não encarava as vicissitudes da vida como resultantes apenas de acasos, mas em função das oportunidades que o indivíduo tinha a partir de sua situação. As oportunidades e as escolhas de cada um seriam socialmente determinadas (p. 84).

Recentemente, a noção de estilo de vida tem sido debatida e polemizada por outros autores. Giddens (1991), por exemplo, relaciona estilo de vida à própria existência humana, portanto estariam todas as pessoas suscetíveis a fazer escolhas, até mesmo para a manutenção dos grupos diante das incertezas do mundo ameaçador na modernidade tardia. Entretanto, esse autor alerta que o leque de escolhas pode variar em função de fatores econômicos e sociais. Assim, aqueles que

podem atuar como agentes de consumo teriam mais escolhas, enquanto outros teriam um estilo de vida mais simples, modesto.

Giddens (1991), na interpretação de Castiel e Alvarez-Dardet (2007) diz que o estilo de vida pode ser entendido como um

conjunto relativamente integrado de práticas individuais que estão voltadas para necessidades utilitárias e que conformam narrativas identitárias próprias. Além do como agir, refere-se a quem ser. Tais práticas consistem em ações aparentemente automáticas relativas a hábitos de comer, vestir-se, formas de morar, modo de deslocar-se espacialmente, lugares a frequentar etc. Em uma perspectiva elitizada, pode incluir padrões relativos a idéias de um “bom gosto” (p. 84).

Nessa direção, é possível afirmar que o uso ou não do preservativo pode fornecer pistas para entender outros aspectos que compõem o estilo de vida das pessoas. Pode ser que, em determinados grupos, por questões de crença ou de valores, o uso do preservativo não seja visto como uma “opção”, haja vista que ele não faz parte da constituição de suas práticas sexuais. Por exemplo, as pessoas que vivem em territórios longínquos do perímetro urbano, onde, muitas vezes não há serviço de saúde, possivelmente desenvolverão crenças que os levem a não usar preservativo. Há ainda aquelas pessoas que seguem à risca os mandamentos de suas religiões, como o Cristianismo que se posiciona contrariamente ao uso do preservativo.

Por esse viés, se as práticas sexuais fazem parte do cotidiano humano, seja para fins de reprodução ou pela obtenção de prazer, algumas escolhas parecem significativas: o parceiro que se escolhe (magro, gordo, “sarado”, alto, baixo, circuncidado, evangélico); o número de parceiros (um, dupla, trio, grupo); a opção pelo uso ou não do preservativo (eventualmente, sempre, nunca, depende do parceiro); qual preservativo (com lubrificante, sem lubrificante, extrafino, largo); o local onde se procura parceiros para sexo (internet, “baladas”, rua, clubes para sexo, saunas *gays*, “cinemão”). Neste sentido, esses elementos podem ser interpretados como de livre escolha das pessoas e, por isso, compõe seus gostos, o que passa a ser significativo no entendimento dos estilos de vida.

Assim, acompanhamos a emergência do imperativo da opção. Dessa forma, munidos de informações de base preventivistas, nos restaria a opção de prevenir ou de correr os riscos. Pelo viés da destradicionalização, pode ser percebida a busca pelo sentido da vida por meio de experiências que envolvem emoção e adrenalina (SPINK, 2001). Como afirma Le Breton (1991), existe uma

relação tênue entre os riscos e a busca pela existência. O autor aponta para as crises nas instituições, nos valores morais e culturais que foram tomados como referência, enquadrando as pessoas em um cenário de incertezas. Risco e incerteza são palavras que compõem a experiência da aventura e, dessa maneira, cabe refletirmos sobre a importância da noção de risco-aventura no contexto da gestão dos riscos (SPINK, 2001) no cenário da aids.

3.3 O risco como aventura

As discussões sobre risco na modalidade aventura têm como origem os esportes de vertigens que emergiram, sobretudo, a partir da década de 1970, como por exemplo, o alpinismo, a canoagem, *rafting*, *triathlon*. O risco-aventura está intimamente ligado ao aspecto positivado da aventura, além de apresentar especificidades discursivas quanto à lógica da governamentalidade. Constitui-se um conjunto de repertórios sobre risco que apontam tais práticas como necessárias para determinados ganhos (SPINK, 2001). O aspecto positivado do risco dá pistas para pensar na emergência de um novo fenômeno – a busca pelo risco exacerbado – que precisa ser incorporado às teorizações sobre risco (SPINK, 2007b).

Entretanto, dessa tensão emergem novos desafios que conduzem à difícil tarefa de pensar em situações que implicam a opção, o desejo, os ganhos sensíveis, ao mesmo tempo em que se correm riscos com possibilidades de agravos físicos e psicológicos. Tem sido assim nas corridas de Fórmula 1, no alpinismo, no *rally* Paris-Dakar. Uma das tensões diz respeito ao desafio de conciliar as experiências da aventura, tão presentes no cotidiano – como as práticas sexuais desprotegidas com parceiros desconhecidos – com a responsabilidade individual de gerir os riscos de acordo como imperativo dos estilos de vida saudáveis (SPINK, 2007b).

Proponho que a reflexão sobre riscos implicados em outras esferas da vida possa dar pistas para pensar em alguns caminhos possíveis. Com a adesão cada vez maior de pessoas aos esportes de aventura e a necessidade crescente por parte de empresas em fazer investimentos de alto risco, observa-se um imperativo que força o mercado a investir em técnicas de segurança que possam incentivar as pessoas ou as empresas para continuarem se arriscando dentro de uma margem de segurança. Assim nasceram os pacotes de seguros, as roupas e sapatilhas especiais, os capacetes, as cordas ultra-resistentes, os quais permitiram quebrar novos recordes e alcançar picos jamais imagináveis. Trata-se, portanto, de um risco onde ocorre preparação, estudos, cálculos, treinos.

Porém, no âmbito da saúde continuou a prevalecer o apelo à informação (SPINK, 2007b). Pode-se pensar o risco-aventura no âmbito da saúde, principalmente na área do HIV/aids, ao refletir que mesmo diante das informações os protagonistas praticam sexo de forma desprotegida levados pelo prazer, ousadia e adrenalina que correr o risco propicia. No estilo de vida arriscado, haveria uma opção pelos ganhos sensoriais como algo a se vivenciar intensamente diante da incerteza do amanhã, mesmo diante de uma probabilidade de infecção e/ou reinfecção pelo HIV ou alguma outra DST.

Por esse viés, o surgimento da epidemia de aids despertou a comunidade científica para a diversidade de estilos de vida no campo da sexualidade (MOTA, 1998). Dentre estes, existe um grupo de pessoas informadas que resistem ao uso do preservativo, mesmo que eventualmente, e optam por correr o risco. Vale ressaltar que trato aqui, especificamente, das pessoas que participam deste estudo, sendo homens de classe média, bem informados e que possuem acesso ao preservativo. Um recorte populacional parecido também foi investigado por Vasconcelos da Silva (2008), em sua tese de doutorado, a qual abordou o engajamento consciente e deliberado de HSH em práticas sexuais sem preservativo, movidos pelo risco e pelo prazer, mesmo diante da possibilidade de soroconversão.

O autor analisou os discursos de HSH sobre a prática sexual sem preservativo e constatou que, para além das implicações relacionadas à possibilidade de infectar-se com alguma DST ou HIV, as pessoas demonstram fascinação pelo perigo, pelo desconhecido, pela possibilidade de compartilhar a intensidade da relação sexual sem preservativo, sem “barreira”, sem “borracha”. Há um investimento no prazer sensorial e no contato íntimo. Assim, desafiar a possibilidade de uma infecção e/ou reinfecção implica em demonstrar força, potência diante da fragilidade da vida. Dessa forma, busca-se tornar a vida mais excitante ou prazerosa.

Em síntese, diante do imperativo da opção, assumir estilos de vida arriscados tem sido algo comum no cotidiano de muitos HSH, os quais, a partir de seus gostos, crenças, valores, e, portanto, de seu estilo de vida, recorrem a inúmeros artefatos para poder arriscar em experiências sexuais que permite vivenciar o risco com possibilidade de ganhos sensitivos.

4. Sobre objetivos e procedimentos de pesquisa

4.1 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa é entender as estratégias usadas por HSH no gerenciamento dos riscos de infecção por DST, HIV e a reinfecção por HIV, quando não usam preservativo em parcerias casuais.

Ao ser mais específico, pretendo ainda:

- a) Identificar fatores sócio-culturais das práticas sexuais e relacioná-los à produção de experiências sexuais arriscadas;
- b) Analisar as estratégias de gestão dos riscos por meio da identificação das informações e suas fontes.

4.2 Aproximações com o campo-tema

Minha trajetória na área da aids tem início com a realização da disciplina de estágio específico em saúde pública, no centro de testagem e aconselhamento em DST, HIV/Aids (CTA), durante o curso de psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, campus de Rondonópolis. Na ocasião, também dialogava com a psicóloga do Serviço de Atenção Especializado em Aids (SAE) sobre encaminhamentos e demandas locais. Nesta mesma época, participei do projeto de extensão do Departamento Municipal de Aids do município de Rondonópolis e realizei consultoria para o Programa “Saúde e Prevenção nas Escolas”, do Ministério da Saúde. Atualmente, atuo como voluntário em dois projetos no Grupo de Incentivo à Vida (GIV), em SP.

Mas, foi durante o estágio no CTA que surgiu a necessidade de refletir um pouco mais sobre as relações afetivas e sexuais de adolescentes que vivem com HIV/aids em Mato Grosso. Após nova revisão de literatura, interessei-me pelo tema das práticas de *barebacking*, em função da efervescência do assunto na América Latina, sobretudo nos trabalhos acadêmicos. Para melhor delineamento do problema deste novo projeto, foi feito um “pré-campo” entre os meses de Fevereiro a Dezembro de 2009 – já descrito na apresentação. Nesse período anotava em diário de campo observações sobre o que envolvia a prática sexual sem preservativo entre HSH (PERLONGHER, 1987), incluindo conversas com homens que se identificavam²⁴ com a prática

²⁴ Apesar de recorrer a dois sites – sendo um deles voltado exclusivamente para prática *bareback* –, algumas pessoas relataram serem apenas “curiosos” da prática, e que estavam ali para conhecer um pouco mais sobre o assunto.

*barebackers*²⁵ via *Messenger* (MSN). A internet tem sido configurada como uma ferramenta importante para mediar pesquisas relacionadas ao tema da sexualidade, sobretudo aquelas que focam assuntos polêmicos que geram controvérsias entre os distintos segmentos sociais (VACONCELOS DA SILVA, 2008), tais como prostituição, aborto e prática sexual consentida sem preservativo (HINE, 2006).

Após seis meses de conversas via MSN, os contatos de e-mails das pessoas que participavam da discussão *on line* foram transportados para a lista de e-mail pessoal do pesquisador. Em seguida, criou-se um convite endereçado àqueles que gostariam de participar da entrevista face-a-face. Esse convite foi divulgado pelo método *snowball* (bola de neve), técnica que consiste no envio de um e-mail para todos os contatos da lista do pesquisador e essas, por sua vez, foram convidadas a reencaminhar o mesmo e-mail aos seus respectivos contatos e assim sucessivamente. Com isso ampliou-se a rede de possíveis participantes. Na ocasião, também pedi aos possíveis participantes que indicassem outra pessoa que poderia aceitar participar deste estudo. Faugier e Sargeant (1997); Browne, (2005); Zea et al., (2004) afirmam que esse método é eficiente para alcançar populações em situações de “ocultamento social”. Neste caso, trata-se das práticas sexuais sem preservativo com parceiro casual que tendem ser relatadas apenas entre amigos ou entre os adeptos dessa prática, em função de preconceitos sociais que associam estas pessoas a “promiscuidade”.

Os debates no MSN durante o pré-campo foram fundamentais para o estabelecimento de vínculo com os participantes. Em seguida, entrei em contato com as pessoas que se encaixaram no perfil deste estudo via e-mail, convidando-as para a próxima etapa do projeto. A partir das respostas positivas recebidas via e-mail ou MSN, os participantes foram convidados para uma entrevista face-a-face a partir dos seguintes critérios: a) afirmar manter relação sexual sem preservativo com parceiro casual; b) residir na cidade de São Paulo ou no Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2009 e março de 2010 nas duas cidades citadas acima, por apresentarem o maior número de casos de aids no Brasil (DIAS; NOBRE, 2001).

No início da entrevista foi assinado o TCLE aos participantes, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da PUC-SP, sob o registro 332/2009, respeitando a Resolução número 1, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos, oficializada

²⁵ O *messenger* é um programa de mensagens instantâneas que permitem as seus usuários compartilhamento de informações em tempo real via *on line*.

com a revisão final pela Resolução número 196 de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 1996). Na psicologia essa resolução é complementada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução 016, de 20 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2006). Foram entrevistados dezoito homens a fim de conhecer as estratégias de gestão dos riscos na esfera das práticas sexuais sem preservativo. Desses dezoito, oito entrevistas não foram utilizadas pelos seguintes motivos: a) afirmou manter relação sexual desprotegida apenas com parceiro fixo; b) encontrava-se em estado emocional abalado; c) não concordou assinar o TCLE.

Segue abaixo, um quadro com a caracterização dos participantes. Tais informações facilitarão a compreensão dos argumentos discutidos nos próximos capítulos. Omitem-se informações que possam identificá-los, inclusive seus nomes que passam a serem fictícios de acordo com a escolha feita por cada um deles.

Quadro II - Caracterização dos participantes

Nome fictício	Idade	Estado de origem	Escolaridade	Sorologia HIV
Gabriel	30	SP	Mestre	Desconhecido
Aristóteles	35	RJ	Doutorando	Positivo
Agileu	22	SP	Graduando	Desconhecido
Yuri	43	SP	MBA	Desconhecido
Cristian	36	SP	Especialização	Positivo
Edu	35	SP	Ensino Médio	Desconhecido
Caio	29	SP	MBA	Positivo
Daniel	57	RJ	Superior	Positivo
Rony	26	SP	Graduando	Positivo
Flávio	21	SP	Graduando	Positivo

No que se refere ao TCLE, vale problematizar algumas questões surgidas no intercurso desta investigação que poderão servir de subsídio para futuras pesquisas. Durante a revisão de literatura não encontrei nenhum outro trabalho, fora do campo da antropologia, que tivesse utilizado entrevista face-a-face para pesquisas de práticas sexuais sem preservativo diante dos riscos de infecção e/ou reinfecção pelo HIV. No entanto, diferentemente da psicologia, a antropologia não costuma utilizar o TCLE. Sem outras referências, deparei-me com diversas reações por parte dos participantes sobre a possibilidade de falar de algo tão íntimo, por vezes enquadrado como crime e, ao mesmo tempo, assinar um termo com dados pessoais e, incluir nele nome, RG, para consentirem o uso dos dados nesta pesquisa.

A partir desta experiência, torna-se necessário fazer uma breve reflexão sobre a condução ética da pesquisa com seres humanos à luz da postura construcionista, tendo como cenário as

questões acima descritas. Para tanto, será enfatizada a contraposição entre ética prescritiva e ética dialógica proposta por Mary Jane Spink. A primeira diz respeito ao processo burocrático que envolve o preenchimento de vários documentos imposto pelos comitês de ética em pesquisas com seres humanos em decorrência da crise da responsabilidade moral na modernidade tardia. A segunda está atrelada diretamente à idéia de co-responsabilidade e produção de sentidos entre pesquisador e pesquisado durante todo o processo da investigação, desde o primeiro contato até a publicização dos resultados em artigos, jornais, revistas científicas (SPINK, 2000).

A ética dialógica requer uma releitura dos seguintes cuidados éticos: a) o consentimento informado: a partir do olhar dialógico, este instrumento não pode ser visto com algo rígido, e sim como um acordo mútuo entre ambas as partes interessadas na investigação. Assim, o consentimento pode ser revisto e rediscutido a qualquer momento, inclusive tendo como possibilidade o encerramento do acordo inicial entre pesquisador e pesquisado; b) resguardo às relações de poder: neste caso, trata-se do estabelecimento de relações de confiança entre ambas as partes, garantindo ao interlocutor a não-revelação de seus dados, bem como o direito de interromper procedimentos, como a suspensão da gravação de voz, pelo colaborador; c) e a garantia do anonimato: essa relação implica a não revelação de informações que possam levar à identificação do entrevistado. Porém, a adoção de uma postura pautada na ética dialógica não impede (e até propicia) questionamentos que podem até mesmo impedir a realização da pesquisa. Como exemplo, cito três ocorrências.

A primeira ocorrência diz respeito ao caso de dois homens, aqui denominados X e Y. Em função de se usar o método *snowball*, na cidade do Rio de Janeiro eu passei por uma experiência interessante: X colaborou com esta pesquisa. Em seguida, indicou Y e Z. Porém, Y é advogado e disse que colaboraria somente se pudesse assinar o termo com um nome fictício, pois caso contrário estaria assinando sua condenação perante a justiça²⁶. Sua interpretação pauta-se principalmente nas diversas interpretações que a justiça criminal tem dado aos casos que envolvem a prática de sexo sem preservativo que acaba por infectar o parceiro com alguma moléstia sexualmente transmissível. Relatou, ainda, que viveu durante a ditadura militar, época na qual o governo mandava os militares invadirem os lares das pessoas em busca de provas para condená-las por atos transgressores. E me

²⁶ Eu participei do seminário – HIV e direitos humanos: “A criminalização da transmissão do HIV”, ocorrido em 2010 na cidade de São Paulo. O encontro reuniu pesquisadores da área da aids, representantes do Ministério Público e do governo. Durante dois dias discutiu-se de forma “acalorada” sobre as possíveis interpretações que alguns juízes têm dado a casos de pessoas que vivem com HIV e infectaram seus parceiros(as). Foram abordados os projetos parlamentares que tramitam na câmara em defesa da criminalização da transmissão da aids. Em acréscimo, pediu-se a intervenção do Ministério Público que, segundo a militância, ora tem sido omissa, ora favorável à penalização dos réus.

questionou: *quem garante que não voltemos a viver em um novo regime militar e eles não invadam sua casa em busca de provas?* De fato não poderia assumir essa garantia ao participante.

No outro dia acordei com um torpedo de celular. Era X que avisava da desistência de sua participação nesta pesquisa. Logo imaginei que pudesse ser a preocupação levantada por Y que o levava a tal decisão. Posteriormente, ao abrir o e-mail, havia duas mensagens, uma de X que estava à procura do pesquisador, e outra de Z, desmarcando a entrevista e avisando que se desligava da pesquisa por motivos pessoais. Assim, da mesma forma que a bola de neve conduziu o pesquisador a possíveis participantes, ela voltou-se contra ele, pois houve a necessidade de se percorrer novamente o trajeto e devolver os TCLE já assinados em função da preocupação dos participantes em serem reconhecidos e terem que responder a possíveis processos. X ainda chegou a refletir sobre a possibilidade de assinar o termo com um nome fictício, mas logo voltou atrás ao perceber que essa questão não o protegia de possíveis intercorrências, caso seus dados fossem usados de forma indevida pelo pesquisador.

Ainda no Rio de Janeiro, outro ponto do TCLE que mexeu com um dos participantes foi a questão da ajuda financeira para o transporte. De acordo com o documento aprovado, fica a cargo do entrevistador arcar com os custos de transporte do participante, caso houvesse a necessidade. Ao fazer o convite, enfatizei que poderíamos custear o deslocamento até o local da conversa. Entretanto, após esse comentário o jovem ficou três dias em silêncio e não voltou a procurar este pesquisador. Após um novo contato, ele relatou que embora fosse de estrato social baixo, não precisaria da ajuda. Acrescentou ainda que tinha ficado ofendido com a sugestão do custeio do deslocamento. Então, expliquei a ele que estava apenas cumprindo um protocolo do TCLE, porém, se ele não fizesse questão, não se repassaria o dinheiro. Por fim, combinamos a entrevista sem a necessidade do custeio da passagem.

Já em São Paulo vivenciei situações parecidas com as do Rio de Janeiro: algumas pessoas não aceitavam assinar seus nomes verdadeiros e nem escreverem o número dos seus documentos no TCLE. Em um dos casos, o homem temia que o pesquisador pudesse ser assaltado e ter a mochila com o TCLE assinado por ele levada e, assim, vir a ser descoberto e perder seu emprego. Por isso, foram necessários dois encontros para acertar os detalhes de sua participação. Além disso, não aceitou a gravação de sua voz, por isso recorri ao registro no diário de campo.

Como fonte de material discursivo para coleta de dados, optei pela entrevista por ser amplamente utilizada em diversos campos das ciências humanas, inclusive na psicologia a partir de

uma perspectiva construcionista. Nesse enquadre, adotei o uso da “entrevista como prática discursiva”, tal como utilizado no Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC-SP, por entender que ela atende aos objetivos desta investigação.

A entrevista como prática discursiva delinea-se pautada na noção de gêneros da fala (BAKHTIN, 2003), que permite pensar na configuração da entrevista por meio de *frames* linguísticos que podem incluir desde o formato de inquérito – situações mais rígidas, formalizados, com roteiros fechados –, às conversas no cotidiano – situações pautadas na flexibilidade que permitem maior interanimação dialógica. Portanto, fala-se assim de um conhecimento social produzido em interanimação dialógica. As “entrevistas como conversas”, segundo Menegon (2000),

são expressões vivas de contextos interacionais do dia-a-dia, marcadas por características tais como: a) flexibilidade temporal (podem ser fugazes ou apresentarem maior duração em função do encadeamento de enunciados); b) flexibilidade espacial (acontecem nos mais diferentes lugares); c) variabilidade na composição dos participantes (número, idade, sexo e condição social); d) descompromisso disciplinar de seus participantes, ou seja, dependendo da informalidade da conversa os participantes desvinculam-se de linguagens ligadas a estratos sociais específicos (p. 223).

Como qualquer outra prática discursiva, a entrevista envolve negociações de sentido e ajustes de posicionamentos (DAVIES; HARRÉ, 1990), requerendo do entrevistador o reconhecimento de sua posição durante a condução da entrevista. Assim, o pesquisador se posiciona como aquele que questiona e deseja obter uma resposta, enquanto o entrevistado como a pessoa que deseja participar do estudo e relatar suas experiências (PINHEIRO, 2000).

Assim, a partir de alguns tópicos com questões disparadoras relacionadas ao tema deste trabalho, deu-se início à “entrevista como conversa”, a qual foi registrada por meio de um gravador de áudio e em diário de campo. Iniciei as entrevistas com os participantes que moravam em São Paulo. A critério de Gabriel, o primeiro entrevistado, o encontro foi marcado em uma lanchonete de *fast food*. Após a explicitação dos objetivos da pesquisa e da assinatura do TCLE, iniciou-se a conversa. Gabriel demonstrou ser muito informado e posicionou-se como alguém que tinha uma boa retórica. Como um dos critérios de inclusão era a autoidentificação como *barebacker*, questionei a Gabriel qual sua aproximação com o termo. Enfático, o jovem explicou a origem do

termo, o “estilo de vida” *barebacker*, mas não se autoidentificou como sendo um praticante, divergindo, dessa forma, daquilo que havia respondido no questionário *on line*²⁷.

O segundo participante foi Caio, também de São Paulo. Apresentei os objetivos, procedimentos metodológicos e solicitei o consentimento para o registro da conversa. Assim como aconteceu no caso de Gabriel, Caio também tinha respondido no questionário que se autoidentificava como *barebacker*. Outrossim, durante a entrevista ele falava sobre a polissemia conceitual do termo, mas deslocava para o pesquisador a responsabilidade de posicioná-lo ou não como um *barebacker*.

Diante dessas duas experiências, percebi a dificuldade dos participantes em se autoidentificarem com um termo, e conseqüentemente com uma prática, com sentidos polissêmicos conforme as definições descritas na apresentação. Levando em consideração essas dificuldades, decidi trocar o uso do termo *bareback* por práticas sexuais sem preservativo entre HSH, em parceria casual, mesmo sabendo dos riscos de infecção e/ou reinfecção pelo HIV. Em seguida, foi feita a adaptação do TCLE e dei continuidade às demais entrevistas.

4.3 Procedimentos para análise das entrevistas

Segundo Spink e Lima (2000), a análise inicia com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando familiarizar-se com os sentidos antes de estruturá-los em categorias, classificações ou tematizações. As autoras entendem que tais processos são importantes, porém não podem ser impositivos. Existe a necessidade de olhar para todo o conjunto de informações inicialmente: o confronto possível entre sentidos construídos no processo de pesquisa, de interpretação daqueles decorrentes da familiarização prévia com nosso campo de estudo (revisão bibliográfica) e das teorias de base. A partir desse confronto adotam-se os seguintes procedimentos: (1) transcrição integral das entrevistas; (2) transcrição sequencial das entrevistas; (3) construção dos mapas para análise dos temas selecionados.

Primeiramente, foi feita a transcrição integral das entrevistas utilizando as convenções de Jefferson (ATKINSON; HERITAGE,1984) – encontrados no anexo D. Em seguida, foi feita a

²⁷ O questionário *on line* foi um instrumento desenvolvido após a discussão do MSN e tinha duplo objetivo: o de analisar a polissemia do termo *bareback* em outros estratos sociais da população, e de convidar pessoas para participarem da segunda etapa da pesquisa, no caso, a entrevista face-a-face.

transcrição sequencial que consiste em um resumo, obedecendo a sequência da interação estabelecida entre pesquisador e pesquisado. Esta forma sintética ajuda a entender as temáticas mais relevantes de acordo com os objetivos propostos neste trabalho.

Quadro III - Exemplo de parte de uma transcrição sequencial: Cristian

Interlocutores	Transcrição sequencial	Temas
GE	Fala sobre a pesquisa, os procedimentos, sigilo; questiona sobre início das práticas sexuais.	
CR	Início aos 20 anos.	Considera início das práticas sexuais tardio.
GE	Argúi sobre as parcerias.	
CR	Intercalou entre parcerias eventuais e fixas. <i>Hum:::m (x) Eu tive parceiros esporádicos e tive namoros de (x) duração de um, dois, três anos. Então:ooo, variava = variava da época.</i>	Parcerias eventuais e fixas.
GE	Fala sobre o uso de preservativo.	
CR	Intercala uso do preservativo. (...) <i>Hum, em práticas com parceiros não fixos (.) hum, existiam as duas hipóteses: às vezes era sem preservativo, às vezes <u>era com preservativo.</u></i>	Uso eventual de preservativo.
GE	Pergunta sobre o critério para o uso do preservativo.	
CR	Relata observar o comportamento do parceiro e fazer redução de risco. <i>Hum:::m, na verdade eu (x) sondo a pessoa para ver qual o tipo de prática que ela faz. Se ela é ou não (x) realmente uma pessoa que faz sem preservativo. Hum:::m, e como é parceiro esporádico eu não exponho a minha sorologia e nem pergunto a sorologia da pessoa. Então eu opto por (.) por fazer uma redução de riscos, que é se eu transar sem preservativo com essa pessoa por eu ser ativo (.) eu não ↓ gozo dentro. Então eu (.) <u>transo sem o preservativo, mas não até o final.</u></i>	Gestão de riscos.
GE	Questiona a origem da informação.	
CR	Principalmente sites da internet. <i>Por pesquisas na internet = só que pesquisas fora do Brasil, ou em sites americanos ou em sites canadenses, ↑ é investigando sites específicos de médicos voltados para o HIV/aids. Hum:::m = eu obtive a informação da escala de</i>	Fontes de informação.

	<p><i>RISCO né? De (x) que tipo de relação e de que forma você tem maior ou menor risco, né? Então a (x) prática sem preservativo é uma prática de risco hum, porém você reduz o risco se você não tiver a ejaculação interna(.hhh) no parceiro.</i></p>	
--	--	--

Em seguida, foram elaborados os mapas dialógicos para identificar os principais temas presentes nas narrativas dos participantes. Dito isso, foram escolhidas três temáticas com base nos objetivos específicos desta dissertação:

- 1 - Práticas sexuais/ uso do preservativo/ informações sobre prevenção/ riscos.
- 2- Argumentação científica/ fontes de informação.
- 3- Argumentação não-científica/ fontes de informação.

A elaboração de mapas dialógicos, de acordo com Spink e Menegon (1999), ajuda a sistematizar o conteúdo para análise das práticas discursivas em busca dos elementos formais do processo de interação dialógica dos repertórios usados nessa construção discursiva e da dialogia implícita na produção de sentidos. Os mapas permitem maior visualização do material a ser analisado e apresenta duplo objetivo: auxiliar no processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos ligados ao processo interpretativo. Segundo Spink e Menegon (1999), constroem-se os mapas da seguinte maneira: a partir da transcrição sequencial, são definidas as principais categorias de análise que refletem os objetivos da pesquisa, sem tentar esgotar as possibilidades de sentidos dos discursos. Busca-se compreender a interanimação dialógica e, para tanto, o diálogo é transcrito em sua íntegra sem omitir qualquer palavra. Com as colunas pré-definidas, usa-se o processador *Word for Windows* e digita-se toda a entrevista. Cada trecho é “cortado” e “colado” na coluna que corresponde ao seu tema, produzindo um efeito escada das falas, respeitando a ordem dos discursos (RAMIRO, 2009). No quadro IV apresenta-se um exemplo de mapa temático para fins de familiarização.

Quadro IV - Exemplo de um trecho de mapa dialógico: Rony

Práticas sexuais/ Uso do preservativo/ Informações sobre prevenção/ Riscos.	Argumentação científica/ fontes de informação.	Argumentação não-científica/ fontes de informação.	Outros.
---	--	--	---------

	<p>GE: <i>Boa tarde, Rony. Vamos começar o nosso bate-papo sobre o uso da argumentação científica no campo da aids.</i></p>		<p><i>Eu gostaria que você me falasse a sua idade? O que você faz? Como é a sua rotina?</i></p> <p>RO: <i>Bom, ((pigarro)) meu nome é Rony, tenho 26 anos, ↓ atualmente eu não trabalho, só estudo. Minha rotina é casa, <academia, livros> e:::e ↑ amigos de vez em quando, um rolézinho, coisas assim.</i></p>
<p>GE: <i>Fale-me um pouco do início da sua vida sexual?</i></p> <p>RO: <i>Bom:::m o início da minha vida sexual (.) eu sempre tive contato com héteros (.) ↓ desde os meus ↑ dezesseis anos de idade, eram meus amigos de bairro, a gente se conhecia, estudava junto, morava próximo, han:::n. Em um contato nos descobrimos e acabou tendo >contato de sexo< a primeira vez, onde:::e eu fui o passivo = né? Por que eles eram <héteros> ↓ na época, >ainda são< = mas beleza.</i></p>			
<p>GE: <i>E isso durou por quanto tempo?</i></p> <p>RO: <i>Isso durou dos meus dezesseis até os meus DEZO:::OITO, dezenove anos. Porque dos (x)</i></p>			

<i>dezoito para os dezenove eu conheci a balada.</i>			
<p>GE: <i>E nessa época você já tinha informações sobre DST, HIV/aids? Já usava preservativo?</i></p> <p>= tipo = <i>você estuda = mas você não tem o CONTATO. Então, tinha o uso do preservativo (x) ocasional, hã:::ã >e tinha informações sobre a aids<.</i></p>		<p>RO: <i>Tinha aquela informação didática que é dada na escola</i></p>	

Após a construção das categorias de análise, foram utilizados trechos dos mapas dialógicos para se tecer a linha argumentativa, procurando dialogar com os objetivos e com o referencial teórico.

4.4 Sobre as fontes de informações

O quadro V possibilita visualizar as fontes utilizadas nesta dissertação.

Quadro V - Uso das fontes

Objetivo	Fontes	Data	Utilização
1. Primeiras aproximações ao campo-tema.	Estágio no CTA.	02 – 06/2007.	Capítulo 4.
	Trabalho voluntariado GIV.	04/ 2009 – atual.	Capítulo 4.
2. Contextualização sobre as políticas de prevenção.	Site do Departamento Nacional de DST, Aids.	02/2009.	Capítulo 2.
3. Identificar possíveis participantes.	Site manhunt. net.	03/2009.	Apresentação.
	Site bareback.rt.	03/2009.	Apresentação.
5. Situar o debate sobre HSH.	Site g1.com.	03/2009 – 12/2010.	Apresentação.
	Participação no seminário - Aids e Direitos Humanos: “a criminalização da transmissão do HIV”.	05/2020.	Capítulo 4.
5. Entender as estratégias de gestão de riscos entre HSH.	10 entrevistas.	12/2009 – 03/2010.	Capítulos 5,6 e 7.

A partir do delineamento da trajetória desta pesquisa, passo a analisar as entrevistas, intercalando-as com a literatura existente sobre o assunto. Começo pela relação entre contexto sócio-cultural e experiências sexuais arriscadas.

5. O contexto das práticas sexuais como questão no entendimento de experiências sexuais arriscadas²⁸.

Somente focalizando as dimensões políticas, econômicas, culturais e sociais mais amplas da experiência sexual é que poderemos começar a construir uma compreensão que possa fundamentar os tipos de políticas e práticas que, em última análise, nos capacitarão a reagir à disseminação da AIDS (PARKER, 1995, p. 96).

Este capítulo relata a análise das falas dos participantes desta pesquisa à luz de teóricos que abordam a sexualidade pelo viés sócio-cultural, com especial atenção ao contexto da construção discursiva acerca dos atos sexuais destes homens. Para tanto, levo em consideração: a) as primeiras experiências sexuais, b) a diversidade das práticas, c) a relação com o preservativo, d) as questões psicológicas, circunstanciais e transgressivas associadas ao uso ou não do preservativo. Com base nesta primeira etapa da análise, argumento que a compreensão desse cenário é condição necessária para poder tecer considerações críticas sobre a gestão dos riscos no contexto da aids.

5.1 Sobre as primeiras experiências sexuais

Embora este estudo tenha como foco analisar as estratégias de gestão dos riscos entre HSH na arena da aids, parto do pressuposto que é importante conhecer o contexto da construção das práticas sexuais dos participantes desta pesquisa (PARKER, 1997), de modo a obter pistas que possam ajudar na compreensão dos fatos que levam estes homens a incorporarem práticas sexuais arriscadas em suas vidas cotidianas (SPINK; MENEGON, 1999), e a conseqüente necessidade ou não, de desenvolverem mecanismos de gestão desses riscos. Assim, como psicólogo social, assumo o compromisso de tecer noções críticas sobre a complexidade das práticas sexuais entre HSH, tendo como norte as questões sociais, culturais, psicológicas que compõem as experiências sexuais destas pessoas (PARKER, 1995).

Defendo que os pontos abordados neste capítulo são fundamentais para entender as razões que levam esses homens a optarem pela prática sexual sem preservativo, as estratégias escolhidas

²⁸ Este capítulo contou com contribuições valiosas do pesquisador da comunidade LGBT, Anderson Schirmer, ao qual quero agradecer pelas discussões que me possibilitaram aguçar o meu olhar para algumas questões ora debatidas.

por eles para gerirem os riscos, bem como as limitações das políticas de prevenção que desconsideram o contexto sócio-cultural da construção dos atos sexuais (PARKER, 1995; 1997), principalmente quando o foco são os HSH. Por isso, defendo que as experiências aqui discutidas são contribuições ao processo de elaboração de políticas públicas de prevenção, e não um relato quase voyeurístico de um “problema” social, um crime, ou um ato de irresponsabilidade. Subjacente a esta perspectiva, há o pressuposto de que a primeira aproximação dos parceiros sexuais e a consolidação das práticas sexuais entre eles variam de acordo com as condições sociais e culturais nas quais tais pessoas estão inseridas. Por assim dizer, há nos relatos dos participantes desta investigação diversas versões sobre esse momento.

Há quem tenha iniciado suas práticas sexuais na infância ou juventude, e há aqueles para quem o primeiro contato com outro homem ocorreu apenas na vida adulta. Outra informação que chama a atenção e parece relevante para entender o poder de negociação do uso do preservativo é o tipo de parceiro com quem se tem a primeira relação. Muitas vezes, ela acontece com homens que se autoidentificam sexualmente como heterossexuais e, portanto, a relação acaba por pautar-se na hierarquia de gênero do modelo masculino e feminino (PARKER, 1997). Assim, o parceiro heterossexual (insertivo) acaba por controlar a relação e o uso do preservativo com o companheiro homossexual (receptivo). Vale ressaltar que falo especificamente das experiências dos homens que participam da pesquisa e, por isso, essa lógica pode não se aplicar a toda a população de HSH, como assinala Gonçalves da Silva (2007). Além disso, a primeira experiência pode acontecer com parceiras do sexo feminino, e isso estabelece mais uma vez a noção de hierarquia de gênero, modelo esse que seria posteriormente incorporado nas práticas dos participantes da pesquisa, Edu, Aristóteles e Yuri, com seus parceiros do mesmo sexo.

No caso de Flávio, sua primeira relação se deu com um homem mais velho. Esse jovem hoje tem vinte e um anos, aparenta timidez, é calmo e possui um biotipo de uma pessoa mais nova. Relatou que saiu de casa há pouco tempo e agora mora com amigos, local onde homens que mantêm relações sexuais com homens encontram-se semanalmente para a prática de sexo grupal, geralmente, sem preservativo. Enquanto dialogava sobre suas práticas sexuais, entre uma informação e outra, Flávio ria acanhadamente. Questionado sobre suas atividades sexuais, relata: *Então = ela [prática sexual] começou bem cedo ((risos)) quando eu tinha nove anos de idade. Aí:::í (x) eu já percebia que eu me interessava (x) por meninos = e daí eu já era muito curioso e ia atrás de um vizinho meu ((risos)) que eu sempre ficava vendo ele = >ficava cutucando ele<.*

E acrescenta como teria ocorrido:

Fo:::i ((risos)) (x) = é engraçado >porque desde pequeno eu não entendia direito o que eu estava fazendo< ↓ mais eu tinha (x) uma segurança <do que eu queria>. Tipo, eu tinha nove anos e esse vizinho tinha quarenta anos ((risos)). E eu ia atrás dele, mandava bilhetinho para ele ((risos)) dizia que eu queria fazer as coisas com ele ((risos)).

Flávio destaca que não sabia ao certo o que estava fazendo, informação essa que contrasta com a ressalva de que *tinha segurança do que queria*. Neste momento, ele baixa o tom da voz ao dizer que tinha segurança. Também o riso parece ambivalente: reproduzia dúvida e certeza ao mesmo tempo. Parecia acanhado ao descrever suas práticas sexuais com um homem mais velho e, principalmente, por ser ele quem supostamente procurava o vizinho. Outra questão que pode também estar relacionado à timidez diz respeito a sua pouca idade na época – nove anos; afinal, era uma criança “inocente” a cutucar um homem mais velho para procurar sexo. Esse é outro ponto que chama a atenção: no caso de Flávio, o início das atividades sexuais se deu com um vizinho, possivelmente alguém próximo de seu cotidiano.

De forma semelhante, Gabriel e Rony também iniciaram suas práticas sexuais com pessoas próximas do seu dia-a-dia:

Pelas minhas primeiras experiências terem sido com um vizinho (.) aos dezesseis para dezessete anos = um vizinho que era de infância e que foi colega de escola em algum momento. E essa confiança depois perpassou para outras pessoas que, ou foram namorados ou eram tentativas de estabelecer um namoro. É:::é dos dezesseis até os meus vinte e dois, vinte e três anos as minhas práticas eram essas (...).

Gabriel constrói sua noção de segurança a partir da generalização de sua primeira experiência sexual. Digo isso porque as próximas parcerias, embora não fossem vizinhos, eram pessoas que viriam a constituir tentativas de vínculos afetivos e, portanto, de confiança, afinal, eram *namorados*. Rony argumenta: (...) *eram meus amigos de bairro, a gente se conhecia, estudava junto, morava próximo, hã:::n. Em um contato nos descobrimos e acabou tendo >contato de sexo< a primeira vez (...)*. Colegas, amizade e sexo se misturam em virtude da proximidade entre Rony e seus parceiros sexuais. Diferente de Flávio, que se sentiu tímido ao falar de sua relação com um vizinho, Rony aumenta o tom de sua voz para ratificar o *>contato de sexo<*.

Já Edu diz que sua vida sexual começou aos dezoito anos de forma *natural*. Ele descreve como *natural* o modo em que, de acordo com as normas sociais, as práticas sexuais de um homem devem acontecer no envolvimento com mulheres. Primeiro, ele relata a idade deste momento: (0.3) *Com dezoito anos*. Em seguida, explicita o acontecimento:

Acho que:::e natural, com mulher, ↑ >conheci = casei, namorei, noivei, casei, separei<, e aí continuou ↓ de maneira a me satisfazer (.) independente de ter uma relação:::o afetiva. É puramente sexual, e no caso da (x) afetividade, vai mais para o lado da amizade do que casar:::r, formar um <laço único com uma única pessoa>.

Edu conduz a pensar que seu envolvimento sexual passou a ocorrer apenas com homens, argumenta: ↓ [*Com homens e:::e poligamia*], <*inclusive*>. Ele também descreve a sequência da naturalização de suas práticas sexuais: *conheceu, casou, namorou, noivou, casou, separou*. Nota-se que ele percorre todas as instâncias de envolvimento afetivo para dar sentido às suas atividades sexuais. Apenas depois desse processo é que ele percebe a possibilidade de envolver-se sexualmente com quem quiser, sem precisar manter um vínculo afetivo. Após essa descoberta, ele passa a manter práticas sexuais apenas com homens, e em poligamia - isso quer dizer que Edu possui mais de um parceiro. No que se refere às mulheres, elas constituem seus laços sociais; são apenas amigas e já não há lugar para o sexo. Dessa forma, afeto e sexo constituem marcadores centrais em suas práticas sexuais na atualidade. Edu não vê mais a possibilidade de envolvimento apenas com um homem; prefere formar uma rede, na qual muitas pessoas participam dessa mesma relação, que, por sua vez, parece fortalecida pela união desses homens, junção essa que talvez seja necessária para vencer os possíveis riscos da prática, como por exemplo, a possibilidade de infecção e/ou reinfecção pelo HIV.

Há também quem tenha iniciado suas práticas sexuais com outros homens a partir dos quarenta anos, como é o caso de Yuri. Esse acontecimento deu-se no momento em que ele esteve nos Estados Unidos. Yuri é um executivo e se mostrou muito cauteloso e desconfiado durante a entrevista; demonstrou preocupação em ser identificado caso a conversa fosse registrada com o gravador de voz, por isso o seu diálogo foi transcrito no diário de campo. Isso impossibilitou usar as convenções para a transcrição da entrevista. Diz ele sobre suas práticas sexuais:

Comecei a ter experiências sexuais com homens no fim da minha estadia nos Estados Unidos. Foi meio de repente, na sauna da academia. No primeiro “quase” houve uma pegação no chuveiro, mas

eu brochei. Acho que foi quando o cara me perguntou se eu queria ser seu namorado (.) *Eu freaked out*²⁹ e saí fora.

O primeiro envolvimento sexual de Yuri com outro homem aconteceu de forma repentina, ao ser abordado por um homem na sauna da academia, lugar que não permitiria um envolvimento mais longo devido ao número de frequentadores. A expressão *quase* reflete a experiência de não completude da ação – da *pegação*. Ele esperava transar e “gozar”. Entretanto, ao ser interpelado pelo parceiro antes do “gozo”, com um pedido de namoro - “broxou”. É como se o pedido de namoro antecipasse a *pegação*, que deveria culminar com o “gozo”, mas foi interrompida. Pode-se notar semelhança entre essa sequência descrita por Yuri e a fala de Edu, uma espécie de enredo – quase sempre de ordem “natural” quando se trata de relações heterossexuais. Em contraponto, quando ambos passam a relatar suas experiências sexuais com outro homem, as relações homossexuais parecem antecipar o ato sexual, em um movimento *de repente*, repentino e não-discursivo. Essa questão conduz a pensar se não seria esse o enredo, o “discurso-sem-discurso” que pauta as relações homossexuais, talvez exatamente porque, para acontecer, não precisam ser colocadas na lógica sequencial ou “natural” – aproximar, conversar, paquerar, namorar para poder transar – como assinalado pelos participantes quando estes se relacionavam sexualmente com mulheres.

A naturalização das práticas sexuais muitas vezes segue a lógica da hierarquização das relações de gênero, na qual o homossexual ocupa o lugar da figura feminina e de “passivo”, quando a prática se dá com um parceiro que se autoidentifica como heterossexual (PARKER, 1997). Foi assim no caso de Rony: *Bom:::m o início da minha vida sexual (.) eu sempre tive contato com heteros (.)*. E acrescenta: *onde:::e eu fui o passivo = né?*. Parece que Rony esperava a confirmação de ele ocupar o lugar que naturalmente deveria ser de um *passivo*, afinal, ele mantinha relações sexuais com um homem *hetero*. Outra questão que me chamou a atenção foi de se sentir aparentemente envergonhado ao falar sobre seu envolvimento com <*heteros*>, perceptível pela diminuição do tom da fala, diferente de quando expressou sua implicação sexual com “*amigos*” no início de nossa entrevista.

Isso remete à reflexão sobre o que constituiria uma identidade heterossexual. A noção de gay, ou homossexual, enquanto identidade política, parece se confundir com a posição do sujeito no ato sexual. Uma confusão que, dada a influência que isto tem no controle e decisão do uso ou não

²⁹ A expressão inglesa *freaked out* significa “apavorei”.

do preservativo, é fundamental (SCHIRMER, 2010). Com isso, nota-se a multiplicidade de questões que podem permear este primeiro momento das práticas sexuais destes homens: a idade, o tipo de parceiro, a autoidentificação sexual, a posição sexual, o vínculo social dos parceiros sexuais. Em relação à proximidade entre homens, em alguns casos de idades díspares, Foucault diz:

dois homens de idades notavelmente diferentes, que código têm para se comunicar? Estão um em frente ao outro sem armas, sem palavras convencionais, sem nada que os tranquilize sobre o sentido do movimento que os leva um para o outro. Terão que inventar de A a Z uma relação ainda sem forma que é a amizade: isto é, a soma de todas as coisas por meio das quais um e outro podem se dar prazer (1981, p. 39).

Nesse texto, o autor discorria sobre a relação entre amizade e práticas sexuais, algo semelhante às experiências dos homens que participam desta investigação. Essas, por sua vez, podem se manifestar de diversas formas e serão mais bem discutidas no nosso próximo tópico.

5.2 Práticas sexuais entre HSH: um cenário de diversidade

A maneira como os HSH relacionam-se varia de acordo com os gostos de cada um. Essa relação pode envolver a prática do sexo oral e anal nas posições insertiva e receptiva. A preferência por uma das práticas e a forma como se lida com os fluidos corporais oriundos desse momento também fazem parte do sentido que cada pessoa atribui a essa experiência. Assim, Daniel relata seus gostos relativos à sua prática sexual:

(...) <Eu sempre gostei muito mais de> >fazer sexo oral<. Eu nunca curti muito penetração, enfim = eu sempre curti muito mais o sexo oral (.) como eu fazendo passivo. E:::E ↓ eu gostava de engolir a:::a (x) porra. Sempre gostei. E nunca deixei de fazer isso = sempre fiz. E:::E (x) claro que em algumas situações surgia a oportunidade de fazer sexo anal com penetração o:::u eu penetrando, o:::u o outro penetrando (.) ou os dois = enfim. Eventualmente acontecia = não era uma prioridade = a prioridade era sempre sexo oral. (0.3) (...).

Segundo Daniel, sua preferência é pela prática do sexo oral e, inclusive, gosta de engolir os fluidos corporais, mais precisamente a “porra”. Porém, quando ocorre a possibilidade de envolver-se em situações de penetração, ele a faz. A primazia dada ao sexo oral é contrastada com a efetivação da prática de coito quando surge a oportunidade de fazê-la. Dito isso, ele demonstra preferência por ocupar a posição de receptivo na relação onde ocorre inserção. Parece que tanto a

opção pelo sexo oral, quanto pela posição receptiva estão diretamente relacionadas com a recepção dos fluidos corporais. Assim, Daniel é quem recebe e engole o sêmen do parceiro³⁰.

A fala de Daniel permite refletir sobre as diversas acepções que o esperma, na sua fluidez característica, tem adquirido nas sociedades ocidentais. Dentre os diferentes fluidos corporais, o sêmen tem sido alvo de pesquisas, por isso, é inegável o seu caráter histórico e culturalmente situado. Ele é indicador claro das diversas concepções da masculinidade na ciência, na medicina reprodutiva, na educação, na criminologia, na prostituição e na pornografia. Sob outra perspectiva, Daniel afirma a erotização da ingestão seminal, essência natural do masculino, ao mesmo tempo em que é capaz de capitalizar o risco de uma ameaça propalada pela sensibilização institucional para as DST e pela midiaticização. Deste modo, se perpetuam ao nível do imaginário a hegemonia e a subjugação dos modelos de masculinos em tempos de aids (CARVALHO, 2008).

Quando Daniel opta pela prática do sexo oral em detrimento da prática de penetração, acaba por reduzir os riscos de infecção. No entanto, nas vezes em que engole os fluidos corporais, esses riscos são semelhantes às práticas de penetração, pois o sêmen entra em contato com a corrente sanguínea. Segundo Parker et al. (1998) e o relatório sobre conjugalidades e prevenção às DST/Aids (BRASIL, 2009b), é recomendado estimular a prática do sexo oral como estratégia de redução dos riscos, mas não a ingestão dos fluidos corporais. Em suma, a forma como estes homens experienciam suas práticas sexuais envolvem: o sexo oral, o coito insertivo e receptivo que, por sua vez, podem ocorrer em diversos lugares.

5.2.1 Os locais das práticas sexuais: da privacidade do lar ao mercado do sexo

Essas práticas podem ocorrer em diversos lugares que propiciam o encontro desses homens e, conseqüentemente, podem culminar em relações sexuais sem preservativo. O lugar que se frequenta, as pessoas com quem se mantêm relações sexuais também dão pistas para entender melhor essa prática. De acordo com Gabriel,

³⁰ De acordo com Schirmer (2010), esta parece ser uma lógica confusa. Não há outras noções de ativo e passivo, a não ser a figura de quem é insertivo ou receptivo. Pensa o autor existir outros sentidos como dominador e dominado, que não necessariamente tem relação com a posição ativa e passiva.

a prática do sexo sem preservativo, ela está muito mais difundida hoje = especialmente na cidade de São Paulo = ela está muito mais difundida hoje para além das possíveis festas temática, que são específicas (.) de um público específico. Existe, existem desde apartamentos de pessoas específicas, que reúnem pessoas em suas casas para hã:::ã orgias, sexo grupal etc e tal, e que acaba praticando isso sem preservativo, e existem encontros específicos de pessoas que curtem essa prática em determinadas saunas ou clubes de sexo ou >cinemas pornográficos no centro de São Paulo<, como existe também a prática isolada = isolada no sentido de que eu sei (.) que:::e em determinados lugares >a frequência do sexo sem preservativo é muito maior<. Então, se eu simplesmente for a esses lugares eu posso ter acesso a essa prática, sem pertencer a um grupo e sem estar chegando a um grupo, são simplesmente pessoas que se juntam ali, fazem o que estão com vontade de fazer <e depois vão embora>. (...).

Gabriel relata que as práticas sexuais sem preservativo entre HSH estão cada vez mais difundidas, sobretudo, nos grandes centros, mas que elas não seguem uma lógica específica – não há espaços exclusivos para se praticar sexo sem preservativo³¹. Essas, quando acontecem, ocorrem em lugares diversos, que incluem desde encontros em casas/apartamentos das pessoas até lugares comerciais voltados para as práticas sexuais entre HSH, onde se aglomera um número maior de homens. Para Braz (2010), as saunas, os cinemas pornô e os clubes de sexo são lugares específicos destinados às práticas sexuais e encontram-se espalhados pelos centros de cidades como São Paulo e Rio de Janeiro.

As saunas e os clubes de sexo também parecem ser os lugares preferidos de Daniel: *eu frequento muito saunas, hã:::ã (x) onde eu gosto mais de ir*. Posteriormente, Daniel relata seu interesse pelos clubes de sexo: *eu participo muito de suruba, é o que eu gosto de fazer, entendeu? De clubes de orgia, de surubas*. De forma semelhante, Agileu afirma que as saunas são um dos lugares que ele frequenta para a efetivação de suas práticas sexuais: *e:::e daí (x) eu tive meu primeiro orgasmo nessa sauna ↓ com alguém de lá e foi sem preservativo*. Pode-se relatar ainda que, para além daqueles que assumem a prática sem camisinha, em grupo ou não, há um coletivo maior dos que pautam o uso pela relação estabelecida com o parceiro: se a pessoa está solteira e na “putaria”, é o momento de usar a camisinha; se está “casado”, em uma relação séria e afetiva, não se usa.

³¹ Não foi encontrada literatura que tenha discutido a questão de espaços exclusivos para a prática de sexo sem preservativo no Brasil. Ademais, durante a conversa pelo MSN entre este pesquisador e Gabriel, apareceram versões de que, supostamente, existem encontros, principalmente em espaços privados (casas e apartamentos), onde o não-uso do preservativo é condição para a pessoa ser convidada. Porém, não é objetivo discutir e nem aprofundar tais questões nesta pesquisa. Apenas sinalizo essas questões, pois tal discussão pode dar pistas para pensar se estes homens não estariam buscando estratégias para escapar ao controle que se faz presente em contextos de práticas sexuais voltadas para HSH – saunas, cinemões, clubes de sexo – via cartazes de prevenção, discursos institucionalizados, ou pela presença de colaboradores de ONG da área da saúde, os quais distribuem preservativo nesses lugares.

Assim, saunas, clubes de sexo, casas, apartamentos, cinemas pornográficos constituem alguns dos possíveis lugares onde HSH se encontram para a realização de práticas sexuais que podem culminar no ato sem preservativo. Esses encontros podem seguir a lógica de pares, trios, grupos de “orgias” ou “surubas”. Por assim dizer, passaremos a discorrer sobre algumas das questões trazidas pelos participantes que dizem respeito à relação desses homens com o preservativo.

5.3 A relação entre homens que fazem sexo com homens e o uso do preservativo

Primeiramente, trago algumas questões abordadas por estes homens acerca da opção pelo não uso do preservativo. Para tanto, procuro entender como se deram as primeiras experiências sexuais destes homens, a construção simbólica sobre o HIV e os fatores psicológicos, circunstanciais e transgressivos implicados neste processo. Isso porque as noções trazidas por esses homens refletem-se sobre a forma como eles gerenciam os riscos envolvidos na prática sexual, foco do nosso trabalho.

No que se refere à primeira relação sexual, Caio, Yuri e Gabriel afirmaram espontaneamente não terem usado o preservativo nessa ocasião; já os demais homens entrevistados não relacionaram a primeira experiência sexual com a camisinha. Caio engasga-se ao ter que falar sobre esse assunto, mas reitera que sua dificuldade em lidar com o preservativo pode estar relacionada ao fato de sua primeira experiência sexual ter se dado sem seu uso. Ele diz: *eu:::u ((engasgo)) (x) comecei minha vida sexual com treze anos. ↑ Então aí já foi sem camisinha, sem preservativo. >Eu na adolescência fui me acostumando a transar sem camisinha<. Nessa mesma direção, Gabriel acrescenta: talvez pela minha <iniciação> ↑ não ter se dado com o uso de preservativo,(...) . E eu também não dei conta de trabalhar um acessório <com o qual> eu nunca tive intimidade no uso (...). Yuri fala: não usei na primeira, foi sem camisinha. Acho que porque não esperava que fosse acontecer. Foi ao acaso. Portanto, o “costume”, a “inadaptabilidade” e a “imprevisibilidade” da ocasião dão pistas para entender a relação entre o não-uso do preservativo na primeira relação e a possível influência dessa questão na incorporação de outras práticas sexuais desprotegidas.*

Parece existir, sobretudo, uma ausência de reflexão anterior, ou de planejamento. As relações parecem ser sempre de caráter marginal, aqui no sentido de estarem “à margem” de qualquer possibilidade de ordenação de pensamento, confiança, troca de experiências, ansiedades

e expectativas sobre a primeira vez. A homofobia internalizada parece inferir na impossibilidade de uma maturação, preparação, reflexão para o início da vida sexual do homossexual (SCHIRMER, 2010).

Outra questão que pode contribuir para a consolidação de práticas sabidamente arriscadas é a localidade onde as pessoas residiram durante as suas primeiras experiências sexuais e a cultura que se disseminava na região sobre o HIV. Morar no interior, longe dos grandes centros, fez com que Caio construísse uma noção simbólica de distanciamento do vírus HIV e, conseqüentemente, do uso da camisinha. Em suas palavras: *eu morava em uma cidade que não é igual onde a gente mora, era uma cidade menor = então é assim, você quase não ouvia falar de (x) HIV = Então não tinha muita preocupação*. Caio descreve ter residido em um local onde as pessoas não se preocupavam com a aids e, portanto, tinha pouca familiaridade com o preservativo.

Não se trata apenas de uma questão de familiaridade com a informação, mas também com a própria doença. Caio não vivenciou o início da epidemia da aids, o período em que os recursos terapêuticos se limitavam ao AZT. Uma vez que as pessoas não respondiam a esse medicamento, geralmente, elas iam a óbito. Portanto, as pessoas que vivenciaram aquele período sabiam, viam e presenciavam a doença pela morte de amigos. Então, isso retirava o HIV do espaço da “lenda”, ou seja, do plano imaginário e ficcional, e o colocava no cotidiano das pessoas.

Em síntese, o fato de a primeira experiência sexual ter ocorrido sem preservativo parece ter feito com que esse tipo de opção se tornasse hábito na vida cotidiana de Caio, Yuri, Gabriel. Houve ainda quem não se adaptasse à camisinha. Além disso, questões geográficas e culturais concorrem para a configuração dessa prática que pode ainda ser perpassada por questões psicológicas.

5.3.1 Implicações psicológicas

Para Agileu, só foi possível atingir o orgasmo no dia em que ele transou sem preservativo: *porque era assim que eu conseguia ter (x) orgasmos. Isso quer dizer que dos dezesseis até os (x) dezoito anos eu (x) ficava com homens mas nunca tive orgasmos*. ↓ *Daí, a partir dos dezoito eu comecei a ter [orgasmos] sem o uso do preservativo*. Em seguida, Agileu se autoquestiona: *O que me leva a não usar (x) mesmo sabendo dos riscos?* A partir desse momento, novas ideias relacionadas ao prazer e à experiência dos corpos aparecem. Em suas palavras:

(...) = Acho que (x) eminentemente é a questão do prazer. É a questão de:::e = sexo (x) para mim é ↑ uma experiência do >contato< com o <outro corpo> e ↑ camisinha interrompe isso (x) que é muito fundamental no sexo, né?.

Gabriel em tom altíssimo acrescenta: *EU ESTOU ENTRANDO NO MÉRITO DESSA NOÇÃO DE LIBERDADE DAS FANTASIAS DA LIBERDADE DO ORGASMO COMO PULSÃO DE MORTE*. Essas palavras vêm ao encontro de uma questão fundamental que é o imperativo de gozo. Em uma sociedade que diz: tenha, consuma, goze, encontre prazer mais do que tudo, fica difícil se opor a qualquer coisa que “interrompa” o imperativo do gozo.

Gabriel também atribui as dificuldades relacionadas à ereção à opção pelo não-uso do preservativo. Ele descreve uma situação em que se encontra excitado e relata: (...) *eu tenho ereção e eu resolvo colocar o preservativo, eu perco a ereção na hora* (.). *Eu literalmente broxo no momento em que eu coloco o preservativo*. Mas, reitera que não é apenas essa questão que pode estar implicada, e acrescenta: *existe aí um bloqueio que é psicológico e que psicossomatiza no físico*. Diferente de Agileu, que associava o uso da camisinha à interrupção do prazer por significar o sexo como de contato corporal, Gabriel traz repertórios da psicologia para descrever porque “broxa” na hora que coloca o preservativo.

Além da questão da perda da ereção, a alergia é um dos fatores que leva Cristian a não usar preservativo. Diz ele: ↑ *Eu tenho alergia à camisinha*. Para tentar amenizar a questão da alergia, o mercado de consumo tem colocado à disposição dos homens brasileiros a camisinha antialérgica, feita de poliuretano, já disponível em farmácias, porém não distribuída gratuitamente pelo Departamento de DST, HIV/Aids (BOUER, s/d). Essa questão está relacionada à perspectiva neoliberal de incentivo desenfreado ao mercado de consumo como alternativa à gestão dos riscos (SPINK, 2007a). Portanto, aqueles que tiverem mais acesso aos bens de consumo, neste caso ao preservativo antialérgico, poderiam ter menos resistências ao uso do preservativo.

Para Rony, a intensidade da prática sexual é a razão de não conseguir usar o preservativo: (hhh) *Geralmente:::e não! Geralmente não! Por quê? ↑ Pelo fato de ser ↓ uma coisa muito assim:::m = tipo = intensa, a gente acabava:::a pulando o preservativo*. Essas palavras sugerem a reflexão da expressão “pulando”, pois nem parece que o preservativo estava lá para ser “pulado”. Ou seja, durante esta justificativa parece haver a construção do argumento no exato momento em que ocorre o questionamento sobre o uso da camisinha pelo pesquisador. Isso pode ser mais bem compreendido ao tomar as campanhas de prevenção como exemplo. A cada nova campanha,

questões emergentes são trazidas à população com vistas a desenvolver mecanismos de proteção como resposta às situações de risco. Assim, para cada questão trazida pelas mensagens do Departamento de Aids, diversas respostas são produzidas pelas pessoas, mesmo que muitas vezes elas não sigam uma lógica racional.

É como se a intensidade levasse o homem a um plano irracional, incoerente com a racionalidade considerada como única maneira possível de administrarmos o *anticlímax*, como nos dizeres de Yuri:

Tenho a impressão que ninguém quer parar e trazer a civilização para a cama. Sei que é pra usar a camisinha, mas é sempre difícil a administração do anticlímax. Talvez seja fantasia da minha cabeça, mas creio que muitas vezes meus parceiros não querem que eu tenha sangue-frio pra parar tudo, como se parar fosse atestar que há algo superior ao desejo por ele naquele momento, e isso se torna difícil de contornar quando o desejo é realmente grande.

Yuri relaciona a noção de civilização com o uso do preservativo. Portanto, ao não usar a camisinha ele estabelece uma relação com o mundo não civilizado, onde as relações não se pautam por barreiras de prevenção. Para Mancebo (1999), esse é um exemplo da aproximação entre homem e a natureza, situação essa em que ocorre também a revalorização do irracional, do mítico, um reencontro com o homem natural, primitivo, espontâneo. Enfim, a busca pelo *orgasmo*, pela *intensidade*, a *impotência sexual*, a *alergia ao preservativo*, dão pistas para refletir sobre as questões que levam os HSH a optarem pela prática sexual sem preservativo.

5.4 A onipresença da norma e a experiência da transgressão

Estudos pautados em perspectivas higienistas no âmbito da saúde sexual de HSH têm investigado sistematicamente as motivações que os levam a optar pela prática sexual sem preservativo com parceiro casual, diante dos riscos (CROSSLEY, 2004), em busca de informações que possam ser usadas na elaboração de programas de prevenção apropriados a esse segmento. Esses fatores podem estar relacionados também a questões circunstanciais e transgressoras. Circunstanciais porque, de acordo com vários autores (VASCONCELOS DA SILVA, 2008, 2009; FERNANDES 2009; SERONNI NETO, 2006; ELFORD, 2006; SHERNOFF, 2006; HALKITIS; PARSONS; WILTON 2003), os avanços no tratamento da HIV/aids, a facilidade de acesso ao

tratamento, a concepção da doença como crônica provocam otimismo³² entre os homens que, por sua vez, relatam que a expectativa de vida é supostamente igual a de pessoas que não vivem com HIV. Transgressivos porque os discursos podem seguir pela lógica da liberdade individual, da escolha (VASCONCELOS DA SILVA, 2009, 2008; SERONNI NETO, 2006;), do rompimento com as normas morais (SERONNI NETO, 2006; VASCONCELOS DA SILVA, 2008; CROSSLEY, 2004), com as normas de prevenção ligadas à saúde (VASCONCELOS DA SILVA, 2008; MENSERGH, 2002), bem como pelo “tesão” vivido por meio do medo, da aventura, da possibilidade de contrair alguma doença, da experiência de entrega, da maior intimidade ou contato com o parceiro sexual, muitas vezes desconhecido, do incômodo da camisinha e do prazer do contato com o esperma (VASCONCELOS DA SILVA, 2008).

Nesse sentido, Seronni Neto (2006), ao analisar artigos com discursos de alguns HSH, percebeu certa resistência e subversão ao modo hegemônico de se viver na sociedade atual, nos quais os sentidos de vida, morte e prazer são ressignificados diante da possibilidade de se infectar e, também, da forma de viver com o HIV. No que se refere à resistência e aos modos de subversão, estes estão intimamente ligados às políticas “persecutórias” de prevenção à saúde que tendem a categorizar os comportamentos individuais em “bons” e “maus”, além de atribuir responsabilidade e valor moral às pessoas, culpabilizando-as pelas escolhas arriscadas na forma de expressar a sexualidade (CASTIEL; ALVAREZ-DARDET, 2007).

A respeito dessa questão, Gabriel fala de sua convivência com pessoas que vivem com HIV e a liberdade vivenciada por elas como um dos fatores de sua opção de transar sem preservativo. Diz ele:

por já ter convivido com pessoas que são soropositivas e por enxergar que:::e ↓ literalmente elas têm uma liberdade maior do que pessoas que (x) não são soropositivas, e que tem um medo mórbido de se contaminar. É:::é elas usufruem de uma certa liberdade que é como se não tivesse um determinado peso na consciência.

Adiante, acrescenta:

³² Este otimismo poderia ser mais bem debatido ao pensarmos na possibilidade das campanhas de prevenção estabelecerem diálogos entre pacientes que vivem com HIV/Aids e a comunidade de HSH. Por exemplo, em forma de depoimentos – que não seja demagógicos ou ufanistas, abordando as dificuldades de se viver com uma doença crônica.

é o fato de ↓ já ter convivido de perto, com o dia-a-dia de um soropositivo, e de enxergar que hoje (.) tu não tens mais aquela coisa figura = e aqueles modos viventes = aquele dia-a-dia = aquele cotidiano das pessoas do final da década de 1980 e início dos anos 1990 (.) <que apareciam na TV>.

No que se refere à suposta melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, destaca-se que boa parte dos discursos sobre o tema não é contextualizada. Isso porque estes homens são de classe média e, portanto, têm acesso à boa alimentação, espaços de esporte, lazer. Essas questões são fundamentais para que o tratamento do vírus da aids alcance bons resultados e conseqüentemente o prolongamento da vida. Além disso, quando ficam doentes, desaparecem da frente dos amigos, para não contradizer o discurso “positivado” sobre os riscos da aids. Entretanto, é possível que outros segmentos populacionais, com restrições de acesso aos serviços descritos acima, talvez, tenham outras versões sobre a vivência da aids.

Para Aristóteles, a questão de sua opção por não usar preservativo está associada diretamente ao

cansaço da hipocrisia, acesso a informação (.) desmistificação e ao mesmo tempo uma conduta meno:::s hã:::ã passiva em relação ao que se deve fazer? Como se dever fazer? Que os governos, as autoridades, a sociedade (.) hã:::ã (x) continue sendo a grande responsável pela maneira como as pessoas devem agir. Não é bem assim.

Já Edu segue pela lógica de não aceitar ser *ratinho de laboratório* de programas do governo que, segundo ele, visam controlar a sexualidade da população. Argumenta:

Se for prestar atenção nesses casos, nessas doenças novas o:::u velhas ou mutantes >e não sei o que<, só faz a gente perceber uma situação: a gente virou ratinho de laboratório em:::m algumas coisas que é interessante para as políticas públicas da saúde.

As falas de Aristóteles e Edu remetem para ao campo do controle da vida por meio de normas, entre as quais destaca-se a necessidade de usar preservativo em detrimento de possíveis infecções, como as DST e/ou o HIV. Nesse jogo de poder entre o governo – que tenta sensibilizar a população sobre a importância do uso do preservativo –, e a população – que sustenta argumentos distintos para não usar a camisinha –, Rosa, Vicentin e Catroli (2009) relatam que Arendt, Foucault, Derrida e Agambem convergem para demonstrar como as relações de poder abalam a experiência compartilhada entre os sujeitos, diluindo a história do sujeito na sociedade.

Daniel destaca ainda que sua relação com a camisinha é anterior ao advento da aids em função da sua idade. Quando ele iniciou sua prática sexual, a camisinha era usada apenas como método contraceptivo entre casais heterossexuais. Contudo, ele argumenta que no período pré-aids sentia-se atraído pela camisinha:

é:::é claro que antes da aids, a (x) prática sexual de quase todo mundo ↓ era praticamente sem camisinha. E:::E curiosamente eu ficava muito excitado <quando> eu via uma camisinha. ↓ Eu achava que aquilo era uma coisa diferente ↑ e isso me deixava muito excitado.

Entretanto, depois do surgimento da aids, ele mudou de ideia, pois não existia a cura dessa doença, e muitos dos seus amigos morreram acometidos pela moléstia. Então, esse acontecimento motivou Daniel a incorporar o uso do preservativo. Diz ele: <E eu me preservava> ↑ o máximo. Atualmente, diante do fato da camisinha ter se tornado o principal método de prevenção à aids, ele relata que a lógica do seu interesse inverteu-se. Estávamos a encerrar nossa conversa quando fui interpelado pela seguinte fala:

[Só um minuto] = só cortando = é:::é (x) o interessante que eu gostaria de falar é o seguinte, que hoje em dia eu fico muito mais excitado em praticar o sexo (x) sem camisinha do que quando ele era uma coisa normal. É:::É não sei se é pelo fato de:::e (x) do proibido. Isso me deixa ↑ muito mais excitado ↓ hoje em dia.

George: E o que é proibido?

Daniel: É proibido porque as pessoas falam: “TOMA CUIDADO” = “NÃO PODE” = e:::e (x) “OLHA”! CUIDADO”! e:::e (x) isso é:::é (x) o que eu acredito que até não é o meu caso = mas (x) é o que levam as pessoas a beberem, se drogarem = “OLHA, NÃO FAZ ISSO”. É aquela coisa = a cabeça do bicho homem é aquela coisa.

Nesse caso, com o surgimento da aids, a camisinha passou a ser vista como uma tecnologia obrigatória para as diretrizes das políticas de prevenção à aids e, portanto, marco da normatividade no campo da sexualidade. Quem não adere a tal método preventivo está fadado a infectar-se com o vírus da aids. Consequentemente, tal noção passou a circular no nosso cotidiano, sendo naturais os discursos de aconselhamento de profissionais de saúde, pais, amigos, que visam estimular o uso da camisinha. E é nesse contexto de referência que Daniel se apresenta como um homem transgressivo. No período anterior à aids, quando as pessoas não tinham a obrigatoriedade de usá-la, mesmo diante da possibilidade de infecção por DST, Daniel relata que, ao ver uma camisinha, sentia muito

excitado. Entretanto, com o advento dessa doença, a camisinha passou a ser o símbolo principal de proteção, o elemento da norma, único meio provado cientificamente capaz de prevenir a infecção por DST e HIV, aquele que protege a si e ao outro. Porém, é justamente nesse momento que Daniel destaca perder seu interesse pelo uso do preservativo. Quanto mais as pessoas dizem: *TOMA CUIDADO = NÃO, PODE = e:::e (x), OLHA*! CUIDADO, maior é o seu interesse por uma prática tida socialmente como “proibida”.

Portanto, o grito de alerta dado pela sociedade configura-se como um estímulo a mais para Daniel sentir-se excitado. Há prazer no proibido, na quebra das leis e da norma. É interessante notar que o seu tom de voz chega a níveis altíssimos quando explicita o alerta das pessoas sobre os riscos implicados nas práticas sexuais desprotegidas. Assim, quanto mais intenso o discurso a favor da necessidade do uso do preservativo, maior a excitação de Daniel pelo não-uso da camisinha. E aproveita para ampliar o sentido “transgressivo” aplicado ao contexto sexual para outras situações que implicam estímulos a atitudes contrárias a “norma social”, tais como no caso do uso de álcool e drogas. De acordo com Schirmer (2010), a fantasia por não usar a camisinha parece ter outros sentidos para além de contrariar as normas, conduz à reflexão de que as normas estão em contraversão ao desejo das pessoas. Ou seja, as campanhas ignoram que beber, fumar, usar drogas, transar sem camisinha estão em plena consonância com a busca sem limites do prazer, o mesmo que faz consumir e sustentar o capitalismo.

Em suma, ao longo deste capítulo, enfatizei a complexidade da sexualidade humana, a qual é fragmentada e transformada em categorias epidemiológicas pautadas por frequência de comportamentos. Esta discussão foi fundamental para identificar alguns elementos relevantes para a compreensão de práticas sexuais arriscadas, mesmo diante de altos níveis de informações sobre prevenção. Em síntese, pode-se elencá-las como sendo: relações de poder, de gênero, construções simbólicas acerca da aids, questões geográficas como produção social do risco, fatores econômicos, implicações psicológicas, perspectiva de vida em função dos avanços científicos no campo da aids, valores, etc.

Por esse viés, concordo com Parker (1994) ao sugerir que a resposta ao HIV/Aids deve pautar em aspectos mais amplos da dimensão humana, ao invés de levar em conta apenas questões comportamentais. Para ele, a gestão dos riscos está ligada às relações de poder, gênero, valores, crenças, desejo, fatores econômicos, os quais condicionam a formação de parceiros sexuais. Todos

esses itens são importantes e devem ser considerados no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção da aids (PARKER, 1995).

6. O uso da argumentação científica na construção de estratégias de gestão de riscos em um cenário de incertezas

O problema do uso prioritário de dados científicos como justificação não está na validade dos dados apresentados pelos interlocutores, mas na priorização de um critério e no obscurecimento da ação dos demais critérios também envolvidos (GALINDO, 2002, p. 103-04).

Este capítulo aborda a maneira como os homens participantes deste estudo constroem suas noções de gestão de riscos, tendo como base dados científicos e as fontes desses dados. Em um primeiro momento, discorro acerca do nível de informação sobre DST, HIV/aids destes homens; em seguida, focalizo a racionalidade científica na discussão dos processos gestionários de riscos; adiante, abordo a questão das DST e a possibilidade de reinfeção e, por fim, falo das novas tecnologias de prevenção biomédicas em um cenário de incertezas.

6.1 Das informações sobre os riscos às DST, HIV/aids

Diversas pesquisas indicam que os HSH possuem informações relacionados às DST, HIV/aids. Compreendem que o principal método de prevenção é a camisinha e de que essa é uma doença que não tem cura (BRASIL, 2009b; ANDRADE et al., 2007; ANDRADE, 1997, 1991; CORDEIRO et al., 1994; LOYOLA, 1994). Em acréscimo, ao longo de três décadas de epidemia de aids, os elaboradores das políticas de prevenção defenderam a idéia de que a informação seria a principal maneira de lutar contra o avanço dessa doença no mundo (AMORIN; SZAPIRO, 2008). Entretanto, embora cheguem a níveis altos de conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis no Brasil (ANDRADE et al., 2007), homossexuais, bissexuais e heterossexuais ainda mantêm práticas sexuais arriscadas, principalmente com parceiros casuais, colocando em “xeque” as estratégias de prevenção.

Parte do insucesso das campanhas preventivas deve-se ao fato de elas desconsiderarem os aspectos subjetivos presentes na dimensão humana, mais precisamente na construção das práticas sexuais (AMORIN; SZAPIRO, 2008). De acordo com Czeresnia (2004), apoiada nas reflexões de Foucault, as estratégias acerca da prevenção constituem modos de disciplinar, regular e controlar os possíveis agravos à saúde mediante informações sobre risco. Essas são entendidas, como tecnologia

moral, que procura regular os interesses governamentais no âmbito da prevenção à saúde por meio de intervenções em nível individual, através da responsabilização das pessoas por suas práticas arriscadas. Com objetivo de entender melhor a relação entre o conhecimento sobre aids e a opção por práticas de risco, apresento algumas versões presentes nas entrevistas realizadas.

Para Flávio, as informações vieram da escola, onde desde pequeno ouvia os professores falarem nas aulas sobre DST, HIV/aids. Diz ele: *isso foi desde pequeno no (x) colégio = tipo = a:::a (x) partir da sétima série a gente já tinha aula, debates sobre DST, sobre preservação e tudo mais. E informações eu sempre tive desde cedo. Agileu também afirma ser bem esclarecido, inclusive já trabalhou com projetos de prevenção à aids, mas esse fato não significa que ele tenha relações sexuais sempre com preservativo.*

[Sou] Muito bem informado = inclusive (...) eu (x) fiz um estágio em uma ONG (...) e eu (x) que escrevi um projeto para prevenção de (x) DST, HIV e aids, >para (x) trabalhar com a população específica dos HSH e gays<. ↓ Eu que fiz esse projeto. Esse projeto foi (x) aprovado e tal = MAS isso quer dizer ↓ que (.) isso quer dizer que (x) eu sei exatamente como funcionasse as políticas de prevenção >blá blá blá blá<, MAS não (x) ↓ faço uso do preservativo nas relações sexuais = >na maioria<.

Percebe-se a partir da sua experiência na ONG que ele se considera um especialista, mas que isso não significa a efetivação das estratégias de prevenção conhecidas. Essa questão é discutida por Terto Jr. (2002), que afirma que as políticas de prevenção deveriam considerar que nem sempre as pessoas conseguirão efetivar o uso da camisinha, que pode variar em decorrência das circunstâncias e de seus projetos de vida. Na mesma linha de Flávio e Agileu, Cristian salienta que está a par do assunto, inclusive cita as fontes de informações a que recorre.

↑ Eu me considero extremamente bem informado. Eu tenho lido algumas ↓ coisas, um pouco menos nos últimos tempos, mas sempre que possível (x) eu leio sobre os testes que estão sendo realizados com vacinas - porque enfim - eu assino jornal, então eu sempre leio as reportagens que saem - qualquer coisa (...).

Dessa maneira, Cristian descreve-se como um homem que procura manter-se informado na área de aids, como por exemplo, por meio de notícias sobre os testes com vacinas para o HIV que circulam em editoriais relacionados à saúde. Gabriel também é um homem bem informado. Ao ser questionado sobre seu conhecimento acerca da aids, ele explica:

[Sim] Sim. Plenamente. Até mesmo porque eu tenho uma irmã por parte de pai que é formada em medicina (.) e:::u tive uma educação ↓ sexual ↑ por parte dos meus pais, especialmente por parte da minha mãe que foi muito tranquila = sempre. Conversamos sempre sobre tudo, sem problema. Sempre fui uma pessoa de ler muito, de assistir muitos ↓ programas de (x) TV a cabo:::o, daqueles canais mais voltados para a ciência e a área do ↓ conhecimento, sempre tive absoluto esclarecimento de tudo que poderia estar envolvido na prática do sexo sem preservativo.

Ele descreve os meios de conhecimento que procura para se manter informado, e afirma serem estas fontes seguras: a irmã formada em medicina; programas de tv a cabo em oposição à tv aberta, que deixa implícito a idéia de ser mais confiável; canais de ciência. Estas questões e as descritas nos parágrafos anteriores nos conduzem a pensar que os participantes deste estudo são pessoas que possuem conhecimento científico quanto aos possíveis riscos que correm quando optam pela prática sexual sem preservativo e que muitos deles buscam na racionalidade científica uma forma de gerir esses riscos.

6.2 A busca da racionalidade científica na gestão dos riscos: a tabela de risco em questão

A maneira como eles gerenciam os riscos implicados na opção pelo sexo sem preservativo envolve conhecimentos, tecnologias e sentidos construídos a partir da concepção de saúde, doença, vida, morte, risco, poder, sexualidade. Sobre a complexidade da produção de conhecimento na vida cotidiana dessas pessoas, nota-se a aproximação desses homens com a produção científica sobre aids que circula por meio da internet, material impresso, estudos acadêmicos (CAMARGO JR, 1994). Cada vez mais, as informações oriundas de fontes de saber, mesmo aquelas que não correspondem ao discurso oficial do Ministério da Saúde brasileiro sobre prevenção, são incorporadas pelas pessoas e usadas para gerir os riscos implicados nessa prática.

Assim, os HSH apropriam-se reflexivamente de dados publicados por especialistas, cuja promessa seria uma melhor gestão da vida cotidiana. Por meio dessas informações, as relações sociais são reguladas pela confiança em sistemas abstratos, norteados pela cientificidade de estudos que visam orientar escolhas de cálculos de risco. Dito isso, pode-se dizer que as estratégias brasileiras de prevenção à aids acabam por constituir-se por meio de ações de gestão de riscos, uma vez que tais estratégias de prevenção visam tanto a proteção da saúde da população em situação de ameaça diante do não uso de preservativo, quanto a recuperação de quem está infectado por alguma DST ou HIV (CZERESNIA, 2004). Trata-se de uma arena complexa permeada por tensões entre os

direitos individuais e coletivos; entre a autonomia individual e a ordem social, entre os contextos globais e locais; assim como entre as arenas públicas e privadas (CASTIEL, 1996).

Um exemplo recente concerne aos estudos da medicina baseada em evidências. Essa abordagem procura enfatizar os aspectos científicos necessários no processo de sistematização e legitimação das informações. Por esse viés, procura-se juntar provas observáveis do objeto investigado por meio de técnicas oriundas principalmente da estatística, capazes de serem interpretadas e aplicadas pelos médicos aos seus pacientes (LOPES, 2000). Nessa direção, o CDC dos Estados Unidos realizou uma meta-revisão da literatura existente, que resultou na Tabela de Risco discutida no capítulo 2. Essa tabela sintetiza o estado da arte quanto à estimativa de risco de aquisição do HIV de acordo com a via de infecção (CDC, 2005).

Essa investigação pode ser encontrada na internet, em *sites* americanos e canadenses. E ao dialogar com Cristian, um dos participantes desta pesquisa, ao tentar entender “se” e “como” ele gere os possíveis riscos decorrentes de suas práticas sexuais sem preservativo, ele relata a opção por não ejacular dentro do parceiro como forma de reduzir esses riscos. Quando questionado sobre a origem dessa informação, refere a Tabela de Riscos. Ele argumenta, primeiramente, como busca tais informações e em seguida as nomeia:

Por pesquisas na internet = só que pesquisas fora do Brasil, ou em sites americanos ou em sites canadenses, ↑ é investigando sites específicos de médicos voltados para o HIV/aids. Hum:::m = eu obtive a informação da tabela de RISCO, né? De (x) que tipo de relação e de que forma você tem maior ou menor risco, né? Então a (x) prática sem preservativo é uma prática de risco, porém você reduz o risco se você não tiver a ejaculação interna (.hhh) no parceiro.

Cristian parece sugerir que as notícias encontradas fora do Brasil, supostamente, são mais validadas do que aquelas que circulam em nosso território – e isso lhe dá mais segurança para transar sem proteção. A Tabela de Risco tem sido usada como parâmetro de consulta na gestão dos riscos principalmente pelo governo americano e europeu. Não se encontrou evidências de que essa tabela seja adotada no discurso oficial de prevenção do Departamento Nacional de DST, HIV/aids. Entretanto, Cristian é de classe média, cursou uma pós-graduação, tem acesso à internet e procura outras possíveis fontes de informação que considera fidedigna. Ele relata que é engenheiro e trabalha em uma área também relacionada às ciências exatas. Essa questão pode explicar em parte porque Cristian busca na própria racionalidade científica – algo próximo do seu cotidiano como engenheiro – a maneira de gerir os riscos em sua vida íntima.

De acordo com a Tabela de Risco, o risco de infecção pelo HIV seria de 6.5 para 10.000 casos; enquanto seu parceiro, que ocupa o papel receptivo, teria o índice de risco aumentado para 50 casos dentre o mesmo conjunto de pessoas. Dessa forma, ao se posicionar em suas práticas sexuais como insertivo, Cristian considera ter menor exposição ao vírus da imunodeficiência humana. Em acréscimo, quando opta por não ejetar dentro do reto do companheiro, ele gere a sua segurança e a de seu par. Para Brasil (2009b) e Parker et al. (1998) algumas estratégias podem ser estimuladas de modo a diminuir os riscos de infecção pelo vírus da aids. Dentre elas, estão a masturbação e a priorização do sexo oral.

Entretanto, a Tabela de Risco diz respeito apenas aos aspectos quantitativos do risco, e deixa de lado o contexto sócio-cultural onde eles são produzidos. Cabe destacar o crescente aumento de novos estudos que prometem dispositivos de controle de riscos lançados pela medicina baseada em evidências. Esses, por sua vez, criam novos produtos voltados para a prevenção de múltiplos riscos (CASTIEL, 1996), os quais são colocados à disposição da população como dispositivos de controle de riscos no campo da sexualidade, como por exemplo, a profilaxia pós-exposição sexual, que será discutida a seguir. Em contraste com as investigações que se pautam em escores universais, como as oriundas da ciência baseada em evidência, Foucault (1982) afirma que a sexualidade é multiforme, tendo seu sentido e forma de vivenciá-la performada em decorrência do gênero, da sociedade, do estrato social. Assim, homens em contextos sociais diversos produzem experiências de risco diferenciadas e abdicam das rotulações reducionistas postuladas pela perspectiva da ciência baseada em evidência, que tende a vê-los sob a óptica “naturalista” e “desviante”.

Outro argumento utilizado por estes homens para explicarem a gestão dos riscos diz respeito à carga viral das pessoas que vivem com HIV como indicador de maior ou menor risco de infecção e/ou reinfecção pelo vírus da aids. Lançado no final do ano de 2008, um estudo suíço (VERNAZZA et al., 2008) gerou polêmica no meio científico ao afirmar que a possibilidade de transmissão deste vírus está associada à carga viral. Assim, supostamente, quanto menor for a taxa de HIV daqueles que vivem com HIV, menor também será a chance de infectar o parceiro com sorologia negativa para o HIV. Esse estudo foi amplamente divulgado, sobretudo pela internet, e circula nos e-mails ao redor do mundo.

Por outro viés, esse dado significou um grande avanço no que se refere à vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV, e isso inclui a possibilidade da reprodução humana assistida e a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2010; GONÇALVES et al., 2009). Contudo,

há quem defenda que os resultados ainda precisem ser aprimorados. Entre outras coisas, há suspeita de que os pesquisadores suíços usaram uma amostra insuficiente de voluntários e a correlação entre a carga viral encontrada no sangue, supostamente, não seria igual às encontradas no sêmen (SETH KALICHMAN, 2008). Essa mesma incerteza é confirmada pelo documento do Departamento Nacional de Aids.

Dessa forma, é possível afirmar que existe correlação significativa entre CV sanguínea e CV dos fluidos sexuais, embora nem sempre se possa ter certeza de que a CV sanguínea indetectável corresponderá à CV indetectável no sêmen (BRASIL, 2010, p. 18).

Por conseguinte, essa noção passou a fazer parte do cotidiano de muitas pessoas que agora se embasam nessas informações para gerir os possíveis agravos presente na opção pelo não uso do preservativo. Foi esse o argumento de Cristian ao explicar a sua noção de gestão de riscos. Ele diz:

Então assim = é (x) o que tem (x) relativamente recente é o estudo suíço de 2008, que eu me enquadro nesse (x) resultado que foi dado na pesquisa. Então eu já = ↓ há um ano e meio eu faço uso é:::é regular, constantemente, religiosamente (.) do coquetel. Hum = com dois meses digamos né? Eu já tive a (x) carga viral identificável, e nos últimos meses, inclusive, tenho o meu CD4 em ascensão. Então = também esses dados juntam-se aos fatos de (x) eu ter zero chance ou menos riscos de eu transmitir para alguém (x) por conta do estudo suíço que <diz que a pessoa que é (x) positiva>, que está há mais de seis meses hum:::m, com a carga viral identificável e não tem outro tipo de doença e (x) DST, ela não apresenta risco de contaminar um parceiro negativo.

À primeira vista, cumprir à risca o tratamento com o antirretroviral o coloca dentro da recomendação do estudo suíço. Cristian usa a expressão *religiosamente* para frisar que leva a sério as recomendações médicas. De acordo com os parâmetros da Terapia Antiretroviral (TAR), uma pessoa que vive com HIV deve fazer uso contínuo e sistemático do coquetel anti-HIV, pois a alteração de sua ingestão pode provocar perda gradual da eficácia do medicamento. É como um “*ritual religioso*” que precisa ocorrer diariamente no mesmo horário - sistematicamente. Ao refletir sobre sua carga viral não identificável, Cristian considera ter zero chance de infectar o parceiro. Porém, posteriormente, reconhece que pode existir um pequeno risco, o que torna a possibilidade de transmissão do vírus contraditória de acordo com a literatura científica sobre o assunto.

Essa mesma questão apareceu na fala de Agileu, porém de uma forma inversa. Ele diz que possui sorologia negativa para o HIV, mas mantém relações sexuais com pessoas sabidamente de

sorologia positiva e nunca se infectou. Consequentemente, ele se sente seguro quando opta por transar com outras pessoas de sorologia positiva para o HIV pois seus parceiros enviaram-lhe um estudo que apresenta a correlação entre carga viral e os riscos de infecção. Pelo relato, somos conduzidos a pensar que ele refere ao estudo suíço. Veja o que ele diz após ser questionado sobre a fidedignidade:

(...) é que...e teve (x) >três soropositivos que eu já tive relação sexual com eles mesmo sabendo que eles são soropositivos<. E...e um deles me mandou um artigo, de um médico, afirmando que...e os soropositivos que toma os coquetéis, o vírus fica...a concentrado nas linfas³³, >de modo que não fica tanto no sangue = assim<. Então (x) segundo esse artigo de um médico é...é >as pessoas que se tratam< com o coquetel (x) não transmitem o vírus, porque o vírus fica controlado (.) muitas vezes indetectável.↓ E foi um artigo que embasou isso, né?

Agileu finaliza a resposta e devolve a pergunta ao pesquisador em um sinal de dúvida sobre a informação. Em acréscimo, a carga viral não identificável dos parceiros com sorologia positiva para o HIV o leva a pensar que está protegido dos riscos, e que o vírus está concentrado nas linfas e não se encontra no sangue, principal canal de circulação e infecção. No entanto, é interessante perceber que, na medida em que saem do laboratório de produção e circulam no cotidiano das pessoas – neste caso pela internet -, as informações adquirem distintos sentidos. Segundo Agileu, o vírus HIV fica concentrado nas linfas e há pouco deles no sangue. Com isso, temos um entendimento parcial da posição científica sobre o assunto, pois, supostamente, o vírus não fica apenas nas linfas, mas encontra-se escondido em órgãos ainda não identificados, bem como no próprio sangue – fonte principal de transmissão do HIV (VERNAZZA et al., 2008).

6.3 Mas... e as DST e a possibilidade de reinfecção?

Os estudos que fundamentam a probabilidade de riscos para o HIV focados na carga viral trouxeram à tona a possibilidade de pessoas vivenciarem suas práticas sexuais sem preservativo, possivelmente por terem os riscos de infecção por HIV diminuídos em função da carga viral no

³³ A linfa é um líquido transparente, esbranquiçado, podendo aparentar tom amarelado ou rosado. Possui características semelhantes ao plasma sanguíneo, sendo responsável pelo transporte de linfócitos pelos vasos linfáticos (BERGMANN, 2000).

sangue. Entretanto, esse fator fez com que o HIV deixasse de ser a maior preocupação destes participantes, tendo a DST como foco principal de cuidado.

Agileu relata:

Em uma consulta com a médica que eu fiz ((estala os dedos)) é:::é (x) numa das ocasião de um exame para saber se eu tinha ou não HIV = eu faço esse exame periodicamente, >ela me deu um dado interessante<: é:::é existe 0,5% de chance de você infectar alguém com HIV em uma relação sem preservativo, (.) e:::e outras doenças tais como hepatite (x) e HPV tem (x) bem mais chances. Tem dois tipos de hepatites que eu não me recordo bem da letra tem >30 ou 25% de chances de infecção< quando você faz uma relação ↓ sem preservativo. Então, (x) há muito alarde quanto à infecção pelo (x) HIV, mas têm as outras tantas que (.) (x) também pode pegar. Inclusive (x) eu = é:::é (x) interessante relatar numa entrevista como esta (x) que eu peguei sífilis recentemente.

Assim, ele traz sua experiência de já ser se infectado pela sífilis - mas não pelo HIV - como maneira de provar a relação estatística que pensa existir. Há ainda quem diz que o vírus da imunodeficiência humana já está incorporado ao seu cotidiano, portanto, faz parte de si. Por ainda não ter cura, não há nada que se possa fazer. Dessa forma, as DST passam a ser a grande preocupação desses homens. Nas palavras de Daniel: *os riscos que me deixavam mais afetados eram de doença mais comum, tipo sífilis ou condiloma. E:::E (x) não mais a aids = a aids já (x) não me assustava mais, eu já estava com ela.* Cristian acrescenta: *o que mais me preocupa é (x) com os outros tipos de infecções por outras DST's (.) que possam ocorrer.* Mas, para Edu as DST e o HIV encontram-se em um mesmo patamar e seus riscos são igualados às imprevisibilidades do cotidiano. Há assim, uma generalização desse risco. Ele discorre acerca da sua preocupação em elevado nível de voz: ↑ *>Pelo HIV, pela sífilis, pela gonorréia, pelo cancro duro, mole, pelo HPV e uma série de outras coisas que não é só o HIV<.*

Uma segunda questão diz respeito à possibilidade de reinfecção em homens que vivem com HIV. Chama a atenção o fato de nenhum destes homens acreditarem na possibilidade de reinfecção, embora conheçam a orientação fornecida pelos médicos de que esse evento pode ocorrer e, caso suceda, as pessoas podem adquirir um vírus resistente às medicações existentes. Por esse viés, Flávio afirma:

Então, até um tempo atrás (x) >eu sabia que tinha problema< (x) = que o vírus poderia sofrer uma mutação e que a gente poderia se reinfecar, ↓ mas o que eu não sabia = mas que fiquei sabendo a pouco tempo, é que tem um tal de vírus é:::é (x) = esqueci o nome agora = que é resistente a

medicação. Então aí que está o problema, porque se você contrair esse vírus, não tem como você se tratar. Mas (x) eu não sei é::é (x) que eu penso em viver a vida ((risos)), eu quero aproveitar, quero fazer as coisas (x) que eu gosto. Tipo = se chegar a hora de acabar = vai acabar, entendeu? E pode ser que não seja por isso, entendeu?

Mesmo diante das informações sobre os possíveis efeitos de uma reinfecção, ele argumenta que deseja viver a vida intensamente – e a incerteza da morte faz essa experiência de correr o risco valer a pena; afinal, pode ser que ele seja acometido por outros riscos no cotidiano, não ligados a esfera sexual. Para Aristóteles a reinfecção só tem sentido caso transe com alguém que não siga corretamente o tratamento para o HIV. Porém, em seu caso, esse critério não se aplica, pois ele segue as recomendações médicas corretamente e procura manter relações sexuais com pessoas na mesma situação que a sua. Argumenta ainda que lê e conversa com profissionais de saúde sobre esse assunto, e diz:

A conclusão hoje é que o maior risco quando você faz sexo com uma pessoa sem preservativo é (x) que ela não faça também o tratamento. Quando são duas pessoas que fazem o tratamento e elas fazem sexo sem preservativo, desde que estejam em boa condição de saúde, a probabilidade de risco é muito pequena.

Aristóteles reconhece que há um pequeno risco, mas que, por ser mínimo, é possível manter relações sexuais sem preservativo. Já Caio diz ter informações sobre a probabilidade de reinfecção, oriundos de conversas com médicos e de pesquisas na internet. Ele diz:

A maioria das coisas que eu vi (x) é inversa. Eles dizem que (x) você >vai se reeinfecar<, que sua carga viral vai aumentar mu::uito, sua situação pode piorar, entendeu?. É muito isso que eu li. Mas eu já conversei com outras pessoas que dizem não ser bem assim. Quando você tem um vírus dominante no seu corpo, (x) o outro não vai conseguir vencer o que já tá lá.

De acordo com Caio, as informações levantadas por ele coadunam com aquelas dadas pelos médicos, a de que existe a possibilidade de ocorrer uma reinfecção. Entretanto, ao conversar com amigos ouviu outra versão, pois, no entendimento dos amigos não teria como dois vírus do HIV serem dominantes no corpo humano, motivo esse de ele passar a não acreditar na reinfecção. Caio usa as noções relacionadas à genética para tentar construir a questão de que há sempre um vírus dominante no corpo humano e, caso entre em contato com outro vírus, esse não irá ser dominante em relação ao vírus que já o infecta. Para endossar essa suposição ele acrescenta:

Então eu (0.3) continuei vivendo minha vida >normalmente<. Eu, quando fui ao infectologista, ele falou que eu não podia (x) que eu não podia:::a continuar a <fazer sexo> >sem preservativo<, porque existia o risco de (x) reinfecção, entendeu? Podia aumentar a minha carga viral, podia piorar o meu CD4. Mas eu confesso ((risos)) que mesmo assim, continuei vivendo minha vida normalmente = e o que aconteceu? = e com o tempo eu fui fazendo meus exames de carga viral, e os meus exames desde o começo só foi baixando, então nesses dois (x) anos e três meses que eu faço exames >ela caiu de 150 mil e veio caindo, caindo, caindo, que hoje está em 4 mil<. E eu praticando sexo = não é >sempre, sempre< sem camisinha, mas é muito assim, eu não faço questão.

Assim, sua própria experiência o leva a afirmar que a reinfecção está distante de si. Essa questão pode ser confirmada pelo contraponto entre as informações dadas pelo médico, a da possibilidade de reinfecção; e a das taxas de células T CD4+ e carga viral de Caio, as quais refletem uma sensação de estabilidade.

Nesta mesma direção, Cristian acrescenta:

Então (x), da mesma forma que eu estudei ã::ã as formas de redução de risco eu estudei à reinfecção (hhh). Então eu enxergo a possibilidade da reinfecção como uma possibilidade teórica-remota, né? Hum:::m = então eu não me preocupo extremamente com isso = com a reinfecção do HIV.

Embora afirme ter estudado e pense ser a possibilidade de reinfecção algo *teórico-remoto*, essa certeza pode ser contrastada com a devolução da pergunta ao pesquisador: *né?* A expressão *né* parece indicar dúvida. É como se a literatura relatasse serem as chances de alteração genética do vírus algo imprevisível, mas que pudesse ocorrer. Gabriel também segue uma retórica científica para poder explicar os motivos pelos quais ele não crê na reinfecção. Assim, parte do pressuposto de que nem mesmo a biomedicina chegou ao consenso sobre a reinfecção e destaca as contradições entre as versões sobre o assunto nesse campo:

É:::é primeiramente = existe uma linha da medicina que prega que ela não é desse jeito. Como eu já mencionei e torno a dizer, existem linhas dentro da medicina que são controversas, (.) como em qualquer área de estudo, como em qualquer área de conhecimento, >de forma mais aprofundada = tu tens linhas que em determinados momentos podem até se contradizer<. Isso existe também na medicina. É:::É eu tive acesso a essa informação (.) tanto por um médico, ↓ tanto como por <esse meu ex-companheiro> = que é farmacêutico. E:::E, partindo justamente (x) desse argumento, dessa justificativa = de que existem sim = cepas diferentes do HIV. Isso é ponto pacífico. E que cada u:::m = enfim = cada soropositivo está infectado por uma cepa especificamente. É:::É a partir do momento em que eu sou reinfecado, é:::é (x) e o discurso da medicina parte da noção de que (x) ↓ a reinfecção vai mudar o vírus que está dentro ↑ do organismo do soropositivo, primeiro que isso não é um argumento plausível porque naturalmente o vírus se modifica. Isso é uma característica do HIV.

Independente de eu ser infectado e entrar em abstinência, e não usar drogas injetáveis, e não fazer transfusão, >e não tivesse nenhum outro comportamento que me levasse a ter contato com outra cepa do HIV< = é:::é o vírus que está dentro de mim, ele está se modificando sempre, sozinho, sem precisar de outra cepa. A possibilidade de criação de um >super = mega = ultra = vírus< (.) hã:::ã formados por outras cepas diferentes, criando um monstro mega mutante que dá conta de tudo (.) HOUVE DOIS CASOS (.) eu lendo, por intermédio da internet, de anais específicos da:::a (x) = de inclusive de infectologia”.

Vale ressaltar que Gabriel entra em aspectos específicos da biomedicina ao apresentar sua posição em relação à reinfeção. Ao fim de seu raciocínio, eleva o tom e afirma que tem conhecimento de dois possíveis casos de mutação genética do HIV no mundo. Em seguida, descreve a fonte dessas informações como sendo anais específicos da área de infectologia e a internet. De acordo com Aza et al. (2010), dados parciais de seu estudo indicam existência de quatro sub-tipo de vírus HIV na população HSH de cinco regiões do Brasil. São eles: tipo B: 80,3%, tipo C: 10,5%, tipo F: 4,9% e outros vírus recombinados: 4,3%. Ainda segundo esse estudo, o índice de resistência ao coquetel anti-HIV entre HSH é alta, por isso, ressaltam a importância da realização de novos estudos sobre o tema, com uma amostragem maior dessa população. Essas informações desafiam os pesquisadores a pensarem novas estratégias de prevenção à aids.

Em função deste trecho do relato de Gabriel aparentar uma formulação academicamente complexa, penso ser interessante tecer alguns comentários acerca do nosso diálogo. Esta foi a primeira entrevista realizada. Durante cerca de uma hora e meia, Gabriel argumentou demasiadamente sobre as questões por mim formuladas. A todo o momento ele sentia a necessidade de demonstrar seu conhecimento sobre o assunto e recorria a diversas áreas, entre elas a antropologia, ciências sociais, psicologia, história, filosofia, biomedicina. Trazia termos técnicos para dar sentido a sua fala, e mencionava autores e teorias diversas. Ainda empilhava fontes legitimadas como referências pela sociedade, como o “*The New York Journal Medicine*” e a revista “*Scientific American*”. Entre uma fala e outra, provocava o pesquisador ao dizer que partia do pressuposto de que eu já conhecia as terminologias referentes às áreas das ciências humanas e da biomedicina descritas acima. Além disso, diante de minha formação ser em psicologia, por vezes recorria à teoria psicanalítica lacaniana para relatar sobre a questão da pulsão e do gozo. E por assim dizer, sempre devolvia ao pesquisador a pergunta do conhecimento prévio sobre o assunto discorrido por ele. Em suma, Gabriel é o maior exemplo de que ter informação acerca da aids também pode produzir sentidos inversos. Ao invés da prevenção, notamos a exacerbação do risco

por ter informações científicas para sustentar um discurso capaz de dar sentido à prática sexual arriscada em sua vida.

Além da reinfeção, nota-se a manutenção de uma das primeiras estratégias de redução de riscos lançada pelo Ministério da Saúde no início da epidemia da aids: a redução de parceiros como argumento. Para Galindo (2002), a construção da variável “número de parceiros” como estratégia de política pública focada em homossexuais deu-se por meio de pesquisas oriundas da epidemiologia do risco, diante a necessidade de intervenção em uma doença pouco conhecida na época. Na ocasião, essas informações eram discutidas no relatório do CDC, o *Morbidity & Mortality Weekly Reports* (MMWR), responsável pela publicação de outras estratégias de intervenção em aids discutidas nesta dissertação, como a tabela de risco e a profilaxia pós-exposição sexual.

A questão do número de parceiros aparece na fala de Agileu logo após relatar já ter sido infectado pela sífilis, ocorrência que pode ter levado ele a repensar suas estratégias de controle do risco. Nesse sentido, percebe sua tentativa de reduzir o número de parceiros:

(...) mas::::s eu estou tentando, (.) assim, é::::é (x) mas eu estou tentando [não quer dizer que eu vou conseguir] encontrar um parceiro fixo para fazer sem preservativo, com uma pessoa só, ou com menos pessoas(...).

Nota-se o conflito de Agileu entre *encontrar um parceiro fixo* e, assim, reduzir o número de homens com quem se relaciona. Diante dessa incerteza, ele amplia sua meta para *menos pessoas*. Porém, mesmo com um parceiro fixo, isso não significa que ele esteja protegido e nem que tenha menos riscos, afinal, ele continuará sua prática sem preservativo. Adiante, ele reconhece que o fato de optar por um parceiro fixo não garante a segurança de não-infecção por uma DST e/ou HIV. Questionado sobre isso argumenta em tom elevado:

NÃO! Acho que é uma certeza que não se deve fechar. Não se deve ser uma certeza absoluta, porque mesmo casados de dez, (.) vinte anos >você não conhece o seu parceiro o suficiente< a ponto de achar que ele não vai te passar o vírus. (0.4) Realmente (x) não vou ter tanta certeza de que eu estarei 100% seguro. Ma::::s é uma política de redução de danos.

Ao enfatizar a expressão >você não conhece o seu parceiro o suficiente<, Agileu traz para esta arena de discussão, mais uma vez, a incerteza de infecção em decorrência de suas práticas sexuais. Já a certeza, essa não poderia ser garantida nem mesmo diante de um companheiro fixo –

não vou ter tanta certeza de que eu estarei 100% seguro. Porém, em sua concepção, ele trata a redução de parceiros como uma *política de redução de danos*. Essa noção foi cunhada em estudos científicos no início da epidemia da aids, em um momento no qual a incerteza era performada por informações científicas controversas, como apontou Galindo (2002), em sua dissertação de mestrado.

6.4 Novas tecnologias de prevenção biomédicas ou tecnologias da incerteza?

A maior esperança de cura ou da descoberta de outras estratégias de prevenção à aids encontra-se no desenvolvimento de vacinas que possam impedir a sua instalação no organismo humano e, no caso de pessoas infectadas, eliminá-la. Por isso, bilhões de dólares são investidos em estudos que visam produzir resultados na arena da aids. Enquanto a descoberta não chega, tem-se que acostumar e lidar de alguma forma com os riscos de infecção implicados tanto nos ensaios clínicos com seres humanos³⁴ (SPINK, 2007), quanto no cotidiano – nas práticas sexuais. Apesar dessas informações, alguns resultados têm sido apresentados por pesquisadores de vacinas anti-HIV como possíveis aliados dos programas de combate à aids. E uma dessas diz respeito às ditas novas tecnologias de prevenção biomédicas (VAX, 2006).

Em entrevista dada a Spink (2010), Nikolas Rose relata que os experimentos nas áreas da ciência da vida, da biomedicina, neurociência, biotecnologias, são muito instáveis. Ninguém sabe ao certo se estes testes vão dar certo. Enormes esperanças são depositadas em estudos que possam não ser confirmados, como o caso da terapia gênica. Assim, diante do futuro incerto, criam-se expectativas, precipitam o tempo de conclusão dos estudos mediante cálculos sobre ele, e esses falham tão frequentemente quanto sucedem. O crescente desenvolvimento de biotecnologias pode ser explicado pelo seu poder de intervenção ao oferecer às pessoas estratégias para compensar, por antecipação, suas deficiências e fragilidades – mesmo as futuras (AMORIN; SZAPIRO, 2008).

³⁴ Gostaria de destacar que um dos entrevistados foi voluntário de um projeto que testou antirretrovirais como método de prevenção aqui no Brasil. Ele infectou-se pelo vírus HIV no momento em que colaborava com esse estudo. A investigação para a comprovação da eficácia de novos produtos de prevenção tem como colaboradoras pessoas que costumam se arriscar em práticas sexuais sem preservativo. O processo de pesquisa envolve a oferta de aconselhamento, insumos de prevenção como a camisinha e apoio psicológico. Os supostos resultados positivos sobre a PEP, por exemplo, devem-se às pessoas como este jovem que se arriscou e agora *aguarda ansioso*, em suas palavras, a abertura do protocolo da pesquisa para saber, enfim, se ele pertencia ao grupo que ingeria os antirretrovirais ou as pílulas de farinha – conhecidas como placebo. Por esse motivo, optei por não usar sua entrevista em detrimento do seu estado psicológico ainda abalado devido à recente infecção na ocasião da nossa pesquisa de campo.

As estratégias das novas tecnologias de prevenção biomédicas, assim como no caso da tabela de risco, dizem respeito a grandes estudos multicêntricos realizados ao redor do mundo que geram estimativas de efeitos na redução dos riscos de infecção por HIV para uma dada população (VAX, 2006). Essas investigações são difundidas por Boletins de Vacinas, revistas, artigos científicos, palestras, reportagens que circulam na internet e pelo Programa Nacional de Aids. Um deles refere-se à recém lançada profilaxia pós-exposição sexual, anteriormente empregada em dois casos específicos: em situação de estupro e em gestantes que vivem com HIV, com vistas a não transmissão do vírus entre mãe e bebê – a transmissão vertical (BRASIL, 2010). Entretanto, de acordo com as recomendações para terapia antirretroviral em adultos, os resultados sobre a possível eficácia do método são controversos. Diz o documento:

Na ausência de estudos diretos e de evidências definitivas em relação à eficácia, efetividade e segurança das recomendações para a abordagem da exposição sexual ao HIV, serão consideradas a plausibilidade biológica, os experimentos em animais e o modelo teórico utilizado na profilaxia pós-exposição ocupacional (BRASIL, 2010, p. 52).

Nesta direção, percebe-se que esta noção é usada na gestão dos riscos durante as práticas sexuais de HSH. Por exemplo,

Transei sem camisinha, o cara pediu para eu gozar dentro dele. Em seguida, eu pedi ao médico que incluísse o teste de HIV nos exames de sangue periódicos. Eu fiquei assustado e meu amigo médico prescreveu o uso profilático de antirretrovirais. (...) Mas essa automutilação me afetaria e me faria criar vergonha na cara. Na verdade até um lado meu torcia para eu vomitar, ter as reações adversas que meu amigo médico teve para gerar trauma. Não dá pra voltar pra casa, quando os hormônios voltam ao normal e pensar: “merda, fiz de novo! Posso me desgraçar numa dessas a toa...” Nunca acho que valeu a pena, mas na hora... (Yuri).

Yuri conta que, após ter transado sem preservativo, recorre ao médico, o qual nota seu desespero e prescreve a profilaxia pós-exposição. Porém, ele pensa que sua atitude poderia ter como efeito uma *automutilação*. Nesse caso, a *automutilação* diz respeito aos efeitos colaterais referentes ao uso dos antirretrovirais, *vomitar, ter as reações adversas que meu amigo médico teve para gerar trauma*. É como se Yuri precisasse sofrer por ter mantido relações sexuais desprotegidas. Em suas palavras, percebemos o sentimento de culpa e a idéia de sofrimento por ter praticado sexo de forma desprotegida. É como se, pelo prazer, ele não pudesse fazer o uso dos antirretrovirais sem ter efeitos

colaterais severos. Os atos sexuais sem camisinha acabam por ocupar um lugar de sofrimento em sua vida, a ponto de ter que gerar *trauma*, e evitar assim a repetição dessa ação. Na tentativa de entender melhor a fonte de informação do uso profilático dos antirretrovirais como possível forma de mitigar os riscos de infecção por HIV, Yuri relata que leu em uma revista de circulação nacional. Em suas palavras: *li na Veja, era uma reportagem sobre profissionais de saúde que tinham se acidentados. Meses depois um amigo médico me confirmou. Ele me receitou o pacote com 28 dias, mas não havia certeza da eficácia.*

Yuri relata que tomou conhecimento da profilaxia pós-exposição após ter lido uma reportagem na revista *Veja* sobre risco ocupacional de profissionais de saúde, e em seguida confirmou essa informação com seu amigo médico, o mesmo que lhe receitou os antirretrovirais no momento em que passou por situação de risco. Na ocasião desta entrevista, ainda não existia a publicação das recomendações para o uso profilático pós-exposição sexual entre HSH, e por isso esse método não fazia parte do programa oficial de prevenção à aids do Brasil, exceto em casos de abuso sexual. Ou seja, Yuri teve acesso ao método pela proximidade com um profissional de saúde, o qual, de acordo com o consenso médico, avisou-lhe de que a eficácia da técnica ainda estava em estudo, e por isso não poderia assegurar que, caso ele tivesse entrado em contato com o vírus HIV, não iria infectar-se. Essas informações são corroboradas por Fischer et al. (2006), que destacam a importância de se estabelecer diálogo entre o médico prescritor da PEP e o paciente, e assim deixar claro os possíveis benefícios, os riscos e os efeitos colaterais. Para Benn (2001), as implicações oriundas dos efeitos colaterais da PEP variam de acordo com cada pessoa e podem incluir ainda alterações metabólicas, resistência à insulina, problemas intestinais e gástricos.

Ainda em conformidade com a tabela de referência para recomendação da PEP do Departamento Nacional de Aids (BRASIL, 2010), no caso de Yuri, por ter praticado penetração anal insertiva com parceiro desconhecido, teria supostamente 0,06% de risco para o HIV, caso a situação do parceiro viesse a ser confirmado como positivo para o vírus da aids por meio de teste rápido feito na ocasião da procura do serviço de urgência. Portanto, Yuri, por ser um HSH, estaria na população cuja taxa de prevalência é de 10,5% e, assim, os profissionais de saúde deveriam considerá-lo apto a receber a profilaxia. Diante da necessidade das pessoas fazerem a gestão dos riscos, padronizam-se mais uma vez os estilos de vida, reduzindo-o a simples particularidades, nesse caso no grupo de HSH (AMORIN; SPAZIRO, 2008). Digo isso porque o documento de recomendação da PEP do Departamento de aids pauta-se em categorias de grupos que devem ou

não receber a PEP. Assim, os HSH têm suas subjetividades reduzidas a suas práticas sexuais arriscadas.

A hipótese da redução do risco leva em consideração estudos, como por exemplo aqueles que envolveram dois grupos-controle, um primeiro com profissionais de saúde que fizeram o uso profilático, e o segundo que não fez (FISCHER et al., 2006). Já entre as práticas sexuais de HSH, utilizou-se o mesmo procedimento e os resultados também foram semelhantes (PRAÇA ONZE STUDY TEAM, 2004). Entretanto, Fischer et al. (2006) fazem uma ressalva de que não ocorreram estudos que comprovassem a eficácia da técnica por falta de colaboradores. Assim, durante 28 dias, Yuri seguiu o tratamento profilático sabendo que, hipoteticamente, estaria a fazer uma gestão de riscos de acordo com as informações lidas na revista *Veja*. Essa informação foi adaptada por ele à sua situação de risco durante a prática sexual, confirmada por um médico, pois, até então, não tinha sido divulgada a política oficial do Departamento de Aids. Atualmente, o Departamento de Aids (BRASIL, 2010) corrobora tais informações. Diante dos riscos cada vez mais imprevisíveis e incontroláveis, adentramos a arena que só pode ser descrita como incerteza, onde os cálculos não passam de estimativa ou pura especulação. Trata-se da tecnologia da incerteza, a qual exige do sujeito flexibilidade, adaptabilidade, plasticidade (MILITÃO, 2008).

Outrossim, busquei entender outras maneiras usadas pelos participantes deste estudo no gerenciamento dos riscos implicados nas atividades sexuais. Para tanto, recorri mais uma vez ao diálogo com o jovem Agileu, o mesmo que relatou a questão da carga viral identificável como um dos fatores determinantes na opção pelo não uso do preservativo. Ele diz que é circuncidado e esse fato também contribuí de alguma maneira para que continue a transar sem preservativo mesmo diante das informações sobre os riscos. Diz ele: *↑ porque eu sou circuncidado, e:::e circuncidado (x) não tem muito (x) àquela lubrificação (x) anterior ↓ antes de gozar, então isso diminui a chance de infecção.*

Para Agileu, a circuncisão supostamente produz menos lubrificação antes da ejaculação, o que reduziria o risco de uma possível infecção. À luz da VAX (2006), a circuncisão é vista como uma das novas tecnologias de prevenção biomédicas, capaz de reduzir, supostamente, em até 60% as chances de infecção do HIV entre homens que mantém relações sexuais com mulheres, por coito vaginal, e não se aplica no caso de HSH. Além disso, a suposta eficácia da circuncisão está relacionada ao fato do prepúcio que envolve a glândula do pênis ser uma região que facilita a entrada do vírus, e ao ser retirado, dificultaria a infecção pelo HIV por esse meio. Em acréscimo, por

beneficiar apenas homens heterossexuais, a circuncisão não faz parte, ao menos em curto prazo, do Programa de Prevenção à Aids brasileiro (BRASIL, 2007b), embora essa noção já circule entre os HSH no Brasil e tem servido de argumento para gestão dos riscos.

Por fim, ao longo deste capítulo foi possível notar o nível elevado de informação destes homens acerca das DST, HIV/aids. Vale ressaltar o uso do conhecimento científico nas formas de gestão dos riscos, bem como a incorporação de novas tecnologias de prevenção no exercício do controle dos riscos. Dentre os aspectos abordados por estes homens, há um misto de informações que fazem parte das políticas oficiais do Departamento Nacional de Aids brasileiro: redução de parceiros, PEP, sobre a correlação entre carga viral e possibilidade de infecção; e outros tantos que, embora tenham bases científicas, não são divulgados pelo Departamento Nacional de Aids: Tabela de risco, estudo suíço, circuncisão. No que se referem às fontes de informações, são elas: escola, ONG, TV, médicos, internet, jornais, revistas científicas, parceiros sexuais, revista Veja, farmacêuticos, anais de infectologia.

Em seguida, passarei a discorrer sobre estratégias de gestão de riscos utilizadas por estes homens oriundas de conhecimentos que circulam no cotidiano sem terem bases científicas, sendo muitas delas construídas a partir da noção de crença, valores e a concepção de riscos relacionadas ao estilo de vida de cada pessoa.

7. Modos de vida e o gerenciamento dos riscos

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK; MEDRADO, 2000, p.41).

Este capítulo volta-se às estratégias de gestão dos riscos para as DST, HIV/aids e os diversos sentidos construídos pelos homens participantes deste estudo acerca dessas estratégias. No ensejo deste debate, apresento as falas focadas em informações do senso comum, do cotidiano, as quais não são legitimadas por informações científicas, mas são apropriadas e ressignificadas pelos participantes como inibidores potenciais de práticas de risco. Portanto, trata-se de questões como a posição sexual e a elaboração de critérios para praticar sexo sem preservativo, a criação de imunidades imaginárias, as estratégias baseadas em aspectos físicos e sócio-econômicos dos parceiros e, por fim, o apelo ao risco positivado.

7.1 Sobre a posição sexual e a criação de critérios na gestão dos riscos

Na atualidade, nota-se cada vez mais a discussão e a incorporação da noção de estilos de vida no cotidiano da população brasileira, sobretudo, na arena da saúde. É notória a confecção e distribuição de programas de prevenção visando a estimular práticas saudáveis e, assim, reduzir os comportamentos arriscados. Estes, por sua vez, podem produzir danos à saúde e, conseqüentemente, aumentar os gastos na esfera da saúde pública. Isso tem se dado, principalmente, pelo crescente apelo às situações de risco vivenciadas pela população. De acordo com Castiel (1996), as formas como as pessoas ressignificam as mensagens sobre os riscos podem variar entre acatar: gerir os modos de vida (comer, beber, vivenciar as práticas sexuais) e desafiar o risco, assumindo, dessa maneira, estilos de vida arriscados, incluindo a criação de “imunidades imaginárias”.

Em primeiro lugar, a questão da posição ocupada nas práticas sexuais de HSH constitui o argumento mais discutido pelos homens nesta pesquisa. Seja por experiências pessoais, relatos de

médicos, dedução ou intuição, boa parte dos participantes pensa estar mais seguro em função de suas preferências sexuais. Para Castiel e Alvarez-Dardet (2007), esses gostos estão atrelados às escolhas que as pessoas fazem cotidianamente e dizem respeito ao nosso estilo de vida. Assim, vários aspectos, como a educação que se recebe, a mídia que se lê ou assiste e os valores sociais que se adquire, compõem elementos importantes daquilo que se tornará hábito na vida da população. Além disso, a posição sexual assumida por homens nesta investigação é um dos fatores que circunscreve e caracteriza as experiências ora descritas (BOURDIEU, 1993). Uma delas é trazida por Agileu ao falar sobre as possibilidades de risco por firmar-se como praticante insertivo, ao menos na maioria das vezes. Ele explica: (...) *É:::é tipo 99% das relações sexuais eu sou ativo, então (x) existe uma tendência maior de passar mais do (x) >ativo para o passivo< do que ao contrário (...)*. Agileu adota uma postura de cálculo de riscos. Como em 99% de vezes ele esteve na posição insertiva considera que tem uma margem alta de segurança. Percebe-se ainda que ele reconhece o risco existente na sua opção quando apresenta o residual de 1% que o faz pensar que tem chances ínfimas de risco. Ele tenta explicar seu sentimento de segurança ao afirmar sua posição sexual, mas, ao mesmo tempo, nota-se que possui chances altas de infectar o parceiro – o receptivo. Neste caso, há uma aposta na crença da racionalidade científica, definida por meio de amostragem estatística (SPINK, 2001).

Essa mesma percepção de redução de riscos por ser ativo também simboliza o homem que tem o controle da relação, da pulsão, do momento exato do gozo, ocasião essa em que Cristian, por exemplo, pode interromper o coito anal e diminuir os riscos do parceiro. Nota-se que ele está mais preocupado com o companheiro – aquele que está sob o seu domínio. Nos seus dizeres:

então eu opto por (.) por fazer uma redução de riscos, que é se eu transar sem preservativo com essa pessoa por eu ser ativo (.) eu não ↓ gozo dentro. Então eu (.) transo sem o preservativo, mas não até o final.

Dessa forma, Cristian afirma que consegue fazer aquilo que mais sente prazer. Ele enfatiza: *transo sem preservativo*. Entretanto, usa o advérbio de explicação *mas* para reiterar que o faz com responsabilidade, perceptível pela interrupção da ação: *não até o final*.

Esse estilo de vida arriscado ancora-se, muitas vezes, na noção da intuição, como relatado por Yuri.

(...) Eu sabia que as chances de ter infectado eram ínfimas, pois sou ativo (...). Porém, parece-nos se tratar de uma intuição-dedutiva: É facilmente dedutível. Não sei quando fiquei sabendo que não havia transmissão sem ruptura de vasos. Lembro-me que foi um alívio. A partir desse conceito, ficou claro pra mim que as chances de contágio não poderiam ser sequer próximas entre ativo e passivo. Na verdade, tenho a impressão de poder saber se o atrito está demais, e existe risco de ralar. Na verdade gozei dentro do homem uma vez só. Nessa que o cara pediu.

A ideia de intuição-dedutiva é reforçada quando Yuri diz não se lembrar a origem dessa informação e desloca a si a provável origem da questão. Em acréscimo, cita ter a capacidade de perceber o nível de atrito entre o pênis e o reto do parceiro e, dessa forma, consegue gerir seus riscos. Sua intuição-dedutiva produz a sensação de alívio, isso o conforta. É como se Yuri precisasse de uma explicação que o colocasse dentro de uma margem de segurança. Por esse viés, ele também encontra no distanciamento do parceiro sexual, do receptivo, o sentido para sua própria segurança. A questão de o parceiro estar em maior risco pode explicar o motivo de ele ter menos chances de infecção. Em seguida, Yuri desloca ao parceiro a responsabilidade por ele ter *gozado dentro*, afinal, foi porque *o cara pediu*. Ocorre nesse caso, diante da possibilidade de infecção, de acordo com Giddens (1991), a necessidade do desenvolvimento de elementos para um senso de segurança existencial. Diante da angústia, ansiedade, do medo, do outro/estranho, a elaboração de idéias como elemento de segurança existencial se dá via confiança básica, neste caso, a de quem ficou *sabendo que não havia transmissão sem ruptura de vasos*.

A busca de segurança existencial no âmbito do estilo de vida arriscado é tematizada por Gabriel ao discorrer sobre a percepção dos riscos. Para ele, a mera exposição não se configura como prática de risco; é necessário um *machucado* para permitir a troca de fluidos entre os pares e, conseqüentemente, o *contato com a pessoa*. Gabriel diz: *para haver uma contaminação (.) causada pelo atrito ↓ eu teria que ter = (x) ou a pessoa que estiver fazendo sexo comigo, ter algum machucado (x) na mucosa anal, (x) que permita um sangramento ou um contato com essa pessoa*. De acordo com Gabriel, a idéia de *contato com a pessoa* só pode ser alcançada mediante uma porta de entrada, a qual se configura, neste caso, pela presença de algum *machucado*. Tal informação atua como um “casulo protetor” e garante a sensação de segurança. Adiante, para dar legitimidade à sua fala, Gabriel descreve a fonte dessa informação: (...) *porque eu conversei com uma amiga minha que é professora (.) de bioquímica (.) [de uma renomada faculdade de medicina]*³⁵. Posteriormente, ratifica o seu conhecimento:

³⁵ Opta-se por supracitar o nome da Universidade por questões éticas.

dela ter me explicado que tem aí uma coisa que é básica. O fato de eu ser apenas ativo faz com que o contato da minha mucosa com a mucosa da outra pessoa seja menor. E aí a possibilidade do contato da mucosa dela com a minha mucosa interna é <u>muito menos> ↓ relevante (x) do que se eu fosse só passivo durante a relação = quando não há o uso do preservativo e há ejaculação causa com que eu tenha (x) o sêmen, que eu tenha o esperma é:::é (x) dentro do meu reto que pode estar danificado, ↑ por causa com o atrito durante a relação. No caso do ativo isso é <u>muito menos> provável que isso aconteça.

Neste segundo relato, ele acrescenta outra preocupação no que se refere às possibilidades de transmissão, neste caso, o sêmen. Entretanto, pelo fato de ocupar o papel insertivo na relação, ele sofre menos atrito e, segundo sua versão, é *muito menos provável que isso aconteça*. Vale ressaltar o emprego da palavra *provável*, que remete diretamente à ideia de probabilidade. Há, portanto, uma aposta na incerteza, na chance de que não irá ocorrer uma ruptura de vasos. Para reduzir a possibilidade de atrito, Gabriel relata que usa a estratégia da saliva para massagear a região anal do parceiro e lubrificá-la: *Saliva. Na grande maioria das vezes eu utilizo saliva. Acrescenta ser necessária bastante dela:*

Mas é sempre em grande quantidade. Assim: a partir do momento que tu trabalhas ((risos)) (...) toda a questão da massagem do local, e isso entra nas minhas preliminares, porque isso me excita muito, ((risos)) tu vais trabalhando toda a questão (.) e tu vais fazendo isso (.) com a saliva. É:::É (x) a saliva acaba ocupando o seu papel. (...). É:::É assim, via de regra é a própria saliva. E como eu salivo muito, é sempre em abundância, ela acaba dando conta de diminuir muito o atrito, é:::é (x). (...) Então é:::é acaba sendo muito saliva, muita massagem com o dedo, com os dedos = eu coloco um, depois eu coloco dois, dentro do possível eu coloco três.(...) Mas é a noção de eu sentir com o dedo uma região que já está relaxada e lubrificada (...)"

Por assim dizer, não basta usar apenas a saliva, ela precisa ser em abundância para conseguir reduzir o atrito. Além disso, o momento da penetração com menor risco para Gabriel decorre do *relaxamento da região anal*, a qual também é preparada com a ajuda dos dedos. Nota-se a presença de um ritual no sentido de preparar o parceiro para a prática sexual de menor risco. Porém, no caso de pessoas que vivem com HIV e dizem ocupar o papel insertivo na relação, essa lógica pode inverter-se e, o preservativo, pode ser usado como forma de não expor o parceiro ao risco: *principalmente, quando eu vou ser ativo (x) na relação, eu (.) procuro >sempre usar camisinha<*. Ademais, mesmo ao saber da sorologia do parceiro, há momentos em que as pessoas pedem para não se usar, como conta Caio.

↑ Mas se o cara não fizer questão = como eu já encontrei caras que pediram para eu botar camisinha e caras que pediram para tirar, aí eu continuo sem. Então, quando eu sou ativo eu sei que eu tenho mais risco de contaminar alguém. Então, aí eu fico um pouco mais preocupa:::do. Mas, se eu for passivo na relação e o cara quiser transar sem camisinha eu vou sem camisinha.

Mais uma vez, a preocupação maior é atribuída ao outro. Parece que por Caio já estar infectado, o torna alheio aos outros possíveis riscos, como às DST e às hepatites virais. É como se o homem ativo fosse quem tivesse a responsabilidade de gerir os riscos nas relações, lógica essa confirmada quando ele muda sua posição e já não faz mais questão da camisinha: *mas, se eu for passivo na relação e o cara quiser transar sem camisinha eu vou sem camisinha*. O sentido de sua preocupação com o outro foi constatada e confirmada pelo médico e por outras pessoas:

O meu médico já falou isso (.) E:::e >isso todo mundo fala<. Quando você é passivo, principalmente se a pessoa gozar dentro, o risco de contaminação é muito grande porque dizem que tem muito vírus no esperma do homem. Então, por isso que o pessoal fala que o risco do passivo é maior. Inclusive aconteceu comigo de eu ser passivo várias vezes com o cara que me contaminou e nunca peguei, depois de três meses, quando ele gozou dentro é que eu acabei me contaminando. ↑ Fui enganado pela foto³⁶.

Caio fala de sua experiência de ter se infectado quando transou com uma pessoa sem camisinha e a deixou ejacular dentro dele. Reitera que o risco existe em detrimento do número de vírus encontrado no esperma do homem. Não obstante, ao usar a expressão ↑ *Fui enganado pela foto*, ele reflete sobre uma contradição, a de quem sabia que ao gozar dentro se tem um alto risco, mas assim mesmo o fez e foi infectado.

Outra estratégia utilizada pelos homens desta investigação é a criação de critérios para transar sem preservativo. Isso passa pela necessidade de evitar práticas denominadas *exageradas*. Segundo Cristian:

(...) Então eu evito práticas hum:::m que (x) eu chamaria de exageradas de (x) sexo sem preservativo. Hum = explicando melhor, eu evito ao máximo, se eu sei né? Se é consciente isso, de transar com pessoas que não tem critérios para fazer sem preservativo. Ou seja, que transa com qualquer um, em qualquer situação. Que transe em (x) saunas, em clubes, em cinemas sem preservativo, aí eu evito transar com essa pessoa.

³⁶ A expressão “fui enganado pela foto” refere-se à percepção de Caio baseada no aspecto físico do parceiro que o infectou. Durante a entrevista, disse que seu parceiro era muito bonito e não apresentava sinais de uma pessoa doente - idéia essa que o levou a pensar que o rapaz não possuía sorologia positiva para o HIV.

Para Cristian, as pessoas que não possuem critérios e transam com qualquer um apresentam maior risco, por exemplo, aquelas que praticam sexo sem preservativo em saunas, clubes e cinemas pornô. Assim como no caso de Agileu, Cristian lança-se no campo da incerteza, se consegue *evitar ao máximo* transar com pessoas *sem critérios* ou se esse *máximo* pode escapar em algum momento de sua relação. Há novamente um conflito entre a busca de uma margem alta de segurança, representada pelo homem de critérios, e a efetivação dessa tentativa. Se por um lado os homens buscam a exacerbação do risco, por outro, para Cristian essa questão é tomada como elemento que atribui característica a outrem – geralmente, àquele com o qual não se deve transar por possuir maior risco.

Essas experiências, que perpassam a vida cotidiana desses homens, constituem algumas das estratégias usadas para dar sentido à gestão dos riscos implicados na prática sexual sem preservativo. São relatos que, muitas vezes, estão mais ligados à intuição, dedução ou ao uso de informações que circulam entre as pessoas, sendo algumas delas, ratificadas por médicos. Continuaremos agora a analisar outras experiências apresentadas pelos participantes deste trabalho.

7.2 Sobre imunidades imaginárias: do “homem mais velho” ao “sexto sentido”

O não-uso do preservativo também pode estar relacionado à produção simbólica acerca do HIV. Para tanto, a discussão sobre o contexto da iniciação sexual tem sido fundamental para entender a relação entre sentido do HIV e a gestão dos riscos entre HSH. Dentre àqueles que iniciaram suas práticas durante a infância ou adolescência, como é o caso de Flávio e Rony, ao terem como parceiros “homens mais velhos”, “ativos” e “heterossexuais”, tenderam a se sentir mais seguros diante da possibilidade de não infecção. Diz Flávio: (...) *e eu me sentia seguro por sair com pessoas mais velhas* (...). Isso pode ser explicado porque, supostamente, o homem mais velho e ativo é quem domina a situação³⁷, como afirma Rony:

(...) Mas porque o ativo, o meu parceiro, no caso assim dizendo, ele já vinha dominando a situação. E eu por ser mais suscetível, mais... liberal (.) ao meu parceiro (.) >que estava dominando a situação<, eu acabava deixando ele fazer aquilo que agradava a ele, porque com certeza agradaria a mim

³⁷ De acordo com Braz (2010b), o fato de o homem ser “passivo” e “dominado” não implica necessariamente em desconstrução da masculinidade, e nem mesmo em posicionamentos sexuais rígidos. A construção da sexualidade compõe-se por meio de relações fluidas e flexíveis.

também. Então (x) muitas vezes ele acaba (.) <fazendo sexo, penetração e a ejaculação> ↑ sem o preservativo.

Neste caso, o homem passivo e mais novo se vê como *suscetível* na relação. Ou seja, incapaz de negociar o uso do preservativo. A idéia de dominação é reforçada pela elevação do tom da voz quando Rony fala sobre o assunto: >que estava dominando a situação<, porém parece envergonhado ao falar que acabava <fazendo sexo, penetração e a ejaculação> sem preservativo, percepção essa refletida na diminuição da pronúncia dessa última expressão.

Outra informação diz respeito à satisfação sexual na busca pelo prazer. Para Rony, a sua realização inclui o contentar do parceiro, o qual era alcançado quando ele deixava o homem ativo ejacular dentro de si. Nesse caso há uma ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que ele esperava do companheiro o cuidado para com a sua saúde, demonstra satisfação ao realizar o desejo do companheiro de prática sexual. Nesse caso, a gestão dos riscos é atribuída ao *homem mais velho*. A proteção dos possíveis agravos à saúde é de responsabilidade do adulto, o que remete mais uma vez à imagem contraditória da “criança indefesa” e do “homem cuidador”. Mesmo que esses jovens já não sejam mais crianças, essa noção parece perdurar até nos dias atuais e configurar parte de suas experiências sexuais. Nota-se ainda a construção de uma relação de completude entre Rony e seu parceiro na opção pelo risco, na medida em que a prática sexual que culmina com o gozo do parceiro dentro dele visa agradar os dois.

Em seguida, Flávio relata que o vírus da aids parecia ser uma *lenda urbana*, informação essa que acabou por constituir uma barreira de proteção contra o vírus ao menos no plano simbólico. Ele fala: (...) *parece que eu não acreditava, sabe? Parece que = meio uma lenda urbana ((risos)).* *Aí você sabe ((engasgo)) mas não usava preservativo.* Flávio se contradiz ao usar as expressões: *não acreditava* e *Aí você sabe*, porém usa o advérbio *mas*, de explicação, para contrapor a sua primeira afirmação e relata: *não usava preservativo*. Em um primeiro momento diz que não acreditava na existência do vírus, mas, em seguida, afirma que sabia. Cabe neste momento, a retomada da relação entre a idade de Flávio e a configuração de suas práticas arriscadas. Esta questão merece destaque por ser Flávio um jovem de vinte e um anos e que, portanto, não viveu no período em que a aids não tinha as formas de tratamento da atualidade. De forma semelhante, não conviveu com as pessoas acometidas pelo vírus da imunodeficiência humana. A imagem do homem infectado do início da epidemia – esquelético e com sinais da síndrome de Kaposi, a qual trazia o HIV para o plano existencial – já não se faz presente no cotidiano da maioria das pessoas. Assim, em função

dos avanços científicos e do acesso aos antirretrovirais, Flávio não convive com pessoas nas quais a materialidade da doença se faz notar nas debilidades físicas. Por isso, sua construção de risco ao HIV foi transportada para um plano imaginário e isto produziu a *lenda urbana*. Lenda essa que passou do plano imaginário à constatação do vírus quando ele se descobriu infectado: Argúi: <Entã:::o> *hu:::m infecção? ((risos))... como assim? ((risos)) e:::u (x) >já peguei<. Já tem dois anos que <eu já sei disso>.*

Para além da questão da *lenda urbana*, Gabriel se coloca em um grupo de pessoas com características específicas que, segundo ele, por possuírem uma membrana celular capaz de impedir a penetração do vírus HIV, o faz imune. Diz ele: *e aí eu não sei se eu entro naqueles quase 1% de brancos >caucasianos< = que tem uma super = específica = membrana celular (.) que não permite a entrada do HIV, que são as pessoas imunes (...)*. Vale ressaltar o emprego dos descritores *1%*, *super* e *específica*, os quais refletem à magnitude da complexidade deste suposto fenômeno, capaz de tornar *imunes* ao vírus da aids apenas *1%* da população. No entanto, como condição para isso, se faz necessário serem *brancos >caucasianos<*. Afirmção que remete ao discurso de Aristóteles no capítulo anterior, no qual ele relacionava seus modos de gerir os riscos à idéia de classe social.

Ao partir novamente do pressuposto de que pode ser imune, Gabriel acrescenta outra informação. Em uma conversa sobre o seu posicionamento durante as práticas sexuais, ele disse que opta pela prática insertiva em contraposição à receptiva, noção essa já discutida também no capítulo anterior. Em acréscimo, fala sobre a possível relação entre a sua posição nas atividades sexuais e os riscos nela implicados. Ao discutir acerca do atrito entre seu pênis e o ânus do parceiro, fez a correlação entre o seu posicionamento de insertivo e, portanto, de quem sofre menos atrito durante as relações, ao de uma mulher lésbica. Em seus dizeres: *e aí uma coisa muito interessante = que nesse caso meu posicionamento é quase como o posicionamento de uma lésbica*. Essa comparação está relacionada diretamente à idéia de imunidade. Em função da quase inexistência de dados epidemiológicos sobre a infecção de mulheres lésbicas às DST, HIV/aids, seus corpos foram ditos pelo senso-comum como “imunes”. Principalmente pela questão de não ocorrer penetração entre pênis e vagina. Por isso, não teria a troca de secreções. Entretanto, Almeida (2005) assinala que do ponto de vista da ginecologia e da higiene, o corpo lésbico é visto como mais vulnerável em função da sua fisiologia.

Para essa mesma autora, o que faz o corpo lésbico um corpo vulnerável é o fato de que durante as práticas sexuais dessas mulheres é feito uso de acessórios, como o pênis de borracha e

vibradores. E esse evento poderia culminar na troca de fluidos corporais entre as mulheres que fazem sexo com mulheres, pela lubrificação vaginal ou pelo sangue menstrual. É interessante notar que o mesmo motivo que coloca Gabriel em uma zona de imunidade o posiciona no espaço do risco. Pois, se o atrito entre o seu pênis e o ânus do parceiro não pode ser suficiente para provocar *um machucado*, tal experiência poderia causar a troca de secreções, e esse é um potencial transmissor de infecções.

Gabriel reflete sua espiritualidade ao falar sobre as maneiras pelas quais ele gere seus riscos. Pensa existir uma força nobrenatural a qual permitiria um contato entre ele e o mundo espiritual, por meio da qual receberia sinais capazes de despertá-lo para a interrupção da prática sexual com o parceiro. Diz ele:

Existe em último caso uma coisa na qual eu não acredito muito, mas não sei o porquê acontece de vez em quando = ↑ eu olho para a cara da pessoa e num primeiro momento eu fico afim = e do nada ↓ eu perco a vontade. Talvez, para alguns espiritualistas = alguma coisa do tipo = poderia chamar isso de sexto sentido (.) e de que alguém no mundo espiritual e não no mundo material avisou alguma coisa e fez com que eu parasse e que poderia acontecer alguma coisa = (...).

Trata-se, a nosso ver, do uso do recurso intuitivo. Há uma crença de gestão de riscos pautada pelos valores simbólicos, místicos e religiosos, neste caso em uma vertente *espiritualista*. Comumente, apesar de ciência e religião apresentarem versões distintas para as questões ora discutidas, Gabriel, durante as nossas discussões, acaba por aproximá-las. Isso porque como se descreveu no capítulo anterior, este rapaz possui informações científicas, e usou uma retórica focada em diversos saberes científicos, dentre os quais a biomedicina. Em outro momento, ele recorre a fontes místicas para dar sentido a sua prática sexual sem preservativo.

7.3 Sobre os aspectos físicos, sócio-econômicos e o “pacto intelectual”

Assim que o AZT começou a ser utilizado no tratamento para as pessoas que viviam com HIV e estavam em fase de adoecimento, percebeu-se que esse medicamento provocava mudanças no corpo, chamadas de lipodistrofia. Essas transformações tinham como principais intercorrências a perda de gordura - principalmente da face do rosto, nas pernas, braço - as quais eram deslocadas a outras regiões, como barriga, abaixo do queixo e na nuca (DUTRA; LIBONATI, 2008), além de

provocar o aumento das veias. Isso levou à crença de que seria possível identificar as pessoas acometidas pela aids, e assim evitar qualquer contato sexual sem preservativo como maneira de gerir os possíveis riscos. No entanto, com a universalização da testagem sorológica e a descoberta de novos coquetéis antirretrovirais, esses efeitos passaram a ser questionados, pois ao se diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV, é possível controlá-lo diante de acompanhamento multidisciplinar, podendo a pessoa estar infectada, porém, sem sinais aparentes de lipodistrofia³⁸.

Não obstante, as pessoas infectadas, sobretudo na manifestação da doença, podem apresentar sinais de lipodistrofia, noção essa que ainda continua a despertar a atenção da população como forma de gerir tais riscos³⁹. É o caso de Aristóteles, que descreve suas práticas sexuais sem preservativo ao ter como critério os aspectos físicos dos parceiros. Ele diz:

Agora, apesar de eu fazer sexo sem preservativo, não significa que eu (.) só faço sexo sem preservativo = ou que eu faça sexo com qualquer pessoa. Hã:::ã mesmo quando eu vou a uma festa de suruba = orgia = se tiver uma pessoa que (.) ↓ fisicamente (.) hã:::ã (x) demonstre (.) minimamente sinais de que estejam em estágio avançado da doença = mesmo que eu saiba que ela faça tratamento eu prefiro não transar com ela. É:::é (x) eu me dou o direito de recusar o ato sexual = eu só faço sexo com as pessoas que eu considero minimamente saudável. O que seria hu:::u (x) para mim (.) sinais de uma pessoa saudável? Visualmente ter uma estrutura física hã:::ã (x) compatível com a idade e peso etc, hã:::ã (x) não apresentar sinais de:::e (x) lipodistrofia, não apresenta:::r aquelas veias ressaltadas que são muito comuns principalmente nas pessoas que tomam o AZT (.) por muito tempo. A minha cabeça por ter um pouco de conhecimento sobre o assunto é:::é as pessoas que tomam antirretroviral, >principalmente as pessoas que são só da época do AZT<, as veias são mui:::to ressaltadas, é um remédio que dilatada muito as veias, fica muito visíveis nas pernas, nos braços dessas pessoas, àquela barriga muito inchada, àquelas (.) marcas faciais que ficam muito aprofundadas no rosto. Então = sinceramente = nesse tipo de pessoa eu não sinto tesão.

Embora Aristóteles faça restrições de parcerias fundamentadas na aparência física, ele reduz o tom da voz no momento em que dá essa explicação: (...) hã:::ã mesmo quando eu vou a uma festa de suruba = orgia = se tiver uma pessoa que (.) ↓ fisicamente (.) hã:::ã (x)(...). Portanto, não parece ser tranquilo ter que discorrer sobre um assunto que tende a ser visto como sinal de preconceito.

³⁸ Diante dos avanços científicos no campo da estética corporal, e ao levarmos em consideração o incentivo aos “cuidados do corpo saudável” (RAMIRO, 2009), podemos dizer que a própria noção de estilo de vida, ao defender esse argumento como meta, acaba por contribuir na produção de estilos de vida arriscados. Digo isso porque Vasconcelos da Silva (2008) relata que na presença de um homem “sedutor”, cujo corpo seja “provocante”, o tesão pode falar mais alto e culminar na prática sexual sem preservativo.

³⁹ A aparência física como critério de aproximar ou refutar pares em trocas sexuais também apareceu nas discussões de Vasconcelos da Silva (2008). Para esse autor, a aids ainda se materializa no corpo e desloca olhares para a imagem das pessoas que viviam com HIV no início da epidemia. Em acréscimo, tais correlações nem sempre ecoam os fatos, pois existem outros fatores que podem levar as pessoas a estados de debilidade física, tais como a anemia, anorexia, depressão.

Vale apontar também a sua própria condição sorológica e a de quem já tomou o AZT, mas não apresenta sinais de lipodistrofia. Por Aristóteles não ter as transformações no corpo, como aquelas descritas por ele ao falar sobre os critérios na escolha de possíveis parceiros eventuais, ajuda a entender seu posicionamento como uma pessoa “saudável”. Para ele, viver com aids e, assim, estar doente, implica em mudanças físicas, perceptíveis pelo olhar. Entretanto, nem sempre sinais como aprofundamento da face, barriga inchada, braços e pernas finas são sinais de lipodistrofia. E uma pessoa que está com aids e não toma o coquetel antirretroviral pode infectar o parceiro embora não apresente alterações no corpo. Além do mais, nem todas as pessoas acometidas pela doença provocada pelo vírus HIV e que fazem uso desse medicamento apresentam mudanças físicas. Presentifica-se ainda na experiência de Aristóteles aquilo que Vasconcelos da Silva (2008) denominou de “pacto intelectual”. Ou seja, há um acordo tácito entre Aristóteles e seus parceiros, no qual todos realizam práticas sexuais deliberadamente arriscadas. Este autor atribui a idéia de “pacto intelectual” à questão de ser uma prática muitas vezes coletiva: *uma festa de suruba = orgia (...)*, onde pessoas se encontram pelos mesmos interesses.

Além da implicação do HIV, há também a questão das outras DST, preocupação levantada por Daniel ao descrever a percepção de sinais dessas doenças como método de gerir seus riscos. Ele argumenta:

A única situação em que eu opto por transar com preservativo ↓ é quando eu noto (x) que existe alguma doença no parceiro = que antes tinha combinado de transar sem preservativo. Tipo, eu chego lá o cara tem condiloma⁴⁰, e aí eu não vou transar com ele sem preservativo, se ele não quiser, aí a gente não transa.

A doença citada é mais conhecida como “couve-flor” ou “crista de galo” em função das verrugas que aparecem, geralmente, na glândula do pênis, em formatos que lembram a couve e a crista do galo. Ademais, nem sempre os sinais e sintomas do condiloma são aparentes, o que torna essa infecção muitas vezes imperceptível, pois a pessoa pode estar infectada sem que apareçam sinais da doença. Essa idéia pode fazer sentido nas práticas de Daniel, haja vista que ao falar dessa percepção ele baixa o tom da voz e coloca em “xeque” se de fato ele consegue ter tal agudeza: “↓ é quando eu noto (x) que existe alguma doença no parceiro (...)”.

⁴⁰ Apesar de ser pouco conhecido pelo fato da baixa taxa de ocorrência, o condiloma acuminado, causado pelo vírus do papiloma humano (HPV), também pode ser transmitido pela via oral. Diante da prática sistemática do sexo oral sem preservativo, já ocorrem relatos científicos da instalação da infecção pelo HPV na cavidade oral (CASTRO; DUARTE, 2004).

Além da questão relativa aos aspectos físicos, o argumento sócio-econômico é também utilizado por Aristóteles, que declara ser de classe média, intelectual e, por assim dizer, procura se relacionar com pessoas do seu próprio nível como estratégia de gerir os riscos:

Eu faço parte de uma elite de classe média, de uma elite intelectual vamos dizer assim. Eu tenho nível superior, procuro pessoas que tenham o mesmo nível de formação ou aproximado. Eu:::u = >normalmente< = raramente:::e eu transei com pessoas com nível escolar muito abaixo do meu, com nível cultural muito abaixo do meu. Se isso aconteceu foi um desvio padrão da regra. A regra são pessoas com certa formação e:::e (x) cultural, de forma hã:::ã as pessoas saberem o que elas estavam fazendo = embora que não fosse explícita, verbalizada, fosse uma coisa implícita, que as pessoas sabiam o que estavam fazendo e o risco que estavam correndo.

Ele enfatiza a palavra nível para equiparar os possíveis riscos encontrados nas diversas camadas da sociedade. Assim, àquelas *pessoas que tenham o mesmo nível de formação ou aproximado* do nosso interlocutor corresponderiam a população de menor risco para ele. Esse raciocínio é apresentado como uma expressão matemática, nesse caso, pela fala: *desvio padrão da regra*. Nota-se ainda a acentuação da pronúncia das palavras elite e nível. Grosso modo, a primeira expressão se relaciona à noção genérica de pequeno grupo cujo posicionamento em relação a um determinado assunto se distingue dos demais. Neste caso, ao ser ressignificado no campo da sexualidade, o termo “elite” passa a dizer respeito a um determinado grupo que se apresenta como alternativa mais “segura” na vivência do risco exacerbado. Isso pode ser mais bem explicitado, na medida em que a circulação desses homens se daria apenas entre um grupo cujos membros são “distintos” dos demais. É como se questões econômicas produzissem uma barreira contra possíveis agravos à saúde, e isso daria uma maior sensação de segurança para arriscar. Retoma-se ainda a noção de “pacto intelectual” de Vasconcelos da Silva (2008) – vale lembrar que, para o autor, as práticas sexuais assim pactuadas constituem-se de forma coletiva. No caso de Aristóteles, ao afirmar que *eu faço parte de uma (...) elite intelectual vamos dizer assim*, as práticas sexuais arriscadas se dão entre homens cuja capacidade reflexiva é definida pelo meio social (LÉVY, 1988).

7.4 A dimensão positiva diante do risco

Na sistematização das novas modalidades de aventura como dimensão positivada na gestão dos riscos, Spink et al. (2001) descrevem, a partir das teorizações dos jogos de Roger Caillois

(1958), a construção social do risco, o qual deixa de ser pensado apenas no âmbito institucionalizado e passa a ser incorporado ao cotidiano das pessoas na busca de emoções exacerbadas. Seguindo as pistas sugeridas por Le Breton (1991), Spink et al (2001) propõe que, ao assumir o risco deliberado, estes homens estariam a buscar a intensidade do modo de existir. Em seis das dez entrevistas realizadas, foi possível identificar vocabulários que nos parecem estar relacionados à noção de risco positivado, ou seja, palavras que expressam a dimensão positiva das práticas consideradas “arriscadas” no contexto da infecção pelo HIV.

Quadro VI - Palavras que expressam a positividade do risco

Participantes	Palavras que expressam desejo	Palavras que expressam sensações positivas abstratas	Palavras que expressam sensações positivas corporificadas	Palavras que expressam aventura ou abertura às novas experiências
Agileu	Desejo	Prazer	Carinho Contato Sensibilidade	Interessante
Cristian	Excitação Teseo	Prazer	Sensual	
Daniel	Excitação			
Gabriel	Excitação	Gostoso Prazer		Liberdade
Rony	Intenso Êxtase Vontade	Gostoso Sensação	Agradável	Aventura
Yuri	Desejo	Prazer		Fantasia

Dentre os dez colaboradores, quatro não usaram nenhum termo que poderíamos identificar como sinalizador do risco-aventura, embora essa experiência possa ser descrita de outras formas, como nos dizeres de Flávio: *com o passar do tempo = quanto mais eu descobria [práticas sexuais] = mais eu queria ((risos)). Até se tornou um vício uma época porque eu queria mais e mais, eu queria conhecer mais, eu queria (.hhh) saber mais.* E de Edu: “↓ [Com homens e::: e poligamia], <inclusive>. Já dentre os seis homens cujas palavras encontram-se no quadro acima, o termo “prazer” apareceu quatro vezes, “desejo”, e “excitado” duas, e as demais não se repetiram. São elas:

“carinho”, “contato”, “sensibilidade”, “seguro”, “interessante”, “liberdade”, “sensual”, “tesão”, “aventuras”, “vontade”, “intenso”, “agradável”, “sensação” e “fantasia”.

Foi assim no caso de Caio, ao relatar suas práticas de risco, mesmo diante das possíveis imponderações. Diz:

Na época (.), sempre eu soube dos riscos, mas sempre me arrisquei muito (.). (...) Eu:::u ((engasgo) (...). Daí eu:::u, depois de muito arriscar ↑>resolvi fazer um exame com uns 22 anos<. ↑ Deu negativo. Aí fui fazendo (.) o primeiro, o segundo, o terceiro, sempre dando negativo mesmo me arriscando. Então eu achava que não era tão fácil pegar (.)(...) E aí fui fazendo mais exames. Eu cheguei a fazer uns >sete exames< até o oitavo dar positivo ((gargalhadas)). Então, até o oitavo foram (x) oito exames. Inclusive eu sei a data porque foi mais uma situação em que eu contei com a sorte (...) ((lágrimas escorrem dos olhos)).

Caio relata que “*sempre*” se arriscou. A palavra “sempre” dá a ideia de intensidade, de que era algo recorrente. No entanto, depois de certo tempo começou a fazer os testes de HIV, como se precisasse constatar a sua imunidade. Porém, o primeiro teste deu negativo, então se lança novamente a outras experiências e as enumera até chegar ao oitavo teste, situação na qual se depara com a infecção. Aí se encerram as apostas mediadas pela sorte. Esse momento é contrastado com as gargalhadas dadas por ele que pareciam ambivalentes, uma mistura de sentimentos que poderiam ser percebidos pelo riso e pelas lágrimas que lhe escorreram dos olhos durante a descrição do episódio da infecção.

Embora Caio tenha resumido em poucas palavras a questão do primeiro contato sexual até o seu último resultado sorológico, foi possível notar a constituição de sua trajetória, a qual, diga-se de passagem, seguia rumo ao risco exacerbado, descrito pelas inúmeras vezes na qual ele procurou o serviço de testagem anti-HIV. Esse acontecimento nos remete à construção do sentido de autoconfiança, a qual vai além do sexo, em que passam a ser necessários outros instrumentos para dar sentido ou legitimar informações sobre a pessoa – nesse caso o teste sorológico (VASCONCELOS DA SILVA, 2008). Nota-se que os recorrentes testes negativos o levaram a construir uma percepção de auto-imunidade. Esse teste viria a ser o passaporte de Caio rumo às práticas sexuais sem preservativo, sem ter que preocupar-se com a questão do HIV, mesmo diante da possibilidade de reinfecção: *não faz mais diferença >se eu tenho um vírus no corpo ou se eu tenho um milhão de vírus<. Eu já estou contaminado e não vai sumir nunca. Então, eu vivo relaxado em relação a isso. E acrescenta: se eu me reinfectei (.) foi com um vírus mais fraco porque minha carga viral só cai.*

Situações como essa são notadas quando as pessoas buscam a maximização do prazer e do êxtase como fim último. Rony, por exemplo, afirma: *eu ↑ queria ali era >sentir prazer<. Então você não queria parar no meio do êxtase para colocar o preservativo*. Tais palavras nos conduzem à experiência de viver intensivamente este momento até o seu êxtase – ocasião essa marcada pelo apogeu das sensações. A pronúncia acelerada do termo *>sentir prazer<* e a acentuação da palavra *êxtase* pode confirmar a ideia da busca pelas sensações. Essas sensações também podem ser alcançadas pela presença do risco. Diz Aristóteles:

esse risco inclusive passa a (x) ser um estímulo a mais durante o ato sexual. É:::É até porque às vezes é comum o parceiro dizer assim:::m é:::é (x): ‘me joga esse leite premiado’, ‘me dá:::á (x) a sua essência’, ou coisas do gênero. Porque o sexo não tem limites.

Nota-se a associação entre o risco e a produção de sensações positivas durante o ato sexual. Essa positividade pode ser confirmada por meio da palavra *prêmio*, a qual lembra conquista, recompensa, reconhecimento. Diante desse contexto, pode-se inferir que a produção simbólica refletida pela expressão *leite premiado* seria a ejaculação com substâncias que signifiquem algo positivo, mesmo que isso se dê em um cenário de riscos para as DST, HIV/aids. Nesse caso, a ejaculação corresponde ao ato final da prática sexual. Assim, o vírus HIV deixa de estar atrelado à ideia de morte e ganha o sentido de vida, “prêmio”, algo a ser conquistado como fim último. É como se os parceiros quisessem estabelecer um pacto de igualdade, de condição, mesmo que isso signifique também tornar-se HIV positivo, assim como Aristóteles. Em acréscimo, é pronunciada a expressão *me dá:::á (x) a sua essência*. Nesse caso, receber a essência é apropriar-se do esperma do parceiro com todas as suas características genéticas, e nela os dados que o torna único, afinal *o sexo não tem limites*.

Em resumo, este capítulo tratou de elementos de base não-científica que circulam no cotidiano de nossos interlocutores, e constituem informações usadas na construção de sentidos na gestão dos riscos às DST, HIV/aids. Dentre as dimensões possíveis, abordou-se: a noção de posição sexual, a questão do lugar onde se frequenta para a prática do sexo; a criação de imunidades imaginárias como a lenda urbana, o homem mais velho como protetor, o homem branco caucasiano e sua membrana super resistente ao vírus, o sexto sentido, o posicionamento lésbico; além disso, ganhou destaque a aparência física associada aos sinais de lipodistrofia, o fator sócio econômico e o grau de escolaridade; assim como a procura pela dimensão positivada diante do risco.

Considerações finais

A única conclusão lógica de tal crença ilógica é que, afinal, ninguém na Terra é racional o tempo todo (LATOURET, 2000, p. 313).

Nas considerações finais, procuro resgatar o problema que conduziu às reflexões deste trabalho e, em seguida, retomo os pontos principais de discussão realizados ao longo do texto, dialogando com a literatura existente sobre o assunto. Aproveito também para sinalizar as questões que julgo não terem sido abordadas em outras investigações. Por fim, apresento as possíveis contribuições deste trabalho.

Como homens que fazem sexo com homens quando optam pelo não uso do preservativo, em parceria casual, gerenciam os riscos de infecção por DST, HIV e/ou a reinfecção pelo HIV em suas práticas sexuais? Essa foi a questão norteadora deste trabalho. Parte-se da hipótese de que o gerenciamento dos riscos na esfera individual escapa das estratégias oficiais de prevenção às DST, HIV/aids. A elaboração do fio condutor desta investigação foi marcada por tensões de ordem moral e ética. Por vezes, fui questionado sobre a possível necessidade de “des-homossexualizar” a aids, diante do velho dilema da possível associação entre homossexuais – grupo de risco – estigma – preconceito. Entretanto, ao longo do debate, conheci outras perspectivas de discussão que levantaram outras questões. Por exemplo, podemos destacar as discussões presentes em textos do Cadernos Pela Vida (2010) que salientaram as consequências originadas pela falsa “des-homossexualização” da aids. Nessa discussão, a publicação ressalta o deslocamento de responsabilidade do Estado para as ONGs, que passaram a ser responsáveis pelo desenvolvimento de projetos na área da prevenção entre HSH.

Do ponto de vista ético, causaram surpresas as várias reações dos participantes relacionados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A maior preocupação levantada por eles foi a preocupação em assinar o termo diante das interpretações que a justiça tem dado aos casos em que ocorre a prática sexual sem preservativo. Atualmente, o debate tem focado na possibilidade da criminalização da aids. Esse assunto começou em forma de projetos de leis apresentados na câmara dos deputados em Brasília. Entretanto, os fóruns de luta contra a aids, que representam instituições não governamentais que atuam nessa área, têm articulado discussões sobre o assunto e organizando seminários com a presença de pesquisadores, representantes do governo, movimentos sociais. Com isso, o projeto encontra-se atualmente arquivado. Para além dessas questões, nota-se a preocupação

de um participante com a utilização do gravador de voz. Segundo ele, a gravação poderia chegar a outras pessoas e, possivelmente, ele seria reconhecido. De forma semelhante, outro participante se sentiu ofendido diante da possibilidade do pesquisador custear a sua passagem de deslocamento até o local da entrevista. Penso que todos esses acontecimentos podem instigar um acalorado debate sobre questões relacionadas ao TCLE, principalmente quando se trata de populações com práticas consideradas dissidentes.

Por esse viés, e tendo como respaldo as ricas contribuições da banca de qualificação, realizaram-se ajustes no campo-tema e substitui o objetivo que seria trabalhar com argumentação científica, passando a ter como foco as estratégias de gestão de riscos. Em um primeiro momento, realizei a revisão bibliográfica sobre gestão de riscos, abarcando o contexto histórico de seu surgimento, bem como seu processo de sistematização enquanto conceito científico. Enfatizei as tradições sobre a noção de gestão de riscos, o que possibilitou discutir as práticas sexuais pelo viés positivado, deixando de lado a perspectiva de risco epidemiológico, muitas vezes, atrelada à idéia de perigo ou de perdas. De forma semelhante, as noções de estilo de vida arriscado e risco-aventura também auxiliaram na construção desta discussão.

No que se refere às práticas sexuais entre HSH, aponte para a diversidade e a complexidade dessa prática. As primeiras experiências sexuais de muitos dos entrevistados ocorreram na infância, na adolescência e com outro homem; mas outras somente na vida adulta. Essa questão aponta para a confusão de identidades que permeia essas práticas. A confusão de papéis sexuais traz consigo questões emblemáticas, como as relações de poder e gênero, mesmo entre HSH. Percebi que os participantes que relataram o início de suas práticas sexuais durante a infância, e/ou que mantinham relações sexuais com homens tidos como “mais velhos”, “machos” e heterossexuais, apontaram para maior domínio e controle por parte destes homens, noção que culminava com o não uso do preservativo. Parker (1997, 2002) já tinha sinalizado em trabalhos anteriores a tendência de HSH construir suas práticas sexuais baseados em modelos heteronormativos, sobretudo, no que concernem as questões de poder e gênero.

As práticas que implicam riscos de infecção para DST, HIV e hepatites virais, segundo os participantes são: sexo oral e anal nas posições receptivas e insertiva – resultados esses, parecidos com os encontrado por Parker et al. (1998). Porém, muitas vezes, a opção por uma delas em detrimento de outra serve como maneira de gerir os riscos. Digo isso porque o relatório do Departamento Nacional de DST, HIV/aids e Hepatites virais (BRASIL, 2009c) recomenda como

forma de mitigar os riscos a opção por práticas não penetrativas. Os lugares onde se frequenta e que pode culminar com a prática de sexo sem preservativo vão desde espaços comerciais – como “cinemão” e saunas – até lugares privados, como casas e apartamentos. Entretanto, percebi que esses lugares também têm servido como indicadores de gestão de riscos, como no caso de Cristian ao evitar manter práticas sexuais sem preservativo com pessoas que frequentam saunas, clubes de sexo, “cinemões”. Portanto, percebe-se uma relação entre práticas sexuais no âmbito comercial com a necessidade de gestão de riscos, por se apresentarem como de maior risco à saúde.

Percebi uma relação entre o não uso do preservativo na atualidade com o não uso da camisinha na primeira experiência sexual. Dessa forma, alguns participantes relataram terem dificuldade em manter o uso constante do preservativo por não terem usado na primeira experiência sexual, noção essa que se generalizou e tornou-se fator constante na vida cotidiana destas pessoas. Houve ainda quem tenha associado tal questão à construção simbólica acerca do HIV na região longínqua onde fora criado. Assim, questões geográficas e culturais concorrem para a produção de experiências sexuais arriscadas. A construção social do risco foi debatida por Lupton (1993), com a arguição da autora em favor do papel dos aspectos culturais na produção de modos de vida.

Parece haver, também, um movimento de transgressão diante do imperativo da moralidade e de estilos de vida saudáveis. Na tentativa do governo de desenvolver sistematicamente estratégias de controle da sexualidade, há quem considere o ato sexual sem preservativo como uma forma de expressar seus valores “fora da lei”, “fora dos modelos instituídos” ou como quer que sejam denominados. Portanto, todas essas questões têm servido como parâmetro para reforçar o debate entre profissionais da área da aids no sentido de abandonarem a idéia de adotarem tecnologias fechadas e universais para lidar com aspectos da sexualidade que se sabe serem de ordem sócio-cultural, política, de classe social, relações raciais e de gênero (PAIVA, 2008).

Para além dessas questões, diante do imperativo dos estilos de vida saudáveis, desenvolvem-se várias estratégias de gestão de riscos. Por motivos variados, o diálogo, nesta pesquisa, foi com uma população de HSH predominantemente de classe média, informados sobre aids e que possuem acesso a preservativo. Nota-se a aproximação destes homens com a produção científica sobre aids, principalmente por meio da escola, da ONG, da TV, de médicos, da internet, de jornais, de revistas científicas, de parceiros sexuais, da revista *Veja*, de farmacêuticos, de anais de infectologia. Vale lembrar que as informações advindas de fontes estrangeiras foram vistas como mais fidedignas em relação às brasileiras ou causam comoções morais. Isso porque, supostamente, os debates no

exterior são mais francos, abertos, enquanto aqueles realizados no Brasil prezam pela cautela na divulgação de dados que ainda estão em fase de estudo. Foi assim no caso de Cristian que, por meio da tabela de riscos usada pelo CDC americano, tenta pautar-se em uma escala estatística de risco para gerir suas práticas sexuais. Dentre as opções levantadas pelo participante, estão à preferência pela posição sexual insertiva, e pelo coito interrompido; ou seja, opta por ejacular fora do parceiro.

Pautado ainda no modelo estatístico, a divulgação do estudo suíço coordenado por Vernazza et al. (2008) – no qual os autores defendem a correlação entre o número da carga viral e possibilidade de infecção por HIV – levou muitas pessoas a construírem suas noções de gestão de riscos a partir desta informação. Foi comum ouvir que as pessoas que vivem com HIV, por terem, supostamente, carga viral identificável, não representavam risco de infecção para seus parceiros. Em contraponto, houve quem relatou ter sorologia negativa para o HIV, mas se sentia seguro para transar com pessoas HIV positivas baseadas no estudo sobre a correlação entre carga viral. Ainda atrelado ao campo dos avanços científicos, o uso de antirretrovirais como medida de gestão de riscos aparece anteriormente à sua oficialização como política pública. Nesta pesquisa, o participante que se beneficiou desta técnica tomou conhecimento por meio da revista *Veja*, em uma época em que essa intervenção era feita apenas em casos de estupro e de risco ocupacional. De forma semelhante, a circuncisão surgiu também como maneira de gerir os riscos de infecção. Entretanto, ressalta-se que pesquisas apontam a possível eficácia do método apenas em homens que matem práticas sexuais com mulheres, por coito vaginal. Assim, os HSH podem não se beneficiar desta técnica. Porém, essa noção tem se propagado, tendo seu sentido generalizado a todas as populações. Poderíamos falar em intervenções cirúrgicas como prevenção?

Assim, o homem moderno é aquele que busca na prescrição médica estratégias para gerir os riscos na esfera da saúde diante das incertezas da vida. Portanto, configura-se como aquele que faz planos de saúde, seguro de carro, casa, pois tenta desenvolver estratégias de gerir os riscos vivenciados cotidianamente. Para Castiel e Alvarez-Dardet (2007), cada vez mais as pessoas desenvolvem suas autonomias e produzem as suas próprias maneiras de gerir os riscos. Nesse sentido, outra questão que surgiu foi a estratégia de redução de parceiros como medida de gerir riscos, embora essa medida tenha sido questionada pelo seu duplo véis: se argumento moral ou científico. Para Galindo (2002), o argumento científico tem servido como único dado legitimado na construção do debate acerca desse assunto.

O tema mais discorrido neste trabalho foi a posição sexual como estratégia de gestão dos riscos. Por ocupar a posição insertiva nas práticas sexuais, a maioria dos participantes se considera em uma zona de segurança maior do que os parceiros receptivos. Para reforçar tal assertiva, dados estatísticos foram citados como forma de convencer o pesquisador. Além disso, informações técnicas fundamentadas na relação entre o atrito do pênis com o reto, a troca de mucosas como potencial meio de infecção, o uso de secreção salivar para evitar o rompimento de vasos da região anal também foram empilhadas para sustentar a versão de ser possível gerir os riscos por meio do controle entre a troca de secreções. Entretanto, Bercito (2010) relata que as pessoas amenizaram o pânico gerado pela epidemia da aids nas décadas de 1980 e 1990 e acabaram por relativizar a gravidade da doença. Nessa direção, impressionou o caso de um participante jovem que, pelo fato de não ter convivido com pessoas que materializaram a aids nos corpos marcados pelos sinais de lipodistrofia, falou da aids como uma “lenda urbana”, algo que ouviu dizer, mas que parecia distante de seu cotidiano. No entanto, a lenda se tornou realidade no dia em que ele se viu infectado pelo vírus HIV. De acordo com os novos dados do Ministério da Saúde, citado por Nublat (2010), o total de casos de aids acumulado no período entre 1980 e junho de 2010 é de 592.914 pessoas. No ano de 2009 o número de novos casos chegou a 38 mil infecções e superou os 37 mil casos do ano de 2008. Para o chefe do Departamento Nacional de DST/Aids, Dirceu Greco, há um aumento da incidência da doença principalmente entre jovens entre 13 e 24 anos, provocado, supostamente, pela queda no debate sobre os riscos da doença.

Em acréscimo, o desenvolvimento de “imunidades imaginárias” foi marcante nesta pesquisa. Há quem pense possuir uma “super específica membrana celular” que não permite a entrada do HIV, responsável por torná-los imunes. A imunidade também se fez presente para Gabriel ao dizer que sua posição de insertivo o coloca na mesma condição de uma lésbica, ou seja, de quem possui imunidade por ocupar um lugar no qual teria pouco contato com a secreção do parceiro receptivo. Foi assim também no caso de Caio, o qual relatou fazer vários exames até o oitavo dar positivo. Os relatórios dos Cadernos Pela Vidda (2006, 2010) já afirmam que a sucessão de testes negativos pode levar às pessoas a acreditarem em uma falsa imunidade.

Há ainda quem pense possuir o dom de perceber nos traços físicos dos parceiros suas condições de saúde, questão essa que configuraria a possibilidade de ocorrência de práticas sexuais sem preservativo. Somado a isso, questões sócio-econômicas e o nível cultural também apareceram como critérios e possibilidades de se gerir os riscos de uma infecção. Assim, um homem de classe

média alta, com nível de escolaridade elevada, relata que, ao manter relações sexuais apenas com pessoas do mesmo nível que seu, estaria gerindo possíveis riscos.

As noções de estilos de vida arriscados e de risco na perspectiva da aventura permitiram “virar o jogo” contra o risco neste debate. Ao dar voz aos participantes, foi possível que eles falassem de algo que lhes ocorre não porque não “vítimas”, mas porque buscam e querem viver o risco pelos motivos já discorridos nesta dissertação. Isso ficou mais claro com a análise dos repertórios de palavras que expressam a positividade do risco elaborado por nós no capítulo 7. Os repertórios abrangem palavras que expressam desejo; sensações positivas abstratas; sensações positivas corporificadas; aventura ou abertura a novas experiências.

Todavia, até o presente momento, apesar dos esforços de pesquisadores ao redor do mundo, não há cura para aids, questão essa que coloca governo e população em constante alerta diante dos agravos dessa doença. Com o advento das novas tecnologias na área da aids, as quais permitiram o desenvolvimento de novos medicamentos que permitem o prolongamento da sobrevivência de pessoas que vivem com HIV, criou-se um cenário de amenização dos efeitos que a doença provoca na vida das pessoas. Em contrapartida, em entrevista dada a Cupani (2010), Mauro Schechter relata o aparecimento dos efeitos do uso em longo prazo dos antirretrovirais. Segundo esse autor, as pessoas que vivem com HIV estão morrendo mais de doenças relacionadas a infarto, diabetes e câncer do que de causas relacionadas à aids. Schechter aponta um número desproporcional de número de óbitos em pessoas com HIV em relação àquelas que não vivem com o vírus. Dentre as primeiras, o número de óbitos subiu 8%, enquanto no segundo grupo, não chegou a 3%. No que se refere às doenças relacionadas ao coração, esse número foi ainda maior, 8% entre o primeiro grupo e 0,8% no segundo. O pesquisador ainda alerta para a atenção dada à saúde das pessoas que vivem com HIV, pois parte dessa questão deve-se à visão médica que está direcionada apenas ao HIV, enquanto se deveria fazer um trabalho integrado com vistas a discutir os hábitos e estilos de vida das pessoas. Acrescenta-se a essas questões o aumento de transplante devido ao caráter crônico e o surgimento de co-morbidade em função da toxicidade do tratamento da aids (HALLAL, 2008), o aumento do número de câncer anal provocado pelo HPV e de câncer de pulmão (PELA VIDDA, 2009).

Pode-se arguir ainda que, diante da possibilidade destas pesquisas se apresentarem como alternativa à gestão dos riscos, seus possíveis efeitos não se aplicam às DST. O que se tem

percebido é que há pouca discussão sobre a possibilidade de se infectar com outras doenças para além do HIV.

Outra questão relevante foi a descrença dos participantes em relação à possibilidade de uma reinfecção. Todos os participantes não crêem que isso exista, pois, supostamente, eles nunca ficaram sabendo da ocorrência de nenhum caso. Isso conduz a pensar que a crença das pessoas nas informações que usam para gerirem seus riscos está atrelada a proximidade com o cotidiano. Então, como virar o jogo a favor do risco?

Talvez Spink (2007b) nos dê pistas para refletirmos sobre esse tema. A autora argumenta que existem trabalhos que conseguem problematizar

novas formas de abordar a mudança de comportamento, com menor ênfase no risco e maior reforço às habilidades já adquiridas, alinhando-se, portanto (pelo menos no que concerne a cada um de nós), às teorizações mais recentes sobre promoção da saúde. Mais uma vez, é na arena da sexualidade – possivelmente como resultado da aprendizagem obtida na arena da prevenção à aids – que encontramos esta tendência que tem por característica central comportamentos protetores, evitando falar apenas de riscos. Trata-se, assim, de incluir nos programas de prevenção a aprendizagem de habilidades como aspecto essencial e complementar da informação (p. 268).

A autora reconhece que vivemos experiências arriscadas cotidianamente, seja em nível individual, seja coletivo. Daí a importância de se desenvolver estratégias de segurança.

Aprendemos que cintos de segurança são valiosos na prevenção da vida. Metaforicamente, criamos uma diversidade desses cintos, de modo a preservar a vida em comunidade (local e global): procedimentos éticos e pesquisa, tratados internacionais, legislação de proteção contra práticas econômicas abusivas, etc. É possível que, na impossibilidade de viver sem paradoxos, o caminho possível seja mesmo o do desenvolvimento das habilidades individuais (e coletivas, para não esquecer jamais que co-produzimos nossas realidades sociais) de redução de danos, sem cercear o espírito de aventura (p. 270).

Em síntese, procurei examinar nesta pesquisa as estratégias de gestão de riscos adotadas por HSH. Percebi que, cada vez mais, as pessoas desenvolvem suas autonomias, se apropriam de informações científicas, do cotidiano, de valores, de crenças, e constroem distintas maneiras de gerir os riscos para DST, HIV/aids. Dessa forma, notei que tais estratégias, na maioria das vezes, seguem uma lógica racional individual e não reproduzem o modelo adotado nas políticas de

prevenção do Departamento Nacional de DST e Aids. Espero que este trabalho contribua no desenvolvimento de novas estratégias de prevenção às DST e a aids para à população de HSH. Friso também a importância da discussão deste assunto por todos os segmentos envolvidos na discussão de políticas públicas de combate à aids, para que todos saibam lidar com o tema sem cair na velha associação – homossexuais, grupo de risco, aids, estigma - que tanto incomoda alguns setores da sociedade. Portanto, “apertem os cintos”.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, C. P (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium On Line**. Retirado de: www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm. Acesso em: 10 set. 2010.

ALMEIDA, G. E. S. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS**. 2005. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005.

AMORIM, C. M.; SZAPIRO, A. M. A domesticação das singularidades: reflexões sobre o paradigma da prevenção & o caso da epidemia de HIV/AIDS. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 0-0, dez. 2008.

ANDRADE, S. M. O. O que pensa, diz e faz a população heterossexual de Campo Grande - MS sobre as práticas sexuais de risco frente à Aids. **Divulgação em Saúde para Debate**, [s.l.], n.18, p.23-33, 1997.

_____. Opinião sobre Aids e possíveis mudanças de comportamento de heterossexuais masculinos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.45-68, 1991.

ANDRADE, S. M. O. et al. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 479-482, feb. 2007.

ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. (Eds.): **Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis**. Cambridge: Camdridge University Press. p. 346-369, 1984.

AZA et al. Antirretroviral drug resistance in men who have sex men in Brazil. In: **Resumos da XVIII International AIDS conference**. Vienna: JIAS, 2010. 1 CD-ROM.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BATAILLE, G. **O Erotismo**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

BBC (2010). **Vacina contra aids reduz pela primeira vez risco de infecção**. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,vacina-contr-aids-reduz-pela-primeira-vez-risco-de-infeccao,440191,0.htm>. Acesso em: 25 de set. 2009.

BECK, U. **Risk Society: towards a new modernity**. London: Sage, 1993.

BELL, D. M. Occupational risk of human immunodeficiency vírus infection in healthcare workers: an overview. **Am J Med**, n.102, p. 9 – 15, 1997.

BELOQUI, J. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 437 – 442, 2008.

BENN, P. et al. Post-exposure prophylaxis using a nevirapine based regimen. **The Lancet**, London, n.8, p.357-687, 2001.

BERCITO, D (2010). **Negligência quanto à gravidade da Aids é uma atitude arriscada**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folhateen/837721-negligencia-quanto-a-gravidade-da-aids-e-uma-atitude-arriscada.shtml>. Acesso em: 05 jan. 2011.

BERG, R. C. Barebacking: a review of the literature. **Archives of sexual behavior**, Oslo, n. 38, p. 754-764, 2009.

BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública: Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

BOUER, J. **Prevenção** (s.d). Disponível em: <http://www.drjairobouer.com.br/tira-duvidas.asp?IdConteudo=109&idTipoItem=3>. Acesso em: 10 de Nov. 2010.

BOURDIEU, P. “Gostos de classe e estilos de vida”. In: ORTIZ, R. (Org.) – BOURDIEU, **Coleção Grandes Cientistas Sociais**, n.39, Ática, São Paulo, 1983.

BRASIL (1996). Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 20 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília, v.14, n. 2, p. 14-26, abr./jun. 2001.

_____. (2006). Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica.br/resoluções/cfp16-00.pdf>. Acesso em: 20 set. 2008.

_____. Centro de Referência e Treinamento DST/aids. **Prevenção das DST/aids em adolescentes e jovens**: brochuras de referência para os profissionais de saúde. São Paulo, 2007a.

_____. (2007b). Ministério da Saúde. **O Brasil não adotará a circuncisão como método contra aids**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/rio-o-brasil-nao-deve-adotar-circuncisao-como-pratica-de-saude-publica-para-evitar-propagaca>. Acesso em: 24 ago. 2010.

_____. Ministério da saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, 2007c.

_____. (2009a). **Ministério da Saúde. MS divulga retrato do comportamento sexual do brasileiro**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10326. Acessado em 24 out. 2009.

_____. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Conjugalidades e Prevenção à DST/Aids. Série: **Prevenção às DST/AIDS**. São Paulo, 2009b.

_____ (2009c). Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Formas de contágio**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISFFBD4C01PTBRIE.htm>. Acessado em 24 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008: Suplemento III - Tratamento e prevenção**. Brasília, 2010.

BRAZ, C. A. “Mas agora confessa...” Notas sobre clubes de sexo masculinos. **Revista latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n.4, p.127-156, 2010a.

BRAZ, C. A. *À MEIA-LUZ... Uma etnografia imprópria em clubes de sexo masculinos*. 2010. [s.n.]. Tese (Doutorado) - Programa de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, 2010b.

BRITO, I (2009). **Desafios da Prevenção**. In: **Seminário “Prevenção das DST/AIDS: Novos Desafios”**. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/Ivo%20Brito%20desafios%20da%20preven%C3%A7%C3%A3o%2017%20de%20agosto.pdf. Acesso em: 26 jan, 2011. 25 slides.

BROWNE, K. Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. **Int. J. Social Research Methodology**, [s.l.] v. 8, p. 47-60, 2005.

CAILLOIS, R. **Les Jeux et les Hommes**. Paris: Gallimard, 1958.

CAMARGO JR, K. R. A razão inconstante: ciência, saber e legitimação social. In: JACÓ-VILELA, A; SATO, L. (org.). **Diálogos em psicologia social**: conferências proferidas no XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Porto Alegre: Editora Avangraf, 2007.

_____. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

CAMERON, D. W. et al. Female to male transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1: risk factors for seroconversion in men. **The Lancet**, [s.l.] n.2, p.403-407, 1989.

CARVALHO, C. A. Fluidos corporais – matéria, fantasma e símbolo: uma nota de leitura sobre alguns livros Recentes. **Revista Filosófica de Coimbra**, [s.l.], n.33, p. 235-262, 2008.

CASTEL, R. La gestion preventiva. In: CASTEL, R. **La gestion de los riesgos**. Barcelona: Ed. Anagrama, p. 121-162, 1981.

_____. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, oct.1996.

_____. Lidando com o risco na era midiática. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Orgs). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 113 – 133, 2002.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CASTRO, T. M.P.P.G.; DUARTE, M. L. Condiloma lingual: relato de caso clínico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 70, n. 4, ago. 2004 .

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Update: Barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. **MMWR**, [Atlanta], v.30, n.42, p. 589-597, 1993.

_____. Recommendations and Reports. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. **MMWR**, [Atlanta], 2005.

CORDEIRO, R. G. F. et al. Conhecimentos, opiniões e conduta em relação à Aids entre estudantes de farmácia-bioquímica do Estado do Paraná, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, [s.l.], n.3, p.49-56, 1994.

CROSSLEY, L. Making sense of ‘barebacking’: gay men’s narratives, unsafe sex and the ‘resistance habitus’. **British journal of social psychology**, London, n.43, p. 225-244, 2004.

CUPANI, G (2010). **Soropositivos morrem mais de doença do coração do que de Aids**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/776910-soropositivos-morrem-mais-de-doenca-do-coracao-do-que-de-aids.shtml>. Acesso em: 07 de jan, 2011.

CZERESNIA, D. F. A concepção de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D. F. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53, 2003.

_____. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004 .

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Posicionando: a produção discursivas de “selves”. In: **Journal for the Theory of Social Behavior**, [s.l.], v. 20, n.1, p. 43-63, 1990. Tradução: Mary Jane P. Spink, abr. 1996).

DIAS, P. R.T. P.; NOBRE, F. F. Análise dos padrões de difusão dos casos de AIDS por estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, p. 1173-1187, 2001.

DONEGAN, E. et al. Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody– positive blood donations. **Ann Intern Med**, n.113, p. 733 - 739, 1990.

DOUGLAS, M. Risk and blame: essays in cultural theory. London: Routledge, 1992. DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. **Risk and culture: an essay on the selection of echnological and environmental dangers**. Berlekey: University of California, 1982.

_____. **Risk, acceptability according to the social sciences.** New York: Russell Sage Foundation, 1985.

_____. Les études de perception du risque: un état de l'art. In: FABIANI, J-L. & THEYS, J. (orgs.). **La société vulnérable: évaluer et maîtriser les risques.** Paris: Presses de L'École Normale Supérieure, p.55-60, 1987.

_____. Risk as a forensic resource. **Daedalus**, v. 119, n. 4, p. 01-16, 1990.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. **Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers.** Berkeley: University of California, 1982.

DUTRA, C.; LIBONATI, R. M. F. Abordagem metabólica e nutricional da lipodistrofia em uso da terapia anti-retroviral. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, ago. 2008.

ELFORD, J. **Changing patterns of sexual behavior in the era of highly active antiretroviral therapy: Current opinion in infectious diseases**, [s.l.], v.19, p.26-32, 2006.

EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. **BMJ**, n. 304, p. 809 - 813, 1992.

FAUGIER, J.; SARGEANT, M. Sampling hard to reach populations. **Journal of Advanced Nursing**, 26, p. 790-797, 1997.

FELDBLUM P. J. Pregnancy and STD prevention. The latex condom: Recent Advances, Future Directions. **Family Health International**, [s.l.: s.e.] 1998.

FERNANDES, V. (2009). **"Barebacking" cresce no Brasil e torna-se caso de saúde pública**, *Jornal do Brasil*. Disponível em: <http://jbonline.terra.com.br/extra/2009/01/03/e030115675.html>. Acesso em 10 mai. 2009.

FISCHER, M. et al. UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. **International Journal of STD & AIDS**, Brighton, n.17, p.81-92, 2006.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico.** Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FOUCAULT, M. (1981). **"Da Amizade como Modo de Vida"**, *jornal Gai Pied*, p.38-39, tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/amitie.html>. Acesso em: 01 set, 2010.

_____. **Herculine Barbin: Diário de um Hermafrodita.** São Paulo: Francisco Alves, 1982.

FRY, P. **Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira.** Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade.** São Paulo: Brasiliense, 1991.

FRANCO et al. Práticas sexuais e conscientização sobre aids: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual em São Paulo. In: PARKER, R; TERTO JR, V. (Org.) **Entre homens: homossexualidade e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.

GALINDO, D. **Dados Científicos como argumento: o caso da redução de parceiros sexuais em aids**. 2002. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

GIDDENS, A. **Modernity and self-identity: self and society in the late modern age**. Cambridge: Polity Press, 1991.

GONÇALVES DA SILVA, V. A visibilidade do suposto passivo: uma atitude revolucionária do homossexual masculino. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.7, n.1, p.71-88, mar. 2007.

GONÇALVES, T. R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, Aug. 2009 .

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA (GIV). Boletim. Bareback sex ou práticas de risco. In: **A ponte**, [São Paulo], n.50, abr. 2009.

HALKITIS, P. N.; PARSONS, J. T; WILTON, L. Barebacking among gay and bisexual men in New York city: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. **Archives of sexual behavior**, [s.l.], v.32, n.4, p.351-357, 2003.

HALLAL, R. (2008). **Em que medida as políticas de Prevenção e tratamento estão integradas?** Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/img/media/DESAFIOS%20DA%20INTEGRALIDADE%20E%20PERSPECTIVAS%20Ronaldo%20Hallal%20-%2018%2008.pdf>. Acesso em: 26 jan, 2011. 33 slides.

HINE, C. **Virtual methods: issues in social research on the internet**. New York: BERG, 2006.

HOLMES, D.; O'BYRNE, P.; LOMBARDO, A. Bareback sex: a conflation of risk and masculinity. **International Journal of men's health**, [s.l.], v.7, n.2, p.173-193, 2008.

IBÁÑEZ, T. **Fluctaciones conceptuales en torno a la postmodernidad y la psicología**. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1996.

KAPLAN, E. H.; HEIMER, R. HIV incidence among New Haven needle exchange participants: updated estimates from syringe tracking and testing data. **J Acquir Immune Defic Syndr**, n.10, p. 175 – 176, 1995.

KIGOZI, G. Sexual satisfaction of women partners of circumcised men in a randomized trial of male circumcision in Rakai, Uganda. **Journal Compilation BJU International**, [s.l.], n.104, p.1698-1701, 2009.

KIMMEL, M. S. Homofobia, temor, verguenza y silencio em la identidad masculine. In: VALDÉS, T; OLAVARRÍA, J. (eds.). **Masculinidad/es: poder y crisis**. Santiago: Isis Internacional, p. 49-62, 1997.

JAPIASSU, M. **Carta a uma paixão definitiva**. São Paulo: Nova Alexandria, 2007.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Minister of Nacional Health and Welfare, 1974.

LANE et al. High HIV Prevalence Among Men Who have Sex with Men in Soweto, South Africa: Results from the Soweto Men's Study. **AIDS Behavior**, [s.l.: s.p.], 2009.

LATOURE, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo, UNESP, 2000.

LE BRETON, D. **Passions du risque**. Paris: Métailié, 1991.

LERT, F. Advances in HIV Treatment and Prevention: should treatment optimism lead to prevention pessims? **AIDS Care**, [s.l.], n.12, p.745–755, 2000.

LÉVY, B. **Elogio dos intelectuais**. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LEYNAERT, B.; DOWNS, A. M.; DE VINCENZI, I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Heterosexual transmission of HIV: variability of infectivity throughout the course of infection. **Am J Epidemiol**, n.148, p. 88 – 96, 1998.

LOPES, A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, set. 2000.

LOYOLA, M. A. Aids e prevenção no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M. A. (org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

LUPTON, D. Risk as moral danger – the social and political functions of risk discourse in public health. **International Journal of Health Services**, [s.l.], v. 23, n.3, p. 425-435, 1993.

_____. **Risk**. London: Routledge, 1999.

MANCEBO, D. Indivíduo e psicologia: gênese e desenvolvimentos atuais. In: MANCEBO, D; JACÓ-VILELA, A. (orgs.). **Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999. p.33-46.

MENEGON, V. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

MENSERGH, et al. 'Barebacking' in a diverse sample of men who have sex with men. **Aids**, [s.l.], n.16, p.653-659, 2002.

MILITÃO, M. J. Governamentalidade, cultura política e a reflexividade dos riscos sociais: o caso da política portuguesa de inclusão social. In: **Anais do VI Congresso Português de Sociologia**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008.

MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, salud y sociedad**, n. 1, p. 125 – 157, 2009.

MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos de aids. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.145-155, jan/mar, 1998.

NASCIMENTO, V. L. V. **Práticas sociais em situação de discriminação no cenário da aids:** sobre direitos, demandas e encaminhamentos. 2007. Tese (Doutorado) Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Social: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

NUBLAT, J (2010). **Aumenta número de casos de Aids no Brasil**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/839000-aumenta-numero-de-casos-de-aids-no-brasil.shtml>. Acesso em: 05 jan. 2011.

OLHOVETCH KALICHMAN, A (2009). **Novas Tecnologias e o SUS**. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/Novas%20tecnologias%20e%20o%20SUS-Artur%20Kalichman%20-%2019%2008.pdf. Acesso em: 26 jan, 2011. 09 slides.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2007). **Novos dados sobre a circuncisão e a prevenção ao HIV:** conseqüências para as políticas e programas. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Novos dados sobre circuncisao UNAIDS.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Novos%20dados%20sobre%20circuncisao%20UNAIDS.pdf). Acesso em: 25 ago. 2010.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 641-651, out/dez. 2008.

PARKER, R. G. **A construção da solidariedade:** AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1994.

_____. A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia. **Physis**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 1995.

_____. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. **Physis**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, jun. 1997.

_____. **Abaixo do Equador:** Culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PARKER, R. G. et al. Práticas sexuais e mudanças de comportamentos entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: PARKER, R; TERTO JR, V. (Org.). **Entre homens:** homossexualidade e aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.

PARKIN, J. M. et al. Tolerability and side-effects of post-exposure prophylaxis for HIV infection. **The Lancet**, [s.l.], n.355, p.722–34, 2000.

PAULA, P. S. **Barebacking sex**: discursividades na mídia impressa brasileira e na Internet. 2009. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-graduandos em Psicologia: Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

PELA VIDDA (s.d.). **Tratamento**. Disponível em: <http://www.aids.org.br/default.asp?siteAcao=mostraPagina&paginaId=43#f3>. Acesso em: 15 set, 2010.

_____. Homossexuais e Aids, a epidemia negligenciada. **Cadernos Pela Vidda**, São Paulo, n.42, ago. 2006.

_____. Vinte anos depois. **Cadernos Pela Vidda**, São Paulo, n.47, ago. 2009.

_____. O melhor remédio. **Cadernos Pela Vidda**, São Paulo, n.48, ago. 2010.

PERLONGHER, N. O. **O negócio do michê**: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Brasiliense, 1987.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2. ed. 2000. p. 183-214.

PRAÇA ONZE STUDY TEAM. Behavioural impact, acceptability, and HIV incidence amongst homosexual Men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. **J Acquir Immune Deficiencies Syndrome**, [s.l.], n.35, p.519–525, 2004.

PRESSE, F. (2010). **Coquetel anti-HIV reduz em 92% transmissão do vírus, diz estudo**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2010/05/coquetel-anti-hiv-reduz-transmissao-do-virus-diz-estudo.html>. Acesso em: 28 de maio. 2010.

RABINOW, P. Artificialidade e ilustração. Da sociobiologia à bio-sociabilidade. **Novos Estudos**, n.31, p.79-93, 1991.

_____. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biosociabilidade. In: RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rido de Janeiro: Relume Dumará, p. 135-157, 1999.

RAMIRO, A. **Estratégias de governamentalidade no âmbito da promoção da saúde**: o controle do peso corporal como estilo de vida saudável. 2009. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

RAXACH et al. Práticas sexuais e conscientização sobre AIDS: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual. Rio de Janeiro : ABIA, 2007. (**Coleção ABIA**: Saúde sexual e reprodutiva, n.5).

REUTERS (2010). **Circuncisão pode evitar 4 milhões de infecções por HIV até 2025 na África**. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2010/07/circuncisao-pode-evitar-4-milhoes-de-infeccoes-por-hiv-ate-2025-na-africa.html>. Acesso em: 20 de set. 2010.

ROSA, M. D.; VICENTIN, M. C.; CATROLI, V. S. C. Viver em tempos sombrios: a experiência e os laços com os contemporâneos. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 51-68, 2009.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, C. S. **Pleasure and danger: exploring female sexuality**. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1984, p. 267 – 319.

SARTREC, M. A homossexualidade na Grécia antiga. In: Amor e sexualidade no ocidente. **Edição especial da Revista L’Histoire/Seuil**. Porto Alegre: L & PM, p. 46-59, 1992.

SCHECHTER, M. Occupational and sexual PEP – benefit/risk? 6th International Conference on Drug Therapy in HIV Infection. **Abstract**, Glasgow, [s.p], 2002.

SCHIRMER, A. “Saindo dos armários?” – **A análise das políticas de identidade na formação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo: um contraponto pela psicanálise**. 2010. 159f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduandos em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação & Realidade**, v. 20, n.2, p.71-99, 1995.

SERONNI NETO, J. “Com-sentidos”: **reflexões sobre a prática de barebacking**. In: **Anais do Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis: UFSC, 2006, Hipertexto.

SETH KALICHMAN, C. et al. Human immunodeficiency virus load in blood plasma and semen: review and implications of empirical findings. **Sexually Transmitted Diseases**, [s.l.], n.35, p.55–60, 2008.

SHERNOFF, M. Condomless sex: gay men, barebacking, and harm reduction. **Social work**, [s.l.], n.51, p. 106-113, 2006.

SPINK, M. J. P. A ética na pesquisa social: Da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, [s.l.], n. 31, p. 7 - 22, 2000.

_____. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1277-1311, Nov/dez, 2001.

_____. Sobre a Promoção da Saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: SATO, L; JACÓ-VILELA, A. M. (Orgs.). **Diálogos em Psicologia Social**. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2007a, p. 345-360.

_____. Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos: reflexões acerca do desenvolvimento de ‘habilidades’ como estratégia de promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A (Orgs). **A saúde em debate na educação física (v.3)**. Ilhéus: Editus, 2007b, p. 253-273.

_____. Estilos de vida saudável e práticas de existência: fronteiras e conflitos. In: BERNARDES, J.; MEDRADO, B (Orgs). **Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos**. Maceió: ABRAPSO, p. 15 – 26, 2009.

_____. Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez. 2000. p. 93-122.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 41-61.

SPINK, M. J. et al. Uso do glossário do risco em Revistas: contrastando “Tempo” e “Públicos”. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.1, n.21, p. 1-10, 2001.

SPINK, M. J. P.; CARVALHEIRO, J. R. Os múltiplos sentidos das vacinas para a Aids. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

SZWARCWALD, C. L. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis - Brasil 2004**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 56 slides.

TANAKA, M. S. Y.; OLIVEIRA, A. Homens que fazem sexo com homens e a análise ética da triagem dos doadores de sangue no Brasil. **Revista Bioética**, [s.l.], v.18, n. 3, p. 589 – 601, 2010.

TEMPLETON, D. J. et al. Circumcision and risk of HIV infection in Australian homosexual men. **AIDS**, [s.l.], v.13, n.17, p.2347-2351, nov. 2009.

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

TREICHER, P. AIDS, and HIV infection in the third world: a first world chronicle. In: FEE, E; DANIEL, M. **AIDS: the making of a chronic disease**. Berkeley: University of California Press, 1992.

VAN DER STRATTEN, A. et al. Sexual risk behaviours among heterosexual serodiscordant couples in the era of post-exposure prevention and viral suppressive therapy. **AIDS**, [s.l.], n.14, p.47-54, 2000.

VANCE, C. **Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality**. New York: Routledge, 1984.

VARGHESE, B. et al. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the peract risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. **Sex Transm Dis**, n.29, p. 38 – 43, 2002.

VASCONCELOS DA SILVA, L. A. **Desejo à flor da tel@**: A relação entre risco e prazer nas práticas de Barebacking. 2008. Tese (Doutorado) Programa de Estudos Pós-graduandos em Saúde Coletiva: Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.

_____. Barebacking e a possibilidade de soroconversão. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1381-1389, jan. 2009.

VAX. Prevenção ganha destaque. São Paulo, **VAX**, v.04 n.09, 2006.

VERNAZZA, P. et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. **Bulletin des médecins suisses**, [s.l.: s.p], v.89, n.5, 2008.

WEBER, M. **Metodologia das Ciências**, v. 2, São Paulo, 1992.

WEEKS, J. The sexual citizen. **Theory, culture & society**, [s.l.], v. 15, n.3-4, p.35-52, 1998.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Friocruz, p.635 - 668, 2009.

WOLITSKI, R. J. The emerge of barebackig among gay and bisexual men in the united states: a public health perspective. **Jornal of Gay & Lesbian Psychotherapy**, [s.l.], n. 9, p. 9-34, 2005.

ZEA, C. et al. Disclosure of HIV-positive status to latino gay men's social networks. **American Journal of Community Psychology**, n.33, p. 107-117, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O objetivo da pesquisa intitulada O USO DA ARGUMENTAÇÃO CIENTÍFICA NA OPÇÃO POR ESTILOS DE VIDA ARRISCADOS NO CENÁRIO DA AIDS é identificar e descrever os argumentos científicos presentes no discurso de homens que fazem sexo com homens quando optam pela prática sexual sem preservativo, sabendo dos riscos de infecção ou reinfecção pelo HIV. De modo a acessar essas informações, conversaremos sobre a sua experiência como praticante de sexo sem preservativo, mesmo que eventualmente. Para o registro desta conversa será utilizado um gravador portátil de áudio.

Essas informações possibilitarão entender a relação entre produção acadêmica no campo da aids e a prática sexual sem preservativo.

Falar de sexualidade e relacioná-las aos conhecimentos sobre os riscos traz como benefício a possibilidade de (re)elaborar novos sentidos a esse estilo de vida. Entretanto, caso ocorram desconfortos, estaremos disponíveis para dar o apoio que se faça necessário. Durante a pesquisa, garantimos, também, fornecer os esclarecimentos que forem necessários sobre os objetivos e a metodologia de pesquisa.

Os participantes têm o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Terão garantido o sigilo, de modo a assegurar sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Se forem necessárias despesas para deslocamento e/ou traslado dos participantes, estas serão ressarcidas por meio de pagamento pelo pesquisador ao entrevistado.

GEORGE MORAES DE LUIZ
Pesquisador responsável
Telefone de contato: (xx) xxxx – xxx
e-mail: george_psico@yahoo.com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título do estudo: *O uso da argumentação científica na opção por estilos de vida arriscados no cenário da aids*

Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa. Entendo que o estudo visa identificar e descrever os argumentos científicos presente no discurso de homens que fazem sexo com homens quando optam pela prática sexual sem preservativo, sabendo dos riscos de infecção ou reinfecção pelo HIV.

Estou ciente de que as conversas sobre os argumentos científicos serão gravadas em áudio, sendo que o pesquisador se comprometeu a utilizar os dados obtidos de forma a preservar o anonimato, não divulgando minha voz ou revelando dados que permitam que eu seja identificado e que possam me ocasionar prejuízos de qualquer natureza.

Entendo que minha participação é totalmente voluntária e que, durante a realização da entrevista, poderei interrompê-la no momento em que desejar sem ser em nada prejudicado.

Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com o pesquisador.

Nome do participante:

Nome:

RG:

Data: ___/___/20___.

Assinatura:

Testemunha:

Nome:

RG:

Data: ___/___/20___.

Assinatura:

Pesquisador:

Nome:

RG:

Data: ___/___/20___.

Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A - Coquetel anti-HIV reduz em 92% transmissão do vírus, diz estudo

globo.com notícias esportes entretenimento vídeos e-mail central globo.com assine já todos os sites

Gi Ciência e Saúde oferecimento buscar

Brasil | Mundo | Economia | Política | Esporte | Carros | Emprego | Educação | Saúde | Tech | Bizarro | Pop&Arte | MG | RJ | SP | Telejornais | Virada de ano

27/05/2010 09h41 - Atualizado em 27/05/2010 09h41

Coquetel anti-HIV reduz em 92% transmissão do vírus, diz estudo

Foram testados 3.381 casais em que um parceiro tinha o vírus e outro não. Pesquisa mostra que remédios também podem ser usados para prevenção.

France Presse imprimir

Pessoas com HIV reduziram o risco de transmitir o vírus da AIDS em 92% enquanto estavam tomando medicamentos antirretrovirais, de acordo com um estudo publicado nesta quinta-feira (27).

saiba mais

África do Sul usa a Copa para combater HIV

Governo avalia uso de antirretroviral para prevenir contágio pelo HIV

O estudo fornece a maior evidência de que drogas que tratam a síndrome da imunodeficiência adquirida podem também ser incorporadas em estratégias de luta contra o aumento dos casos de HIV.

Em um estudo publicado pelo jornal britânico "The Lancet", médicos recrutaram 3.381 casais

heterossexuais em sete países africanos. Cada casal era "sorodiscordante", ou seja, com uma pessoa infectada com HIV e outra sem o vírus.

Drogas antirretrovirais foram dadas a 349 indivíduos infectados. Os outros que possuíam o vírus receberam um placebo.

Os pesquisadores recolheram amostras de sangue do outro parceiro a cada três meses para ver se ele ou ela haviam sido infectados. A pesquisa foi monitorada de perto por um comitê de ética, e incluiu um treinamento em sexo seguro, assim como exames de saúde de rotina.

Apenas um

Após 24 meses, 103 pessoas que estavam livres do HIV no início do experimento foram infectadas pelos seus parceiros.

Mas apenas uma dessas 103 transmissões foi causada por um parceiro que estava tomando antirretrovirais.

No geral, a utilização de antirretrovirais reduziu o risco de infectar outra pessoa em 92%, uma grande queda, que traz à tona o potencial que essas drogas têm de prevenir o HIV, além de apenas tratá-lo, afirmaram os autores.

"A utilização de ART (antirretrovirais) por pacientes infectados pode ser uma estratégia eficaz para realizar reduções do número de transmissões" de HIV, afirma o estudo.

Menos vírus

Isso ocorre porque o coquetel anti-HIV diminui a presença do vírus no sangue e em fluidos corporais, como sêmen ou muco vaginal, e por isso dificulta a transmissão para pessoas não infectadas, acreditam os especialistas.

Entretanto, advertem que, ainda que os remédios possam diminuir o risco de transmissão, o perigo existe, e por isso sexo seguro é essencial.

O estudo, liderado por Deborah Donnell da Universidade de Washington e do Fred Hutchinson Cancer Research Center em Seattle, focou-se apenas nas relações heterossexuais.

Também não foram observados outros modos de transmissão do vírus, como o sexo anal, o compartilhamento de agulhas ou de mãe para feto.

imprimir Link <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude> compartilhar

Links Patrocinados

Seguro Carro 5 a 20 anos.
Seguro barato a partir R\$79,90/mês Inclui guincho e seguro de roubo.
www.rastreadoresdecarrs.com.br

PUBLICIDADE

Ciência e Saúde

10 MAR 20:51 **Campinas confirma caso de sarampo em homem adulto**

19:35 **Foto mostra jacaré de 3,5 metros morto por caça ilegal nos EUA**

16:27 **Genética é a área mais popular da pesquisa científica, diz...**

10:56 **Estudo encontra elo entre baixo peso ao nascer e obesidade na vida...**

10:07 **Medicamentos controlados pelo governo**

PUBLICIDADE

Agora você pode comprar ou alugar episódios dos seus programas favoritos direto no computador!

A partir de R\$ 2,90

globoshopping

Extra.com.br
Cromus CHD11B
12 x R\$20,82

compare preços de Comparar

[veja todos os produtos »](#)

PUBLICIDADE

Encontre os objetos preferidos dos FAMOSOS.

Passa o mouse sobre os objetos e descubra.

ANEXO B - Circuncisão pode evitar 4 milhões de infecções por HIV até 2025 na África

globo.com notícias esportes entretenimento vídeos e-mail central globo.com assine já todos os sites



Ciência e Saúde

oferecimento



buscar

Brasil | Mundo | Economia | Política | Esporte | Carros | Emprego | Educação | Saúde | Tech | Bizarro | Pop&Arte | MG | RJ | SP | Telejornais | Virada de ano

20/07/2010 16h52 - Atualizado em 20/07/2010 16h52

Circuncisão pode evitar 4 milhões de infecções por HIV até 2025 na África

Pesquisa citada pela OMS mostra que risco reduz em até 60% para homens. Economia com gastos relacionados a Aids seria de US\$ 20,2 bi no período.

Reuters

imprimir

Mais de 4 milhões de novas infecções pelo HIV poderiam ser evitadas no leste e no sul da África até 2025 caso as taxas de circuncisão forem aumentadas em 80 por cento, afirmaram pesquisadores na terça-feira.

A ampliação dos serviços de circuncisão em 80 por cento para adultos e recém-nascidos na região também economizaria 20,2 bilhões de dólares em gastos com a saúde relacionados ao HIV entre 2009 e 2025, disseram eles.

"Com os recursos globais escassos, precisamos focar na expansão de métodos comprovados e com uma boa relação custo-benefício como a circuncisão masculina para evitar a transmissão do HIV", disse Krishna Jafa, especialista em HIV do grupo de assistência à saúde Population Services International (PSI), durante uma conferência sobre Aids em Viena.

As declarações de Jafa ecoaram às do ex-presidente norte-americano Bill Clinton e do filantropo Bill Gates, cujos discursos na conferência pediram por uma ampliação rápida da circuncisão masculina como forma eficiente para evitar a disseminação do HIV.

A África Subsaariana abriga 67 por cento das 33,4 milhões de pessoas que vivem com o vírus HIV em todo o mundo. Cerca de 1,9 milhão de pessoas haviam sido infectadas recentemente na região em 2008.

Uma pesquisa citada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que a circuncisão masculina pode reduzir o risco de um homem adquirir o HIV em até 60 por cento.

O PSI apresentou resultados de um estudo no Zimbábue no qual os pesquisadores programaram e experimentaram um modelo de eficiência chamado Move, destinado em aumentar a quantidade de circuncisões masculinas usando técnicas melhores, treinamento adequado, equipamento e equipe eficientes.

No programa piloto do novo sistema, uma equipe de dois médicos e três enfermeiros conseguiu executar quatro circuncisões ao mesmo tempo e aumentar a taxa de três para 10 operações por hora, indicaram os resultados. Ao longo dos 12 meses do projeto piloto, cerca de 6.500 homens foram circuncidados.

Os resultados também indicaram que a qualidade do procedimento não foi comprometida e que não houve aumento na porcentagem de homens reclamando de efeitos colaterais nocivos depois.

Em março de 2007, a OMS e o Unids recomendaram a circuncisão masculina como uma forma de prevenção efetiva ao HIV.

O estudo do PSI descobriu que, apenas no Zimbábue, que tem uma taxa de 13,7 por cento de adultos com HIV e uma taxa de circuncisão masculina de pouco mais de 10 por cento, 750 mil novas infecções por HIV poderiam ser evitadas se 80 por cento dos homens fossem circuncidados. O estudo também descobriu que há uma alta demanda pelo procedimento.



Link <http://g1.globo.com/ciencia-e-sa>



PUBLICIDADE

Conexão banda larga, os melhores vídeos da TV Globo e Globosat, 4 contos de e-mail com 10GB, ensaios exclusivos do Paparazzo e jogos dos principais campeonatos de futebol.

Ciência e Saúde

10 MAR

20:51

Campinas confirma caso de sarampo em homem adulto



19:35

Foto mostra jacaré de 3,5 metros morto por caça ilegal nos EUA

16:27

Genética é a área mais popular da pesquisa científica, diz...

10:56

Estudo encontra elo entre baixo peso ao nascer e obesidade na vida...

10:07

Medicamentos controlados pelo governo...

PUBLICIDADE

globoshopping



Dell Computadores
Mochila de Notebook Dell Curve

10 x R\$9,90



compare preços de

Comparar

veja todos os produtos »

PUBLICIDADE

Links Patrocinados

Apneia do Sono e Ronco 2G

Falta de Desejo e Memória, Cansaço Sono Não Reparador, Boca Seca, Insone
www.DoutorPauloGodoy.com.br

ANEXO C - Teste de Vacina contra Aids reduz pela primeira vez risco de infecção



notícias
esportes
entretenimento
vídeos

central globo.com
assine a globo.com
todos os sites



/ ciência e saúde / **aids**

24/09/09 - 06h26 - Atualizado em 24/09/09 - 07h07



Teste de vacina contra Aids reduz pela primeira vez risco de infecção

Vacina administrada em 16 mil voluntários na Tailândia reduziu risco de contaminação em 31,2%.

Da BBC

Tamanho da letra: A- A+

Uma vacina experimental contra a Aids diminuiu, pela primeira vez, o risco de infecção pelo vírus HIV, afirmam cientistas. A vacina - uma combinação de duas vacinas experimentais já testadas - foi administrada a 16 mil voluntários na Tailândia, no maior teste já realizado com uma vacina contra a Aids.

Os pesquisadores concluíram que a vacina reduziu em quase um terço o risco de contrair o vírus HIV, que provoca a doença.

O resultado está sendo visto como um avanço científico significativo, mas uma vacina global ainda está distante.

publicidade



Provedor Banda larga.

[assine já](#)



saiba mais

/ plantão

QUA, 14/4/2010

23h18 | rio de janeiro
Carro pega fogo e deixa trânsito confuso em Botafogo

22h27 | brasil
Prêmio da Mega-Sena sai para aposta do Rio de Janeiro

22h24 | politica
Câmara aprova aposentadoria especial para pessoas com deficiência

[» todas as notícias](#)

/ primeira página

Liminar da Justiça Federal suspende leilão de Belo Monte

Se Irã fizer armas nucleares, terá que arcar, diz Lula

Racing x Corinthians

Chuva mata dois e deixa 18 cidades em emergência na Bahia

Mortos no ano por terremotos somam mais de 223 mil

[» primeira página](#)

editorias

- Primeira Página
- Blogs e Colunas
- Brasil
- Carros
- Ciência e Saúde
- Cinema
- Concursos e Emprego
- Economia e Negócios
- Esporte
- Mundo
- Música
- Planeta Bizarro
- Política
- Pop & Arte
- Rio de Janeiro
- São Paulo
- Tecnologia e Games
- VC no G1
- Vestibular e Educação
- Vídeos
- Todas as notícias

G1 especiais

- Carnaval 2011
- Virada de Ano
- Mais especiais

serviços

- Guia Cultural RJ
- Guia Cultural SP
- Downloads
- Indicadores financeiros
- G1 no seu celular
- Newsletter
- RSS
- Previsão do tempo
- Trânsito e Rotas
- Fale Conosco

tv globo

- Jornal Nacional
- Jornal da Globo
- Jornal Hoje
- Bom Dia Brasil
- Fantástico

[mais programas](#)

globo news

- Em Cima da Hora
- Conta Corrente
- Jornal das Dez

Links Patrocinados

Celular 3 Chips R\$ 99,90
2 Câmeras, Tv, FM, MP3, Bluetooth Frete Grátis para todo Brasil
CompreDaChina.com/SuperOferta








ANEXO D – Convenção para transcrição das entrevistas⁴¹

SÍMBOLO	NOME	USO
[texto]	Colchetes	Indica o principio e o final de sobreposição entre fala. Ex: penso que não [posso] [não pode fazê-lo].
=	Sinal de igual	Indica uma mudança de turno sem interrupção. Ex: Quero dizer que = =que tem que ir.
(número)	Pausa	Um número entre parênteses indica a duração, em segundo, de uma pausa na fala. Ex: (0.3), (2.3).
(.)	Micropausa	Uma pausa breve, normalmente menos de 0.2 segundos.
. ou ↓	Ponto ou flecha cima	Precedem uma diminuição marcada de entonação.
? ou ↑	Ponto de interrogação ou flecha para cima	Precedem um aumento marcado de entonação.
,	Vírgula	Indica um aumento ou diminuição temporal na entonação.
-	hífen	Indica uma finalização brusca ou uma interrupção brusca de uma palavra ou som.
>texto<	Texto entre símbolos de menor que	Indica que o texto entre os símbolos “menor que” foi dito de uma forma mais rápida que o habitual para o falante.
<texto>	Texto entre símbolos de maior que	Indica que o texto entre os símbolos “menor que” foi dito de uma forma mais lenta que o habitual para o falante.
MAIÚSCULA	Texto em maiúscula	Indica grito ou expressão mais sonoras que o restante da fala.
Sublinhado	Texto sublinhado	Indica palavras ou partes de palavras que são acentuadas pelo falante.
:	Dois pontos	Indica a prorrogação de um som. Ex: Fantás:::tico.
(hhh)		Expiração audível.
? ou (.hhh)		Aspiração audível.
(texto)	Parêntesis	Fragmento incompreensível ou de que se têm dúvidas. Pode estar vazio ou preencher com o que se pensa ter ouvido. Pode estar acompanhado por especificação de tempo. Ex: (Não compreensível 3.4).
((cursiva))	Parêntesis em dobro	Anotação de uma atividade não-verbal. Ex: ((Sorri enquanto fala).
(x)		Quando o falante expressa uma dúvida ou gagueja. Ex: Eu (x) eu penso que...
£ palavra £	Libra esterlina	Encerra mensagens. Ex: Obrigada

⁴¹ Tradução e adaptação feita por RAMIRO (2009) de: Jeffersonian Transcription Notation as described in Jefferson, Gail (1984): On the organization of laughter in talk about troubles. In J. Maxwell Atkinson; John Heritage (Eds.): **Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis** (P. 346-369). Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXO E – Parecer do comitê de ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº **332/2009**

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
 PEPG em Psicologia: Psicologia Social
 Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a). Mary Jane Spink
 Autor(a): George Moraes de Lutz

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de **Dissertação de Mestrado**, intitulado **O uso da retórica científica na opção por estilos de vida arriscados no cenário da aids: o caso barebacking**

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

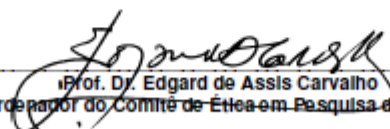
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **21/12/2009**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **332/2009**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, **21 de dezembro de 2009**.


 Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP