

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Roberto Garcia**

**Fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e de  
recusa do uso do preservativo em Homens que fazem sexo com Homens**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**SÃO PAULO  
2016**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Roberto Garcia**

**Fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e de recusa do uso do preservativo em Homens que fazem sexo com Homens**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica: Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Gimenez Ramos.

**SÃO PAULO**

**2016**

## **Banca Examinadora**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Gimenez Ramos (PUC-SP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmita Helena Najjar Abdo (USP)

---

Prof. Dr. Fernando Lefevre (USP)

---

Prof. Dr. Plínio de Almeida Maciel Junior (PUC-SP)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria S. Peters Kahhale (PUC-SP)

## Ficha Catalográfica

**GARCIA, Roberto.** *Fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e de recusa do uso do preservativo em Homens que fazem sexo com Homens*

**São Paulo:** 2016, 289 f.

**Tese (Doutorado)** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

**Área de concentração:** Pós-Graduação em Psicologia Clínica

**Orientadora:** Professora Doutora Denise Gimenez Ramos.

**Palavras-chave:** HSH, HIV/Aids, preservativo, comportamento sexual de risco, impulsividade, compulsividade.

## AGRADECIMENTOS

Meus profundos e sinceros agradecimentos à orientadora, Dr.<sup>a</sup> Denise Gimenez Ramos, pelo carinho, companheirismo, disponibilidade irrestrita, habilidade e incentivo nos momentos árduos da construção deste trabalho. Agradeço pela ajuda, dedicação, incontáveis horas de orientações e discussões, e pelo maravilhoso convívio que será referência em minha vida profissional e pessoal. Sem seu brilhantismo intelectual e humano eu certamente não teria chegado até aqui. Muitíssimo obrigado, do fundo do meu coração!

Às professoras do Núcleo, Dr.<sup>a</sup> Mathilde Neder, Dr.<sup>a</sup> Liliana Wahba e Dr.<sup>a</sup> Ceres de Araújo, que sempre me acolheram com muito amor, carinho e disponibilidade, e em especial à Dr.<sup>a</sup> Edna Maria S. Peters Kahhale, pelo companheirismo, encorajamento, dedicação e contribuições relevantes durante todo este trajeto.

À Dr.<sup>a</sup> Carmita Helena Najjar Abdo e aos Drs. Fernando Lefevre e Plínio de Almeida Maciel Junior, pelos subsídios preciosos e fundamentais desde a qualificação, e pela presença e gentileza em etapas tão importantes.

À Dr.<sup>a</sup> Mariliza Henrique da Silva, pela generosidade e afetuosa receptividade ao permitir a realização desta pesquisa na unidade da qual é diretora, e a toda a equipe que nos recepcionou e acolheu com tanta afetividade e disponibilidade.

À Dr.<sup>a</sup> Ana M. Cavalcanti Lefevre, apesar de não estar mais entre nós, mas que será sempre carinhosamente lembrada por suas mensagens de carinho, força e perseverança.

Aos(Às) queridos(as) amigos(as) da PUC-SP, que compartilharam comigo desses momentos às vezes tão sofridos, com muito companheirismo e carinho manifestados nos corredores, telefonemas e inúmeras mensagens de perseverança e acolhimento.

À Prof.<sup>a</sup> Estela de Jesus Martins, a brilhante e querida revisora que me acompanhou nestes últimos nove anos, com muito profissionalismo, dedicação, paciência e carinho.

Um profundo agradecimento a todos aqueles que se dispuseram a ser entrevistados para a elaboração deste estudo, e por me permitirem compartilhar detalhes íntimos, sofridos e tão especiais de suas vidas. Muito obrigado!

Ao Dr. Ricardo Pietrebon e toda a equipe da SPOREDATA Tecnologia em Portais Educacionais ME, pelo profissionalismo, habilidade e dedicação na difícil e complexa tarefa de tabulação estatística.

Neste percurso, conheci e convivi com inúmeras pessoas, e em meio a tantos nomes e situações, é possível – e até mesmo provável – que tenha inadvertidamente negligenciado agradecimentos merecidos a uma ou outra pessoa. A estes, minhas humildes e sinceras desculpas, e a certeza de que estarão sempre em meu coração. Muitíssimo obrigado a todos(as)!

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal identificar e compreender fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e recusa do uso do preservativo com parcerias eventuais e/ou estáveis de HSH HIV<sup>+</sup>; e, como objetivo específico, compreender o comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo entre HSH HIV<sup>+</sup>. Nesta pesquisa de métodos mistos, que comparou os relatos entre os componentes quantitativos e qualitativos, foram selecionados 178 participantes para a etapa quantitativa (amostra total = T), que preencheram um formulário sociodemográfico e de hábitos do uso do preservativo, e duas escalas – a Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) e a Escala de Compulsividade Sexual (ECS). Desse universo, foram então selecionados 81 participantes (Subamostra = S-2) para a etapa qualitativa, que também responderam a três histórias fictício-projetivas e avaliaram um cartaz de Campanha Nacional do HIV de 2014. Como método de análise qualitativa, utilizamos o Discurso do Sujeito Coletivo; e para a análise quantitativa optamos pela combinação de Processamento de Língua Natural e triangulação com resultados qualitativos. Dentre os principais resultados encontrados destacamos que, na etapa quantitativa, dos 73 sujeitos (41%) (T) que declararam inicialmente ter usado preservativos durante todas as relações sexuais, na etapa qualitativa apenas 14 (17,3%) (S-2) admitiram efetivamente usá-lo, demonstrando divergências entre os dois grupos. Essa contradição se repetiu no uso de substâncias psicoativas – caracterizado neste estudo como o principal fator desencadeador da omissão do uso do preservativo –, pois somente 28% (T) inicialmente admitiram usá-las, em contraste com o total de 56% (S-2) na etapa qualitativa. Outra divergência, que representaria a “prova cabal” de omissão e recusa do uso do preservativo, ocorreu na declaração de terem contraído DSTs após o diagnóstico do HIV, identificada em 35,5% (T) e em 52% (S-2), respectivamente. Outra constatação foi a recusa intencional e deliberada do uso do preservativo associada a indícios de comportamento sexual compulsivo e prazer no risco, entre eles o dos *barebackers*, e aqueles praticados nas *cruising areas*. Considerando as significativas divergências entre os relatos iniciais dos participantes e o que foi identificado posteriormente nas duas etapas desta pesquisa, conclui-se que orientações clínicas e de políticas públicas devem ser cautelosas na interpretação de pesquisas, com as devidas checagens associadas a uma investigação mais aprofundada. As características clínicas observadas neste estudo, entre elas os indícios de comportamentos sexuais impulsivos e compulsivos, podem se constituir em referenciais determinantes a serem considerados em futuras ações quanto ao uso do preservativo em HSH HIV<sup>+</sup>.

**Palavras-chave:** HSH, HIV/Aids, preservativo, comportamento sexual de risco, impulsividade, compulsividade.

## ABSTRACT

This study aimed to identify and understand factors involved in conducts of circumstantial omission and refusal of condom use with casual and/or stable partners by MSM living with HIV<sup>+</sup>; and as a specific objective, to understand the behavior of intentional and deliberate refusal of condom use among MSM with HIV<sup>+</sup>. In this research of mixed methods, comparing reports between quantitative and qualitative components, 178 participants were selected for the quantitative stage (total sample = T), who filled out a sociodemographic form with condom usage habits, as well as two scales – Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and Sexual Compulsivity Scale (SCS). From this universe, 81 participants were selected for the qualitative stage (Subsample = S-2), also answering to three fictional-projective stories and rating a 2014 National Campaign Poster on HIV. For the qualitative analysis we used the Discourse of the Collective Subject; and for the quantitative analysis we opted for the combination of Natural Language Processing and triangulation with qualitative results. Among the main findings we highlight that, in the quantitative stage, from the 73 subjects (41%) (T) that had declared the use of condom in all their sexual relations, only 14 (17.3%) (S-2) effectively admitted its use in the qualitative stage, indicating divergence between the two groups. Similarly, this contradiction was repeated as to the use of psychoactive substances – characterized in this study as the main triggering factor of condom use omission –, since only 28% (T) initially admitted having used them, in contrast to the total of 56% (S-2) in the qualitative stage. Another difference that would mean a "clear proof" of failure and refusal of condom use occurred in their assertion of having contracted STIs after the HIV diagnosis, identified in 35.5% (T) and 52% (S-2), respectively. Another finding was the intentional and deliberate refusal of condom use associated with signs of compulsive sexual behavior and risk in pleasure, including the *barebackers* and those practiced in *cruising areas*. Given the significant divergences between the initial reports of the participants and what was later identified in the two stages of this research, we conclude that clinical guidelines and public policies should be cautious in research interpretation, with proper checkings associated with further investigations. The clinical features observed in this study, including the evidence of impulsive and compulsive sexual behaviors, may constitute determining benchmarks to be taking into account in future actions associated to the use of condoms by MSM with HIV<sup>+</sup>.

**Keywords:** MSM, HIV / Aids, condom, sexual risk behavior, impulsiveness, compulsiveness.

## RESUMÈ

Cette étude a eu pour but principal d'identifier et de comprendre les facteurs impliqués dans le comportement de l'omission circonstancielle et le refus de l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels et / ou stables des HSH VIH+; et comme objectif spécifique, comprendre le comportement de refus intentionnel et délibéré de l'utilisation du préservatif chez les HSH VIH+. Dans cette recherche utilisant des méthodes mixtes, qui a comparé les récits recueillis chez les composantes quantitatives et qualitatives, 178 participants ont été sélectionnés pour l'étape quantitative (échantillon total = T), ceux-là ont rempli un formulaire socio-démographique portant également sur leurs habitudes d'utilisation du préservatif, et deux échelles - la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) et l'Échelle de la Compulsion Sexuelle (ECS). Dans cet univers, 81 participants ont été alors choisis (sous-échantillon = S-2) pour l'étape qualitative, lesquels ont également répondu à trois histoires fictives-projectives et évalué une affiche de la Campagne nationale contre le VIH de 2014. Comme méthode d'analyse qualitative, nous avons utilisé le Discours du sujet collectif; et pour l'analyse quantitative, nous avons choisi la combinaison du Traitement de la langue naturelle et la triangulation avec des résultats qualitatifs. Parmi les principaux résultats, nous soulignons que, au cours de l'étape quantitative, sur les 73 sujets (41%) (T) qui avaient déclaré initialement avoir utilisé des préservatifs lors de toutes les relations sexuelles, au cours de l'étape qualitative seulement 14 (17,3%) (S-2) ont admis l'utiliser effectivement, ce qui montre des divergences entre les deux groupes. Cette contradiction s'est répétée en ce qui concerne l'utilisation de substances psychoactives - caractérisée dans cette étude comme le principal facteur déclencheur de l'omission de l'utilisation du préservatif -, car seulement 28% (T) ont initialement admis les utiliser, en contraste avec le total de 56% (S-2) lors de l'étape qualitative. Une autre divergence, qui représenterait une «preuve définitive» de l'omission et du refus de l'utilisation du préservatif, a eu lieu lorsqu'ils ont déclaré avoir contracté les MST après le diagnostic du VIH, identifiée dans 35,5% (T) et dans 52% (S-2) respectivement. Une autre constatation est le refus intentionnel et délibéré de l'utilisation du préservatif associé à des indices de comportement sexuel compulsif et le plaisir du risque, parmi lesquels ceux des *barebackers* et ceux pratiqués dans les *cruising areas*. Compte tenu des divergences importantes existant entre les récits initiaux des participants et ce qui a été identifié plus tard au cours des deux étapes de cette recherche, nous avons conclu que les orientations cliniques et celles des politiques publiques doivent être plus prudentes en ce qui concerne l'interprétation des enquêtes, en effectuant les vérifications nécessaires associées à une investigation plus approfondie. Les caractéristiques cliniques observées dans cette étude, parmi lesquelles les indices de comportement sexuel impulsif et compulsif, peuvent constituer des référentiels déterminants à prendre en considération lors des actions futures concernant l'utilisation des préservatifs chez les HSH VIH+.

**Mots-clés:** HSH, VIH/SIDA, préservatifs, comportement sexuel à risque, l'impulsivité et compulsion.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ( <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> )
APLN	Análise do Processamento em Linguagem Natural ( <i>NLPA – Natural Language Processing Analysis</i> )
APA	Associação Psiquiátrica Americana
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
GLB	Gays, Lésbicas e Bissexuais.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )
HIV <sup>+</sup>	HIV positivo
HIV <sup>-</sup>	HIV negativo
HSH	Homens que fazem sexo com homens
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
ONU	Organização das Nações Unidas
TB	Teste Binomial ( <i>Exact Binomial</i> )
X <sup>2</sup>	Teste Qui-quadrado ( <i>Test Chi-Square</i> )

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Diagrama de Venn.....	139
<b>Figura 2</b> – Campanha Nacional do HIV – 2014.....	190

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição por Faixa Etária.....	131
<b>Gráfico 2</b> – Resultados das Escalas BIS-11 (Fator único e subitens) e ECS por número de pessoas que pontuaram acima da média.....	135
<b>Gráfico 3</b> – Dispersão lexical: Substâncias Psicoativas (S-2).....	143
<b>Gráfico 4</b> – Levantamento das principais recorrências de variáveis nas estratificações (Amostra T).....	147
<b>Gráfico 5</b> – Levantamento das principais recorrências de variáveis nas estratificações (S-2).....	148
<b>Gráfico 6</b> – Dispersão lexical Impulsividade/ Excitação sexual (S-2).....	153
<b>Gráfico 7</b> – Seduzido pela Aparência (nuvem de palavras).....	153
<b>Gráfico 8</b> – Medo de Levantar Suspeitas (S-2).....	158
<b>Gráfico 9</b> – Medo de Perder a Parceria (S-2).....	163
<b>Gráfico 10</b> – Traição, Falta de Comprometimento (S-2).....	164
<b>Gráfico 11</b> – Medo da rejeição (S-2).....	166
<b>Gráfico 12</b> – Medo de perder a parceria estável (S-2).....	167
<b>Gráfico 13</b> – Medo de desconfianças (S-2) .....	169
<b>Gráfico 14</b> – <i>Darkrooms</i> , boates e saunas (sexo de alto risco) (S-2).....	183
<b>Gráfico 15</b> – Cinemas, parques, shoppings, <i>swings</i> e pegação (S-2).....	184
<b>Gráfico 16</b> – Direito ao sexo <i>barebacking</i> (S-2).....	185
<b>Gráfico 17</b> – Entrega incondicional e deliberada do comportamento <i>barebacking</i> (S-2)..	186
<b>Gráfico 18</b> – Perda da sensibilidade pelo uso do preservativo (S-2).....	187
<b>Gráfico 19</b> – Comportamento sexual extremo: <i>sexo barebacking</i> (S-2).....	188

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Impulsividade vs. Compulsividade.....	64
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Resultados das Escalas BIS-11 (fator único e subitens) e ECS.....	132
<b>Tabela 2</b> – Resultados comparativos das Escalas BIS-11 e ECS entre as duas subamostras.....	133
<b>Tabela 3</b> – Resultados das Escalas BIS-11 (Fator único e subitens) e ECS por número de pessoas que tiveram pontuação acima da média.....	134
<b>Tabela 4</b> – Resultados das Escalas de Impulsividade BIS-11 e ECS, estratificadas com “uso do preservativo” (amostra T).....	136
<b>Tabela 5</b> – APLN do comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais (S-2).....	152
<b>Tabela 6</b> – APLN do comportamento receoso de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento (S-2).....	158

<b>Tabela 7</b> – APLN do comportamento de falta de coragem em revelar o diagnóstico à parceria estável (S-2).....	162
<b>Tabela 8</b> – APLN do comportamento de dificuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda da parceria (S-2).....	165
<b>Tabela 9</b> – Teste binomial do comportamento HSHM (S-2).....	168
<b>Tabela 10</b> – APLN de temor de HSHM quanto à descoberta de suas relações Homossexuais (S-2).....	168
<b>Tabela 11</b> – APLN do comportamento de alto risco entre HSH (S-2).....	182

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	22
<b>2 ASPECTOS PSICODINÂMICOS ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE OMISSÃO E RECUSA DO USO DO PRESERVATIVO</b> .....	44
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS .....	45
2.1.1 <b>O fluxo das pulsões no aparelho psíquico</b> .....	46
2.1.1.1 As pulsões sexuais (libido) .....	48
2.1.2 <b>Os mecanismos de defesa do ego e os destinos das pulsões</b> .....	50
2.2 A PSICODINÂMICA DO DESEJO.....	51
2.3 O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DOS CONTEÚDOS PSÍQUICOS.....	56
2.4 O ESTADO E A ORGANIZAÇÃO PSÍQUICA NARCÍSICA .....	61
2.5 A PSICODINÂMICA DOS COMPORTAMENTOS IMPULSIVO E COMPULSIVO.....	63
<b>3 O FENÔMENO DO COMPORTAMENTO <i>BAREBACKING</i></b> .....	71
3.1 O COMPORTAMENTO <i>BAREBACKING</i> E A VISÃO DA PSICOPATOLOGIA .....	77
3.1.1 <b>O comportamento perverso</b> .....	79
<b>4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS: OS CONTEXTOS AFETIVOS, SEXUAIS E HISTÓRICO-SOCIAIS DOS HSH HIV<sup>+</sup></b> .....	88
4.1 O PROCESSO DE “PATOLOGIZAÇÃO” DA HOMOSSEXUALIDADE .....	88
4.1.1 <b>O processo de “despatologização” da homossexualidade</b> .....	91
4.2 OS PROCESSOS DE (AUTO E HETERO) IDENTIFICAÇÃO SEXUAL .....	93
4.2.1 <b>As categorias identitárias</b> .....	94
4.2.1.1 Homossexualidade .....	95
4.2.1.2 Bissexualidade .....	98
4.2.2 <b>Os comportamentos sexuais</b> .....	100
4.2.2.1 O comportamento sexual de Homens que fazem sexo com Homens.....	100
4.2.2.2 Os comportamentos sexuais das masculinidades hegemônicas e subalternas ....	102
4.3 A <i>AIDS</i> E SUAS IMPLICAÇÕES ÀS SEXUALIDADES NÃO HEGEMÔNICAS .....	107
4.3.1 <b>Homofobia</b> .....	109
4.4 OS CONTEXTOS DA PREVENÇÃO .....	112
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	121
5.1 OBJETIVO GERAL .....	121
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	121
<b>6 MÉTODO</b> .....	122
6.1 HIPÓTESES.....	122
6.2 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	123
6.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	123
6.4 PARTICIPANTES.....	124

6.4.1	<b>Critérios de inclusão</b> .....	124
6.5	PROCEDIMENTOS .....	124
6.5.1	<b>Instituição onde foi realizada a pesquisa</b> .....	125
6.5.2	<b>Local das entrevistas</b> .....	125
6.5.3	<b>Seleção dos participantes</b> .....	125
6.5.4	<b>Aspectos éticos</b> .....	125
6.5.5	<b>Etapas das entrevistas</b> .....	125
6.6	DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA .....	126
6.6.1	<b>Característica do desenho da amostra</b> .....	126
6.6.2	<b>Amostra</b> .....	126
6.6.2.1	Subdivisão da amostra.....	126
6.7	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO.....	127
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	131
7.1	HIPÓTESES .....	132
7.2	ANÁLISE DA CAMPANHA NACIONAL DO HIV – 2014 .....	189
7.2.1	<b>Teste binomial</b> .....	190
7.2.2	<b>Principais relatos sobre o que a imagem transmite</b> .....	191
7.2.2.1	DSC: Alusão a Festa, carnaval, bagunça, prazer, transa, sexo .....	191
7.2.2.2	DSC: Alusão a substâncias psicoativas .....	191
7.2.3	<b>Principais relatos sobre a imagem como parte de campanh nacional sobre o uso do preservativo</b> .....	191
7.2.3.1	DSC: Não transmite nada.....	191
7.2.3.2	DSC: Não vejo nenhuma associação ao uso do preservativo.....	191
7.2.4	<b>Principais sugestões para campanha de incentivo ao uso das camisinha</b> .....	192
7.2.4.1	DSC: Proporia campanhas mais informativas, claras, diretas e objetivas do preservativo/ HIV.....	192
7.2.5	<b>Estratificações (S-2)</b> .....	194
7.2.6	<b>Conclusão da análise do Cartaz da Campanha Nacional do HIV - 2014</b> .....	194
7.3	FECHAMENTO DA ENTREVISTA.....	194
7.3.1	<b>Teste binomial</b> .....	194
7.3.1.1	Principais respostas dos participantes sobre o que diriam a alguém para que evitasse o HIV.....	195
7.3.1.2	Principais respostas dos participantes sobre como se sentiram ao participar da entrevista .....	195
7.3.2	<b>Conclusão do fechamento da entrevista</b> .....	196
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	197
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	222
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	232
	<b>ANEXOS:</b>	
	<b>ANEXO 1:</b> Caracterização da amostra – Aspectos Sociodemográficos e Socioeconômicos .....	253
	<b>ANEXO 2:</b> Entrevista Individual: casos fictícios projetivos .....	255
	<b>ANEXO 3:</b> Cartaz da Campanha Nacional de Combate à AIDS – 2014.....	257
	<b>ANEXO 4:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	258
	<b>ANEXO 5:</b> Tabelas Qualiquantitativas (TAs).....	260

## INTRODUÇÃO

Diversos são os fatores envolvidos nos comportamentos de omissão e recusa do uso do preservativo em Homens que fazem sexo com Homens (HSH) vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A compreensão desses comportamentos, que tem sido objeto de investigação científica contemporânea sobretudo nas últimas décadas do século XX, integra um processo histórico-social instigado, em grande parte, pelo advento da *aids*<sup>1</sup>. A partir daí, a necessidade de reflexão quanto às várias possibilidades implicadas na conduta sexual dos indivíduos foi intensificada no âmbito social e acadêmico, nacional e internacionalmente.

Com relação à adoção da terminologia “HSH” ao invés de homossexuais, gays ou bissexuais, esta pesquisa seguirá as diretrizes do Plano de Enfrentamento Nacional de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis (2007), justificadas pelo combate ao estigma, discriminação e homofobia; e que têm a intenção de reduzir as vulnerabilidades e consequentemente garantir o respeito à diversidade sexual. No âmbito da vigilância epidemiológica, a terminologia “HSH” é uma categoria de análise em pesquisa que abrange comportamentos sexuais não hegemônicos, entre eles homossexuais, gays e bissexuais. A utilização dessas diversas terminologias entre os pesquisadores nacionais e internacionais é justificada pela falta de consenso entre os autores, principalmente pelas diferenças envolvidas, que se distinguem por: (a) *categorias identitárias*, abrangendo os homossexuais, gays e bissexuais que se autoreconhecem como tal e lutam pelo reconhecimento social e político de seus direitos; e (b) *comportamentos sexuais*, envolvendo os HSH que não desejam o reconhecimento social e político de suas práticas sexuais, e buscam a discrição e o direito de exercer sua sexualidade sem serem classificados e identificados.

Os possíveis limiares que suscitariam diferenças no que tange aos processos de subjetividade em cada caso, apesar de não estarem entre os objetivos desta investigação, serão ressaltados de maneira breve em um dos tópicos deste estudo, apenas em caráter contextual e informativo. Entretanto, sempre que forem mencionadas diferentes terminologias neste

---

<sup>1</sup> Neste trabalho adotamos a indicação de Castilho (1997) no uso da terminologia *aids*. Observe-se que podem ser encontradas neste texto diferentes formas de nomeação: *aids*, **AIDS**, **Aids** ou **SIDA**. No Brasil foi adotada desde o início a terminologia **AIDS** – da língua inglesa – diferentemente dos países latinos, que adotaram **SIDA**. Atualmente, em publicações do Programa Nacional de DST e **Aids** – Ministério da Saúde, **Aids** tem sido usada em nomes próprios de entidades, *aids* – como substantivo comum – para falar da doença, e **AIDS** em siglas que incorporem a palavra.

trabalho, tais como homossexuais, gays e bissexuais, serão consideradas como parte de abrangência do grupo de HSH, nomenclatura eleita para esta investigação.

Contudo, ressaltamos que as reflexões aqui presentes, e que dizem respeito às categorias identitárias e aos comportamentos sexuais, não pretendem classificar identidades. Ao contrário, acreditamos que as tentativas estéreis em determinar “identidades sexuais”, sejam elas hétero, homo, bissexual ou qualquer outra, seriam uma forma de fragmentação do indivíduo, um contrasenso diante dos posicionamentos teóricos psicodinâmicos que alicerçam este estudo. No decorrer deste trabalho, veremos que a sexualidade está associada ao psicodesenvolvimento humano, que é parte de um processo complexo, dinâmico, plural, no qual seu exercício e manifestação são caracterizados por infinitas possibilidades. O estabelecimento de classificações sexuais faz parte de ideologias político-sociais sexistas que almejam a luta pelo poder, domínio e tentativa de controle de uma sociedade heteronormativa que não aceita as diferenças de qualquer comportamento que se distancie dos modelos binários. Esses históricos interesses hegemônicos fundamentados por divisão de papéis apregoam relações assimétricas de poder e submissão, além de promover violência, exclusão e um processo de estigmatização de enormes consequências aos indivíduos e à sociedade. Em vista disso, a observação sobre posicionamentos de categorias identitárias e comportamentos sexuais neste estudo faz parte de um esforço em nos aprofundarmos no conhecimento dos contextos afetivos, sexuais e sociais associados ao universo de como se veem e como são vistos os HSH, cujas implicações são de enorme representatividade no contexto desta pesquisa. Acreditamos ser este um caminho que possa nos ajudar a construir uma reflexão que permita estabelecer um diálogo mais próximo da realidade dos indivíduos, e a partir daí buscarmos entender os fenômenos relacionados a esta pesquisa.

O interesse do presente estudo partiu da identificação desse fenômeno de difícil compreensão, percebido e intensificado na realidade brasileira no início desta década e que nos remete a várias indagações até o momento não explicadas, associadas a omissões e à recusa do uso do preservativo em HSH vivendo com HIV (GARCIA, 2012). Trata-se de indivíduos que, na perspectiva da prevenção pelo uso do preservativo, comportam-se de formas extremas, que variam desde a *omissão circunstancial* até a recusa dessa proteção – em alguns casos, *intencional e deliberada*. Esses comportamentos poderiam ser justificados por infinitas razões, tais como questões passionais de envolvimento afetivo e de extrema confiabilidade no(a) parceiro(a), de idealização deste(a) e do medo de magoá-lo(a); falta de cultura do aprendizado do uso do preservativo; dificuldade de ereção no caso de pessoas mais velhas; disfunções erétil e sexual; crenças distorcidas; e tantas outras ilimitadas

possibilidades. Entretanto, apesar dessas questões estarem presentes neste estudo de forma direta ou indireta, não serão todas objeto de investigação pela necessidade de seleção com base em nossos objetivos. Para a escolha dos comportamentos a serem analisados nesta investigação, estabelecemos como critério, entre outros, aqueles que vão de encontro ao que seria esperado em prevenção e autoproteção pela vida, e que fariam parte de um universo que abrangesse desde condutas não funcionais na promoção à saúde e até mesmo patológicas.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão atualmente entre os mais graves problemas de saúde pública em todo o mundo, tornando o organismo potencialmente mais vulnerável a várias infecções, entre elas o HIV/Aids. “No Brasil, as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, são: Sífilis: 937.000/ Gonorreia: 1.541.800/ Clamídia: 1.967.200/ Herpes genital: 640.900/ HPV: 685.400” (BRASIL, 2013a). Os registros disponíveis de infecção por sífilis apontam para um aumento em 13 dos 14 estados que dispõem desses dados no Brasil, representando uma elevação de 603% somente no estado de São Paulo, e passando de 2.694 para 18.951 casos, respectivamente, entre 2007 e 2013<sup>2</sup>. Esses dados alarmantes confirmam, sobretudo, o não uso do preservativo.

Segundo dados epidemiológicos recentes da Worldometers<sup>3-4</sup>, existem 37.631.057 pessoas vivendo com HIV/Aids, dentre as quais 1.439.836 morreram por causas relacionadas ao HIV/Aids somente em 2015. Com relação à realidade brasileira, estima-se que aproximadamente 734 mil pessoas estejam vivendo com HIV/Aids no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, correspondendo a 20,5/100 mil habitantes (BRASIL, 2014). Recentes estatísticas do Ministério da Saúde já trabalham com a estimativa de que 781 mil estejam vivendo com o HIV no Brasil, representando, portanto, um aumento de 6% se comparado à anterior (BERGAMO, 2015). Nos capítulos seguintes serão observados os desdobramentos destes indicadores quando analisados sob o ponto de vista do

<sup>2</sup> CARVALHO, E.; LENHARO, M. G1, SP. **Sífilis aumenta em 13 de 14 estados com dados disponíveis sobre doença.** G1, SP, jul. 2015. Especialistas dizem que pessoas estão deixando de usar camisinha. No estado de São Paulo, casos aumentaram 603% entre 2007 e 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/07/sifilis-aumenta-em-13-de-14-estados-com-dados-disponiveis-sobre-doenca.html>>.

<sup>3</sup> WORLDOMETERS. Seção Saúde. Trad. Rafael Scapin. Disponível em: <<http://www.worldometers.info/br/>>. Acesso em: 9 nov 2015 às 15:49h.

<sup>4</sup> WORLDOMETERS. ESTATÍSTICAS MUNDIAIS: WORLDOMETERS. PUCPR SUSTENTABILIDADE. “Votado como um dos melhores sites gratuitos de referência pela American Library Association (ALA) e traduzido para diversos idiomas diferentes, o site funciona com um algoritmo criado pelos pesquisadores envolvidos, que processa dados recentes e projeta um valor para cada um dos itens apresentados. Segundo o site, apenas dados confiáveis são utilizados para fornecer os resultados estatísticos que são postados. A organização Worldometers não tem ligação com nenhuma organização privada ou governamental, mas sim faz parte de uma organização onde desenvolvedores independentes, pesquisadores e voluntários tem como objetivo demonstrar dados que possuam credibilidade e que possam informar a população”. MELLO, Letícia L. Núcleo Interdisciplinar de Sustentabilidade, PUC-PR, jul. 2014. Disponível em: <<https://pucsustentabilidade.wordpress.com/2014/07/01/estatisticas-mundiais-worldometers/>>.

comportamento HSH, incluindo as possíveis justificativas para as elevações expressivas nos últimos anos.

Estas estatísticas parecem ultrapassar as fronteiras nacionais, configurando assim uma questão de saúde pública global conforme já apontado anteriormente no Relatório de Ontário, Canadá<sup>5</sup>, pertinente a estratégias de prevenção do HIV na população LGBT (2006, p. 2): “As estatísticas mundiais recentes indicam que a infecção está novamente em ascensão entre os homens gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens”.

Ao longo desse percurso de aproximadamente 35 anos da detecção do vírus, o HIV foi marcado por fabulosas conquistas médicas que transformaram uma sentença de morte inicial em doença crônica; entretanto, o estigma e a discriminação ainda são reproduzidos sob a mesma percepção do modelo inicial. Desde o início da década de 80, quando a *aids* foi identificada, verificou-se que os primeiros doentes eram jovens homossexuais. Em curto prazo, porém, as estatísticas mostraram que todos estavam igualmente sujeitos à infecção, pois o HIV/Aids não está vinculado a nenhum grupo específico, e sim a comportamentos de risco. Ainda assim, presenciamos sua associação aos homossexuais, à promiscuidade e ao submundo; situação esta que torna a *aids* ainda mais nociva, complexa e de difícil gerenciamento. Tal conjuntura tornaria os HSH HIV<sup>+</sup> emocionalmente mais fragilizados e despotencializados para o enfrentamento de sua condição. “Ainda hoje o HIV/Aids se associa à homossexualidade, ao desvio sexual, à prostituição e à promiscuidade. Todas as sociedades parecem concordar com esses estigmas e discriminações, que despotencializam as pessoas” (KAHHALE *et al.*, 2010, p. 87).

No entanto, quais seriam as explicações para o aumento de (re)infecções em HSH? Quais seriam os fatores envolvidos que levariam os HSH a vivenciar situações de risco sem qualquer contenção racional e sem conseguir expressar em palavras um comportamento que os tornaria incapazes de se controlarem?

Para responder a essas questões, que de antemão reconhecemos envolverem múltiplos enfoques, este estudo terá como característica a interdisciplinariedade, ou seja, a união de saberes que nos respaldem no estudo desse fenômeno. Assim, a pesquisa será estruturada por duas grandes abordagens, a psicodinâmica e a psicossocial, divididas em três grandes capítulos iniciais, teóricos e conceituais.

No primeiro capítulo – Revisão de Literatura –, após extenso levantamento foram acessadas as publicações mais significativas ligadas aos contextos relacionados aos

---

<sup>5</sup> Todas as traduções, quando não especificadas na bibliografia, foram feitas pelo autor desta tese.

comportamentos de omissão e recusa do uso do preservativo em HSH HIV<sup>+</sup>. Inicialmente serão esmiuçados os dados epidemiológicos que envolvem a conjuntura do HIV/Aids, seguidos de uma análise conjuntural do uso do preservativo. A consequência da omissão ou recusa no contexto dos comportamentos aqui estudados merece extrema atenção, até porque o mesmo indivíduo que omite o uso do preservativo em suas relações circunstanciais – “cerca de 42% dos jovens homossexuais do sexo masculino nem sempre usam preservativos em suas relações sexuais” –, caracterizadas pelo sexo desprotegido e de alto risco, é o mesmo que se recusa a usá-lo com seus(uas) parceiros(as) estáveis – “quando tem um parceiro fixo, esse é um fator importante para se deixar de usá-lo [...]”<sup>6</sup>. Entre os homens, o principal motivo para não se usar o preservativo é ter parceiro fixo<sup>7</sup> –, aumentando significativamente as chances de transmissão horizontal de infecção de DST/Hepatitis/HIV. Pesquisa recente realizada durante a Parada do Orgulho LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, e transgêneros) de 2013, na capital paulista, apontou que mais de 40% dos HSH jovens não usam preservativos regularmente<sup>8</sup>.

Ainda neste capítulo, o levantamento de pesquisas que retratam a conjuntura dos efeitos do estigma e discriminação demonstrará o quanto a realidade dos HSH – duplamente vulneráveis por sua orientação sexual<sup>9</sup> não heteronormativa e pela infecção do HIV – os deixaria, conseqüentemente, mais propensos a desenvolver um comportamento de risco. Sentimentos como a hipervigilância, o estresse contínuo e a enorme “tensão” entre a percepção do desejo sexual interno e as barreiras externas para a sua realização, devido aos padrões socioculturais determinantes e normativos, são fatores que os tornariam bem mais fragilizados. Este pode ser um dos fatores que fazem com que os HSH vivenciem sua sexualidade de forma “não integrada”, como uma espécie de “vida dupla” na clandestinidade e nos guetos, o que os deixa mais vulneráveis a ameaças de chantagens, agressões e violência.

---

<sup>6</sup> Quatro em cada dez jovens brasileiros acham que não precisam usar camisinha em um relacionamento estável. Além disso, três em cada dez ficariam desconfiados da fidelidade do parceiro caso ele propusesse sexo seguro. A conclusão é da pesquisa Juventude, Comportamento e DST/Aids realizada pela Caixa Seguros, com o acompanhamento do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Disponível em: <<http://www.giv.org.br/noticias/noticia.php?codigo=2421>>. Acesso em: 4 jun. 2013. Corroborada pelo artigo “Jovens não usam o preservativo” (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013), disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/artigos/2158684>>.

<sup>7</sup> TAKIUTI, Albertina, médica e coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-07-30/mais-de-40-dos-jovens-homossexuais-nao-usam-regularmente-preservativos>>. Acesso em: 30 jul. 2013. Corroborada por: Shea *et al.* (2011) e Laboissière (2012).

<sup>8</sup> Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-07-30/mais-de-40-dos-jovens-homossexuais-nao-usam-regularmente-preservativos>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

<sup>9</sup> Orientação sexual: refere-se ao sexo das pessoas que elegemos como objetos de desejo e afeto. Hoje são reconhecidos três tipos de orientação sexual: a *heterossexualidade* (atração física e emocional pelo “sexo oposto”); a *homossexualidade* (atração física e emocional pelo “mesmo sexo”); e a *bissexualidade* (atração física e emocional tanto pelo “mesmo sexo” quanto pelo “sexo oposto”). Disponível em: <<http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/genero.pdf>>. Módulo II: Gênero | Unidade II | Texto IV. Violência de gênero. p. 79. Acesso em: 25 jan. 2013.

De acordo com Baraka (2013), em relatório de estigma e discriminação a respeito da comunidade de HSH, a discriminação contribui para o aumento da vulnerabilidade dos homossexuais à infecção pelo HIV; além disso, o estigma do HIV/Aids afeta a autoestima, o que pode levar a comportamentos sexuais de risco. O autor relatou, ainda, que o ambiente hostil de homofobia também potencializaria os riscos do uso de drogas, abuso sexual e aumento de infecção pelo HIV e o impacto negativo na saúde física e psicológica. Por outro lado, Smit, Brady & Thompson (2012) afirmaram que, enquanto o estigma associado à infecção pelo HIV é bem reconhecido, a literatura aponta várias referências de estigma e discriminação de gays e HSH em muitas comunidades gays. Em vista disso, observaremos que o estigma do HIV assume diversas formas e que pode incorporar aspectos de exclusão social, preconceito de idade, discriminação com base em aparência física e estado de saúde, rejeição e violência.

Nessa situação, destacamos as agressões homofóbicas por conta do estigma e discriminação relacionados à orientação sexual e sorologia do HIV. Em 2012, os registros mostraram a gravidade do quadro. Segundo o Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil<sup>10</sup> divulgado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, os casos de violação – que incluem violência física, psicológica e discriminação contra HSH no país – cresceram 46,6%, perfazendo um total de 9.982 casos contra 6.089 casos (27,3%) de violações registradas diariamente em 2011. “A epidemia da infecção por HIV na população dos homens que fazem sexo com homens (HSH) continua a crescer em várias regiões do mundo, em parte devido à existência de homofobia e desrespeito aos direitos humanos” (BRIGNOL, 2013). Ainda no que se refere aos HSH vivendo com HIV, essa situação seria ainda mais complexa. Diante da percepção de ameaça de “estigmatização” à sua soropositividade, por estar associada ao estigma da homossexualidade, promiscuidade e marginalização, desencadeia-se uma série de outros sofrimentos.

A *aids* está carregada de fortes sentidos estigmatizantes que a relegam a um afastamento do usufruto da vida pessoal e direitos sociais, acarretando enormes danos e sofrimentos. Provoca sentimentos de vergonha, culpa e ressentimento, mediante a ignomínia da discriminação. Como consequência, o isolamento e a autodepreciação decorrentes vêm suscitar sentimentos de menos-valia, potencializando comportamentos autodestrutivos e a introjeção do preconceito<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Os casos de violência contra homossexuais cresceram 46% em 2012; o número de denúncias subiu 166%. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/27/casos-de-violencia-contra-homossexuais-cresceram-46-em-2012.htm>>. Acesso em: 6 fev. 2014.

<sup>11</sup> 8<sup>TH</sup> VIRTUAL CONGRESS HIV/AIDS. **Current research insight into HIV/AIDS and related diseases**. SIDAnet – ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA, Lisboa, Portugal, 2008.

Para concluir o capítulo de revisão de literatura, pesquisas demonstrarão a enorme influência de alguns fatores que poderiam resultar no comportamento de omissão, recusa e recusa incondicional no uso do preservativo, sendo os mais significativos apontados neste estudo: (a) *impulsividade*, analisada por pesquisadores como um elemento envolvido na “tomada de decisão impulsiva”, “falta de controle” e dificuldade em considerar os efeitos em longo prazo frente à excitação sexual (VASCONCELOS, 2012); e (b) *compulsividade*, considerada por pesquisadores como falta de domínio sobre as fantasias e impulsos sexuais incontroláveis, caracterizados como constantes e recursivos (GUERRA, 2012), cujas condutas são potencializadas por “agentes facilitadores”, tais como (1) *o uso de substâncias psicoativas*, lícitas (álcool e drogas) e ilícitas (cocaínas, metanfetaminas, crack etc); e (2) *o uso da internet*, amplo facilitador da prática sexual de risco, talvez por ser a principal e mais funcional ferramenta mobilizadora devido ao vasto potencial de abrangência e rapidez na resposta imediata aos que buscam por gratificação sexual. Tais agentes contribuem significativamente para o *comportamento de risco*, definido como uma prática sexual sem os cuidados protetivos e preventivos, dentre eles aqueles recorrentemente praticados nas *cruising areas* (*darkrooms, saunas, cinemas de pegação, parques etc*), e o *comportamento de recusa intencional e deliberado de qualquer modo de proteção e cuidado na prática sexual*, conhecido como *barebacking*<sup>12</sup>. Veremos que, segundo levantamento de pesquisas, todos esses elementos, caracterizados como grandes desencadeadores dos comportamentos de omissão, recusa, e recusa incondicional e deliberada do uso do preservativo, conduzem o indivíduo a um rebaixamento “crítico” da situação, levando-o a atuar sob uma espécie de “pensamento mágico” que ignora todas as informações de autoproteção disponíveis.

O segundo capítulo, referente aos aspectos psicodinâmicos associados aos comportamentos sexuais de omissão e recusa do uso do preservativo, de fundamental importância para a compreensão e análise dos materiais aqui coletados, distingue a singularidade de cada organização psíquica entre vários fatores, com base nas sensações e percepções relacionadas às experiências mais remotas do indivíduo. Em um nível muito profundo e inacessível à consciência, ocorre a “interiorização” de uma série de conteúdos psíquicos expressivos, procedente dessas relações com as figuras primeiras, pais ou seus substitutos. As “representações” que fazemos dessas experiências, que não correspondem,

---

<sup>12</sup> *Barebacking* significa, literalmente, cavalgar ou montar sem cela. Trata-se de um termo de origem inglesa, e pode ser definido como “[...] uma atividade que consiste em relacionar-se com pessoas desconhecidas, preferencialmente alguém que seja soropositivo, sem o uso do preservativo” (OLTAMARI, 2005).

necessariamente, às situações factuais, são “introjetadas” e têm enormes implicações na constituição psíquica do indivíduo, na escolha do objeto e nas suas atuações.

Os tratamentos e enfoques psicodinâmicos presumem que cada um de nós possui uma vida interior que é importante para a compreensão de nossa vida exterior, e que ambas são o produto de nossos históricos pessoais, incluindo os sentidos que atribuímos ao que nos haja ocorrido ou possa ocorrer. [...] As abordagens psicodinâmicas são baseadas em certas hipóteses: que aquilo que as pessoas dizem e fazem possui um significado, ainda que possa ser externo à percepção consciente; que existem padrões para o comportamento das pessoas e que esses padrões repetitivos podem ser discernidos a partir da narrativa de vida do indivíduo. (ROSENTHAL, 2008).

A abrangência dos aspectos teóricos e conceituais sobre o funcionamento psíquico, os recursos defensivos e suas implicações para lidar com as excitabilidades pulsionais inconscientes, nos mostrarão que nem sempre os comportamentos sexuais aqui investigados encontrariam um “caminho adaptado” para a realização do desejo, quando expressos no externo. Essas pulsões inconscientes, representadas pelo desejo, lutam por uma gratificação imediata e muitas vezes resultam em atuações imediatistas e arriscadas, gerando sofrimentos emocionais e inúmeras consequências. Em um dos comportamentos aqui investigados – o de recusa incondicional e deliberada do uso do preservativo –, observaremos que por trás do prazer do risco sexual sem proteção existiria um funcionamento psíquico de características “fronteiriças”, associado, portanto, a um comportamento “patológico”. Esta demanda conduziu-nos a um aprofundamento conceitual e teórico que subsidiasse nossas futuras análises, no caso, o da psicopatologia e teoria psicanalítica da perversão.

Contudo, o objetivo desta reflexão psicodinâmica alicerçada pelos pressupostos da Teoria da Psicanálise – afora ser a fundamentação teórica de compreensão do indivíduo com a qual nos identificamos –, não tem a pretensão de ser referencial de atendimento dentro das instituições dos CRT/HIV/Aids. Cientes de que os processos terapêuticos vigentes nessas instituições correspondem a uma estrutura de atendimento a grandes demandas e fluxos populacionais, nosso intuito aqui é estimular o aprofundamento teórico e conceitual para a compreensão dos fenômenos investigados. Desse modo, visamos contribuir para fundamentar outros posicionamentos associados a esses comportamentos sexuais desprotegidos de HSH, desvinculando-os de um processo lógico e racional e levando em consideração a subjetividade do indivíduo.

No terceiro e último capítulo dos aspectos teóricos e conceituais deste estudo serão focalizados *os aspectos psicossociais* – contextos afetivos, sexuais e sociais – dos HSH. Em uma sociedade caracterizada por rígidos padrões sociais de extrema complexidade para as

sexualidades não hegemônicas, aprofundarmo-nos na compreensão dos contextos em que vivem os HSH poderá contribuir para um entendimento integrado das suas particularidades.

Para tanto, serão abordados os seguintes tópicos: (a) *o processo de patologização da homossexualidade*, onde serão percorridos os principais fatos históricos e sociais de diferentes épocas que culminaram em patologização; (b) *o processo de despatologização da homossexualidade*, abordando os principais aspectos que cooperaram para a despatologização, tais como a luta dos movimentos sociais pela consolidação dos direitos humanos e sexuais; e (c) os *aspectos contextuais e informativos dos processos de (auto e hetero) identificação sexual*, envolvidos nas *categorias identitárias* – abrangendo os homossexuais e bissexuais – e nos *comportamentos sexuais* – pertinentes aos HSH.

Prosseguiremos abordando o comportamento sexual das masculinidades hegemônicas e subalternas. Para explorar tais indagações, analisaremos uma das posturas mais presentes na construção da subjetividade masculina: o comportamento dominante e controlador, que – sob o ponto de vista da realidade dos HSH – é expresso com variadas intensidades, caracterizadas por “signos” sociais e sexuais. Ao serem manifestados em suas polaridades, o que aparentemente os diferenciaria entre si, esses indivíduos poderiam ser entendidos com “complementariedades psíquicas” bastante complexas.

Finalizando esta sessão, destacaremos: (a) *a epidemia da aids e suas implicações para os HSH*, com repercussões sociais e culturais, cujas representações ainda são produzidas e reproduzidas na sociedade, suscitando manifestações homofóbicas e estigmatizantes; e (b) *os contextos da prevenção*, avaliando, no histórico da epidemia, as lacunas e as conquistas obtidas pelo trabalho da prevenção e suas campanhas.

Esta pesquisa, de enfoque quali-quantitativo, tem como objetivo principal identificar e compreender fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e recusa do uso do preservativo em HSH vivendo com HIV; e, como objetivo específico, compreender o comportamento HSH de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo.

Para complementar esta análise, investigamos um cartaz de campanha nacional do HIV de 2014 para avaliar como as questões envolvendo o uso do preservativo foram apreendidas e percebidas pelos participantes. Desse modo, por meio de uma concepção biopsicossocial do indivíduo, serão integrados os aspectos e contextos aqui investigados.

Concluindo, esperamos suscitar uma ampliação do espaço de reflexão, visando compreender a dinâmica subjetiva, os “gatilhos” e os conteúdos motivadores que influenciam os HSH HIV<sup>+</sup> no que tange aos comportamentos de omissão, recusa e recusa incondicional do uso do preservativo.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão<sup>13</sup> propõe-se a empreender uma análise minuciosa de pesquisas publicadas sobre fatores envolvidos na omissão e recusa do uso do preservativo em HSH vivendo com HIV entre suas parcerias casuais e/ou estáveis.

### Aspectos epidemiológicos

Ampliando o contexto informativo do último Boletim Epidemiológico Brasileiro, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), apresentado no capítulo de introdução, estima-se que cerca de 734 mil pessoas estejam vivendo com HIV/Aids no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, correspondendo à taxa de detecção média de 20,5/100 mil habitantes; um aumento, portanto, se comparado ao boletim de 2013 (BRASIL, 2013b), que registrou 20,2/100 habitantes. Nesta estimativa, 417 mil utilizam os medicamentos antirretrovirais oferecidos na rede pública, e muito provavelmente apresentam suas cargas virais mais controladas, o que diminui sensivelmente a probabilidade de transmissão; 167 mil têm ciência de sua sorologia, mas não buscam tratamento; e o restante, 150 mil, desconhecem sua sorologia. Assim sendo, nestes dois grupos que convivem com o vírus sem diagnóstico e/ou tratamento, observamos um potencial risco de elevação de infecção, principalmente se considerarmos que as primeiras manifestações do vírus podem demorar aproximadamente de cinco a oito anos (BRASIL, 2015). Nestes últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de *aids*, sendo a região Sudeste a área de maior concentração e desaceleração significativa nos últimos 10 anos (em 2004, a taxa de detecção foi de 26/100 mil habitantes, passando de 18,7 casos em 2013, o que corresponde a uma queda de 28,1%). A partir de 2009, observamos uma elevação dos casos em homens (54%, no período de 1980 a junho de 2014), com maior concentração entre os indivíduos com idades entre 25 a 39 anos. Também nos últimos 10 anos é possível observar uma elevação estatisticamente significativa da taxa de detecção entre homens nas faixas etárias de 15-19 anos, 20-24 anos e 60 anos ou mais, e uma tendência expressiva entre aqueles nas faixas 35-

---

<sup>13</sup> O levantamento objetivou apresentar o quadro de pesquisas atuais com respeito aos comportamentos aqui investigados. Selecionados em fontes de pesquisa – PUBMED, MEDLINE, SCIELO – e em revistas de Psicologia e Psiquiatria, foram privilegiados os artigos, teses e dissertações dos anos de 1999 a 2014. Para tanto, adotamos os seguintes critérios de inclusão: pesquisas HIV/Aids, gênero masculino; categoria de exposição HSH, e que retratassem aspectos psicodinâmicos e psicossociais relevantes para a compreensão dos comportamentos de omissão e recusa do uso do preservativo.

39 anos e 40-44 anos. No que se refere à categoria de exposição entre os homens de 13 anos ou mais, a principal via de transmissão é a sexual, correspondendo a 94,9% em 2013. Ainda em relação ao gênero masculino, observa-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual; porém, há uma tendência de aumento na proporção de casos em HSH nos últimos 10 anos, alterando de 34,6% em 2004 para 43,2% em 2013. Entre os HSH, nota-se que essa proporção é superior entre aqueles com até 29 anos de idade, quando comparados aos indivíduos das demais faixas etárias, e uma tendência de aumento em quase todas as faixas etárias, exceto entre aqueles com 50 anos ou mais. No grupo de homens com até 29 anos de idade, a proporção teve uma elevação expressiva se compararmos os anos 2004 e 2013.

Segundo o programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – UNAIDS (2014)<sup>14</sup>, o número de novos infectados pelo vírus no Brasil ascendeu 11% entre 2005 e 2013, contrastando com as intenções de queda dos indicadores globais. De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas – ONU no que se refere à América Latina, 47% dos novos casos registrados no ano passado surgiram no Brasil, e entre as populações-chave mais vulneráveis a novas infecções estão os HSH. Ainda conforme o relatório, apesar dos contínuos esforços na expansão dos programas de testagem e tratamento do HIV, nem sempre é possível alcançá-los na medida necessária. Esta realidade pode ser observada como uma questão de saúde pública mundial.

[...] em termos de saúde pública, dado que as populações-chave (particularmente os homens que têm sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e transgêneros) representam uma proporção significativa das epidemias nacionais em todo o mundo. Segundo estudos sobre os modos de transmissão do HIV, populações-chave e seus parceiros sexuais constituem uma parte substancial de novas infecções pelo HIV em diversos países, como a Nigéria (51%) (9), Quênia (cerca de 33%) (10), Moçambique (acima de 25%) (11), Marrocos (80%) (12), República Dominicana (47%) (13) e do Peru (65%) (14). (ONUSIDA, 2013, p.11)<sup>15</sup>

## Uso do preservativo

As estatísticas recentes com relação ao uso do preservativo divulgadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015)<sup>16</sup> revelam: “A maioria dos brasileiros (94%) sabe que a camisinha é melhor forma de prevenção às DST e Aids. Mesmo assim, 45% da população sexualmente

<sup>14</sup> Infecções por HIV caem no mundo, mas crescem no Brasil, diz a ONU em 16 jul. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/07/infeccoes-por-aids-caem-no-mundo-mas-crescem-no-brasil-diz-onu.html>>.

<sup>15</sup> ONUSIDA. Tratamento 2015. ONUSIDA/ JC2484/1/E Copyright © 2013 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ISBN: 978-92-9253-018-1. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484\\_treatment-2015\\_pt.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_pt.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2015.

<sup>16</sup> BRASIL. Ministério da Saúde lança campanha de prevenção às DSTs/Aids 2015. Portal Brasil, publicado em 28 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/ministerio-lanca-campanha-de-prevencao-as-dst-e-aids-para-carnaval-2015>>. Acesso em 31 jan. 2015.

ativa do País não usou preservativo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses”, conforme apontado pela Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada em 2013, que entrevistou uma amostra representativa da população brasileira (12 mil pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos). Apesar das campanhas de incentivo ao uso do preservativo, comparando os dados com os dos anos anteriores, nota-se que o uso do preservativo nas relações sexuais ocorridas nos últimos 12 meses se manteve praticamente estável: 52% em 2004, 47% em 2008 e 55% em 2013; entretanto, com um agravante: o crescimento significativo de pessoas que relataram ter tido mais de 10 parceiros sexuais na vida, o que aponta para um aumento do percentual de 19% em 2004 para 26% em 2008, chegando a 44% no ano de 2013.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2014)<sup>17</sup> recomendou, pela primeira vez, que HSH sexualmente ativos façam uso de medicamentos antirretrovirais além do preservativo para evitar novas infecções, visto que esse grupo apresenta 19 vezes mais chances de contrair o HIV do que a população em geral: “Taxas de infecção por HIV entre homens que têm relações sexuais com homens continuam altas quase em todos os lugares, e novas opções de prevenção são necessárias com urgência”. Definida como “medicamento de profilaxia pré-exposição”, esta estratégia poderia reduzir a incidência do HIV entre 20% e 25% de forma globalizada; o que, segundo estimativas da OMS, poderia evitar até um (1) milhão de novos casos dentro dessa categoria de exposição, em um período de 10 anos.

Mello (2006) tentou traçar o perfil de comportamento de risco para HIV/DST em HSH, representado por aproximadamente 25% dos casos notificados de *aids* no Brasil em 2005. A falta de informação pormenorizada sobre esse contexto, justificada pela dificuldade de acesso, é um dos graves problemas para se estabelecer ações em prevenção. Os dados compilados pelo pesquisador vêm confirmar que ainda há muito a ser feito nessa direção, incluindo: (a) a necessidade de se conhecer em profundidade os contextos afetivos, sexuais e sociais dos HSH; (b) informações mais acuradas sobre essa questão, pois o que se tem não é suficiente para alterar hábitos e comportamentos; (c) a relevância de desenvolver um trabalho voltado para a compreensão e a percepção, em profundidade, da importância de utilizar o preservativo; e (d) por último, e mais importante, a tomada de ações que promovam diálogos abertos entre os envolvidos, de forma a capacitá-los a lidar com os diversos fatores que contribuem para o aumento de (re)infecções entre os HSH.

---

<sup>17</sup> OMS recomenda antirretrovirais para gays como prevenção ao HIV. 11/07/14. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/07/oms-recomenda-antirretrovirais-para-gays-como-prevencao-ao-hiv.html>>.

Na pesquisa de Andrade *et al.* (2007), os resultados mostraram que, apesar de os HSH se perceberem vulneráveis à infecção pelo HIV, foi confirmado o uso inconsistente do preservativo e a ocorrência de múltiplas parcerias. De um total de 52 participantes, 65% dos homossexuais, 75% dos bissexuais e 33% dos travestis tiveram até cinco parceiros no último mês. Em contrapartida, constatou-se que 59% desse grupo tiveram mais de 11 parceiros no mesmo período. Fica assim evidenciada a vulnerabilidade entre os HSH que negligenciam o uso do preservativo.

Pereira (2007), que buscou determinantes do risco e implicações para a saúde nas práticas sexuais de HSH, verificou que os homens que tiveram uma primeira relação sexual sem se protegerem foram também aqueles que estiveram expostos a práticas sexuais coativas com aqueles que sempre praticam sexo oral, aqueles que têm a expectativa de continuar a ter uma relação sexual sem preservativo, e os que adotam papéis mais ativos no ato sexual. No que tange à prevenção, com base na pesquisa de Pascom *et al.* (2008, p. 101), o uso do preservativo foi utilizado por apenas 59% dos participantes nas últimas relações sexuais com parcerias casuais, apesar de 97% da população pesquisada ter consciência da importância do seu uso. Corroborando esses achados, Santos (2010) afirmou que isso se dá pela composição de diversos fatores. Os resultados de sua pesquisa com HSH residentes na cidade do Recife – uma vez que vários estudos vêm demonstrando que esse segmento está entre uma das populações mais vulneráveis no Brasil – demonstraram que esse universo é composto em sua grande maioria por jovens com um satisfatório nível socioeconômico e educacional e com alta prevalência de comportamentos sexuais desprotegidos, apesar de apresentarem bom nível de informações básicas sobre o assunto.

Segundo dados preliminares apresentados na II Conferência Internacional de Epidemiologia pela Dr<sup>a</sup> Maria Amélia Veras (2012)<sup>18</sup>, a pesquisa nomeada *SampaCentro* demonstrou que pouco mais da metade dos HSH que frequentam espaços de sociabilidade gay no centro da cidade de São Paulo não usaram preservativo com os últimos três parceiros sexuais. Expôs ainda a pesquisadora que, dos 1.217 frequentadores que participaram da pesquisa, apenas 778 aceitaram fazer o teste para a detecção do HIV, e a prevalência de HIV encontrada foi de 15,3%, bem acima da média da população geral brasileira, que é de 0,6%; e independentemente do local em que os grupos foram entrevistados (bares, boates ou locais próprios para sexo, como os cinemões), a prevalência do HIV permaneceu inalterada,

---

<sup>18</sup> Mais da metade dos HSH que frequentam o centro de SP não usou camisinha nas últimas relações sexuais, revela estudo. Disponível em: <<https://palavrasdenana.wordpress.com/2012/11/27/mais-da-metade-dos-hsh-que-frequentam-o-centro-de-sp-nao-usou-camisinha-nas-ultimas-relacoes-sexuais-revela-estudo/>>. Acesso em: 10 maio 2014.

variando somente a prática do uso do preservativo entre aqueles que buscavam lugares exclusivamente para sexo.

Estes dados também foram corroborados por Antunes & Paiva (2013), que avaliaram o não uso do preservativo entre HSH sob o aspecto da territorialização das culturas sexuais homoeróticas em São Paulo. As autoras observaram que dentre os 500 participantes – 250 frequentadores da área central e 250 dos Jardins, bairro nobre de São Paulo de alta frequência de HSH com maior poder econômico e escolarização –, 52% dos homens mantinham relações sexuais sem proteção com parceiros fixos e 42% com parceiros casuais. Os locais pesquisados não apresentaram diferenças significativas quanto a: (1) o número de parceiros sexuais mencionados (proporção de parceiros fixos e casuais nos seis meses anteriores ao estudo) – 26% tiveram parceiros fixos, 41% parceiros casuais e 33% tanto parceiros fixos quanto casuais; (2) as justificativas por não usarem o preservativo deveram-se a: (a) conhecer o parceiro, 69% Jardins versus 60% Centro; (b) muito tesão: 53% vs 60%; (c) parceiro parecer saudável: 49% vs 57%; (d) paixão: 40% vs 43%; (d) ter feito somente sexo oral: 57% vs 29%; (e) pouca penetração e ejaculação externa: 40% vs 42%; (f) parceiro ter feito o teste HIV: 39% vs 38%; (g) não pretender que houvesse penetração: 32% vs 39%, (h) não ter preservativo: 17% vs 49%; (i) haver medicação: 0,9% vs 46%; (j) uso de substâncias psicoativas: 17% vs 23%; (k) camisinha como redutora do tesão: 13% vs 24%; (l) não conseguir convencer o parceiro: 0,7% vs 25%; e (m) transar em *darkroom*: 10% vs 22%. Podemos observar que, independentemente das diferenças de percentuais encontrados, a impulsividade associada ao prazer foi comum nos locais pesquisados frequentados pelos HSH.

Da Fonte *et al.* (2013) empreenderam uma pesquisa que se aproximou de uma prevalência de 10,5% na saúde dos HSH, muito acima dos outros grupos de exposição, que é de 0,6%, conforme referido acima. Os resultados evidenciaram que os HSH jovens teriam 13 vezes mais chances de se infectarem. As principais justificativas apontadas para o não uso do preservativo entre os participantes desta pesquisa foram: (a) no sexo oral: incômodo, seguido de diminuição do prazer, o sabor do preservativo, a confiança no parceiro e a não percepção de risco; (b) na primeira relação sexual: falta de experiência e/ou conhecimento, o momento, a confiança no parceiro e esquecimento; (c) na última relação sexual: a confiança no parceiro, o momento, preferência pessoal e esquecimento. Para os pesquisadores, seria necessário identificar e reconhecer as diferenças e especificidades desta categoria de exposição, para que fossem traçadas novas e específicas ações de prevenção.

Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde (2015)<sup>19</sup>, realizada com 239 participantes entre 14 e 24 anos, sendo 69% homossexuais e os demais bissexuais, demonstrou que metade do público da Parada Gay de São Paulo não tinha usado preservativo na relação sexual anterior ao evento. Dentre as justificativas mais frequentes dos entrevistados, havia o não uso do preservativo por possuírem parceiros fixos (28%); por manterem relações somente com mulheres (26%), no caso das lésbicas; por não gostarem de preservativo (11%); por não terem tempo de adquiri-lo ou o terem esquecido na ocasião (10%); e por alegarem não ser necessário (5%).

### **Estigma e discriminação**

Segundo evidências dos estudos referentes ao índice de estigma e discriminação de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (2015)<sup>20</sup>, foi detectado um percentual significativo de vítimas de violência ou ameaça de violência, de ostracismo, de perda de emprego ou de habitação ou negação de serviços essenciais de saúde ou sociais, devido ao status sorológico. Ademais, observou-se que quando essas pessoas pertencem a populações-chave marginalizadas, dentre elas os HSH, essa situação é sobremaneira potencializada, inclusive em serviços de saúde de tratamento.

Afora as questões relativas a medicação e tratamento que mobilizam enormes esforços de adaptação por parte das PVHIV, as dificuldades de enfrentamento são em grande parte devidas a estigmatização (SUIT; PEREIRA, 2008). Este dado é confirmado por levantamento da UNAIDS (2010)<sup>21</sup>, realizado em mais de 24 nações, indicando que 29% dos brasileiros não trabalhariam ao lado de pessoas HIV<sup>+</sup>, argumentando que se recusariam a fazer isso de qualquer maneira e admitindo, inclusive, que prefeririam ser demitidos. A expressão de rejeição às PVHIV, quando associada à orientação sexual não normativa, pode potencializar sentimentos homofóbicos, xenofóbicos e racistas que segregam e colaboram para aumentar ainda mais os agravos psicossociais de vulnerabilidade, conforme se pode observar em agressões sexistas e homofóbicas (AREND, 2005; LOGIE *et al.*, 2012), nos ataques de conteúdo racista (AYALA *et al.*, 2012) e nas dificuldades e intolerância de compreensão

<sup>19</sup> Metade do público da Parada LGBT de SP admite ter feito sexo sem camisinha. **Corpo e Saúde**. Acesso em: 9 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.superpride.com.br/2015/08/metade-do-publico-da-parada-lgbt-de-sp-admite-ter-feito-sexo-sem-camisinha.html>> e edição impressa e ilustrada (BERGAMO, 2015).

<sup>20</sup> ONUSIDA. Tratamento, 2015. ONUSIDA/ JC2484/1/E Copyright © 2013 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ISBN: 978-92-9253-018-1. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484\\_treatment-2015\\_pt.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_pt.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2015.

<sup>21</sup> SOROPOSITIVO.ORG. HÁ VIDA COM HIV. Disponível em: <<http://soropositivo.website/2015/05/02/em-2010-a-unaids-fez-um-levantamento-que-apurou-a-seguinte-realidade-quase-30-dos-brasileiros-se-recusam-a-trabalhar-com-soropositivos/>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

referente à “dupla identidade” (Afrodescendentes e HSH), que acabam por conduzi-los a baixa autoestima e à prática de comportamentos de risco para DST/HIV (BRASIL, 2011), bem como a diversas situações relacionadas à estigmatização que poderiam prejudicar o enfrentamento mais ativo da situação (SUIT; PEREIRA, 2008).

Em pesquisas com grupos étnicos HSH, esta associação de vulnerabilidades – compreendida por Parker & Aggleton (2001) como Sinergia de Pragas<sup>22</sup> – pode também ser observada no comportamento de prática de risco sexual de Afrodescendentes Americanos HSH HIV<sup>+</sup> (FIELDS *et al.*, 2013); na combinação de padrões de comportamentos sexuais arriscados de HSH Afrodescendentes em Massachusetts, e no aumento de infecção e transmissão do HIV (MIMIAGA *et al.*, 2009), nas melhores estratégias de redução de riscos nas escolhas de parceiros e na maior probabilidade de infecção pelo HIV entre os HSH brancos do que entre os HSH Afrodescendentes (EATON *et al.*, 2010); nos comportamentos sexuais de risco, dentre eles o uso de drogas, a atração interpessoal e comunicação de episódios de relações sexuais desprotegidas entre HSH Latinos, associados a fatores situacionais e socioculturais (WILSON *et al.*, 2009); no maior risco de infecção do HIV devido à identidade heterossexual e práticas bissexuais de Latinos (ZELLNER *et al.*, 2009); nos comportamentos de transmissão sexual, aumento do número de parceiros encontrados na Internet e uso de drogas antes da relação sexual, associados a sexo anal desprotegido entre HSH Asiáticos sorodiscordantes (WEI *et al.*, 2012a; 2012b); nas experiências de discriminação e seu impacto sobre a saúde mental entre Afrodescendentes Americanos, Asiáticos e Pacífico-islandeses, e os HSH Latinos (CHOI *et al.*, 2013); na alta prevalência de cooperação sexual e sexo anal desprotegido simultâneo entre grupos étnicos/ raciais, observada no estudo nacional de HSH, com base na Web dos Estados Unidos (ROSENBERG *et al.*, 2012); e na homofobia internalizada, no uso de drogas, em comportamentos sexuais de risco, e no status de HIV de etnias desfavorecidas socioeconomicamente, e de HSH Americanos de Los Angeles (SHOPTAW *et al.*, 2009). Assim sendo, é possível observar que estas associações de vulnerabilidades podem influenciar substancialmente a dinâmica do comportamento sexual de risco e contribuir para o aumento de DST/Hepatites e (re)infecção do HIV.

---

<sup>22</sup> **Sinergia de Pragas:** interação entre diferentes fontes de estigma (homossexualidade, uso de drogas, dentre outras), que redundam em um círculo vicioso de estigma e discriminação relacionados ao HIV/aids (PARKER; AGGLETON, 2001).

Finalizando, segundo Barker (2000)<sup>23</sup> um outro fator referente ao estigma e discriminação que possivelmente contribui para que as ações de prevenção do HIV muitas vezes não sejam funcionais, não atinjam seus objetivos e venham acarretando enormes sofrimentos aos envolvidos, é a falta de conhecimento em profundidade dos contextos afetivos sexuais e sociais do comportamento sexual de HSH.

[...] Discussões sobre a atividade sexual entre homens é freqüentemente distorcida de uma forma bastante simplista que somente homens de comportamento “efeminado” ou homens que se definem como gays ou bissexuais têm sexo com outros homens. Mas o comportamento sexual raramente corresponde rigorosamente a identidades estanques heterossexual, homossexual ou bissexual. Estudos no Brasil mostram que entre 5 a 13% dos homens relatam que tiveram ambas experiências hetero e homossexual. Preconceito, hostilidade e concepção equivocada em relação a HSH, e com homens que se definem como homossexuais, é diretamente responsável por medidas inadequadas à prevenção do HIV. (BARKER, 2000)

## **Fatores desencadeadores da prática sexual de risco**

### ***a) Impulsividade – Compulsividade***

Para Vasconcelos (2012), “a impulsividade é um constructo complexo caracterizado por diferentes padrões cognitivos e comportamentais, tais como dificuldade em aguardar um evento, inibir respostas prepotentes e comportamentos inapropriados para o contexto, busca de sensações, tomada de decisões sem considerar os efeitos em longo prazo”.

Nos achados de Moeller *et al.* (2001), a impulsividade foi relacionada com a gravidade do uso de drogas, demonstrando ser um preditor significativo do consumo de cocaína e do adiamento ao tratamento. Na investigação de Patkar *et al.* (2004), as medidas de impulsividade, agressividade e busca por sensações diferiram entre os participantes e no controle de dependentes de cocaína. A relação entre estas variáveis contribuiu significativamente para determinar ações ao tratamento. Para Von Diemen (2006), que estudou a associação entre impulsividade, idade do primeiro consumo de álcool e abuso de substâncias psicoativas em adolescentes de uma região sul do Brasil, ficou claro que a impulsividade está relacionada a diversos fatores de risco, tais como transtorno de personalidade antissocial, déficit de atenção e hiperatividade, podendo estar entre estas patologias o transtorno por uso de substâncias.

A impulsividade e a compulsividade, quando associadas à sexualidade, têm efeitos similares e igualmente consequentes. Para Guerra (2012), o comportamento sexual compulsivo tem sido objeto de grande interesse, levando a Associação Psiquiátrica Americana (APA) a propor, em 2010, a inclusão dessa variante de conduta no *Diagnostic and Statistical*

<sup>23</sup> BARKER, G. **AIDS**: o que os homens têm a ver com isso? Disponível em: <<http://www.promundo.org.br/materia/resources/files/download/AIDS-oqueehomentemaver.doc>>. Acesso em 20 jan. 2015.

*Manual of Mental Disorders* (DSM-V) sob o termo Perturbação Hipersexual. Segundo a pesquisadora, isto se deve à caracterização do comportamento sexual excessivo como um fenômeno mundial, existindo inúmeras expressões para batizar esse tipo de conduta, tais como adição, compulsividade ou impulsividade sexual e, mais recentemente, hipersexualidade. Em levantamento bibliográfico, Guerra (2012) concluiu que a falta de domínio sobre as fantasias e impulsos sexuais incontroláveis, caracterizados como constantes e recursivos, traz sérios agravos à vida do indivíduo. Os sofrimentos emocionais como ansiedade extrema, isolamento e sentimento de baixa autoestima, entre outros, podem conduzir a comportamentos sexuais arriscados, que por sua vez amortizam a pressão e desconforto emocional. Este ciclo é compulsivamente retroalimentado na medida em que, para lidar com os sentimentos de hiperexcitabilidade, o sexo passa a ser utilizado como meio de fuga de eventos de vida estressantes, de sofrimento, solidão, tensão ou raiva. Além disso, a exposição excessiva tornaria esses indivíduos mais vulneráveis à infecção a DST/HIV.

Semple *et al.* (2006) divulgaram relação entre impulsividade como um moderador da relação e o consumo de metanfetamina e comportamento sexual de risco em uma amostra de usuários HSH HIV<sup>+</sup>. Os resultados foram significativamente correlacionados, e o fator de maior intensidade de uso de metanfetamina demonstrou níveis mais altos de impulsividade para o sexo desprotegido, evidenciando a relação entre a intensidade de uso de metanfetamina e o sexo sem total proteção entre os participantes com níveis mais altos de impulsividade. Corroborando estes dados, Nelson (2015)<sup>24</sup> observou uma forte relação entre o uso de esteróides como "suplementos de masculinidade" ingeridos sem prescrição médica por Homens HIV<sup>+</sup> e impulsividade, seguidos de múltiplos sofrimentos psíquicos. Nesta pesquisa foi também registrada relação entre HIV, uso de esteróides e comportamento sexual arriscado *barebacking*. Esses resultados relacionados a HSH confirmaram pesquisas anteriores de níveis semelhantes de impulsividade em ex-usuários de esteróides ativos.

Ainda no que tange à associação de sintomas, Parsons *et al.* (2012) pesquisaram a associação de compulsão sexual e sindemia (quadro caracterizado pela confluência de duas ou mais enfermidades), analisada através de uma série de problemas psicossociais concomitantes ao aumento do risco de HIV entre HSH. Foram selecionados 669 participantes HSH que apresentaram fortes correlações positivas entre os fatores de sindemia envolvendo compulsão

---

<sup>24</sup> NELSON, B.S. **A Proposed EEG Study of Anabolic Androgenic Steroid-Treated HIV Patients to Examine Dose Timing-Related Effects on Impulsivity**. 2015. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/278418284\\_A\\_Proposed\\_EEG\\_Study\\_of\\_Anabolic\\_Androgenic\\_Steroid-Treated\\_HIV\\_Patients\\_to\\_Examine\\_Dose\\_Timing-Related\\_Effects\\_on\\_Impulsivity](http://www.researchgate.net/publication/278418284_A_Proposed_EEG_Study_of_Anabolic_Androgenic_Steroid-Treated_HIV_Patients_to_Examine_Dose_Timing-Related_Effects_on_Impulsivity)>.

sexual, depressão, abuso sexual na infância, violência por parceiro íntimo e policonsumo. Nas análises bivariadas, todos os problemas de sindemia, exceto por abuso sexual na infância, foram positivamente relacionados com a soropositividade para o HIV e comportamento sexual de alto risco. Estes dados os levaram a concluir que compulsão sexual é também um componente associado a um quadro de sindemia com alto risco para HIV entre HSH.

Dodge *et al.* (2008) buscaram relações entre compulsão sexual e história DSTs em uma comunidade de HSH. Por meio do instrumento da Escala de Compulsividade Sexual (ECS), 504 HSH evidenciaram elevados índices de comportamentos de risco sexual com parceiros de ambos os sexos e históricos de DSTs (incluindo clamídia, gonorreia, hepatite A e B, e sífilis). Segundo os autores, a ECS pode se constituir em instrumento suplementar em programas de saúde pública e serviços de saúde no sentido de incentivar os indivíduos a avaliarem seus comportamentos sexuais e a buscarem evitar DSTs. Essa escala pode também auxiliá-los a identificar os componentes cognitivos e afetivos que os tornam mais vulneráveis a comportamentos sexuais de risco.

Dewa & Chaneyb (2005), por sua vez, pesquisaram a relação entre compulsão sexual, homofobia internalizada, HIV e comportamento sexual de risco em 513 HSH e bissexuais usuários de salas de *chat* na internet. Dentre os principais resultados, os autores destacaram que os níveis mais elevados de homofobia internalizada foram associados a maior frequência de compulsão sexual, sendo que o aumento de incidentes de compulsão sexual teve maiores índices entre os bissexuais. Entretanto, o comportamento sexual de risco, tanto compulsivo sexual moderado como compulsivo sexual para grupos, foi prevalente para ambos, HSH e bissexuais.

Bancroft *et al.* (2005), em estudo com HSH jovens, constataram que muitos deles manifestavam dificuldades em obter intimidade emocional dentro da própria comunidade, e que tentativas para se aderir a um “estilo de vida amorosa livre” seriam muitas vezes devidas ao conflito da necessidade de apego e apoio emocional. Nessas buscas, foi observado um comportamento repetitivo muitas vezes associado à entrega incondicional ao parceiro, sem o uso do preservativo, como forma de demonstrar confiabilidade e a importância do ato. “Muitos indicaram que o sexo era um meio para erradicar esses sentimentos negativos, embora apenas temporariamente. [...] Muitas vezes, a solidão foi o efeito negativo que muitos dos homens tentaram escapar através de encontros sexuais” (HALKITIS *et al.*, 2005, p. 24).

Concluindo, ao associarmos os comportamentos impulsivos e compulsivos ao contexto sexual específico dos HSH, eles se tornam potencialmente mais destrutivos quando o uso do preservativo é negligenciado, ou quando existe a procura intencional pelo sexo sem

proteção. Neste contexto, observamos alguns desencadeadores para a prática sexual de risco, entre eles as substâncias psicotivas, que serão detalhadas a seguir.

### ***b) O uso de Substâncias Psicoativas***

O consumo de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública mundial. No que diz respeito ao álcool, a OMS afirma que cerca de dois bilhões de pessoas são consumidoras no mundo, e seu uso abusivo é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% dos anos de vida útil desperdiçados. “Na América Latina, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso abusivo dessa substância. Este índice é quatro vezes maior do que a média mundial e torna o problema da prevenção e do tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool, um grande problema de saúde pública”. Ainda segundo o relatório, no Brasil há cerca de seis milhões de pessoas que iniciam precocemente o consumo nessa situação, particularmente do gênero masculino, cuja prevalência de dependência é de 19,5%. Na realidade brasileira, as internações de homens por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo de álcool apontam para um percentual de 20% (BRASIL, 2009).

Segundo as estatísticas mundiais do relatório da Worldometers, não bastasse a exorbitante quantia de R\$ 342.659.909.592,00 com gastos mundiais em drogas ilegais neste ano, as mortes relacionadas ao consumo de álcool em 2015 somaram 2.142.303<sup>25</sup>. No que diz respeito ao consumo de drogas ilícitas, o Relatório Mundial sobre Drogas (2014)<sup>26</sup> apresentou estatísticas elevadas: 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, utilizaram drogas ilícitas em 2012. O Brasil ocupa a segunda posição em relação ao maior comércio das Américas de usuários de cocaína (870 mil), e a elevação da taxa de consumo de 0,4% para 0,7% entre pessoas de 12 a 65 anos, no período entre 2001 e 2004, equivale aproximadamente a uma elevação de 75%. Pesquisas domiciliares revelaram uma elevação na prevalência anual de consumo da cocaína de 0,4% na população entre 12 e 65 anos em 2001 para 0,7% em 2005. O Sudeste e o Sul do país são as áreas mais afetadas pelo consumo da droga, 3,7% e 3,1% da população adulta, respectivamente. Ainda segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2008, pesquisas relacionadas ao mercado de opiáceos distinguem o Brasil como o maior mercado da América do Sul, com aproximadamente 600 mil usuários (em sua maior parte, usuários de opiáceos sintéticos), correspondendo a 0,5% da

---

<sup>25</sup> WORLDOMETERS. Trad. Rafael Scapin. Disponível em: <<http://www.worldometers.info/br/>>. Acesso em: 9 nov. 2015 às 16:13h.

<sup>26</sup> Prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável, diz Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

população entre 12 e 65 anos; atualmente, é o país com maior índice de prevalência anual de anfetaminas e estimulantes sintéticos (anfetamínicos)<sup>27</sup>.

Um estudo da UNIFESP, em parceria com a University of Texas School of Public Health, USA (2011)<sup>28</sup>, apresentou um levantamento realizado em 149 municípios brasileiros que apontava o país entre os maiores consumidores de cocaína no mundo, tanto na sua forma intranasal (aspirado) como na mistura de crack – a cocaína solidificada em cristais –, composta de pasta de cocaína, bicarbonato de sódio e água (inalado). Dos 4.607 entrevistados, de 14 anos ou mais, entre eles 1.157 adolescentes, 3,9% do total relataram já ter consumido cocaína ao menos uma vez na vida, enquanto 1,7% afirmaram ter usado a substância nos 12 meses que antecederam este estudo<sup>29</sup>. A elevação do consumo de crack por jovens compromete o seu desenvolvimento e os conduz ao submundo da marginalidade, à miséria e a intensos conflitos familiares, impedindo-os de construir suas vidas e expondo-os a conflitos com a lei, a DSTs e ao HIV, pois o consumo os leva a baixar a guarda nos cuidados de proteção com o uso do preservativo e, muitas vezes, os conduz inclusive à prostituição para sustentarem o vício<sup>30</sup>.

Rocha (2014) fez uma pesquisa transversal com o objetivo de avaliar o comportamento sexual de risco e associações em uma amostra de HSH no país, com 3.859 HSHs maiores de 18 anos que tivessem tido ao menos uma relação sexual com outro homem nos 12 meses anteriores à entrevista, e que residissem nas cidades de Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Brasília e Campo Grande. Desse total, 87,0% relataram ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses, sendo que 63,6% informaram ter parceria sexual fixa, 78,1% parceria casual e 41,1% parceria comercial, demonstrando a elevada sobreposição de parcerias sexuais. Dos 89,4% que relataram história de relação sexual com homens nos seis meses anteriores à entrevista, 36,5% praticaram sexo anal receptivo desprotegido no mesmo período. Os 75,9% residentes em Santos, a cidade que mais pontuou neste quesito, relataram história de relação sexual sob efeito de álcool ou de consumo de drogas ilícitas (39,7%). A pesquisa concluiu que a elevada proporção de HSH envolvidos em práticas sexuais desprotegidas os distingue como uma

---

<sup>27</sup> **Prevenção ao uso indevido de Drogas.** Just another WordPress.com weblog. Disponível em: <<https://prevencaoousoindevidodedrogas.wordpress.com/estatistica-atual-de-usuarios-de-drogas-no-brasil/>> Acesso em: 27 jul. 2015.

<sup>28</sup> Ver ABDALLA *et al.* (2014).

<sup>29</sup> ANDRADE, R. O. Pesquisa FAPESP, Edição Online, 13 jan. 2014. Estudo avalia prevalência no uso de cocaína no Brasil. Estima-se que ao menos 3,2 milhões de pessoas tenham consumido a droga em 2011. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2014/01/13/estudo-avalia-prevalencia-uso-de-cocaina-brasil/>> Acesso em: 27 jul. 2015.

<sup>30</sup> SOROPOSITIVO.ORG: HÁ VIDA COM HIV. Disponível em: <<http://soropositivo.website/a-aids-e-as-drogas/>> Acesso em 27 jul. 2015.

categoria de exposição bastante vulnerável à prevalência do HIV quando comparados à população em geral, associando-os a comportamentos de risco pelo alto consumo de álcool e drogas.

Em outro estudo, Carlini & Sanchez (2014) investigaram fatores ambientais associados a comportamentos de risco sexuais de HSH em discotecas brasileiras conhecidas como “baladas”. Das 307 horas observadas em 31 discotecas, observou-se grande fluxo de comportamento sexual arriscado em áreas reservadas para intercuro sexual, que possibilitavam relações sexuais com muitas pessoas ao mesmo tempo. A potencialização desse comportamento esteve associada a expressivos níveis de intoxicação alcoólica entre os frequentadores, bem como ao uso de drogas sintéticas (êxtase e maconha). Na maioria dos locais LGBT não pareceu comum o uso de preservativos entre os frequentadores, pois segundo informações colhidas com o segurança do local, a prática sexual de frequentadores no “quarto escuro” (*darkroom*) incluía frequências de entradas em duplas (parcerias), individuais ou em grupo, e os preservativos que eram disponibilizados, em sociedade com a prefeitura de São Paulo, continuavam com seus estoques cheios e muito raramente eram encontrados usados no lixo. Da mesma forma, Balán *et al.* (2013) observaram que o elevado consumo de álcool entre HSH potencializou alterações do comportamento em determinados locais públicos, sendo o de maior repercussão a prática de sexo anal desprotegido em *darkrooms* de boates.

Yadav *et al.* (2014) pesquisaram a associação entre uso de álcool e comportamentos de risco relacionados ao HIV em HSH. Entre os 3.880 participantes indianos, 40% declararam fazer uso de álcool diariamente ou pelo menos uma vez por semana. Dentre eles, 66% tinham idade entre 25 anos ou mais, 53% se autoidentificavam como sexualmente receptivos, e 63% usavam preservativos consistentemente quando pagavam para se relacionarem sexualmente com homens. Este estudo revelou índices elevados de vulnerabilidade, identificados pela associação do uso de álcool e prática sexual de risco entre HSH.

Liao *et al.* (2014) avaliaram o consumo de álcool associado ao estigma do HIV na percepção de HSH. Dos 1.230 participantes chineses, 11,7% relataram que consumiram álcool em média três vezes por semana nos seis meses anteriores. Os autores ressaltaram uma elevada associação entre o uso de álcool e a percepção de estigma relacionado ao HIV entre os HSH, e entre as consequências mais prevalentes estão o sexo anal desprotegido, múltiplos parceiros sexuais masculinos e o uso de drogas. Kim *et al.* (2015), por sua vez, encontraram elevada prevalência de DST/ HIV associada ao consumo de álcool antes das relações sexuais

entre HSH em Kampala-Uganda, caracterizando, portanto, o uso de álcool como um importante facilitador para o sexo de risco.

Com relação ao uso de metanfetaminas, Halkitis *et al.* (2003) investigaram suas implicações em HSH e bissexuais. Dos 49 participantes que haviam feito uso dessas drogas 12 dias nos três meses anteriores, 63,1% associaram seu uso à maioria de seus encontros sexuais, sendo mais frequente sua utilização na ida a saunas e bares, justificado pela necessidade de evitar emoções desagradáveis, desconfortos físicos, evitamento de conflitos sociais, e para desfrutar momentos agradáveis com suas parcerias. Para Shoptaw & Reback (2006), que também investigaram os efeitos do uso de metanfetaminas entre os HSH, essas drogas estão associadas a comportamentos sexuais de risco e a altas taxas de prevalência de HIV, e quanto maior o seu uso, maior a probabilidade de infecção pelo HIV. Corroborando estes dados, Marshall *et al.* (2011) pesquisaram o potencial de relações sexuais associado ao uso de metanfetamina em um grupo LGBT usuários de drogas. O estudo demonstrou esta substância psicoativa como a mais prevalente deste grupo, representando um elevado potencial de vulnerabilidades para o HIV.

Em vista do exposto, nesta sessão foi possível perceber a associação entre prática sexual de risco e uso abusivo de substâncias psicoativas. Além de funcionar como um desencadeador potencial da prática sexual arriscada, o uso abusivo de substâncias psicoativas está relacionado a múltiplos fatores, e essa associação pode comprometer vários aspectos da vida afetiva, sexual e profissional do indivíduo e fragilizar substancialmente as possibilidades de enfrentamento por PVHIV. Suas implicações psíquicas são significativas, deixando o indivíduo com cada vez menos recursos defensivos e tornando-o mais vulnerável a situações de risco, o que na maioria das vezes se justifica pelas dificuldades em relação à sensação de falta de pertencimento; em lidar com sentimentos de exclusão; em ter que omitir seu diagnóstico às parcerias sexuais para não ter que lidar com evitação e estigmatização; em suportar as agressões recorrentes que os deixam em constante estado de alerta etc. Assim, podemos confirmar que a união desses fatores pode estar associada a comportamentos sexuais imediatistas (impulsivos) e repetitivos (compulsivos) de HSH.

### ***c) O acesso a Internet***

Segundo dados recentes da Worldometers<sup>31</sup>, existem 3.241.637.501 usuários de Internet em todo o mundo, sendo que somente na data averiguada 146.357.851.879 e-mails

---

<sup>31</sup> WORLDOMETERS. **Sociedade e Mídia**. Trad. Rafael Scapin. Disponível em: <<http://www.worldometers.info/br/>>. Acesso em: 9 nov. 2015 às 16h.

havia sido enviados. Portanto, além da internet configurar-se como um importantíssimo veículo de comunicação dentro do contexto deste estudo, configura-se também como um amplo facilitador da prática sexual de risco, talvez por ser a principal e mais funcional ferramenta mobilizadora devido ao vasto potencial de abrangência e rapidez na resposta imediata aos que buscam por gratificação sexual.

Geralmente potencializada por fantasias e hiperexcitabilidade, a procura por vivências sexuais desenfreadas, “selvagens ou desinibidas”, e por parcerias sexuais, é hiperfacilitada pelo instrumento da internet (KLEIN; TILLEY, 2012). Cooper *et al.* (2000) já haviam alertado para o fato de que, na procura pelo sexo de risco, associada a altos níveis de impulsividade e compulsividade sexual, os HSH utilizam-se dos recursos da internet como principal veículo na busca de parceiro(s). Tikanen & Ross (2004) mapearam o perfil de homens que visitam as salas de *chat* gay da Internet e suas experiências com outros parceiros sexuais, observando que: estas salas atraem os homens mais jovens e os bissexuais; é bastante comum encontrar parceiros sexuais circunstanciais; seus frequentadores são mais propensos ao sexo anal desprotegido.

Bolding *et al.* (2004) entrevistaram 4.974 indivíduos no Reino Unido, com idade média de 31 anos, visando entender o comportamento sexual HSH. Dentre os 46% que não haviam sido testados para o HIV, 6% eram HIV<sup>+</sup>, 31% relataram comportamento de alto risco nos três meses anteriores (sexo anal desprotegido com um parceiro de HIV de status desconhecido ou discordante); 82% tinham procurado um parceiro sexual na internet, e destes, 47% frequentaram a internet e bares, 16% alegaram que se sentiam entediados, 12% o fizeram por entretenimento, 3% por se sentirem solitários, e 4% por terem se viciado na internet. A análise multivariada ainda demonstrou que ser HIV<sup>+</sup> de idade mais avançada e ter um comportamento de alto risco foram fatores determinantes para a procura por sexo através da internet.

McKirnan *et al.* (2007) relataram que a internet tende a ser o veículo sexual mais utilizado por HSH na procura por parceiros. Essa “fuga cognitiva”, segundo os autores, deve-se a um sentimento oprimido de rigorosas normas sexuais que desencadeariam esse comportamento, como compensação de diversos sofrimentos. A busca pelo sexo imediatista associada às agilidades da internet tornaria esses indivíduos mais vulneráveis à procura sexual compulsiva, bem como à omissão do uso do preservativo. Nesse sentido, o risco envolvido na busca pelo sexo sem proteção entre HSH torna-se potencialmente mais destrutivo quando utilizado como possibilidade de fuga, resistência ou negação dos conteúdos emocionais. Downing Jr. (2012) buscou avaliar a frequência do uso da internet com o comportamento de

risco. Para tanto, entrevistou 112 HSH usuários da Internet que procuravam parceiros sexuais. O estudo demonstrou que houve uma tendência elevada entre os usuários de participarem de diversos locais disponíveis para esse fim na internet, em que múltiplos parceiros dispostos à prática de sexo anal desprotegido poderiam ser encontrados.

Dando seguimento a esta pesquisa, com a intenção de nos aprofundarmos na reflexão dos comportamentos sexuais de risco, finalizaremos esta sessão explorando o comportamento sexual arriscado de HSH que omitem o preservativo na prática sexual em *darkrooms*, saunas e boates; e os que intencionalmente o recusam, como os denominados *barebackers*, também objeto deste estudo.

### **Comportamento sexual de risco**

Consideramos comportamento sexual de risco todo ato sexual praticado sem as devidas precauções, destacando-se a negligência no uso do preservativo. Quanto maior a exposição do indivíduo, troca e número de parcerias, maior a probabilidade de estarem expostos a DST/HIV/Hepatites, entre outras doenças sexualmente transmissíveis. Nesse sentido, omitir ou recusar o preservativo e ter múltiplas parcerias são potencializadores para a (re)infecção pelo HIV (BRASIL, 2013c).

Os resultados mostram que os HSH percebem-se como vulneráveis à infecção pelo HIV, referem uso inconsistente do preservativo e ocorrência de múltiplas parcerias, visto que 65% dos homossexuais, 75% dos bissexuais e 33% dos travestis tiveram até cinco parceiros no último mês, destacando-se que 59% deste grupo tiveram mais de 11 parceiros no mesmo período. (ANDRADE *et al.*, 2007).

Neste subtópico, o comportamento sexual de risco será abordado sob dois aspectos: (a) determinados locais de busca por parcerias sexuais, denominados *cruising areas*, e sua conexão com o sexo desprotegido; e (b) o comportamento *barebacking* de indivíduos que deliberadamente recusam qualquer proteção em suas práticas sexuais.

#### ***a) Cruising areas (darkrooms/saunas/boates/banheiros públicos)***

*Cruising areas* são locais de busca de parceria sexual entre homens, geralmente retirados e confidenciais. Tais locais funcionaram durante muitos anos como “esconderijos”, espaços de prática sexual entre homens que tentam minimizar suas possibilidades de ser “flagrados”, de possíveis violências, perseguições e ataques homofóbicos. São frequentados em grande parte por HSHs que não se identificam como homossexuais ou bissexuais, por serem na maioria das vezes casados com mulheres, e que procuram relações sexuais com homens sem envolvimento emocional e absoluto sigilo. Estes locais, públicos ou privados, incluem parques, praças, banheiros públicos, cinemas “de pegação”, saunas e boates com *darkrooms* e bares com locais para encontros sexuais, entre outros.

Segundo Antunes & Paiva (2013), esses locais são assim caracterizados: (a) *darkrooms*: ambientes completamente escuros; em seu interior ouvem-se somente respiração, gemidos e ruídos de relações sexuais; apesar da falta de visão, a audição, o tato e o olfato são instigados nas relações usualmente sem proteção; (b) *parques, praças e ruas escuras*: por serem facilitadores de práticas sexuais imediatistas; (c) *boates*: por proporcionarem ambientes que favorecem o sexo, e, em suas imediações, bares e praças que possibilitam aos mais “impetuosos” manter relações sexuais atrás de árvores, arbustos ou muros. Mesmo que possa haver nas imediações hotéis de categoria inferior, conhecidos como “pulgueiros”, muitos preferem os espaços escuros das praças por opção ou mesmo por falta de dinheiro. Nos 500 indivíduos entrevistados, os pesquisadores observaram a omissão do preservativo – 26% se relacionaram sexualmente em banheiros públicos, 24% em *darkrooms*, 24% em parques, 24% em ruas, 17% em cachoeira/praias/campo, 13% no carro, 10% na sauna, 8% na casa do parceiro, 8% na casa de familiares, 7% no motel e 5% na própria casa. Chama atenção a vulnerabilidade desses indivíduos associada a locais públicos, que operam como facilitadores da prática sexual sem o uso do preservativo, em detrimento de lugares privados, onde supostamente haveria maior intimidade e a omissão seria expressivamente menor.

Somlaia *et al.* (2001) já haviam investigado a associação HSH e a prática sexual de risco em ambientes de espaços públicos. Três assistentes sociais treinados observaram mais de 250 atividades e comportamentos em potencial para a prática sexual de risco para o HIV de 614 homens, usando a técnica de observação direta, ao longo de um período de cinco meses, duas horas por dia. Foram constatadas neste período: (a) 19 recorrências de contato sexual direto entre dois ou mais homens; e (b) 66 recorrências de fluxo de entrada e saída em uma determinada área de sexo do parque. Esses encontros sexuais aconteceram em áreas mais abertas do ambiente de espaços públicos, com parceiros que se dirigiam para áreas isoladas para interações intensas e sexuais. Desse modo, esta pesquisa demonstrou que tais comportamentos em ambientes de espaços públicos podem representar um potencial de vulnerabilidade para DST/HIV e atos de violência.

Ko *et al.* (2006) investigaram a prevalência de DST/HIV e preditores de comportamentos sexuais de risco entre homens que visitam balneários gays em Taiwan. Entre os 339 participantes que concluíram o processo da pesquisa, foram detectados soroconversão para o HIV, hepatite A, B e C, clamídia e gonococos, representados por 8%, 18%, 16%, 38%, 7% e 4%, respectivamente. A irregularidade do uso do preservativo em sexo oral, o sexo sem proteção em locais públicos, o desconhecimento de sorologia do HIV, e cinco ou mais visitas

a balneários/mês associados ao sexo anal desprotegido, possibilitaram aos pesquisadores concluir um substancial potencial de risco de infecção para DST/HIV entre os participantes.

Apostolopoulos *et al.* (2010) pesquisaram os potenciais riscos de infecção relacionados a caminhoneiros de rota longa nas estradas dos EUA. Com uma única base de dados e durante um período de 13 anos, um caminhoneiro registrou 2.499 colegas diferentes que tiveram 4.162 interações sexuais. Com parceiros sexuais simultâneos de caminhoneiros bissexuais e identificados como heterossexuais, este comportamento apresentou elevados indícios de expansão da infecção de DST/HIV ao possibilitarem um fluxo de horizontalização do vírus ao longo de diferentes e extensas áreas geográficas. Da mesma forma, Villarinho *et al.* (2002) investigaram os potenciais riscos de infecção do HIV em caminhoneiros, estes de rota curta. Dos 279 caminhoneiros de Santos – SP, Brasil, que foram entrevistados, 93% declararam ter parceira fixa, 40% mencionaram manter relações sexuais com parceiras casuais, e 19% citaram ter mantido relações sexuais com parceiras frequentes. Os pesquisadores concluíram que a inconsistência do uso do preservativo, assim como o sexismo marcado por divisão de papéis, os colocaram em vulnerabilidade ao HIV. Outro possível desdobramento dessa situação pode ser a horizontalização da(s) DST(s), já que praticamente todos participantes declararam uma parceria fixa.

Reisen *et al.* (2010) investigaram o comportamento sexual de HSH Latinos em ambientes públicos e privados. Partindo de uma diferenciação inicial entre comportamentos realizados em encontros sexuais ocorridos em ambientes públicos e privados, foi possível compreender que o intercurso anal desprotegido e outros comportamentos sexuais que envolvem a estimulação anal foram mais prevalentes em ambientes privados, ao passo que o sexo em grupo predominou em locais públicos. As diferenças entre os espaços públicos associados ao comportamento sexual HSH durante seis meses foram, segundo os pesquisadores, assim caracterizados: (1) locais para sexo comercial, ou seja, empresas cuja função é a de fornecer um espaço para encontros sexuais de HSH – saunas gay, por exemplo; (2) ambientes comerciais de sexo, com outra função aparente mas nos quais HSH têm, por vezes, encontros sexuais, tais como bares gays ou cinemas pornô; e (3) áreas públicas de sexo, em que HSH podem encontrar parceiros para sexo anônimo, como parques ou banheiros públicos. Entre os principais achados, o comportamento sexual anal foi mais prevalente no espaço (1) e menos provável no (3). O critério para discussão de divergências de comportamento em condições estruturais foi relacionado com privacidade e segurança, fatores psicológicos e intimidade.

Tendo em vista que a prática de sexo anal sem uso de preservativo representa um comportamento de potencial risco para infecção de DST/HIV, Brignol & Dourado (2011) investigaram os fatores individuais e sociais associados a essa prática entre homens que se autodeclararam HIV<sup>-</sup> e que fizeram sexo anal com parceiros HIV<sup>+</sup>, ou de sorologia desconhecida em locais de sociabilidade gay (barracas de praia, saunas, bares, boates, videolocadoras). Dos 533 participantes entrevistados, a experiência homossexual inicial “sem penetração” ocorreu aos 15,7 anos; e a primeira experiência homossexual “com penetração” se deu aos 16,3 anos, em média. Entre os participantes, 30,8% relataram prática do sexo anal (sexo insertivo ou receptivo) desprotegido com parceiro HIV<sup>+</sup> ou de sorologia desconhecida; 68% declararam ter tido relações sexuais com homens que conheceram na internet; 88,2% referiram ter feito o teste para o HIV pelo menos uma vez na vida; 26,1% disseram sentir prazer em situações que envolvem algum tipo de perigo durante as relações sexuais; e 34,7% revelaram gostar de fazer sexo em público. No que diz respeito aos locais de sociabilidade gay, 12,4% disseram frequentar saunas com frequência; 9,4% *darkrooms*, 14,4% videolocadoras; e 51,4% relataram ter feito sexo anal desprotegido nos 12 meses anteriores à pesquisa. Os pesquisadores concluíram que a prática de sexo anal desprotegida foi frequente entre os HSH, e a constância dos locais que propiciam esta prática foi entendida como fator de risco para o envolvimento no sexo anal sem proteção.

Finalizando, Silva *et al.* (2014) pesquisaram o fator de risco para o HIV na cidade de Belo Horizonte – MG, Brasil. Esta pesquisa, realizada entre 1994 e 2010, reuniu 1.085 participantes, HSH e bissexuais. Foram observados os seguintes fatores de risco associados à soroconversão do HIV: contato com sangue do parceiro durante as relações sexuais; participação em saunas gays em busca de parceiros sexuais; ingestão de álcool com o intuito de flerte e engajamento em atividade sexual; e uso inconsistente de preservativos em sexo anal receptivo, dentre outros. Estes resultados constataram índices elevados e contínuos de envolvimento em comportamentos de risco e sexo anal desprotegido de HSH e bissexuais.

### ***b) Comportamento barebacking***

A revisão de literatura a seguir<sup>32</sup> vem confirmar a carência de pesquisas sobre o fenômeno *barebacking* desde a sua identificação (CARBALLO-DIEGUEZ; BAUERMEISTER, 2004), assim como a premência de investigações em profundidade sobre

---

<sup>32</sup> As palavras-chave neste levantamento foram HSH *barebackers*, comportamento *barebacking*, bare sex, sexo *barebacking*, sexo de risco, sexo desprotegido HSH, sexo anal desprotegido. Os critérios para consulta foram pesquisas com foco psicodinâmico e psicossocial. Não houve delimitação de período, devido ao reduzido número de estudos sobre o tema; entretanto, sempre que houve opções, foram selecionadas pesquisas mais recentes.

o tema, provavelmente justificada pelo difícil acesso a essa população que se organiza em um circuito extremamente fechado. Este é um dos principais “segredos” entre os adeptos dessa prática. Por essa razão, é crescente o número de HSH *barebackers* que procuram parceiros sexuais em sites na internet dedicados ao *bare-sex*/sexo desprotegido, pela praticidade, anonimato e enorme quantidade de interessados, e pela opção de *chats* e sites especializados, configurando a gravidade do sexo de alto risco, conforme pesquisado por Elford *et al.* (2001), Blackwell (2007) e Robinson & Moskowitz (2013).

Habitualmente, as características das pesquisas com essa população ficam no plano discursivo, pois o material coletado é quase sempre interpretado através de depoimentos em sites de encontros *barebacking* e sites afins. Em decorrência disso, permanece uma enorme lacuna no aprofundamento de questões que seriam de extrema importância para os avanços em prevenção. Os elementos detectados ilustram o fenômeno de forma bastante abrangente, e a importância de apreendê-lo em profundidade e, conseqüentemente, delimitá-lo e sistematizá-lo, estabelecendo assim novas diretrizes para os tratamentos.

No entanto, não podem ser ignorados e subestimados os imensos esforços em investigar esse fenômeno. Grov *et al.* (2007) tentaram compreendê-lo, estabelecendo uma relação com o meio ambiente em diferentes locais de reuniões (balneários, sexo privado, festas, bares gays, clubes, locais públicos e internet). Os sujeitos estudados pelos autores – 886 HSH e bissexuais que haviam se conhecido nesses ambientes – apresentavam comportamentos proporcionalmente semelhantes aos que tinham se envolvido em um episódio recente de sexo anal desprotegido. Este dado sugere que fatores como a identidade *barebacker* e o impulso para o sexo inseguro poderiam explicar essa prática, que não estaria necessariamente ligada a locais, apesar de a internet ainda representar o veículo facilitador que mais se associa ao desejo do sexo de risco, com um índice de 46% encontrado pelos autores. Tal resultado é corroborado pela literatura, que cita a conexão entre a internet e o comportamento *barebacking* como uma identidade autônoma e diferenciada, que busca sexo intencional com a condição de que seja desprotegido (TEWKSBURY, 2003; SHERNOFF, 2005; DE PAULA, 2010). Independentemente dos locais elegidos pelos HSH *barebackers*, a motivação encontrada foi bastante semelhante. Em outra investigação, Grov *et al.* (2010) verificaram uma ligação entre a dinâmica do comportamento de HSH *barebackers* e a compulsão sexual, quando comparados a outros grupos sociais. É grande a intensidade do risco envolvido nesse comportamento, devido à influência do uso de drogas; ao sexo anal desprotegido (receptivo ou insertivo) com parceiros do mesmo sexo e de diferentes status sorológicos do HIV; e à variedade de comportamentos sexuais específicos, tais como o fetiche

e outros que poderiam aumentar potencialmente os riscos de (re)infecção do HIV. Do Amaral & Scanavino (2012), versando sobre o comportamento sexual compulsivo (CSC) da prática *barebacking*, observaram que uma intervenção com tratamento medicamentoso psiquiátrico e psicoterapia psicodinâmica breve poderia aumentar o controle desses indivíduos em relação ao CSC, ainda que os autores sustentassem a necessidade de confirmá-la com um número maior de participantes que pudesse gerar indícios de significância.

Na pesquisa de Parsons & Bimbi (2007), que estudaram HSH que procuram o sexo anal desprotegido intencionalmente, foi detectado um elevado uso de cristal e metanfetamina, superiores para sexo desprotegido. Entre os *barebackers* HIV<sup>-</sup>, a compulsividade sexual foi maior se comparada aos *barebackers* HIV<sup>+</sup>, que apresentaram maiores índices de uso de droga/álcool, influenciados pelas expectativas sexuais (p. 277). Outro aspecto do comportamento *barebacking* investigado por Kelin (2012) foi o *felching*<sup>33</sup>. A pesquisa mostrou que 1/6 dos 1.316 indivíduos que mencionaram o *felching* como uma prática procurada e de desejo que os levava a procurar parceiros estariam – se comparados aos que não procuravam parceiros *felching* – significativamente mais propensos a buscarem outros tipos de comportamento sexual de risco. Dentre estas variações sexuais, incluíam-se sexo oral e sexo anal desprotegidos, além de outras preferências de riscos extremos, como ter relações sexuais com múltiplos parceiros e a falta de vontade de retirar o pênis antes da ejaculação interna; apresentavam, assim, uma erotização de fluidos ejaculatórios, características bastante presentes entre os *barebackers bug-chasers*<sup>34</sup>.

Os resultados da investigação de Rosser *et al.* (2009) sobre a relação entre o uso da internet e sexo inseguro (comportamento *barebacking*) corroboram as afirmações dos autores previamente abordados (item ‘c’, p. 35). Os participantes relataram engajar-se na prática de sexo anal, e destes os que reportaram o sexo anal desprotegido correspondiam aproximadamente ao dobro dos homens que se encontravam pela primeira vez on-line, quando comparados aos indivíduos que não acessavam a web. Em outra pesquisa, Rosser *et al.* (2013) confirmaram tais achados – a relação entre internet e sexo inseguro – em um relato quase unânime dos participantes, que revelaram ter tido alguma exposição ao sexo inseguro HSH nos 90 dias precedentes. E os que davam preferência aos filmes de “bare sex” apresentavam maior propensão ao comportamento de risco.

<sup>33</sup> *Felching*: chupar ou engolir sêmen de fora do ânus de alguém; envolve o ato de sugar oralmente sêmen para fora do ânus do parceiro.

<sup>34</sup> Essa expressão será definida e explorada adiante, na p. 73.

Segundo estudos de Cochran & Mays (2000), fatores psicológicos como o isolamento social, por exemplo, funcionam como desencadeadores desse comportamento e levam muitos HSH HIV<sup>+</sup> a procurarem o sexo desprotegido e a adotarem condutas extremamente vulneráveis. São de igual forma agentes facilitadores do comportamento *barebacking*, o abuso de álcool e/ou o uso de drogas, conforme demonstrado nas pesquisas de Colfax *et al.* (2005), Pantalone *et al.* (2008) e Poulouse & Srinivasan (2009). A união desses elementos pode gerar enormes consequências emocionais, como a depressão (HOUSTON *et al.*, 2012; KLEIN, 2013), estimulada pela enganosa “segurança” sexual mediada pela relação entre o uso da internet e o risco sexual (MCKIRNAN *et al.*, 2007). Esses achados são corroborados pela pesquisa de Berg (2008), cujos resultados mostraram que, em comparação com os *não barebackers*, homens que praticam sexo *bareback* são mais propensos ao uso de álcool em contextos sexuais, à utilização da internet para encontrar parceiros sexuais, ao envolvimento em sexo inseguro e à maior busca de sensações sexuais. Nesse sentido, Berg *et al.* (2013) afirmaram que o comportamento *barebacking* está intimamente associado ao envolvimento em múltiplas relações sexuais desprotegidas com parceiros casuais.

Diante da complexidade da questão envolvida neste comportamento, seria possível uma intervenção que os contivesse? Na investigação de Parsons & Bimbi (2007), HSH que se identificaram como *barebackers* poderiam não estar interessados nesses esforços de intervenção. Em vista disso, Balán *et al.* (2013) sugeriram novas ações e esforços de prevenção a HSH *barebackers*, cujo foco não fosse a massificação da informação do uso do preservativo. Na mesma direção, os estudos de Johnson *et al.* (2003) já haviam ressaltado as dificuldades de intervenções que pudessem promover a redução do risco para a população por ser escasso o número de estudos controlados e rigorosos, sugerindo que muitas avaliações mais rígidas de esforços em prevenção seriam necessárias para determinar com segurança os efeitos dos componentes específicos.

Em suma, este levantamento de pesquisas levou-nos a entender a extensão da complexidade que abrange os fatores envolvidos no comportamento de omissão e recusa do uso do preservativo de HSH. Com isso, confirmamos a necessidade de nos aprofundarmos no (re)conhecimento dos contextos afetivos, sexuais e sociais desta categoria de maior exposição e maior prevalência atual na (re)infecção pelo HIV/DST. Poderíamos, assim, obter novas compreensões que possibilitassem diferentes ações em prevenção que os fortalecessem e capacitassem a lidar com as questões aqui apresentadas. Prosseguiremos com a estruturação dos capítulos que explorarão alguns aspectos teóricos que poderiam estar envolvidos no contexto desses comportamentos.

## **2 ASPECTOS PSICODINÂMICOS ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE OMISSÃO E RECUSA DO USO DO PRESERVATIVO**

O presente capítulo objetiva rastrear alguns conceitos psicodinâmicos associados aos comportamentos sexuais de omissão e recusa do uso do preservativo. Este entendimento, fundamentado pelas diretrizes da teoria da psicanálise, mostrará elementos essenciais da constituição e do funcionamento psíquico do indivíduo, indispensáveis à compreensão da dinâmica dos comportamentos aqui investigados. A escolha desta fundamentação teórica é justificada primeiramente pelo processo de identificação metodológica e profissional de seu pesquisador, e também por seu alicerce estar orientado pela compreensão do psicodesenvolvimento humano e fundamentado na escuta clínica de um “sujeito inconsciente”.

No posicionamento de autores psicanalistas contemporâneos elegidos para a construção dos capítulos a seguir, em sua maioria pode-se observar a marcante influência da escola francesa. Todavia, como não é este o objetivo do presente estudo, não detalharemos suas particularidades visto que, independentemente das diferenças conceituais e de posicionamentos entre as reconhecidas escolas pós-freudianas – sejam elas a kleiniana, a lacaniana, da Psicologia do Ego ou as representantes teóricas das Relações de Objeto –, existem fatores fundamentais que as unem, e o que interessa a este estudo é que são todas derivadas da matriz freudiana, conforme nos explica Mezan (2014, p. 31):

[...] em sua metapsicologia, elas preservam a descoberta básica de Freud – o inconsciente – e a ideia fundamental do conflito psíquico; em sua teoria do desenvolvimento, mantêm a ideia essencial de uma permanência do infantil no psiquismo adulto; em sua teoria do funcionamento normal ou patológico, operam com a categoria basilar de defesa, em consequência da qual o sintoma se define como compromisso entre forças psíquicas opostas [...].

Para finalizar este tópico, faremos uma breve reflexão sobre a prática sexual desprotegida e arriscada, com especial atenção ao comportamento de recusa incondicional e deliberada do preservativo. Esta conduta, um dos objetivos de investigação deste estudo, será explorada no último capítulo. Serão consideradas as implicações do fluxo pulsional do indivíduo, cujo desfecho pode conduzi-lo à compulsão sexual e a implicações para a sua saúde física e emocional. Para tanto, este aprofundamento será alicerçado pela união de saberes, prosseguindo com a visão psicodinâmica – Teoria Psicanalítica da Perversão –, e a Psicopatologia, dada a complexidade envolvida. Assim, esperamos elaborar instrumentos de

compreensão para a análise desta pesquisa, bem como contribuir com futuras ações de melhoria em prevenção.

## 2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS

Para uma compreensão abrangente e complexa do aparelho psíquico, Freud elaborou sua Teoria Estrutural, cuja composição abrangeria três instâncias psíquicas: (a) o Id, uma instância essencialmente inconsciente, composta por conteúdos bastante arcaicos, pulsões, instintos e desejos nada acessíveis pela consciência. Regido pelo “princípio do prazer” e sem conexão com a realidade, o id desconhece lógica, censura e moralidade. Dentre seus desígnios está a grande influência na estruturação do ego e do superego; (b) o Ego, instância consciente, governada pelo “princípio da realidade” e responsável por mecanismos de autopreservação e proteção. Uma de suas principais funções seria a intermediação entre os elementos internos (pulsões) e as demandas da realidade externa; portanto, é o responsável por lidar com as constantes “cargas” de excitabilidade pulsional que o pressionariam por satisfação e gratificação; e (c) o Superego, constituído pela introjeção dos conteúdos normativos, repressivos, éticos e morais. Ele é responsável por introduzir o indivíduo na cultura e vice-versa, estando assim incumbido de sua sociabilização. O superego nem sempre estará em consonância com o ego e o id. Sua constituição é alicerçada pela interiorização das exigências e das interdições parentais, de como o indivíduo percebe as exigências de figuras parentais e a rigidez de normas culturais e sociais. Dentre suas funções está a da repressão, especialmente associada à sexualidade.

Estas instâncias, que compõem o aparelho psíquico, permanecerão integradas e interligadas durante toda a vida do indivíduo. Cabe esclarecer, contudo, que caso isso não ocorra em virtude de um desequilíbrio que comprometa tal integração, poderão advir consequências em seu comportamento. Em casos mais extremos, quando houver predominância de uma dessas instâncias, sem integração entre elas, poderão ocorrer transtornos e desequilíbrios patológicos. Este é o caso de estruturações psíquicas fronteiriças, psicopatias e psicoses, entre outras. Nessas circunstâncias, os elementos mais representativos a serem observados na estruturação psíquica, funcional ou patológica, serão os “vestígios” mentais e suas apreensões, provenientes das experiências do passado. Vale ressaltar, porém, que esses resquícios são atemporais, e serão sentidos como “presentes” pelo indivíduo embora provenientes dos conteúdos vividos com suas primeiras figuras objetais, no passado, através da reverberação de imagens mnemônicas ou memórias conflitivas. Conforme Cymrot (1997, p. 57): “Só a experiência presente e vivida pode ser observada. A vida pode ser apreendida no

momento em que ela ocorre. Passado e futuro são referidos a partir do presente, da consciência, da realidade psíquica”. Por conseguinte, a maneira como tais conflitos psíquicos forem representados no ego e os consequentes mecanismos de contenção desses conteúdos determinarão de que forma será conduzido o fluxo de excitabilidade das pulsões que lutam por satisfação. Se esses conflitos forem recalcados ou se não houver alguma barreira defensiva do ego que os possa conter, poderá surgir um comportamento com predominância à autoproteção ou à autodestruição do indivíduo.

### 2.1.1 O fluxo das pulsões no aparelho psíquico

Neste tópico serão abordados os fluxos pulsionais no aparelho psíquico, como são estabelecidos os mecanismos dessas energias psíquicas, e quais seriam suas repercussões na estruturação psíquica e nos comportamentos dos indivíduos.

A suspeita de Freud de que as “pulsões sexuais” teriam força suficiente para a produção de sintomas foi decisiva para o aprofundamento da investigação do aparelho psíquico por meio de seus eixos fundamentais: topográfico, econômico e dinâmico, compreendidos pela energia proveniente das pulsões, o *Trieb*<sup>35</sup>.

[...] situado entre a fronteira do somático e o psíquico, como possuidor de quatro características: fonte, pressão, finalidade e objeto. [...] foi explicado que o ressurgimento de uma necessidade satisfeita gera um impulso para repetir a experiência daquela satisfação; esse impulso foi chamado de desejo, e ficou subentendido que este é da categoria do psíquico, enquanto a necessidade que o gera é da categoria do orgânico. [...] só um desejo pode movimentar o aparelho psíquico, pois a energia que o impulsiona advém de uma necessidade. (ANDRADE, 2013, p. 38).

Assim, observamos a relevância desse conceito para se entender como o fluxo das pulsões é estabelecido, com destaque para a integração “corpo-mente”:

[...] embora os instintos sejam inteiramente determinados por sua origem em uma fonte somática, na vida mental nós os conhecemos apenas por suas finalidades. [...] todos os instintos são qualitativamente semelhantes e devem o efeito que causam somente à quantidade de excitação que trazem em si... [...] O que distingue uns dos outros os efeitos mentais produzidos pelos vários instintos, pode ser encontrado a partir da diferença em suas fontes. (FREUD, [1914-6]1987, p.143-144).

Em outras palavras, trata-se de um mecanismo que, do ponto de vista fisiológico, envolve um “ego corporal” que procuraria aliviar-se da carga de excitabilidade pulsional; do ponto de vista “psíquico”, visaria a pressão contínua por gratificação de um conteúdo inconsciente. Isto se configuraria, portanto, em um processo dinâmico, no qual a forte pressão

<sup>35</sup> *Trieb*: O termo alemão costuma ser compreendido em português por instinto ou pulsão, por influência inglesa (*instinct*) ou francesa (*pullsion*). Circunstancialmente, este termo pode ser usado para designar o impulso ou a expressão impulso instintual (ANDRADE, 2013).

da energia pulsional psíquica, agora transformada em energia pulsional somática, buscaria um mesmo ideal: a satisfação.

Existem dois grupos de pulsão: (a) as pulsões sexuais e de autoconservação, e (b) as pulsões sádicas e de domínio, também conhecidas como “Pulsão de Vida e Pulsão de Morte”. Contudo, Gomes (2001) observa que Freud não excluía a primeira em detrimento da segunda, e sim as integrava: “Propõe, conseqüentemente, uma dualidade que opõe as pulsões sexuais, que buscam a vida, e as outras pulsões, que tenderiam à morte. Neste ponto, as pulsões de autoconservação ficam ainda do lado da pulsão de morte” (p. 253).

Assim sendo, de acordo com Meireles (2010) os caminhos estabelecidos por essas tensões pulsionais, que são seguidas de descargas, poderiam ser vistos como mecanismos de “equilíbrio psíquico”. Este aumento pulsional buscaria suprir um estado desprazeroso com força proporcional à das tensões que estimulariam o prazer. Todavia, esta busca que visa aliviar-se dessa sensação de excitabilidade pulsional contínua corresponderia a uma descarga de desprazer.

É reconhecida como a descarga de desprazer, e dessa maneira há uma variação de quantidade de energia. Em 'Além do Princípio do Prazer', foi exposto a existência no inconsciente de um princípio regulador de variações de tensão - “O Princípio de Prazer” - caracterizado pela atitude do ser em evitar o desprazer e buscar o prazer. O aparelho psíquico faz um constante trabalho para prevalecer à estabilidade em todos os processos psíquicos. Essa tendência à estabilidade decorre do “Princípio de Constância”, cuja finalidade é manter no nível mais baixo possível a quantidade de estímulo.

Para que haja esse “equilíbrio psíquico”, faz-se necessário diminuir a excitabilidade das pulsões; e para que se estabeleça este fluxo é preciso que haja um destino, um objeto. No que tange ao objeto, Gomes (2001) asseverava que, diferentemente de outras concepções cujas definições se baseiam no conceito de instinto, de determinação hereditária fixa do objeto e do alvo (principalmente no que se refere às pulsões sexuais), em psicanálise

[...] o objeto da pulsão é “aquilo junto a que, ou através de que, a pulsão pode atingir seu alvo”. É variável, e não está originalmente ligado à pulsão.[...] portanto, contingente, mas esta contingência não significa indeterminação, pois o objeto será determinado, exatamente, por “sua aptidão” (e poderíamos acrescentar aqui: real ou fantasiosa) “a tornar possível a satisfação”. (GOMES, 2001, p. 251)

Desta perspectiva, o objeto a ser buscado é o que satisfaz a descarga, na busca do prazer. O conceito de objeto liga-se ao conceito de pulsão: o objeto é contingente, redutível às vicissitudes de uma pulsão subjacente; ele não é necessariamente uma pessoa, pelo menos no início da vida psíquica. (CYMROT, 1997, p. 93).

Entretanto, como já afirmado anteriormente, a finalidade da pulsão seria desconhecida, ou seja, nunca saberíamos qual seria o seu conteúdo psíquico “original”. E é isto que a difere de um desejo, como nos explicou Garcia-Roza ([1936]1985, p. 83): “O desejo se dá ao nível

da representação tendo como correlato os fantasmas (fantasias), o que faz com que, contrariamente à pulsão (*Trieb*) – que tem de ser satisfeita –, o desejo tenha que ser realizado”.

Este seria um fator potencialmente grave. Se pensarmos que o objetivo da pulsão é a satisfação, ela nunca será satisfeita! Ainda segundo Garcia-Roza ([1936]1985, p. 127): “A rigor, uma pulsão não pode ser nem destruída nem inibida; uma vez tendo surgido, ela tende de forma coercitiva para a satisfação. Aquilo sobre o qual vai incidir a defesa é sobre os representantes psíquicos da pulsão, os quais vão conhecer destinos diversos”. Nesse sentido, Celantano (2011) acrescentou: “O estímulo pulsional é uma força constante da qual não se pode fugir. É uma necessidade à qual deve corresponder uma satisfação para que o estímulo pulsional seja diminuído”. E ainda asseverou que:

[...] mas além de interno e constante, o estímulo pulsional é irremovível. Freud não se interessa muito em saber a origem do estímulo pulsional. Trata-o como um dado exógeno. Uma energia, da qual a força é a libido. Para que um estímulo pulsional seja, ainda que temporariamente, satisfeito, não basta uma ação de origem muscular. Impõe-se ao organismo um trabalho muito mais complexo de obter do mundo os elementos de saciação. Mas mais do que isso, obriga o sistema nervoso a assumir que esses impulsos estarão presentes e que é impossível mantê-los distantes de si. São, portanto, essas pulsões que nos movem em nossa capacidade ilimitada de realizações. (CELANTANO, 2011).

#### 2.1.1.1 As pulsões sexuais (libido)

Inicialmente, cabe uma explicação sobre a diferença entre libido e pulsão:

A diferença básica entre os dois tipos de pulsões é que elas se encontram sob o domínio de diferentes princípios de funcionamento: como as pulsões do ego só podem satisfazer-se com um objeto real, o princípio que rege seu funcionamento é o princípio da realidade, enquanto as pulsões sexuais, podendo “satisfazer-se” com objetos fantasmáticos, encontram-se sob o domínio do princípio do prazer. (GARCIA-ROZA, [1936]1985, p. 124).

Esse “dualismo” estava presente em toda a obra de Freud, até que ele compreendesse as pulsões de autoconservação não como um resultado do ego, mas a serviço dele. A partir desse entendimento, que mais tarde diria respeito ao “narcisismo”, surgiu a explicação que faltava: por que não haveria um real motivo para distingui-las, conforme explicou Garcia-Roza ([1936]1985, p.125):

Freud faz a distinção entre “libido do ego” (ou libido narcísica) e “libido objetal”, constituindo a oposição por referência não a natureza da energia, mas por preferência ao objeto de investimento. Assim, “libido do ego” designa não uma libido que emana do ego, mas uma libido investida no ego, enquanto “libido objetal” designa o investimento da libido sobre os objetos externos. Em consequência desta nova distinção, a autoconservação nada mais seria do que um amor a si mesmo, o que tornaria caduca a oposição entre as pulsões sexuais e pulsões do ego: toda pulsão é, em última instância, sexual.

Prosseguindo, segundo Lopes (2012), na visão de Freud esta energia pulsional definida como “libido” seria, da mesma forma, um impulso vital de autopreservação da espécie humana, uma energia sexual no sentido estrito, caracterizada como um fenômeno do “impulso” do desejo e do prazer: “[...] a tensão sexual física aumenta a certo nível e desperta a libido psíquica. Aqui a libido é tomada enquanto quantidade, podendo ser suficiente ou insuficiente; porém, ela já é claramente definida como psíquica” (p. 272).

Nesta perspectiva Freud desenvolveu o conceito de libido, supondo que, a partir da noção de zonas erógenas do corpo, o indivíduo estabelecerá sua relação com o objeto e, conseqüentemente, com o mundo. Desde as primeiras vivências, a libido estaria concentrada em determinada zona erógena. Dentre as organizações pré-genitais, Freud destacou duas – as fases oral e anal – até que se completasse o ciclo do desenvolvimento da psicosexualidade, com a denominada fase fálica que culminaria, portanto, na dita fase genital. Por meio desse processo de desenvolvimento psicosexual, estariam configuradas as fases da energia da libido em cada faixa etária; desse modo, teríamos como cercear alguns conteúdos psíquicos que corresponderiam a condutas e dinâmicas sexuais que estivessem atuando na fase adulta.

Essa compreensão, centrada no desenvolvimento da psicosexualidade humana e com atenção dirigida a um complexo universo subjetivo, nos permitiria alcançar os conteúdos bastante primitivos e de difícil acesso à consciência; e o entendimento da forma como estes estabeleceriam sua relação com o mundo e com o objeto do desejo. Isto nos possibilitaria interpretar diversos comportamentos cujos mecanismos psíquicos seriam resultados dessas vivências. Desse modo, a maneira como o indivíduo vivenciou e apreendeu experiências, os significados a elas atribuídos, suas sensações e percepções, seriam determinantes para compreendermos seus desejos, fantasias, e, em última análise, sua dinâmica psíquica. Constituindo-se como uma energia, a libido – como toda pulsão – elegeria determinadas partes (erógenas) do corpo para sua gratificação. Nesse sentido, a “libido está, neste momento, estritamente ligada à necessidade de manter a dualidade pulsional, assim como manter o conceito de compulsão à repetição, sobre a qual postula a pulsão de morte” (LOPES, 2012, p. 272).

Entretanto, e quando não sobrevém a “trégua” pulsional sexual de busca por gratificação? E quando o indivíduo se sente constantemente estimulado por essas pulsões e não consegue encontrar um fluxo que o alivie dessas excitações? Neste caso, haveria uma antecipação precoce do retorno da pulsão sexual ao seu próprio órgão genital, caracterizada pela autoestimulação (masturbação). O que aconteceria, porém, se esse processo se

configurasse tão prazeroso a ponto de se constituir em uma fixação? Seria esta a configuração de um processo narcísico em que a pulsão seria estimulada pelo próprio ego? Caso os conteúdos repressivos de rigidez e vergonha frente aos sentimentos incestuosos do superego não consigam conter a energia da libido, ocorrerá um deslocamento da energia psíquica que poderá culminar em processos patológicos.

### 2.1.2 Os mecanismos de defesa do ego e os destinos das pulsões

Sob o olhar de Garcia-Roza ([1936]1985), a pulsão tem dois representantes psíquicos, o afeto e o ideativo, sendo que cada um deles, com seus mecanismos próprios, trilharão diferentes caminhos, que caracterizam destinos pulsionais distintos. Em relação ao primeiro caso – o afeto –, Freud cita três possíveis mecanismos de transformação pulsional: transformação do afeto (histeria de conversão); deslocamento do afeto (obsessões); e a troca do afeto (neurose de angústia e melancolia). Portanto, quando a psicanálise fala da possibilidade de transformação pulsional, na verdade está se referindo ao seu segundo representante psíquico – o ideativo –, cuja transformação dos destinos das pulsões se daria através de mecanismos de defesa, entre eles os de *sublimação*, *recalque*, *reversão ao seu oposto*, e *retorno em direção ao próprio eu*.

Dessa forma, devido a mecanismos de defesa as pulsões terão a possibilidade de ser transformadas enquanto representantes ideativos. Podemos dizer que tais mecanismos representariam tentativas de defesa do ego para lidar com as enormes tensões pulsionais; nas palavras de Rowel (2013): “Mecanismos de defesa são processos psíquicos inconscientes que aliviam o ego do estado de tensão psíquica entre o id intrusivo, o superego ameaçador e as fortes pressões que emanam da realidade externa”; em outros termos, são recursos defensivos, possibilidades autoprotetivas ao indivíduo. Sobre esses mecanismos, neste momento nos prenderemos à visão de Carvalho (2004) quanto aos de sublimação e recalque:

Na **sublimação**, a pulsão muda seu objeto, deixando sua característica sexual e buscando a valorização social. A pulsão sexual encontra sua satisfação parcial na execução de atividades valorizadas socialmente, como a ciência, a arte e as letras, por exemplo. [...] Mesmo assim, a pulsão motora da sublimação não deixa de ser sexual. Em um primeiro momento, a pulsão sexual deixa de dirigir-se aos objetivos sexuais e reverte-se ao próprio ego do indivíduo (narcisismo). Já em um segundo momento, o ego desvia esta pulsão para um objeto qualquer cuja conotação não seja diretamente sexual. O **recalque** é a tentativa de tornar inoperante uma pulsão pelo fato de sua descarga ser proibida ou desprazerosa. Se a economia prazer-desprazer implicar que a descarga da pulsão traga muito desprazer a uma instância psíquica, esta pulsão será recalçada, levada para o inconsciente e deverá ser satisfeita de outra forma, quem sabe pela sublimação.

A possibilidade de lidar com as potentes tensões pulsionais por meio da sublimação e do recalque, além de se constituir em uma defesa, permitiria que o indivíduo intermediasse

sua busca por gratificação levando em consideração os dois universos de realidades antagônicas: a interna (regida em grande parte pelo princípio do prazer) e a externa (regida pelo princípio da realidade). Nessa direção, Jorge ([1952]2010, p. 10) afirma que:

[...] O aparelho psíquico deve, assim, fazer face a duas ordens de excessos, externos e internos: os primeiros são constantes e muitas vezes traumáticos – representam uma elevada exigência de simbolização, isto é, de atividade psíquica para elaborar experiências que extrapolam a capacidade de assimilação de sua estrutura. Os internos são igualmente poderosos, uma vez que são constituídos pelos constantes pedidos de satisfação pulsional que se presentificam através de forças imperiosas ao longo da vida e das mudanças que esta propõe, sem cessar, ao sujeito. [...] Ela implica a existência de uma abertura na relação do sujeito com o mundo externo que vem a ser preenchida por representações singulares que se repetem insistentemente, de modo a lhe oferecer alguma homeostase psíquica.

Por outro lado, apesar desse recurso proporcionar proteção ao indivíduo, não é totalmente consciente; portanto, não está sob controle ou domínio, isto é, seu uso não se inclui no âmbito da vontade, do querer fazer.

Ao nos aprofundarmos ainda mais sobre este mecanismo – o recalque –, veremos que sua intensidade terá diferentes destinos na estruturação psíquica do indivíduo, sendo também determinante em seu comportamento. Como lembrado por Cymrot (1997), Freud e Klein o viram como um mecanismo que poderia assumir formas normais ou patológicas, e cuja censura seria um elemento essencial para a “diferenciação entre consciência e inconsciente, ajudando a preservar a mente de um virtual estado psicótico. [...] Permite que a mente não fique inundada por impulsos e emoções, permite o pensar” (p. 65). Por outro lado, mesmo que o recalque integre um ego mais estruturado, nos casos em que o indivíduo é extremamente defensivo isto pode nos servir de alerta para a complexidade do conteúdo pulsional, que pode também interferir em processos mentais e emocionais.

E em situações em que o ego não dispõe de recursos defensivos suficientes para lidar com as demandas do desejo, ficaria o indivíduo vulnerável, “à deriva” das excitabilidades pulsionais? Como seria essa dinâmica entre a demanda de um desejo inconsciente e sua busca por satisfação? A seguir, serão observadas estas e outras repercussões no aparelho psíquico e no comportamento do indivíduo, refletidas através da psicodinâmica do desejo.

## 2.2 A PSICODINÂMICA DO DESEJO

Neste tópico faremos uma breve reflexão sobre a psicodinâmica do “desejo”. Seria este um elemento inconsciente representado na consciência? Seria o mecanismo do desejo diferente da pulsão inconsciente que luta por gratificação? Como o seu conteúdo é identificado na consciência do indivíduo? Quais seriam os motivos que o levariam a não ter forças suficientes para contê-lo?

Estas questões são muito complexas e poderiam ser abordadas de diversas formas. Na compreensão da psicanálise, segundo Garcia-Roza ([1936]1985, p. 83):

Como ponto de partida, podemos dizer que um desejo é uma ideia (Vorstellung) ou um pensamento; algo completamente distinto, portanto, da necessidade e da exigência. O desejo se dá ao nível da representação tendo como correlato os fantasmas (fantasias), e o que faz com que, contrariamente a pulsão (Trieb) – que tem que ser satisfeita –, o desejo tenha de ser realizado.

O autor sustenta que esses “pensamentos” são, na maioria das vezes, expressos de forma onírica (sonhos), e que nada diferem dos pensamentos de vigília. Nos sonhos esses pensamentos podem ser “distorcidos” quando lembrados pela consciência, para não serem identificados. Todavia, quais os conteúdos que levariam o indivíduo a realizar seus desejos oniricamente e que o impediriam de realizá-los conscientemente? Segundo Freud ([1900-1]1987, p. 608), “[...] muitos dos pensamentos que ficam pendentes da atividade de vigília como ‘restos do dia anterior’ só alcançam representação nos sonhos através da assistência de desejos eróticos recalçados”. Esses desejos nada têm a ver com a vida diurna, pois pertenceriam ao inconsciente. São impulsos decorrentes de estímulos noturnos, e emergem durante o sono – a fonte de desejos oníricos. Os desejos originários do inconsciente estariam sempre prontos a ser expressos conscientemente, embora sejam impedidos por um mecanismo de censura (superego).

Uma das características fundamentais do desejo inconsciente, assim como qualquer conteúdo do Ics, é a indestrutibilidade. A nível de sistema inconsciente, o passado se conserva integralmente, e como o sonho é um fenômeno regressivo, são os desejos mais infantis os que funcionam como indutores permanentes de seus conteúdos. (GARCIA-ROZA, [1936]1985, p. 85).

Como o indivíduo teria acesso aos conteúdos do desejo? Se o desejo é um pensamento ou uma ideia, como seria representado na consciência? Por que o desejo é incitado por uma pressão interna à busca de gratificação? E por que, uma vez realizado o desejo, a demanda continua?

A necessidade tal como o desejo, implica uma tensão interna que impele o organismo numa determinada direção. A diferença fundamental entre ambos está em que na necessidade esta tensão é de ordem física, biológica, e encontra sua satisfação através de uma ação específica visando a um objeto específico que permite a edição da tensão, enquanto que o desejo não implica uma relação com o objeto real, mas com um fantasma. A necessidade implica em satisfação, o desejo jamais é satisfeito, ele pode realizar-se em objetos, mas não se satisfaz com estes objetos. [...] A estrutura do desejo implica necessariamente essa inacessibilidade do objeto e é precisamente isso que o torna indestrutível. (GARCIA-ROZA, [1936]1985, p. 144).

Como podemos constatar, os elementos que envolvem o “desejo” são extremamente complexos, daí sua importância no dinamismo do aparelho psíquico. Freud o desvincula de

concepções biológicas e estruturas racionais ao afirmar que o desejo é inconsciente e indestrutível. Para Andrade (2013, p. 47), “desejo é um impulso para repetir uma experiência anterior da satisfação de uma necessidade, quando esta ressurgir”.

Pressionados por pulsões sexuais, os “desejos primitivos incestuosos”, outrora dirigidos às figuras objetais, buscam sua realização por meio de um outro objeto que não os pais. Sem “discernimento” consciente desse processo, a atuação repetida do indivíduo seria uma forma deste “esquivar-se” de enfrentar os conteúdos dessas pulsões. Em casos extremos, por mais autodestrutiva que possa ser sua realização na vida real, ainda assim seria melhor do que acessar tais conteúdos psíquicos.

Por conseguinte, são processos inconscientes os elementos constitutivos do desejo, sua condução e destino; a forma como o indivíduo irá eleger determinado objeto; e as questões envolvidas nesse percurso. Os componentes do desejo derivam-se inicialmente das primeiras experiências com a figura objetal (mãe ou sua representante), ou seja, de vivências sensório-corporais muito primitivas. Esses registros, que poderão ser bons ou maus, funcionarão como sensações e imagens definidas como “imagem mnemônica”.

Uma imagem mnemônica permanece associada ao traço de memória da excitação produzida pela necessidade, de tal forma que na vez seguinte em que essa necessidade emerge, surgirá imediatamente um impulso psíquico que procurará recatexiar a imagem mnemônica da percepção e reevocar a própria percepção, reestabelecer a situação de satisfação original. (GARCIA-ROZA, [1936]1985, p. 145).

Assim, a influência dessas imagens mnemônicas na composição do desejo é imensa, e dependerá de como estas foram apreendidas. Quando falamos dos elementos que constituem o desejo, estamos nos referindo a um “arquivo”, a um “modelo primitivo”, produto de todas as apreensões de vivências mais remotas. A “qualidade” apreendida, proveniente dessas experiências primitivas, e a forma como as figuras objetais foram concebidas, serão determinantes para a construção e a realização do desejo, bem como pela eleição e a relação com o objeto. Assim sendo, “é inerente ao modo primitivo de funcionamento mental atribuição, aos objetos externos, de impulsos e de sentimentos indesejáveis na mente” (CYMROT, 1997, p. 37).

De acordo com Garcia-Roza ([1936]1985), o processo de constituição do desejo é formado por fases, sendo a primeira delas construída através de sensações situadas no campo do imaginário. “Na primeira fase da constituição do desejo, que é a fase do imaginário, o desejo não se reconhece como desejo, é no outro ou pelo outro que esse reconhecimento vai-se fazer, numa relação dual especular que o aliena nesse outro” (p. 145).

Lembramos que, em processos muito remotos, a criança constrói uma dinâmica intrapsíquica muito singular. Se materializássemos o ego para fins de “visualização” desse processo, ele corresponderia a um espaço psíquico, com constituição ainda muito rudimentar, embora já lutando por gratificação. Muitas vezes a criança “alucina” para suprir suas necessidades. Contudo, no que tange a esse recurso alucinativo do bebê, Andrade (2013, p. 48) afirma que: “Se a alucinação realiza o desejo (psíquico), não satisfaz a necessidade (biológica), motivo porque esta continua a gerar estímulo endossomático que só cessa com a satisfação da necessidade pelo objeto, e não pela solução alucinatória criada pela mente do bebê”.

Ao ser alimentada, a criança começa a constituir suas primeiras “representações” do desejo por meio da fantasia, processo secundário, no qual a elaboração do pensamento inicia sua formação. O autor acrescenta ainda: “Portanto, a fantasia tem um pé na alucinação e outro na realidade. [...] De qualquer forma, consciente ou inconsciente, ela é uma forma de processo secundário, da categoria do pensamento: portanto da esfera do ego” (p. 49). Como se verá adiante, esse entendimento será de grande valia ao desenvolvermos a psicodinâmica da estrutura psíquica perversa; veremos que a fantasia é o recurso psíquico que a diferenciaria da estrutura psicótica, por exemplo.

Esse processo de “constituição de si”, ou seja, de formação do ego, será determinante para a forma como o indivíduo se perceberá futuramente, e de como perceberá o mundo à sua volta. Assim, a maneira como a criança se sente acolhida e em segurança, como lida com a frustração de não ser constantemente suprida em todas as suas demandas, será determinante nesse processo de constituição do ego. Desta percepção resultará também o modo como o indivíduo lidará com as sensações de afeto, solidão, ambivalência, frustração, dor e gratificação, entre tantas outras, ressaltando assim vários elementos que circundam o desejo. Tais apreensões serão determinantes para a sua estruturação psíquica, criando um extenso ou limitado repertório de recursos emocionais, que configurará de que maneira o indivíduo definirá a condução de seus desejos; portanto, o caminho “escolhido” pelo indivíduo para a realização dos seus desejos estará eminentemente associado ao seu dinamismo psíquico.

Refiro-me aqui, a propriedade que a mente tem de fantasiar, alucinar, transformar, e à relação destas vicissitudes da mente com a irreversibilidade do tempo, com o exame da realidade. O ego se vê diante de desilusões, e das perdas, sofre cisões e tem a tarefa de desenvolver meios para se adaptar as contingências da vida. Freud foi se interessando pelo dinamismo psíquico, pelo modo com que o sujeito busca se satisfazer e como ele lida com o sofrimento, com a culpa e com a sua destrutividade. (CYMROT, 1997, p. 53).

No entanto, como lidar com esse elemento destrutivo do desejo associado à sua insaciabilidade por gratificação constante? A esse respeito, para Garcia-Roza ([1936]1985, p. 148): “O que aprendemos com Freud foi que o objeto do desejo é um objeto perdido, uma falta, e que este objeto perdido continua presente como falta, procurando realizar-se através de uma série de substitutos que formam uma rede contingente mantendo a permanência da falta”.

Este processo de gratificação do desejo, caracterizado pela ambiguidade entre a pressão por sua realização (regido sob o princípio do prazer, o id) e os fatores que envolveriam essa realização (regido pelo princípio da realidade, o ego), demonstra o caráter antagônico das pulsões. A possibilidade de reprimir conscientemente um desejo cuja representação é de prazer, mesmo quando percebido como destrutivo, automaticamente envolveria um desprazer em não realizá-lo. Em outras palavras, são muitas as forças internas que relutariam nesse movimento de desprazer, justamente por esta dinâmica estar vinculada a processos e vivências muito primitivas, conforme explicação de Pisetta (2008):

O desprazer relativo ao processo de recalque indica que o princípio do prazer está ligado ao controle de estímulos. O princípio do prazer é a modificação de uma realidade primária, uma inércia, que equivale para Freud ao prazer absoluto, ou seja, à ausência de estimulação. Ele é acionado para dar conta de uma quantidade de excitação não-ligada e constitui uma forma de modificação de uma realidade primária de excitações traumáticas e desamparo absoluto. Já o princípio de realidade é uma segunda fase para a continuidade de obtenção de prazer e, como seu predecessor, utiliza vários expedientes para alcançar sua meta. Em um primeiro momento, a angústia é vista como produto deste, como uma amostra de que ali houve uma luta incessante, concluída pelo recalque, para evitar a entrada de uma moção inaceitável que geraria mais desprazer do que a própria manifestação da angústia na consciência. [...] a origem do recalque, como nos diz Freud, está na denegação da satisfação, na própria impossibilidade desta. A satisfação impossível figura como condição da subjetividade e balizadora do desejo.

Por sua vez, Cymrot (1997) salientou que, condicionadas a esse processo, estarão as características da organização psíquica, a constituição do ego do indivíduo, os processos de elaboração dos conteúdos vivenciados e a associação destes aos acontecimentos externos. Todos esses elementos poderiam alterar o fluxo que reforçasse ou intensificasse a forma como o indivíduo lidaria com a realização do desejo.

Concluindo, Pisetta (2008) observou que, diante da complexidade envolvida nesse processo, deve-se ter em mente que seria pela resistência – e não pelo recalque – que se estabeleceria a dinâmica das substituições dos representantes psíquicos da pulsão, os quais protegem seu ponto de conexão com o recalque.

Então, podemos pensar nele também como uma tendência do aparelho psíquico de conseguir alguma satisfação, algum prazer, que em sua totalidade é vetado primordialmente. Embora conciliador, pela busca do prazer perdido, o recalque

é essencialmente separador em seu trabalho, e tem como efeito a falha. Sempre falhará em sua busca, porque o que é recalcado continuará a exercer pressão pela satisfação.

Frente ao exposto, pudemos observar a complexidade dos processos envolvidos na psicodinâmica do desejo, que envolvem conexão e adaptação entre as demandas pulsionais internas e externas. Quanto maior o contato do indivíduo com seus conteúdos internos, quanto mais estes sejam conhecidos, entendidos e ressignificados, mais funcional será a adaptação desses desejos ao espaço exterior, real. Tais processos, denominados em psicanálise como elaborações psíquicas, serão tema do próximo tópico.

### 2.3 O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DOS CONTEÚDOS PSÍQUICOS

A elaboração de conteúdos psíquicos faz parte de uma estrutura de ego com recursos defensivos, que vivenciou importantes fases do psicodesenvolvimento e conseguiu estabelecer uma conexão com a realidade, garantindo ao indivíduo funcionalidade e adaptabilidade. Entendemos por funcionalidade o caso de um indivíduo com estruturas cognitivas alicerçadas, juízo crítico e uma relativa estrutura emocional, suficiente para desenvolver suas capacidades de “percepção” (elemento de indicação estrutural do ego), com possibilidades para intermediar os conteúdos internos e externos, e vice-versa.

Obviamente, levando em conta a proporcionalidade de cada situação em que o indivíduo se situe, espera-se que a elaboração psíquica seja influenciada por grandes oscilações, como no caso do acesso a um diagnóstico de doença grave, por exemplo. Dessa forma, para que possamos abordar processos de elaboração de conteúdos psíquicos, faz-se necessário considerar um indivíduo que disponha de uma condição psíquica de base com um mínimo de estruturação egoica.

Com isso, conectamo-nos com a teoria aqui explorada, a psicanálise, que compreende a manifestação de um comportamento como o equivalente às suas vivências infantis. Daí a necessidade de ter em conta a expressão de um comportamento que nos forneça indícios de conteúdos psíquicos, produtos de fases anteriormente experienciadas. A compreensão dessas vivências poderia proporcionar ao indivíduo uma reflexão integrada sobre o seu processo de subjetivação, sobre o porquê de suas atuações e comportamentos atuais.

Reconhecemos que essa compreensão refere-se a um processo regressivo, pois leva o indivíduo a se valer da construção de todos os elementos de suas vivências no passado para falar da sua atuação no presente. Acreditamos, contudo, que a junção desses processos do presente poderia acarretar uma possível alteração na percepção dos ciclos de repetição sem

consciência. Isto é o que denominamos processo de elaboração psíquica, que envolveria nomeação, reflexão, simbolização, ressignificação, transformação e integração de conteúdos vivenciados, com o objetivo de alterar a percepção do que anteriormente se situaria em um plano bastante primário, inconsciente.

A elaboração psíquica é um processo constante de contato em profundidade com os conteúdos internos, o reconhecimento, a possibilidade de entendê-los e ressignificá-los. A nosso ver, esta seria uma forma de despotencializarmos a carga pulsional que provoca tanta excitabilidade, e que faz com que o indivíduo assim atue como forma de lidar com esta demanda pulsional. A esse respeito, Cymrot (1997, p. 23), afirmou: “Suponho que a consciência é um estado fugaz, que logo se perde; as racionalizações são constantes; a apreensão da realidade psíquica, a auto-observação não são tarefa simples. Elaborar exige um trabalho mental [...]”. Não se trata de um processo fácil; muito pelo contrário, exigirá bastante disponibilidade frente às forças de resistências “cristalizadas” no ego. Por outro lado, a reflexão sobre esses conflitos psíquicos poderá levar a uma possível consciência que se refletiria em percepção, propiciando assim um importante recurso de ressignificações de experiências atuais.

Nessa perspectiva, ao enfrentarmos um sofrimento – seja uma doença, uma perda ou uma dificuldade, como é o caso dos HSH HIV<sup>+</sup>, que sofrem duplamente, pela soropositividade e pelos percalços da sua orientação sexual –, temos que lidar com processos inconscientes represados, atuantes, que mobilizam resistências e conflitos internos que dificilmente serão percebidos e reconhecidos sem uma devida atenção à subjetividade.

A repetição de um dado comportamento, influenciado por esses conteúdos represados, funcionaria como tentativas de elaboração cujas composições inconscientes manteriam o indivíduo em situação de aprisionamento psíquico. A atuação de mecanismos defensivos impediria que essas zonas de conflitos fossem “dissipadas”, impossibilitando, portanto, o acesso a esse núcleo, definido como trauma. A repetição de uma atuação significaria satisfazer, retroalimentar, e ao mesmo tempo manter-se distante do trauma. Nesta visão, o trauma psíquico pode ser entendido como um fenômeno que, segundo Cymrot (1997, p. 52), “refere-se ao modo como cada indivíduo reage psiquicamente aos impactos, às contingências da vida; diz respeito à subjetividade, é alimentado pelo conflito psíquico”.

O contato com o trauma envolve uma disponibilidade interna extensa por parte do indivíduo, pois nele está implícita a sensação de desconforto e uma intensa zona de conflito, embora inconsciente e impossível de se traduzir em palavras, do contrário este núcleo já teria

sido dissipado e seu conteúdo psiquicamente elaborado. A fuga expressa em atuações é característica de um trauma ainda de difícil acesso ao indivíduo; portanto, a elaboração psíquica integra um processo composto de múltiplos fatores facilitadores ou obstrutivos aos envolvidos. Elaborá-los corresponderia a uma ressignificação dos conteúdos do trauma, conforme apontado a seguir por Cymrot (1997, p. 51):

[...] Destaco alguns fatores que suponho sejam facilitadores da elaboração psíquica: interesse pela verdade, tolerância, compreensão para com a proposta do trabalho; suportabilidade às perdas, confiança, possibilidade de simbolização, consideração por dados da realidade. E alguns fatores obstrutivos à elaboração: resistências e padrões defensivos rígidos; inclinação por uma realidade consolatória, intolerância a frustração, dificuldade para superar perdas, todos estes estão presentes na vida mental de qualquer pessoa, importando verificar com que frequência e em que grau se manifestam [...]

Nesse processo, o “símbolo” exerce um papel fundamental, permitindo que se dê significado às experiências e facilitando assim a intermediação entre os elementos internos e a realidade externa.

O ser humano tem necessidade de símbolos, de atribuir significados às experiências. Um símbolo não tem uma existência real mas tem um significado; com o desenvolvimento psíquico espera-se que o sujeito possa fazer a distinção entre possibilidades e realidades. [...] Como parte do processo de luto, o símbolo é produzido pelo sujeito que simboliza, e o objeto contribui para este processo de simbolização. (CYMROT, 1997, p.35).

Neste sentido, Ramos (2006) foi mais longe ao acrescentar que parte do desenvolvimento do ego está associada à sua habilidade em “absorver” o símbolo. O alargamento desta capacidade de simbolização resultaria na “percepção” – uma das mais importantes funções do ego –, que seria a ressignificação de imagens e sensações, elementos esses até então inconscientes. Esta ressignificação possibilitaria a alteração de conteúdos psíquicos represados no ego, permitindo que este intermediasse os conteúdos internos e a realidade externa com maiores recursos e possibilidades de adaptação.

Por conseguinte, quanto maior for a capacidade de simbolização de um indivíduo, maior será a integração entre o ego e as outras instâncias do aparelho mental, e consequentemente com a realidade externa. Por outro lado, se pensarmos que a composição do ego, além de inconsciente, é também “corpórea”, concluiremos que a ausência dessas representações simbólicas para o ego poderia comprometer severamente seu funcionamento psíquico.

Estas reflexões são bastante significativas para o contexto deste estudo, pois a falta de representação simbólica desses conteúdos psíquicos traumáticos poderia ser um dos motivos que levam os indivíduos a comportamentos tão arriscados, que correspondem

“concretamente” à excitabilidade das pulsões sexuais “originais”. A esse respeito, Ramos (2006, p. 61) conclui que: “Não há espaço para simbolizar verbalmente a dor emocional; daí ela ser vivida corporalmente. Nesse caso, a somatização corresponde a um acting out e a uma tentativa de integrar à consciência o instinto (arquétipo) reprimido. Mas, devido à dificuldade de expressão no nível mais consciente, o sintoma corporal permanece em repetição compulsiva e defensiva”.

Quanto mais for o indivíduo “estimulado” a refletir sobre esses conteúdos, maior será a probabilidade de que essa energia – livre ou represada – no aparelho psíquico se interligue e estabeleça novos fluxos, constituindo um ego mais adaptativo e com melhores recursos de enfrentamento. Entretanto, por que esses conteúdos traumáticos são tão resistentes à resignificação e à elaboração psíquica? Por que se mantêm inalterados a ponto de não serem percebidos conscientemente pelo indivíduo? Por que as pulsões “encapsuladas” no trauma gerariam tanta excitabilidade?

De antemão, temos que considerar a característica inconsciente da pulsão e seu grande potencial de excitação. Embora inacessível à consciência, ela é “decifrada” pelo indivíduo como uma sensação, ou uma representação em forma de pensamento ou imagem, cujo significado por ele atribuído não corresponde, na maioria das vezes, à sua origem. “De fato, sou de opinião de que a antítese entre o consciente e inconsciente não se aplica aos instintos. Um instinto nunca pode tornar-se objeto da consciência – só a ideia que o representa pode. Além disso, mesmo no inconsciente, um instinto não pode ser representado de outra forma a não ser por uma ideia” (FREUD, [1914-6]1987, p. 203). Assim, se não existir representação desses conteúdos inconscientes (imagens mnêmicas e sensações), conseqüentemente não haverá percepção de necessidade de mudanças. Daí a complexidade que envolve o acesso a esses conteúdos traumáticos e suas possíveis elaborações.

Deste modo, esses conteúdos pulsionais inconscientes, encapsulados e sem representações no ego, são conhecidos como “feridas narcísicas” (traumas). Contudo, entre esses conteúdos psíquicos que incessantemente buscam gratificação, existem pulsões muito arcaicas que são potencialmente destrutivas, denominadas pulsões de morte. A carga das tensões pulsionais envolvidas no trauma pode levar o indivíduo a agir sem pensar ou a perder o controle consciente de seu comportamento para a obtenção de satisfação.

Este é mais um dado significativo para o contexto dos fenômenos de omissão e recusa do uso do preservativo. Se compreendêssemos como o “fluxo” de energia desses conteúdos psíquicos do trauma pode ser conduzido, estaríamos atentos aos elementos que ainda não são

acessíveis à consciência. Assim, saberíamos que de nada adianta a insistência evasiva e massificante de discursos de contenção e autodomínio. Cientes desse processo, buscaríamos intensificar a atenção à sua subjetividade para que fossem criados outros registros para lidar com a tensão dessa energia psíquica que conduz o indivíduo a esse tipo de atuação arriscada.

No campo da sexualidade, esse processo poderia ser ainda mais complexo, levando o indivíduo a atuações impulsivas e compulsivas. Este campo é citado por ser objeto do presente estudo, mas funcionaria como um núcleo para vários outros destinos pulsionais envolvidos no trauma e que poderiam facilmente levar o indivíduo à adicção, tais como o álcool, as drogas, o jogo e o consumo desenfreado, dentre tantas outras compulsões, conforme tópico desenvolvido mais adiante sobre os comportamentos impulsivo e compulsivo (2.5, p. 63).

Essa visão poderia também contribuir para “desmistificar” compreensões estigmatizantes e sem fundamentação teórica, que atribuem tais atuações à “natureza” do indivíduo, eximindo de “responsabilidade” a influência de outros processos psíquicos.

O resgate da importância do fator traumático implícito na ferida narcísica do ego retira a exclusividade do trieb sexual reprimido na causação dos processos patológicos. Além disso, dirige a atenção para as feridas narcísicas como fatores primordiais das alterações do ego [...] apesar de estas alterações serem vistas como ou como de natureza constitucional, ou então como resultantes de excessivo dispêndio de energia em processos defensivos. [...] grande parte das alterações provém da necessidade do ego ainda imaturo de evitar a lembrança de experiências de frustração na esfera da autopreservação, retirando delas suas cotas de afeto com a finalidade de poupar o desprazer da revivência de feridas narcísicas. (ANDRADE, 2013, p. 89).

Em vista disso, para que a elaboração psíquica de conteúdos traumáticos acima descrita, direcionada pelo inconsciente ao ego, pudesse romper com esse fluxo de repetição, seria necessário ter em mente que esses conteúdos pulsionais inconscientes encapsulados no ego – embora recalcados – têm forças pulsionais abissais; por isso, o evitamento do indivíduo em acessá-los. Revivê-los seria um processo muito doloroso, exigindo disponibilidade mental e emocional contínua. Por mais que já exista um ego constituído, com recursos defensivos, de alguma forma a sua parte inconsciente reconhece a “natureza” destrutiva desses conteúdos psíquicos provindos do id, e se vê na obrigação de recalca-los e manter o indivíduo o mais distante que puder.

A revivência dessas lembranças traria de volta o trauma (ferida narcísica), retorno incompatível com o princípio do prazer. As situações traumáticas primitivas derivam de necessidades de autopreservação não satisfeitas; é em torno da proteção da vida que o psiquismo se desenvolve. As defesas direcionadas a outros componentes instintuais, da parte sexual ou da parte agressiva da trieb de vida, são erigidas porque a atividade destes componentes instintuais põe em risco a autopreservação. Em suma, o que se evita é a produção – ou a reprodução

(revivência) – de feridas narcísicas (situações traumáticas). (ANDRADE, 2013, p. 87).

E quando não há a “revivência” dessas lembranças, que permitiriam ao indivíduo lidar com o trauma e elaborá-lo psicologicamente? Qual seria o mecanismo do ego para “burlar” o contato com esses conteúdos traumáticos? Haveria um superinvestimento pulsional na busca por gratificação? Esta “hiperexcitabilidade pulsional”, como defesa do ego para que o indivíduo não entrasse em contato com suas feridas narcísicas, faria com que ele minimizasse a percepção das consequências dos comportamentos autodestrutivos? Em nosso entender, esta “estratégia” do ego pode ser vista como um “mecanismo defensivo” consequente de um processo muito primitivo, que se não elaborado poderá trazer sérios danos emocionais ao indivíduo, conforme veremos a seguir.

#### 2.4 O ESTADO E A ORGANIZAÇÃO PSÍQUICA NARCÍSICA

Em fases muito primitivas em que não existe distinção entre objetos internos e externos, não havendo portanto a diferenciação do Eu como o objeto propiciador de satisfação (a mãe ou sua representante), configura-se uma relação simbiótica, em que o indivíduo não consegue diferenciar-se de seu objeto de satisfação. Neste sentido, McDougall (1997, p. IX) relatou que “a sexualidade humana é inerentemente traumática. Os múltiplos conflitos psíquicos produzidos na busca de amor e satisfação, os quais surgem como resultado do choque entre o mundo interno de pulsões instintivas primitivas e as forças coercitivas do mundo externo, iniciam-se com nosso primeiro relacionamento sensual”. Neste relacionamento vivenciado como completo e ideal, não há processo de alteridade, não reconhecimento do outro e do externo. “A noção de um ‘outro’ – de um objeto separado do self –, lentamente adquirida, surge a partir da frustração, da fúria e de uma forma primitiva de depressão que todo bebê vivencia em relação ao objeto primordial de amor e desejo” (MCDUGALL, 1997, p. IX).

Estas experiências não nomináveis ficarão “arquivadas” no inconsciente como sensações e imagens mnêmicas, por se tratar ainda de um estágio pré-verbal. Sem outros recursos defensivos, a criança vivenciará diversos sentimentos, entre eles os de desamparo e falta de segurança que acarretarão sensações aterrorizantes de morte iminente, fazendo com que ela se defenda por meio de alucinações. Em psicanálise esta fase, que é parte do psicodesenvolvimento humano, denomina-se narcísica. Nas palavras de Garcia-Roza ([1936]1985, p. 130), “[...] no período dominado pelo narcisismo, que o objeto de

investimento das pulsões não é o mundo externo, mas o próprio ego do indivíduo, caracterizando uma forma de satisfação, que é autoerótica”.

Esse tipo de experiência permanece arquivada através de sensações de medo, de estar só, “sem defesas”, “à deriva” e absolutamente dependente. De certa forma, esse registro permanece em nosso inconsciente como o de “nos fecharmos em nós mesmos”, sermos nosso próprio mundo sem percepção de existência externa. Por isso, ao falarmos de um *estado narcísico* não seria surpresa ser este um possível destino para as pulsões sexuais (libido), já que é parte vivenciada por todos nós. Neste processo são conservadas as mesmas características do narcisismo primário, com a diferença de que a psicodinâmica deste, o outro, independentemente do objeto elegido pelo indivíduo ser uma pessoa ou mesmo uma parcialização desta, será de igual forma “coisificado”, despersonalizado, visto que no estado narcísico a satisfação será direcionada a si próprio e não a um objeto exterior. “No estado narcísico, o objeto é o ego do sujeito, e os objetos externos são desconsiderados, não são diferenciados” (CYMROT, 1997, p. 94).

Assim sendo, no *estado narcísico*, diversamente daquele processo narcísico primário ao qual nos referimos anteriormente, existe um ego constituído com áreas de cognição e juízo crítico, desenvolvidas e preservadas; trata-se, porém, de um ego em que o afeto assume outro trajeto, limitando sua satisfação a apenas uma “descarga” pulsional. Nesse processo, o alívio gerado pelas tensões pulsionais estará associado a uma descarga imediata, sentida como angustiante e altamente potente, o que mobilizaria ainda mais o indivíduo à atuação. Ele não se daria conta de que esse superinvestimento de energia pulsional em si próprio também envolveria a outra polaridade da pulsão – a destrutividade –, em que ele próprio seria o alvo de ambas. Daí o caráter autodestrutivo do estado narcísico.

O processo de estruturação psíquica narcísica, caracterizado por uma centralização de pulsões sexuais (libido) no próprio eu, teria sua ruptura caso houvesse, nos estados mais primários, a interseção de um terceiro (o pai ou seu representante), que romperia com essa relação simbiótica fazendo com que o bebê, frustrado, buscasse suprir a demanda de seus desejos não mais na relação com a mãe (ou sua representante), e sim com o outro. Desta forma, supostamente as pulsões sexuais seriam canalizadas para objetos externos. Este desfecho edípiano seria, portanto, a base propulsora que exerceria grande influência na estruturação psíquica narcísica.

A caracterização desse mecanismo não poderia ocorrer apenas pela falta de um repertório de defesas, pois o estado narcísico também é um recurso defensivo. Entretanto, a

percepção parcial da realidade, a articulação parcial dos conteúdos internos e externos, e a percepção parcial do outro, trarão danos à estrutura psíquica. Como estas percepções são “parcializadas”, não integradas e desarticuladas, o indivíduo passa a perceber o risco também de forma parcializada. Mais adiante, no tópico *o comportamento perverso* (3.1.1, p. 79), veremos que esse estado narcísico corresponderá à estruturação psíquica de base, situação em que o indivíduo criará mecanismos bastante peculiares para lidar com a satisfação das pulsões. Cabe enfatizar que não estamos afirmando que toda estruturação psíquica narcísica é necessariamente perversa; ao contrário, sustentamos que toda estruturação psíquica perversa é narcisista.

Dentre as repercussões do estado narcísico, Moreira (2009) ressaltou que o superinvestimento libidinal direcionado ao próprio eu poderia potencializar estados de megalomania, de onipotência e de superinvestimentos. Segundo afirmação da autora, o estado narcísico rompe com o estado de equilíbrio do aparelho psíquico, o qual, diferentemente dos fluxos pulsionais, volta-se contra o próprio indivíduo, potencializando ainda mais essas pulsões.

O retorno da libido para o próprio eu pode produzir um desprazer, uma vez que eleva o nível de excitação, tornando, pois, absolutamente necessária para a vida psíquica a presença do outro como objeto de investimento da libido. O excesso pulsional que surge a partir da ausência do outro, que opera a contenção, produz a loucura. O transbordamento produz o desconhecimento do eu sobre ele mesmo; o eu se quebra e se estranha sem a presença estruturante do outro. O outro se faz presente na constituição do sujeito desde o primeiro momento; o desamparo humano anuncia a necessidade da presença do outro como elemento estruturante. (MOREIRA, 2009, p. 239).

Desse modo, a ausência do outro leva a esse estado narcísico, impedindo que o indivíduo desenvolva um processo de reconhecimento e percepção em relação a um outro objeto que não ele mesmo. Esta falta de alteridade, esta impossibilidade de encontro com o outro potencializaria ainda mais a libido, podendo levar o indivíduo a um estado de excitação muito elevada e que precisa ser “descarregada” a qualquer custo. Esta “hipersexualização”, que poderia desencadear uma série de comportamentos, dentre eles os impulsivos compulsivos, será o enfoque a seguir.

## 2.5 A PSICODINÂMICA DOS COMPORTAMENTOS IMPULSIVO E COMPULSIVO

No dicionário<sup>36</sup>, a palavra *impulsividade* tem como significado: “Estado ou qualidade de quem é impulsivo. Pessoa que tem tendência de agir com impulso, inconscientemente”,

<sup>36</sup> Dicionário de Português: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/impulsividade/>>. Acesso em: 14 set. 2013.

cujos sinônimos são: “precipitabilidade, impetuosidade”. Por sua vez, a palavra *impulsivo* é definida como “aquele que se comporta por impulso; que age sem reflexão; irrefletido”, com os sinônimos: “arreatado, genioso, imprudente, impulsionador, insipiente, irrefletido, precipitado, precipitoso e temerário”<sup>37</sup>. Em contrapartida, *compulsividade*<sup>38</sup> seria o “ato de realizar ou tomar atitudes sem controle ou domínio”, estando o termo relacionado ao comportamento incontrolado e insensato, entre outros.

Primeiramente, apresentaremos um quadro contrastivo de algumas características inerentes aos comportamentos de *impulsividade versus compulsividade*, com base na adaptação formulada por Stein & Hollander (1993), Del Porto (1996) e Silveira Filho (1997).

<i>IMPULSIVIDADE</i>	<i>COMPULSIVIDADE</i>
Espectro dos Transtornos do Controle dos Impulsos	Espectro dos Transtornos Obsessivo-Compulsivos
Comportamentos provedores de prazer	Estratégias para atenuar a tensão
Pensamentos podem ser egossintônicos	Obsessões são repetitivas, intrusivas, causadoras de angústia e mal-estar.
Ideias impulsivas tendem a atuação	Compulsões conduzem a resistência
Impulsos são súbitos, repentinos.	Compulsões costumam ser ritualizadas.

**Quadro 1** – Impulsividade vs. Compulsividade

Fonte: ABDO (2012, p. 233).

Em investigação sobre a impulsividade, Evenden (1999) observou que uma enorme gama de “ações que são mal concebidas, prematura e indevidamente expressas, de forma arriscada, ou inapropriada para a situação, produziriam resultados indesejáveis”, e que seriam explicadas por mecanismos neuroquímicos. Tavares & Alarcão (2008, p. 19) explicaram que “a impulsividade pode ser descrita como um comportamento ou traço do temperamento, um componente hereditário e um temperamento estável da personalidade, mas também pode ser um fenômeno adquirido por lesão do sistema nervoso central”.

No entendimento de Malloy-Diniz *et al.* (2010, p. 100), “a impulsividade é um fenótipo<sup>39</sup> complexo, caracterizado por diferentes padrões cognitivos e comportamentais que levam a consequências disfuncionais imediatas em médio/longo prazo”. Ainda que a

<sup>37</sup> Dicionário de Português: <<http://www.dicio.com.br/impulsivo/>>. Acesso em: 14 set. 2013.

<sup>38</sup> Dicionário de Português: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/relacionadas/compulsivo/>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

<sup>39</sup> O termo *fenótipo* (do grego *pheno*, evidente, brilhante, e *typos*, característico) é empregado para designar as particularidades apresentadas por um indivíduo, sejam elas morfológicas, fisiológicas ou comportamentais. Também fazem parte do fenótipo características microscópicas e de natureza bioquímica, que necessitam de testes especiais para a sua identificação. O fenótipo de um indivíduo sofre transformações com o passar do tempo. Por exemplo, à medida que envelhecemos o nosso corpo se modifica. Disponível em: <<http://www.sobiologia.com.br/conteudos/Genetica/leismendel4.php>>.

impulsividade não esteja relacionada ao quadro sintomático de um transtorno, quanto maior for a manifestação desse traço fenotípico, mais significativos serão os prejuízos. Os autores acrescentaram ainda que existem mecanismos distintos no comportamento impulsivo que podem ser assim dimensionados: motor (não inibição de respostas); atencional (tomada de decisão instantânea) e falta de planejamento. Neste sentido, Barlow & Durant (2011) adicionaram que as questões envolvidas na dificuldade de controlar o impulso estão em geral relacionadas à incapacidade de resistir ao desejo; e que costumam acarretar enormes problemas de ordem pessoal, afetiva e profissional. Para esses pesquisadores, tais comportamentos são muito difíceis de ser tratados, pois social e culturalmente acredita-se que se trata simplesmente de uma “falta de vontade”; ou seja, se a pessoa quisesse se controlar, ela o faria.

Na visão de Forlenza & Miguel (2012), a *impulsividade* é uma característica de comportamento descrita como reações rápidas e não planejadas, em que a avaliação das consequências é parcial ou inexistente, podendo ser sua gênese atribuída a diferentes questões.

Trata-se de um fenômeno multidimensional caracterizado pela desinibição comportamental e pode ser atribuída a diferentes origens envolvendo: instabilidade afetiva com perda da ação reguladora dos afetos sobre o comportamento, instabilidade cognitiva por debilidade dos sistemas atencionais e perda de foco; deficiência de empatia que impede a regulação do comportamento pelo contexto social; desejos imperiosos que não admitem adiamento da gratificação como os observados nas dependências, e a dificuldade de contenção dos impulsos agressivos. (p. 432).

Já Vasconcelos (2012, p. 19) a definiu da seguinte forma: “A impulsividade é um construto complexo caracterizado por diferentes padrões cognitivos e comportamentais, tais como dificuldade de aguardar um evento, inibir respostas prepotentes e comportamentos inapropriados para o contexto e tomar decisões sem considerar os efeitos em longo prazo”. Essas definições foram corroboradas por Amorim (2013)<sup>40</sup> ao afirmar que a *impulsividade* está associada a uma dificuldade com autocontrole, prejuízos a si mesmo e aos outros, e como consequência de atos em que o indivíduo atuaria sem pensar. Isto acarretaria impactos profundamente negativos ao desenvolvimento pessoal, comprometendo a vida profissional e os relacionamentos interpessoais; ademais, ocasionaria frustração, raiva, rebaixamento da autoestima e insatisfação em geral.

---

<sup>40</sup> AMORIM, Cacilda. Diretora Clínica do Instituto Paulista de Déficit de Atenção – IPDA. **Impulsividade, Autocontrole e TDAH**. Disponível em: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/artigos/auto-controle.html>>.

Outros achados colaboraram para o avanço nessa área, a exemplo de Chamberlain & Sahakian (2007), que investigaram os sintomas impulsivos como distúrbios neuropsiquiátricos, cujas ramificações seriam de fundamental importância para o funcionamento diário e para a qualidade de vida dos envolvidos. Os pesquisadores afirmaram que o desenvolvimento da avaliação neuropsicológica, com foco na capacidade de suprimir as respostas motoras (inibição de resposta), revolucionaria o campo de investigação da impulsividade e de seus substratos cerebrais. Os déficits de inibição de resposta foram identificados em várias condições neuropsiquiátricas associadas com impulsividade, tais como: desordens de déficit de atenção e hiperatividade, tricotilomania, transtorno obsessivo-compulsivo e abuso de substâncias crônicas. Em vista disso, os autores acrescentaram que medidas de inibição de resposta certamente contribuirão para os estudos psiquiátricos na busca de endofenótipos e de novos tratamentos, isso sem contar com um sistema de classificação de diagnóstico mais ideal para os distúrbios neuropsiquiátricos. O domínio no campo da inibição de resposta concorrerá de igual forma para uma outra questão fundamental envolvida nesse comportamento: a “tomada de decisão”.

Nesse sentido, Kjome *et al.* (2010), ao analisarem a relação de tomada de decisão e dependentes em cocaína, verificaram que, embora impulsividade e tomada de decisão estejam associadas em nível teórico, o “planejamento” é o componente fundamental para a compreensão dos prejuízos envolvidos em ambos os casos. Wit (2009) havia reforçado essa afirmação ao ressaltar que comportamentos impulsivos estão intimamente ligados ao uso e abuso de drogas, e que a impulsividade é uma característica determinante do uso de drogas durante o desenvolvimento. Para a autora, o “estado” do comportamento impulsivo pode aumentar a probabilidade de consumo desenfreado, especialmente em indivíduos que tentam se abster. Por outro lado, os efeitos agudos e crônicos associados ao uso de drogas podem exacerbar os comportamentos impulsivos, que por sua vez podem facilitar ainda mais o uso de drogas. Estes resultados, portanto, direcionam as bases para o estudo dos substratos cognitivos e neurobiológicos da impulsividade e para futuros estudos sobre o papel do comportamento impulsivo tanto como facilitador quanto como resultado do uso de drogas.

No que diz respeito à associação entre impulsividade e risco, Bancroft *et al.* (2003) admitiram que o exato mecanismo que aumentaria a suscetibilidade ao risco – por exemplo, no caso de infecção pelo HIV – ainda é desconhecido; entretanto, apontaram que a tomada de decisão racional poderia ficar comprometida durante um estado de excitação sexual. Em contrapartida, Bancroft & Vukadinovic (2004) sugeriram que o controle de um

comportamento sexual advém de uma variedade de mecanismos, sendo os obsessivo-compulsivos os de maior relevância.

No entendimento de Corley (2013), contudo, há um padrão persistente e generalizado de comportamento pelo qual uma pessoa não é capaz de controlar seus impulsos e fantasias sexuais, mesmo sob a ameaça de consequências negativas para si ou para os outros. Vale atentar para a centralidade que essa conduta ocupa na vida do indivíduo, o excessivo tempo investido para lidar com a ansiedade, a depressão e os conteúdos emocionalmente angustiantes que trazem grande impacto para sua vida, ainda que ele não se considere um adicto sexual.

Tavares & Alarcão (2008) acrescentaram que a clínica da impulsividade ignora a divisão didática e atravessa diferentes categorias classificatórias, estabelecendo-se como um enorme desafio real para o cuidado da saúde mental. O aprofundamento nos conhecimentos psicopatológicos envolvidos nos transtornos do impulso, associado à identificação de “mecanismos neuropsicobiológicos”, representa um grande avanço nas pesquisas da área na medida em que nos permite analisar os limiares e significados envolvidos. Entretanto, cabe a pergunta: existe alguma associação da impulsividade no processo de desencadeamento do comportamento compulsivo?

Na perspectiva de Facure (2009)<sup>41</sup>, fazem parte da compulsividade “comportamentos ou pensamentos repetitivos, sem propósito intencionais, ocorrendo em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras fixas ou de maneira estereotipada”. Tratado como parte do espectro do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), ou seja, um transtorno de ansiedade, este comportamento caracteriza-se por obsessões, e seria um meio de abrandar o incômodo proveniente da “pressão” dos pensamentos, ideias, imagens ou impulsos recorrentes e persistentes.

Na visão de Ballone [s.d.]<sup>42</sup>, “as compulsões, comportamentos compulsivos ou aditivos, são hábitos aprendidos e seguidos por alguma gratificação emocional, normalmente um alívio de ansiedade e/ou angústia. São hábitos mal adaptativos que já foram executados inúmeras vezes e acontecem quase automaticamente“. O autor acrescentou que, no que tange a esses comportamentos mal adaptativos, embora sua finalidade seja o alívio das tensões

<sup>41</sup> FACURE, N. O. **Transtorno Obsessivo Compulsivo**. Instituto do Cérebro Prof. Dr. Nubor O. Facure, 24 fev. 2009. Disponível em: < <http://nuborfacure.blogspot.com.br/2009/02/transtorno-obsessivo-compulsivo-1.html> >. Acesso em: 14 jan. 2014.

<sup>42</sup> BALLONE, Geraldo. **Comportamentos Compulsivos**. Cérebro & Mente. [s.d.] Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n15/diseases/compulsive.html>>. Acesso em: 22 fev. 2014. Especialista em psiquiatria pela ABP, o Dr. Ballone é professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da PUCCAMP desde 1980.

emocionais, eles não proporcionam o bem-estar físico, emocional e social almejado; ao contrário, são motivo de grande sofrimento. De causas indefinidas, esta busca compulsiva para aliviar-se do desprazer sentido em forma de angústia potencializa ainda mais a repetição desse quadro.

A gratificação que segue ao ato, seja ela o prazer ou alívio do desprazer, reforça a pessoa a repeti-lo, mas, com o tempo, depois desse alívio imediato, segue-se uma sensação negativa por não ter resistido ao impulso de realizá-lo. Mesmo assim, a gratificação inicial (o reforço positivo) permanece mais forte, levando a repetição.

Por sua vez, Abdo & Scanavino (2008, p. 106) afirmaram que “o processo aditivo envolve prejuízo do controle e da regulação afetiva, tornando o sujeito cronicamente vulnerável a afetos dolorosos e instabilidade emocional. Nesse contexto, comportamentos associados à evitação de afetos dolorosos são reforçados”.

Ballone [s.d.] salientou que o indivíduo que apresenta um caráter compulsivo habitualmente recorre ao álcool e a outras drogas de forma abusiva, como mais uma saída para lidar com seus conflitos psíquicos. Em estágios avançados, esses quadros poderão levar o indivíduo a desenvolver compulsões específicas, ou até mesmo associadas. Daí a sua ligação com o TOC, pois o processo de “dependência” da repetição obsessiva e compulsiva passa a ser a forma encontrada pelo indivíduo para lidar com as tensões emocionais e os desconfortos dos pensamentos sentidos, ocupando-lhe a vida e acarretando sérios prejuízos. Neste sentido, Abdo & Scanavino (2008, p. 103) acrescentaram a internet, que “vem diversificando o repertório de comportamento dos portadores de compulsão sexual, tanto em relação à busca sexual, quanto em relação à prática do sexo virtual, bem como para a utilização de material pornográfico associada à masturbação”.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (2010), o *impulso excessivo* é considerado como um “transtorno de hábitos e impulsos” (F63), caracterizado por impulsos incontroláveis que resultam em atos repetitivos, sem motivação racional aparente, que dominam a vida pessoal e social do indivíduo e lhe acarretam sérios danos. Ao que parece, há falhas repetitivas em resistir a esses impulsos no controle do comportamento, sendo identificadas por períodos podrômicos (indícios de uma patologia clínica, um conjunto de sinais e sintomas que prenunciam uma doença) de tensão com um sentimento de alívio no momento do ato (F63.8 – Outros transtornos de hábitos e impulsos).

No contexto sexual, esse processo é conhecido como *impulso sexual excessivo* ou *compulsividade sexual*, assim entendido conforme definição da APA (2002):

“Reconhece-se o impulso sexual excessivo ou compulsão sexual pela falta de controle dos impulsos, a qual resulta em incapacidade de resistir ao desejo de realizar atos sexuais. É uma disfunção caracterizada por tensão crescente antes da realização de tais atos, seguida de prazer, gratificação ou alívio pela execução dos mesmos”. E, quando os Transtornos Sexuais Sem outra Especificação são abordados, acrescenta-se: “Sofrimento acerca de um padrão de relacionamentos sexuais repetidos, envolvendo uma sucessão de parceiros sexuais sentidos pelo indivíduo como coisas a serem usadas”.

O comportamento compulsivo sexual pode ter características parafílicas e não parafílicas, e neste sentido o diagnóstico diferencial é fundamental. “Perversões e parafilias talvez constituam uma exceção à regra e representem uma alteração qualitativa dos impulsos pela eleição do objeto fixo e particular de desejo ou pela forma rígida e estereotipada com que certos atos fora da norma social são conduzidos pelos indivíduos acometidos” (TAVARES; ALARCÃO, 2008, p. 20).

A compulsão sexual exige-nos, portanto, compreensão multifatorial. Além do entendimento biológico, precisa ser estudada através da psicodinâmica. A identificação dos fatores que mobilizariam dinâmicas impulsivas e compulsivas como respostas decorrentes de conflitos vivenciados interna e externamente representa mais um elemento de reforço na promoção de um espaço de atenção específica à subjetividade. Todavia, como em todo comportamento que envolve impulsividade e compulsividade, o reconhecimento pelo indivíduo das consequências destrutivas implicadas seria o primeiro passo para que ele admitisse a necessidade de ajuda.

No entendimento dos estudos psicodinâmicos, destacamos os desdobramentos caracterizados pela relação simbiótica durante os primeiros anos de vida, abordados no capítulo anterior, e os comprometimentos oriundos dessa fase que envolvem negligência e abandono nos cuidados fundamentais, determinantes de marcas psíquicas traumáticas indeléveis ao indivíduo. Se essa experiência for negativa, haverá uma tentativa de lidar, reparar e aliviar esta dor, conforme explicitaram Abdo & Scanavino (2008, p. 105):

Constrangimento, auto-estima negativa, sentimentos de inferioridade podem interferir no funcionamento interpessoal saudável, provocando relacionamentos íntimos disfuncionais ou até mesmo impedindo a ocorrência destes. Ao mesmo tempo, tais estados psíquicos, ao serem marcados por dor e angústia, conduziram a busca de um elemento com qualidades analgésicas, originando a compulsão. Para alguns pacientes, esse elemento pode ser o álcool, para outros drogas, comportamentos sexuais, alimentos, padrões de trabalho, jogo, assim por diante.

Os pesquisadores ainda acrescentaram que situações-limite envolvendo perda de emprego e sérios prejuízos nas relações, entre outras, levam os indivíduos a reconhecer sua incapacidade e falta de controle em relação à compulsão. Neste processo, que implica em

enormes sofrimentos psíquicos, os mecanismos de negação e racionalização são bastante prevalentes.

Contudo, haveria um elemento em comum entre os comportamentos impulsivo e compulsivo? Se, por um lado, o comportamento impulsivo é composto de distintos mecanismos, na compulsão a potencialização de forças “obsessivas” “afiançaria” a gratificação pela repetição; portanto, desta “união” resultaria um processo compulsivo. A integração desses elementos psíquicos é abordada em psicanálise, com a afirmação freudiana de que, no processo de repressão dos impulsos, “[...] a parcela quantitativa não desapareceu, mas foi transformada em ansiedade” (FREUD, [1914-6]1987, p. 179). Dessa forma, o ego não conseguiria reprimi-los suficientemente a ponto de contê-los. Para Freud,

[...] o impulso instintual encontrou um substituto apesar da repressão, mas um substituto muito mais reduzido, descolado e inibido, e que não é mais reconhecível como uma satisfação. E quando o impulso substitutivo é levado a efeito, não há qualquer sensação de prazer; sua realização apresenta, ao contrário, a qualidade de uma compulsão. (FREUD, [1925-6]1987, p. 116).

Assim sendo, conforme apontado nesta breve reflexão, são muitas as questões envolvidas nos comportamentos impulsivo e compulsivo. Diante dos diversos posicionamentos abordados pelos pesquisadores, pode-se perceber elementos em comum nestes comportamentos que causam grandes sofrimentos psíquicos aos envolvidos, tais como o sentimento de constrangimento, menos-valia, negação, vergonha, falta de controle do próprio comportamento, prejuízo em suas relações pessoais e profissionais, entre outros, que os conduzem a uma atuação excessiva e arriscada como forma de fuga de uma dor maior.

No capítulo que se segue abordaremos um exemplo da complexidade de uma atuação compulsiva através do comportamento *barebacking*, caracterizada pela percepção distorcida dos efeitos destrutivos envolvidos, pela forma arriscada na busca da gratificação sexual, e pelos baixos recursos defensivos frente à hiperexcitabilidade sexual.

### 3 O FENÔMENO DO COMPORTAMENTO *BAREBACKING*

*O fenômeno bareback*, também conhecido como *barebacker*, *bareback sex*, *sexo bare*, ou *barebacking*, traz à discussão – além de um comportamento individual com suas particularidades psíquicas – questões históricas, morais, sociais e culturais.

Apesar de existirem diferentes definições para esse termo, *bareback* refere-se às relações sexuais intencionais sem preservativo. Santos (2004, p. 70) nos mostra que, “em linhas gerais, seu significado se caracteriza pelo envolvimento intencional/ deliberado/ voluntário e consciente (dos riscos envolvidos) em práticas sexuais sem o uso do preservativo entre HSH. Além do intercuro anal desprotegido (IAD) entre parceiros anônimos e casuais, na prática do *barebacking* também podem estar envolvidos o sexo oral (com a ingestão de sêmen) e o *fisting*<sup>43</sup> sem luvas”.

Os primeiros registros desse termo surgiram na comunidade gay norte-americana, em meados da década de 90, tendo sido usados para “denominar” o sexo sem preservativo (LÉOBON; FRIGAULT, 2005), alastrando-se pela Europa, Austrália e inclusive pelo Brasil (LÉOBON *et al.*, 2003).

As relações sexuais são realizadas principalmente através da penetração anal, tanto insertiva quanto receptiva, entre homens que fazem sexo com homens (HSH). O principal elemento nestas relações é a troca de fluidos corporais, em especial o espermatozoide, tanto no sexo oral quanto anal. Esta troca de fluidos é o que mais importa para o *barebacker*, pois é através do sexo anal desprotegido que o risco de infecção pelo HIV se torna mais significativo. (OLTAMARI, 2005).

Considerada como uma prática sexual de alto risco, um comportamento não seguro devido à vulnerabilidade da exposição em relações sexuais sem preservativo, a prática do *barebacking* representa um enorme desafio à prevenção, pois é um risco à saúde que pode resultar em sérios comprometimentos ao sistema imunológico do indivíduo, com novas (re)infecções, de cepas<sup>44</sup> mais potentes, resistências aos antirretrovirais, aumento de DSTs, tais como gonorreia e sífilis, e infecção de Hepatite C.

---

<sup>43</sup> *Fisting*: trata-se da introdução da mão (ou mais exatamente do ‘punho fechado’) dentro do ânus de um parceiro.

<sup>44</sup> Cepa: linhagem dentro de uma espécie de bactérias. Tais linhagens se diferenciam por características mensuráveis que não sejam suficientes para caracterizar uma nova espécie. **Informativos de Microbiologia**, ano III, ed. 18, nov-dez. 2006. <[http://www.cefar.com.br/download/jornal%2018ed\\_web.pdf](http://www.cefar.com.br/download/jornal%2018ed_web.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2013. Determinar qual a cepa do vírus HIV que infectou o paciente pode garantir o sucesso no tratamento, conf. pesquisadores do University College London (UK). Estudo na revista *The Lancet* mostra que o tratamento inicial de pessoas infectadas com cepas do vírus resistentes a drogas é três vezes mais passível de falha do que aquele feito com medicamentos que não enfrentam resistência das cepas do HIV. Os pesquisadores sugerem que o uso da combinação correta de medicamentos antirretrovirais para tratar cepas resistentes do vírus poderia reduzir essa taxa. SBI - Soc. Bras. Infectologia, 2011. Disponível em: <[www.infectologia.org.br/default.asp?site/Acao=mostraPagina&paginaId=134&mNoti\\_Acao=mostraNoticia&Noticia Id=24980](http://www.infectologia.org.br/default.asp?site/Acao=mostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia&Noticia Id=24980)>. Acesso 12 mai 2013.

Halkitis (2001) pesquisou o sexo intencional anal desprotegido no contexto cultural gay, salientando em outro estudo (HALKITIS, 2003) que 84% dos HSH HIV<sup>+</sup> haviam reportado engajamento em sexo *bareback* nos últimos três meses da pesquisa; destes, 43% tinham experienciado sexo desprotegido recente. Segundo o relatório de Ontário (2006, p. 16), “homens que se identificam com o sexo barebacking têm algumas crenças e suposições compartilhadas que os distinguem dos outros homens gays e bissexuais em torno deles”, existindo nesse circuito ou microcultura valores e práticas sexuais dos quais o uso do preservativo não faz parte.

Por meio de “imersão” em sites de relacionamentos *barebackers*, Oltamari (2005) percebeu que este recurso da internet funciona como grande facilitador para essa prática. Para Santos (2004, p. 71), “apesar de visto como um movimento que partilha determinados princípios, sob certo repertório comum de termos e de práticas sexuais, pode-se considerar o comportamento *barebacking* como parte de uma ‘comunidade imaginada’”. Daí a importância de refletirmos sobre essa prática em suas múltiplas peculiaridades, que possui um elaborado sistema de identificação entre os adeptos; inclusive como sendo uma reivindicação transgressiva daqueles que foram excluídos e discriminados.

[...] é útil para se pensar o barebacking a partir de um conjunto de características que parecem ser comuns em diferentes locais e que promovem, por assim dizer, o sentimento de partilhar de uma dada comunidade: a) a liberdade de escolha (em busca da felicidade) e a liberdade para decidir acerca dos usos do corpo e do sexo; b) uma vez que o barebacking se constitui como uma prática “proibida”, que se opõe às recomendações tidas como corretas em relação ao sexo seguro, seus praticantes referem a existência de festas, organizadas por irmandades/confrarias (e ‘E-grupos’), que congregam aquelas pessoas ‘efetivamente’ interessadas nessa prática. (SANTOS, 2004, p. 71).

Ainda em relação ao repertório desenvolvido entre os praticantes de *barebacking*, Oltamari (2005) acrescentou alguns termos que favoreceriam a identificação: — *Russian roulette parties* (festas de roleta russa): festas frequentadas por pessoas HIV<sup>+</sup> e HIV<sup>-</sup>; — *Bug brothers* (irmãos de problemas): grupo de pessoas HIV<sup>+</sup>; — *Charged cum ou poz cum* (ejaculação carregada): sêmen com HIV. Neste aprimorado sistema de valores e códigos de “hierarquias”, chama atenção a forma muito particular de vivenciar a sexualidade na qual a infecção pelo HIV seria uma “qualificação desejada e valorizada”, um *status privilegiado* entre os adeptos, além da compulsividade sexual com obsessão por sêmen, urina, domínio e submissão, entre outros. “O sêmen ou esperma aparece como signo importante de intercâmbio e compartilhamento da masculinidade, intensificando o prazer, por ser altamente transgressivo” (DE PAULA, 2009, p. 83).

Ao nos aprofundarmos na psicodinâmica dos *barebackers*, descobrimos que por trás desses comportamentos existem conteúdos psíquicos de enorme complexidade. Além da intencionalidade de se relacionarem sem o preservativo, os HSH *barebackers* almejam posições específicas que se diferenciam ao mesmo tempo que se complementam, autoidentificando-se como *barebacker bug-chasers* e *gift-givers*.

[...] como uma prática cultural, o barebacking apresenta também um certo repertório de termos que é compartilhado e que identifica os seus praticantes (e.g., Bug Chaser ou inseto perseguidor de problemas: HIV- querendo ser HIV+; Gift Givers ou doadores de presentes: HIV+ querendo contaminar HIV-; The Gift ou ‘o presente’: o HIV; Conversion Parties ou festas de conversão: festas onde os Bug Chasers são convertidos em Gift Givers). (SANTOS, 2004, p. 71).

Tais *identidades* são parte de um sistema de organização – psíquica e social – que potencializa a “fantasia erótica” dos adeptos, sendo cuidadosamente idealizada para que os riscos de serem identificados por pessoas fora do interesse deste contexto sejam minimizados. Isto envolve uma dinâmica extremamente elaborada que foge das possibilidades de compreensão dos que não pertencem ao grupo; por isso dificilmente é apreendida, justamente pela forma confidencializada com que se organizam. Nesse contexto, há, portanto, uma “operacionalização” elaborada, arriscada e transgressora. No caso dos comportamentos *barebacking bug-chasers*, Frailich (2009, p. 9) salientou que o indivíduo:

[...] vê a infecção como inevitável e procura o HIV em vez de esperar por uma possível infecção. Esta é uma maneira de deliberadamente libertar-se do medo e da ansiedade da espera, e por sua vez recuperar uma sensação de poder e controle na soroconversão em vez de ser vítima passiva do acaso. Esta teoria depreendeu que o comportamento *bug-chaser* reformula o processo de soroconversão em um poderoso deslocamento no poder e controle da infecção eventual.

Em contrapartida, ainda segundo o autor, os que se autodenominam *barebackers gift-givers* são “indivíduos HIV<sup>+</sup> que se envolvem em comportamento sexual com pessoas HIV negativas, na tentativa de dar-lhes o ‘dom’ de HIV” (FRAILICH, 2009, p. 3). Diante disso, verifica-se que os componentes psíquicos envolvidos em cada um desses comportamentos – *barebacker bug-chaser* e *gift-giver* – se complementam em suas distintas dinâmicas psíquicas, e se identificam no sistema organizado que adotam para potencializar ainda mais sua excitação de risco extremo. O comportamento autodenominado *barebacker bug-chaser* despertou o interesse de Moskowitz & Roloff (2007) devido a intrigantes questões: Por que uma polêmica desta dimensão, fazendo parte de uma subcultura gay, teria como principal intuito o desejo de contrair voluntariamente o HIV? O que levaria um pequeno grupo de HSH fisiologicamente saudáveis, HIV<sup>-</sup>, a procurar intencional e ativamente serem infectados com HIV voluntariamente?

A princípio os autores trabalharam com duas hipóteses: (a) considerar as diferenças entre os indícios de práticas parafilicas dos *barebackers bug-chasers* e dos *barebackers giftgivers*; e (b) considerar os aspectos comportamentais e psicológicos dos *barebackers bug-chasers* como significativamente mais propensos a risco, dentro de uma classificação de medidas de compulsão sexual. Os pesquisadores descreveram a grande dificuldade de coletar material sobre o tema, concluindo que seria mais viável observarem quais as razões adoção desses comportamentos em vez de tentarem identificar uma causa para tal “patologia”. Moskowitz & Roloff (2007) relataram ainda que, apesar de não haver evidências científicas que sustentassem essas afirmações, elas seriam questões passíveis de ser observadas. O foco direcionado aos *barebackers bug-chasers* deveu-se ao fato de serem eles mais permissivos, tolerantes e submissos, e por estarem mais pré-dispostos a se envolver em uma grande variedade de comportamentos sexuais autodestrutivos; e ainda por serem receptivos sexualmente e se engajarem em atos parafilicos, comportamentos com fetiches auto-humilhantes, e por buscarem compulsivamente encontros sexuais que lhes possibilitem soroconverter-se.

Comumente, comportamentos com indícios de práticas parafilicas também são identificados em sites de relacionamentos *barebackers*<sup>45</sup>. Dentre eles, listamos os de maior expressividade: *Gang Bang* ou Sexo Grupal ou sexo com múltiplos indivíduos; Dupla Penetração ou Sanduíche (a penetração simultânea no ânus); BDSM (Bondage, Dominação, Sadismo e Masoquismo), em que o sadismo é visto como uma prática segura, com sua realização de comum acordo entre as partes envolvidas no ato. A comunidade BDSM usa o lema SSC, que significa “são, seguro e consensual”; Clismafilia (uso de Enema ou “Chuca”, nomenclaturas que designam a introdução de líquido no ânus para lavagem e purgação); Parcialismo (foco exclusivo em uma parte do corpo); Bukkake (modalidade de sexo grupal praticado com uma pessoa que permanece ajoelhada enquanto recebe a ejaculação de diversos

<sup>45</sup> Em pesquisa no Google, colocamos os termos “bareback sex” / “barebacking sex” / “sexo sem camisinha gay” / “sexo sem preservativo entre homens”, com o intuito de observarmos e mensurarmos a existência de possíveis “locais” de encontros *barebacking*. Os resultados do acesso ao Google em 5 dez. 2012 com os termos listados foram:

<u>Termos</u>	<u>Resultados aproximados</u>
<i>bareback sex</i>	24.200.000
<i>barebacking sex</i>	34.400.000
<i>sexo sem camisinha gay</i>	459.000
<i>sexo sem preservativo entre homens</i>	1.730.000

Posteriormente, na mesma data, colocamos no Google: “sala de bate papo gay”, que resultou em 457.000 locais. Adentrando estas salas, que em geral intitulavam-se “sites gays”/ “salas de encontro gays”/ “salas de bate-papo homossexual”/ “salas de bate-papo bissexuais”/ “salas de encontro entre homens” e “salas de pegação gay”, encontramos elementos que remetiam ao comportamento *barebacking*, cuja identificação se constituía pelas seguintes expressões: “sexo bare”/ “BB”/ “sexo na pele”/ “sexo sem borracha”/ “sexo sem frescuras”/ “ser leitado sem dó”/ “leitador”/ “pele a pele”/ “doador pelo a pelo”/ “líquido do prazer”/ “jorro mágico”/ “engolidor de esperma”, entre outros.

homens em sua boca, rosto ou peito); Roda de Punheta ou *Circle Jerk* (grupo de homens que se masturbam entre si); Narratofilia (conversa erótica, escatologia telefônica, conversas telefônicas obscenas); Urofilia ou Chuva Dourada (a excitação associada ao ato de urinar ou receber o jato urinário do(s) parceiro(s), em alguns casos chegando a beber a urina e/ou a introduzi-la no ânus); *Fist fuck* ou *Fisting* ou *Fist fucking* (prática sexual que envolve a inserção da mão ou antebraço no ânus – *brachio procticus* –, na qual os praticantes indicam que a fonte de prazer está em aprender a apreciar as sensações que são proporcionadas pela distensão do ânus); *Glory Hole* (é um buraco em uma parede, ou em outra repartição, geralmente entre divisórias de lavabos públicos ou cabines de vídeo eróticas de adultos, para fins de atividade sexual ou de observação da pessoa no cubículo ao lado, enquanto uma ou ambas as partes se masturbam. A repartição mantém o anonimato, e partes do corpo – incluindo os dedos, a língua e o pênis – podem ser utilizadas para o coito oral e/ou anal anônimo); Do Ânus para a Boca, também conhecido como *Ass-To-Mouth*, A2M, ATM ou *Arse-to-Mouth* (tipo de prática sexual em que o parceiro, após o sexo anal, leva o pênis à boca da pessoa penetrada para a realização do sexo oral); uma de suas variantes é o A2OGM, em que o pênis é retirado do ânus de uma pessoa e colocado diretamente na boca de outra. A fantasia masculina explorada nessa prática sexual é a submissão por parte do homem ao ponto de “alimentá-lo” com a secreção extraída de seu próprio corpo após ser depositada no ânus. Outros afirmam ter o desejo de fazer sexo oral no órgão genital masculino após a penetração, apesar das possíveis secreções anais.

Em vista do exposto, as pesquisas mostram que os *barebackers*, independente de suas autodenominações, estariam potencialmente expostos a riscos; no entanto, a intencionalidade de ambos – *barebackers bug-chasers* e *barebackers giftgivers* – difere no que diz respeito à representatividade do desejo. Este comportamento sexual extremado precisa ser entendido como um “sintoma”. Segundo Ramos (2013)<sup>46</sup>, o sintoma expressa uma patologia decorrente de um complexo, que tem sua origem (centro) em conflitos traumáticos inconscientes que se expressam por meio de comportamentos autônomos, compulsivos, fora do controle da consciência. Seu portador desconhece as razões do próprio distúrbio, mas pode sentir um alívio imediato ao descarregar a emoção armazenada no núcleo desse complexo. Entretanto, como se trata de um ato inconsciente, em breve haverá necessidade de uma nova descarga, tornando-se então um ciclo perigoso e repetitivo.

---

<sup>46</sup> Comunicação oral, em reunião de orientação, em 19 dez. 2013.

O universo que envolve o comportamento *barebacking* necessita ainda de muitos esclarecimentos quanto aos fatores psicodinâmicos e psicossociais envolvidos. Este contexto abrange várias questões que necessitam de compreensão, entre elas o processo de subjetivação que, segundo Szpacenkopf (2011, p. 9), “[...] pode ser visto como uma forma de resistência em relação às estratégias de poder atuantes, seja ele disciplinar ou biopolítico – que constitui modos criativos e singulares de existir, visando o alargamento de fronteiras impostas pela repetição de valores já dados”. Embora estas questões sejam altamente relevantes, não podemos perder de vista que os fatores externos, históricos, sociais e culturais poderiam ser agentes “facilitadores” que contribuiriam para reforçar as questões internas. Cabe frisar que a mobilização de seus núcleos e elementos psíquicos que levam a esse tipo de ação é desencadeada tanto por estímulos internos quanto externos.

Do ponto de vista psíquico, este processo poderia desencadear uma reação no indivíduo, o qual – ao se sentir mobilizado por identificações externas – experienciaria uma espécie de “permissividade”, um desencadeador para uma atuação arriscada. Desse modo, tal processo não pode ser compreendido somente por meio das questões psicossociais, mas principalmente por uma organização psíquica suscetível a identificações externas que atendam às suas buscas internas de gratificação; do contrário, não haveria estímulos suficientes para que ele atravessasse uma fronteira tão “ameaçadora” de vulnerabilidade. Este processo de identificação de elementos psíquicos primários com facilitadores externos, conforme Szpacenkopf (2011, p. 11), denomina-se perversão individual-estrutural e perversão social.

O primeiro está ligado ao posicionamento da sexualidade, que vai desde os enfrentamentos com as diferenças sexuais anatômicas, diante dos quais a angústia de castração é tomada como algo que precisa ser evitado, escamoteado, desembocando no desafio e na transgressão à lei paterna, os traços estruturais que definem a perversão. [...] Por outro lado a perversão social, não se encontrando vinculada à sexualidade, tem na pulsão de dominação, na dessubjetivação e na instrumentação do outro, as ferramentas para seu exercício.

A ocorrência acima descrita tem enormes repercussões psíquicas, como um impulso incontrolável do desejo sucumbido pela razão. Esta reflexão é bastante significativa no contexto do comportamento *barebacking*, por nos mostrar como essa relação de estruturas narcísicas do indivíduo (a seguir retratada como uma organização psíquica perversa), ao se identificar com as ilimitadas possibilidades para a realização no externo, dá início a uma atuação alicerçada por um “pensamento mágico”, no qual a transgressão é caracterizada pela criação de suas próprias leis, conforme explanado por Szpacenkopf (2011, p. 11-13):

Se na perversão estrutural trata-se de subverter a lei paterna, na social é a derrubada da lei de modo geral, com a *fabricação de leis próprias*, pelas quais todo um raciocínio é construído, justificando assim não só uma outra ordem, bem como a dessubjetivação do outro. [...] Assim a perversão social leva ao exercício da perversão individual, no qual as armas fundamentais passam a ser a onipotência e a violência, onde o outro não tem valor de mercado, nem de vida e nem de existência [...].<sup>47</sup>

Diante disso, observaremos a seguir esses mecanismos psíquicos que fazem com que o indivíduo potencialize um mecanismo irrestrito de incontinência e de falta de “limite”, aprofundando o entendimento da psicodinâmica do comportamento *barebacking* sob o ponto de vista da Psicopatologia e da Psicologia profunda – a Teoria Psicanalítica da Perversão.

Antes de iniciarmos, cabe uma explicação com respeito às diferenças conceituais entre Parafilia e Perversão. Na verdade, trata-se de diferentes visões sobre um mesmo comportamento, cada qual com sua especificidade e pressupostos teóricos, o que nos leva a crer que não há diferenças e sim classificações específicas de cada área do saber. Conforme afirmado por Silva (2012), enquanto a visão psiquiátrica – classificada por meio das parafilias – enfoca aspectos do comportamento sexual a partir da conduta “bizarra”, por sua vez o senso comum tende a associar perversão a perversidade e maldade. Entretanto, no que tange à psicanálise, este comportamento é visto como resultante de um funcionamento e organização psíquica denominada perversão: “A psicanálise reconhece tais características como possibilidades presentes na perversão, entretanto, privilegia os aspectos que se referem à posição identificatória com seus mecanismos de defesa, em detrimento de manifestações do comportamento” (p. 65).

### 3.1 O COMPORTAMENTO *BAREBACKING* E A VISÃO DA PSICOPATOLOGIA

O entendimento da Psicopatologia é de enorme relevância por se tratar de uma ciência autônoma que objetiva o estudo dos transtornos psicológicos, por meio de uma abordagem integrada e multidimensionalizada das intrincadas alterações entre fatores psicológicos, biológicos e sociais (BARLOW; DURANT, 2011). O comportamento *barebacking*, quando refletido sob a perspectiva psicopatológica, tem como objetivo avaliar as características do prejuízo implicado na saúde física, emocional e social dos envolvidos. Esses indícios são associados à recusa deliberada ao preservativo, à busca por múltiplos parceiros, à intenção em relacionar-se com pessoas infectadas, à obsessão por sêmen, à quantidade de tempo investido na internet à procura de parcerias e aos riscos de (re)infecção do HIV e DST, entre outros.

---

<sup>47</sup> Grifo da autora.

Esses comportamentos com características extremadas e de estados-limite poderiam fazer parte de uma modalidade particular de adicção: a compulsão sexual. Segundo Padilha Netto & Cardoso (2013), nestes casos “o sujeito é impelido a agir, a buscar a satisfação sexual, mesmo que essa busca o prejudique em suas tarefas cotidianas, em suas relações familiares e responsabilidades profissionais. Em casos extremos, a própria vida do sujeito é colocada em risco, quando ele não consegue mais evitar relações sexuais com parceiros anônimos, praticadas sem nenhuma cautela e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis”.

Nesse sentido, aparentemente, as características encontradas neste comportamento poderiam preencher os critérios do “transtorno psicológico” descrito por Barlow & Durant (2011), quando associado ao indivíduo que apresentasse simultaneamente os seguintes comportamentos: (a) disfunção psicológica, (b) angústia ou prejuízo para o seu funcionamento, e (c) uma resposta atípica ou não, de acordo com os aspectos culturais. Estes casos podem apresentar características parafilicas ou não. Quando estas são constatadas, “especula-se também que as parafilias resultem de experiências sexuais precoces com adultos, que pertençam ao espectro dos transtornos obsessivo-compulsivos ou que resultem de bloqueio/ regressão no desenvolvimento sexual” (FORLENZA; MIGUEL, 2012, p. 486). Em uma concepção científica desse comportamento, Dalgarrondo (2008, p. 360) a definiu como “[...] transtornos do comportamento sexual caracterizados por padrões de fantasias e práticas sexuais particulares, em certas condições muito lesivas ao próprio indivíduo e a terceiros”.

O diagnóstico e a etiologia das parafilias são muito complexos. Os comportamentos parafilicos, de acordo com os critérios do DSM-IV, podem ser assim classificados: Fetichismo, Fetichismo Transvestido, Exibicionismo, Voyeurismo, Pedofilia, Sadismo Sexual, Masoquismo Sexual, Frotteurismo e Parafilias Sem Outra Especificação. Na Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (F65), a parafilia é descrita com as mesmas classificações que no DSM-IV, justificando a não especificidade por serem infinitas as práticas eróticas para que sejam individualizadas – apesar de não muito raras. Por conseguinte, os casos de parafilia para os quais não haja uma especificação, conforme os indícios apresentados nos comportamentos *barebacking*, podem ser analisados em combinação com algumas subclassificações, tal como ocorre com as relações sadomasoquistas – que incluem servidão e humilhação, engolir urina, rituais fetichistas e masturbatórios em grupo, sexo anal intencionalmente desprotegido (PARSONS; BIMBI,

2007), introdução de objetos no ânus e *felching* (KELIN, 2012), entre outros. A esses indícios Barlow & Durant (2011) adicionaram a incontrolável e extrema excitação sexual.

Os resultados das pesquisas de Kafka & Prentky (1997) demonstraram que os transtornos associados à parafilia são predominantemente caracterizados como distúrbios sexuais egodistônicos, envolvendo masturbação compulsiva e altos indícios de associação com promiscuidade prolongada. De igual forma aparecem, embora em menores proporções, o sexo por telefone, enorme incompatibilidade com o desejo sexual e dependência de drogas ou de uso de acessórios como objetos sexuais. Os pesquisadores investigaram, ainda, a presença de comorbidades associadas, verificando que 28% dos indivíduos do sexo masculino com parafilias e perturbações relacionadas a parafilia descreveram uma história de abuso físico ou sexual, com prevalência de transtornos do humor (76,7%), em especial o transtorno distímico precoce (53,3%); de abuso de substâncias psicoativas (46,7%), em especial o abuso de álcool (40%); e de transtornos de ansiedade (46,7%), em especial a fobia social (31,6%).

### **3.1.1 O comportamento perverso**

Outras questões nos levaram a estudar o comportamento *barebacking* sob o aspecto da Teoria Psicanalítica da Perversão. Afora a contribuição para a desmistificação de tabus e estigmatizações envolvidas na compreensão desse comportamento, contribuíram para nossa decisão os indícios detectados de características ritualísticas e compulsivas estabelecidas como condição para a obtenção do prazer; as fantasias envolvidas; as pistas de parcialização do objeto; e a ausência de afeto, entre outras.

Inicialmente, cabe esclarecer que nosso entendimento da homossexualidade está em consonância com a posição dos autores aqui citados, que rejeitam a associação entre homossexualidade, patologia e perversão. Esse posicionamento é corroborado por Haydée (1999), ao considerar superada e elucidada a associação entre homossexualidade – enquanto estrutura perversa – e a teoria da perversão psicanalítica, que tradicionalmente via nos comportamentos eróticos entre pessoas do mesmo sexo a expressão de algum tipo de patologia psíquica, por estar apoiada na pressuposição da “normalidade” heterossexual. Ainda a esse respeito, Jorge ([1952]2010, p. 33) acrescentou que “[...] psicanalistas sustentaram suas posições ultraconservadoras através de teorias analíticas utilizadas de forma psicologizante, mas foram devidamente bombardeados por uma cultura liberal na qual não há mais lugar para a homofobia travestida de discurso científico”. Sem contar que, como explorado no capítulo das pulsões, se o processo envolvido na libido e “eleição” do objeto sexual pelo indivíduo está intimamente associado ao mecanismo inconsciente, como sustentar que a homossexualidade

seria uma “escolha”, uma “opção sexual”? De acordo com Quinet (2013, p. 10), “a Psicanálise se opõe à pedagogia do desejo, pois esta é uma falácia. Não se pode educar a pulsão sexual. Não se pode desviá-la para acomodá-la aos ideais da sociedade. A pulsão segue os caminhos traçados pelo inconsciente, que é individual e singular”. Segundo Jorge ([1952]2010, p. 35), “[...] no lugar da moral, o que a psicanálise propõe é uma ética centrada no desejo”.

Dando início ao estudo da *perversão*, no dicionário esta palavra significa: “Tudo o que é contrário às leis da natureza e da vida moral. - Anomalia; corrupção<sup>48</sup>. Diz-se do que ou de quem demonstra perversão; Que se distancia do que é visto como decente, digno ou bom; vil ou cruel; maléfico; que intenciona prejudicar; Depravado ou corrupto; Pérfido ou desleal<sup>49</sup>. Entretanto, diferentemente das definições de senso comum, a perversão no contexto da teoria psicanalítica assume outros caminhos quando Freud introduz o conceito de “perversão polimorfa” como sendo parte da sexualidade infantil humana, afirmando que “[...] há sem dúvidas algo inato na base das perversões, mas esse algo é inato em todos os seres humanos”. Contudo, ele complementa que, apesar de tratar-se “das raízes inatas da pulsão sexual dadas pela constituição, numa série de casos (as perversões) convertem-se nas verdadeiras portadoras da atividade sexual (perversa), outras vezes passam por uma supressão (recalamento) insuficiente, de tal sorte que podem atrair diretamente para si, na qualidade de sintomas patológicos” [...] (FREUD ([1901-5]1987, p. 161). Neste sentido, conforme alertado por Ferraz (2010, p. 34), apesar das perversões fazerem parte da sexualidade infantil, existe uma diferença entre as perversões no desenvolvimento psicosexual infantil – “na criança, tudo ainda é apenas potencialidade” – e no adulto perverso, em que, ao contrário, “a sexualidade está definida e cristalizada: um eixo pré-genital preside a vida sexual, tão despoticamente quanto à genitalidade o faz na vida sexual ‘normal’”.

Na visão de Ferraz (2010), inicialmente Freud entendeu a perversão como uma forma de conduta sexual em que as fantasias estavam associadas à sexualidade pré-genital, onde não eram sustentadas sob recalque; posteriormente, a perversão recebeu um delineamento mais explícito como categoria psicopatológica e diagnóstica. No entanto, dentro dos parâmetros de compreensão da psicanálise, a perversão é vista como um modo de funcionamento e parte integrante da constituição psíquica. No entender de Silva (2012), ainda que a perversão possa ser considerada como uma organização psíquica patológica, o patológico é intrínseco à

<sup>48</sup> Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/perversao/>>. Acesso em: 8 abr. 2014.

<sup>49</sup> Disponível em: <<http://www.lexico.pt/perverso/>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

constituição psíquica “normal”, uma vez que o ponto de partida de todo sujeito é a perversidade polimorfa da infância. Embora, nesta conjuntura, Freud ([1901-1905]1987, p. 151) pontue que existem “características de exclusividade e fixação”, então nos vemos autorizados, na maioria das vezes, a julgá-la como um sintoma patológico.

Ferraz (2010) apontou sucessivas e significativas alterações marcadas por três momentos essenciais no desenvolvimento da teoria freudiana. O primeiro deles teria como base o axioma “a neurose é, por assim dizer, o negativo da perversão” (FREUD, [1901-5]1987, p. 155), pelo qual a formação de uma perversão resultaria de uma fixação infantil, de um estágio pré-genital da organização libidinal, elevando esta condição ao eixo organizador da vida sexual, ou seja, de toda gama de fantasias e atos sexuais do indivíduo. As fantasias de tipo pré-genital, que na prática vêm a ser as fantasias perversas, são vivenciadas não como recursos de excitação, mas como a essência da vida sexual.

Nesse contexto, para se compreender a sexualidade deve-se considerar a estrutura perversa não como uma “aberração”, pois a fantasia é comum a ambos os núcleos da estrutura psíquica – neurótica e perversa –; entretanto, o que a difere da estrutura neurótica é que, enquanto esta a deseja, a estrutura perversa a potencializa na atuação.

A normalidade mostrou ser fruto do recalçamento de certas pulsões parciais e certos componentes das disposições infantis, bem como da subordinação dos demais à primazia das zonas genitais a serviço da função reprodutora: as perversões correspondem a perturbações dessa síntese através do desenvolvimento preponderante e compulsivo de algumas das pulsões parciais, e a neurose remonta a um recalçamento excessivo das aspirações libidinais. Visto que quase todas as pulsões perversas da disposição infantil são comprováveis como forças formadoras de sintomas na neurose, embora se encontrem nela em estado de recalçamento, pude descrever a neurose como o “negativo” da perversão. (FREUD, [1901-5]1987, p. 261).

Desse modo, nesse contexto de evolução na teoria, a vida sexual passa a adquirir novos significados e simbolismos; na busca da compreensão da perversão, as fantasias sexuais, como parte integrante de toda forma de ato sexual, são distinguidas como estruturas potencializadas e altamente complexas. A fantasia é um elemento extremamente importante na perversão. Segundo Jorge ([1952]2010, p. 9), ela é “[...] definida como a articulação entre pulsão e inconsciente, [...] sua função de mediadora do encontro do sujeito com o real, [...] é uma tela protetora que possibilita o contato – o laço social –, com o outro, o semelhante e o mundo à nossa volta”. Como parte integrante do aparelho psíquico, a fantasia faz a articulação entre o mundo interno – que luta insistentemente para a gratificação do desejo, de um mundo psíquico em que tudo pode ser realizado através do prazer – e o mundo externo – que tem

suas regras morais, culturais e sociais –, estabelecendo assim uma grande zona de tensão constante.

No segundo momento essencial para o desenvolvimento da teoria freudiana, e ainda sob a análise de Ferraz (2010), a perversão é relacionada com a teoria do complexo de Édipo e com a dinâmica das identificações – núcleo não apenas das neuroses e das perversões. Fica então reforçada a ideia de que a perversão decorre de uma fixação da libido:

[...] um dos componentes da sexualidade teria sofrido um desenvolvimento prematuro, isto é, teria passado a frente dos outros. Tal independência precoce afasta-os dos processos posteriores de desenvolvimento e, por isso mesmo, ele é mantido em sua forma infantil. Se esse componente passa, depois por um processo de recalçamento, sublimação ou formação reativa, a perversão infantil não persiste na vida adulta. Caso contrário, ela se consolida. (p. 39).

Finalmente, no terceiro momento, Ferraz (2010) explicou que, na teoria freudiana, a estrutura da perversão é consolidada como sendo uma “recusa da castração”. Embora esse processo de recusa seja um mecanismo normal da edificação da sexualidade, no caso da perversão como estrutura psíquica ocorre a “persistência da recusa da castração”, que conduz o indivíduo ao predomínio da atuação com base nessa condição. “Essa forma de funcionamento mental só pode se manter se houver uma alteração no ego, já que uma parte deste deverá desligar-se de um fragmento da realidade, ou seja, da castração” (p. 46).

Por outro lado, na visão de Stoller (1975), a característica central da estruturação psíquica perversa está relacionada à hostilidade e ao desejo sexual. O autor direcionou suas pesquisas na contramão da conotação com que a palavra *perversão* está impregnada – no sentido de pecado e de moralidade –, acentuada pelas forças repressivas sociais que, para manterem a moral sexual social, afastam os que não estariam condizentes com os propósitos da heteronormatividade e da reprodução; além disso, Stoller orientou-as também para o desenvolvimento clínico do termo. Como hipótese principal, aventou que na perversão existiria a fantasia como estruturação defensiva, pelo intento de resguardar o prazer erótico justificado pela gratificação extrema do prazer físico – que por natureza demanda repetição – e pelo “colapso” na manutenção da identidade. A contribuição desse autor é fundamental para entendermos como o indivíduo arquiteta a *cena perversa* não tendo em mente exclusivamente a recusa da castração, mas sim a sustentação da identidade sexual ameaçada.

O pesquisador acrescentou, ainda, que o ódio é o elemento primordial da estrutura psíquica perversa, e é através desta *forma erótica do ódio* que se caracteriza o componente embrionário do ato perverso, que intenta lesar ou prejudicar o outro, e cuja obtenção do prazer no ato perverso centra-se na atuação ríspida e acirrada da fantasia, motivada pela hostilidade.

Perversão, a forma erótica do ódio, é uma fantasia em geral realizada, mas ocasionalmente restrita a um devaneio (ou autoproduzida ou preparada por outrem – isto é, pornografia<sup>50</sup>). É uma aberração habitual, preferida, necessária à plena satisfação, motivada sobretudo por hostilidade. Por hostilidade refiro-me a um estado no qual se deseja ferir um objeto; isso o diferencia de agressão, que em geral implica apenas força. A hostilidade na perversão assume uma fantasia de vingança oculta nas ações que constituem a perversão e serve para converter um trauma da infância num triunfo adulto. Para criar maior excitação, a perversão deve também se apresentar como um ato arriscado. (STOLLER, 1975, p. 3-4).

O “risco” é outro elemento fundamental na compreensão da estrutura psíquica perversa, pois é através do ato arriscado que o indivíduo acredita que poderia vencer o próprio trauma, sentindo-se triunfante, onipotente, passando assim da condição de vítima a de vencedor. Dessa forma, é a própria dinâmica da perversão que resguarda o trauma em sua estrutura: “A perversão, assim, é a revivescência de um trauma sexual [...] ocorrido sobre a área sexual (anatômica) (FERRAZ, 2015, p. 13); e faz com que o sujeito necessite reproduzir de forma compulsiva e repetitiva a “cena sexual” para “defender-se” do perigo da memória traumática inconsciente. Neste sentido Stoller (2015, p. 44) afirma que:

[...] a perversão é uma fantasia posta em ação – uma estrutura de defesa gradualmente erguida com o passar dos anos, com a finalidade de preservar o prazer erótico. O desejo de preservar aquela gratificação advém de duas fontes principais: (1) um extremo prazer físico que, por sua natureza, exige repetição; (2) da necessidade de conservar a sua identidade.

Desta forma, Stoller (1998) já havia advertido que a perversão é *audaciosa* porque, como em outros devaneios, o indivíduo “finge” enfrentá-la, mas na verdade ele a utiliza para evitar intimidade com os outros e consigo mesmo, caracterizando-se na verdade como uma *recusa ao sofrimento*. “A pessoa parece assumir o risco ao se aproximar do velho perigo. Esta é uma parte central das experiências de excitação: incerteza, tensão entre a possibilidade de triunfo e a possibilidade/recordação de um trauma, fracasso” (p. 41). Neste contexto,

[...] a falta de interesse sexual seria o resultado de uma ausência de risco. A excitação é o produto de uma oscilação entre a possibilidade de falhar (que é pequena) e a antecipação do triunfo (que é grande). Assim, a perversão poderia ser descrita em uma de suas facetas, como um complicado atalho que passa pela sensação de perigo e que segue em direção à gratificação sexual triunfante. Lembremos que na perversão o prazer sexual é salvo pela erotização do risco, quando há uma revivescência inconsciente do trauma, mas o seu desfecho é atuado em fantasia. (FERRAZ, 2010, p. 79).

A dinâmica psíquica no comportamento perverso exercido pelo indivíduo reside, sobretudo, na fantasia de que o ato compulsivo e ritualístico de obtenção do prazer, caracterizado pela excitação sexual extrema, arriscada e incontrolável, o manteria vitorioso e

<sup>50</sup> Para STOLLER (1998, p. 27), “a pornografia é aquele produto manufaturado com a intenção de produzir excitação erótica”.

triumfante, afastando-o conseqüentemente da experiência traumática angustiante da castração; ou seja, a dissonância não é somente cognitiva, ela é acima de tudo emocional, podendo ser compreendida pelo sofisticado mecanismo de defesa conhecido como “clivagem do ego”<sup>51</sup>.

Assim sendo, no risco o indivíduo triunfa, tornando-se indestrutível; no risco ele potencializa sua estrutura narcísica onipotente; e somente no risco ele se sente poderoso e se livra do sentimento de castração e de aniquilamento. Para suportar a *angústia da castração*, sentida de maneira exacerbada, esse indivíduo idealiza compulsivamente os rituais cada vez mais “arriscados”, cujo perigo é a chave do seu prazer; e a fantasia – o que diferencia a estrutura perversa da psicótica – é a característica funcional triunfante, para sua existência e para a obtenção de próprio prazer (FERRAZ, 2010). Neste caso, o objeto sexual é simplesmente um mero agente para a realização de sua fantasia, não havendo reconhecimento do outro como um ser completo, inteiro, com sentimentos; diante disso, é necessário desumanizá-lo “[...] para sentir-se seguro o suficiente para ficar excitado. Há um preço: fazer isso desumaniza o desumanizador – e esse conhecimento nem sempre é inconsciente” (STOLLER, 1998, p. 44). A atuação repetitiva desta cena perversa, é na verdade uma “vingança” que, “[...] além de ser em si mesma uma descarga de ódio – é uma espécie de tentativa de elaboração em que a passividade é trocada pela atividade” (FERRAZ, 2015, p. 26).

Na visão de McDougall (1997), os aspectos de como se estabelecem essas relações representam as melhores soluções psíquicas encontradas diante das circunstâncias em que os indivíduos vivenciaram sua sexualidade. “Ninguém escolhe livremente empenhar-se nas condições altamente restritivas e exigentes impostas pelas invenções neo-sexuais compulsivas ou na solidão de uma vida largamente confinada a criações sexuais autoeróticas” (p. 193).

No entender da autora, as neossexualidades se diferenciam das relações convencionais na medida em que tais práticas suscitem conflito no indivíduo, uma vez que são sentidas como compulsivas e assumem condições exclusivas para a obtenção do prazer sexual; ademais, ocorrem essencialmente nos casos em que um sentimento de identidade acompanha o prazer sexual. Nesta perspectiva, McDougall alerta para o cuidado a ser tomado em relação

---

<sup>51</sup> Clivagem do ego: “A dificuldade de reconhecer plenamente a existência de uma realidade, precisamente aquela mediada psiquicamente. É um mecanismo que obriga ao ego a uma cisão, mecanismo diverso do recalque. Diante do impasse criado com a descoberta da compulsão à repetição, e frente ao desligado da pulsão de morte, o conceito de clivagem adquire relevância, como também o recurso técnico da construção; e amplia o da interpretação, já propício tecnicamente aos efeitos desligados do recalque. O conceito de recusa e perda da realidade nas diferentes organizações defensivas, como exemplo, o da perversão, começa a ocupar um papel central no desenvolvimento da teoria psicanalítica”. Disponível em: <[http://febrapsi.org.br/resenha.php?texto=resenha\\_Freud-FEBRA\\_PSI](http://febrapsi.org.br/resenha.php?texto=resenha_Freud-FEBRA_PSI)> (Federação Brasileira de Psicanálise). Acesso em: 27 out. 2012.

ao “nosso desejo”, de forma que essas versões heterodoxas – não convencionais – dos objetos de desejo não sejam subjugadas; caso contrário, facilmente poderíamos classificá-las como sintomáticas, desviando-nos do aspecto primordial que deveria ser o centro de toda a nossa atenção: a singularidade do indivíduo.

Contudo, a pesquisadora chama atenção para um aspecto bastante significativo das neossexualidades relacionado ao objeto deste estudo – HSH que omitem e recusam o preservativo. Em sua concepção existe uma relação, uma característica em comum associada à forma com que a sexualidade é administrada entre homossexuais e neossexuais:

Talvez a única área que é característica tanto em pacientes homossexuais quanto em neo-sexuais seja aquela que se refere à economia psíquica<sup>52</sup> que governa sua sexualidade. Esta economia é frequentemente marcada por um sentido de premência e compulsividade, dando a impressão de que suas vidas sexuais cumprem o papel de uma adicção. (McDOUGALL, 1997, p. 189).

Segundo a autora, afora a questão do desejo, é a angústia a força que os leva ao ato sexual; e é nesse sentido que os assemelha ao drogadicto, cujo ego é “escravizado” pela compulsão e pela atuação de fantasias. Em relação a esta dinâmica, para McDougall (1997, p. 202-3):

A solução adictiva é uma tentativa de cura de si mesmo diante de estados psíquicos ameaçadores [...] Além da necessidade desesperada de descarregar as pressões afetivas insuportáveis, todas as formas de adicção grave buscam reparar uma imagem de si mesmo avariada que invariavelmente inclui a tentativa de acertar as contas com as figuras parentais do passado (algumas vezes projetadas na sociedade como um todo).

Ainda citando McDougall, a “escolha” do objeto no qual se estabelece a compulsão na verdade não importa, já que o objeto não está direcionado ao prazer e sim às necessidades narcísicas:

Há indivíduos que se “alimentam” de outros como objeto de necessidade narcísica quando se vêem defrontados com vivências afetivas ameaçadoras (habitualmente de natureza depressiva) que são incapazes de conter e pensar a respeito sozinhos. Um relacionamento estabelecido por essas razões frequentemente cria uma dependência exigente e um sentimento infantil de desamparo. [...] Outros, ainda, exploram seus parceiros sexuais como artifícios para aliviar a tensão, artifícios nos quais esses parceiros podem ter pouca ou nenhuma importância como pessoas. (p. 204).

Verifica-se, portanto, o “aprisionamento” na forma “estereotipada” e compulsiva de obtenção do prazer, que funciona como defesa para uma angústia insuportável, de vazio e

---

<sup>52</sup> Ressaltamos que nos *Três Ensaios sobre a Sexualidade*, Freud ([1901-5]1987) se referia à pulsão de autoconservação como tendo um objeto certo – como exemplo o seio –, que se difere da pulsão sexual na medida em que neste caso não há destino exato, pois foi pensada em termos da economia da pulsão. Conforme Freud desenvolvia a construção da teoria pulsional em meados de 1905, ambas as pulsões – de autoconservação e sexual –, serão consideradas sexuais e sem objeto. Desta forma, portanto, o objeto não está originalmente vinculado à pulsão; por esta razão permanece extremamente variável e estará associado à pulsão somente por sua habilidade em satisfazê-la.

solidão. A extensão desse comportamento também pode ser observada pela forma como o indivíduo arquiteta e planeja o arranjo perverso<sup>53</sup> devido às representações do objeto. Estas representações muito arcaicas – no caso das organizações perversas – são estimuladas por impulsos imperativos dos processos primários associados a sensações de aniquilamento e desamparo. Sua repercussão na atuação pode fazer com que o indivíduo recorra à autoviolência e ao imediatismo, e a conteúdos autodestrutivos muito potentes. Este funcionamento psíquico tem características muito particulares, conforme explicitado por Bergeret (2000, p. 158):

O funcionamento perverso funciona sobretudo na base de um Ideal de Si narcísico, materno e fálico. Como não pôde reparar convenientemente o seu narcisismo, nem encontrar um objeto total e elaborar os processos secundários suficientemente eficazes, o perverso encontra-se na obrigação de recorrer a satisfações muito incompletas com objetos e zonas erógenas parciais. Pelas mesmas razões, ele só pode obedecer aos impulsos imperativos, imediatos e sem amanhã, dos seus processos primários.

Para o pesquisador, há ainda outro elemento de recusa imperativa, característica do arranjo perverso, relacionado ao pavor da castração apontado anteriormente e pertinente ao sexo da mulher e suas representações simbólicas.

Na organização perversa, a angústia depressiva é evitada na sequência do sucesso de uma recusa relativa a uma única parte focalizada do real: o sexo da mulher. Este objeto parcial não deve existir, ao mesmo tempo que o objeto parcial fálico, à falta do qual ele corresponde, se encontra intensa e complementamente sobreinvestido no registro narcísico (BERGERET, 2000, p. 155).

Como último tópico relacionado à perversão, quando – em ocorrências mais graves – percebemos nas transferências a presença de elementos associados a perversidades (KERNBERG, 1995), isto não significa, porém, que indivíduos com uma estrutura psíquica perversa pratiquem atos físicos perversos ou tenham comportamentos com características de perversidade ou crueldade com seus parceiros; ao contrário, entre os indivíduos com características de estrutura psíquica perversa há indícios de consensualidade nas relações. Um exemplo dentro dos contextos de consensualidade neste estudo são os adeptos do *bare sex*, que ao buscarem tal prática sentem-se potencialmente excitados pelo fato de saberem existir entre eles soropositivos. Nas palavras de De Paula (2010, p. 25): “Considero o *barebacking sex* um tema polêmico da atualidade, principalmente por se configurar aparentemente como

---

<sup>53</sup> Na concepção de BERGERET (2000, p. 154): “O arranjo perverso corresponde àquele que se chama incorretamente a “estrutura perversa” em linguagem psiquiátrica. [...] Contudo, não se lhe pode reconhecer o estatuto de estrutura, dada a sua existência narcísica analítica e antidepressiva que não permite incluí-la numa das estruturas autênticas, neurótica ou psicótica, e a deixa numa dependência longínqua e relativa, mas economicamente efetiva, em relação à organização limite da qual deriva geneticamente”.

uma prática voluntária e consensual onde o sujeito, a despeito das informações básicas acerca da infecção pelo HIV, opta por praticar sexo sem preservativo”.

Concluindo, como se pode verificar, as particularidades dessa complexa organização psíquica desvendam elementos não somente de comportamento sexual, mas de uma subjetividade cujos significados justificam a dinâmica do ato. Daí a relevância de visualizarmos essa dinâmica não somente como uma conduta, mas como expressão da psicodinâmica do indivíduo. Na verdade, o comportamento sexual revela as características também defensivas de uma organização psíquica, e como o indivíduo lida com esses conteúdos internos. Alterar um comportamento que está cristalizado, e que funciona também como um recurso defensivo e de enfrentamento frente às tensões pulsionais, é um processo extremamente difícil. Aí reside a dificuldade de reverter esse processo.

Por conseguinte, são inúmeras as questões a serem pesquisadas, desenvolvidas e compreendidas com relação a esse tema. Acreditamos, porém, que identificá-las com amplas argumentações já é um grande passo para desenvolvermos outras reflexões e futuras investigações. É essencial termos em mente essa multiplicidade de saberes, pois limitados a constructos fechados não conseguiremos estabelecer as “interconexões” necessárias que o tema demanda.

Assim, a seguir passaremos à reflexão psicossocial, com o aprofundamento dos contextos afetivos, sexuais e sociais sob o ponto de vista das ideologias sociais e culturais hegemônicas, que de igual forma exercem grande influência, positiva e negativa, para a constituição psíquica do indivíduo. Após termos explorado a forte influência da constituição psíquica nos comportamentos de omissão e recusa do uso do preservativo, observaremos agora as suas implicações na relação com os processos de adaptação no universo externo.

## 4 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS: OS CONTEXTOS AFETIVOS, SEXUAIS E HISTÓRICO-SOCIAIS DOS HSH HIV<sup>+</sup>

Este tópico terá como objetivo explorar os contextos afetivos, sexuais e histórico-sociais de HSH. Inicialmente, observaremos de forma breve alguns fatos históricos da homossexualidade, as implicações para a sua patologização e despatologização, e as principais influências do capitalismo e dos “dispositivos de poder” nesse processo.

Seguiremos com um panorama contextual e informativo das particularidades dos processos de identificação sexual (auto e hetero), através das categorias identitárias – abrangendo os homossexuais, gays e bissexuais –, e dos comportamentos sexuais – os HSH. Este tópico será desenvolvido sob dois pontos de vista: (a) dos pesquisadores, retratando os posicionamentos quanto ao uso de diferentes terminologias, e (b) dos indivíduos, que buscam formas diferenciadas de reconhecimento da sua sexualidade.

Prosseguiremos abordando um comportamento implicado nas relações sexuais, que são os comportamentos sexuais das masculinidades hegemônicas versus subalternas. No que diz respeito à realidade de HSH, tais comportamentos, cuja atuação é estabelecida por polaridades – dominantes e submissas –, são expressos com variadas intensidades. Veremos que por trás destes “signos” sociais e sexuais, aparentemente opostos, existe uma “interação psíquica” bastante complexa.

Em prol de uma análise integrada, exploraremos as implicações da *aids* às sexualidades não hegemônicas, e as consequências observadas nas manifestações de homofobia, estigma e discriminação. Finalizaremos com uma reflexão sobre os contextos da prevenção.

### 4.1 O PROCESSO DE “PATOLOGIZAÇÃO” DA HOMOSSEXUALIDADE

Em diferentes épocas e culturas, contam-se vários registros históricos da homossexualidade: ao representar “o amor verdadeiro” (Antiguidade Grega), já foi culturalmente valorizada e cultuada; considerada como uma prática pecaminosa e abominável (Cristianismo), foi passível de pena de morte por crime de sodomia no século XII (Código Gengis Khan); amaldiçoada e condenável à morte na fogueira (Inquisição); e sujeita a criminalização (Portugal e todas as suas colônias, inclusive o Brasil, além da Inglaterra em

1553) (QUINET, 2013). Segundo a Agência LGBT Brasil (2012)<sup>54</sup>, a homossexualidade é criminalizada em 78 países, em cinco deles punida com pena de morte. No decorrer desse processo, a homossexualidade tem sido adjetivada com diversas representações – dentre elas abominação, inversão, aberração, bestialidade, marginalização e doença.

Contudo, o que estaria por trás desse processo de estigmatização? Por que as sexualidades não hegemônicas foram – e ainda são – alvos de controle e repúdio? Por que perdura esta sensação de “ameaça” sociocultural na possibilidade de admitir e conviver com as diferenças? Arriscaríamos dizer que existem dois elementos em comum em todas estas questões que nos acompanham há centenas de anos: (a) a compreensão “dogmática” da sexualidade vinculada à reprodução; diante desse referencial, seriam inadmissíveis outras possibilidades que não a “biologicamente natural”, com fins reprodutivos; e (b) o controle e os interesses dos “dispositivos do poder”.

Esses “pilares” serviram de alicerce para o processo de estigmatização e “patologização” da homossexualidade. A “reprodução” vem se estabelecendo historicamente, há centenas de anos, como um critério de “normalidade” e “normatividade”, intensificada pelo controle de sofisticados “mecanismos de poder” aqui representados por autoridades legais e religiosas. Este referencial de sexualidade reprodutiva enquanto critério de sanidade passou a ser legitimado pela medicina do século XX. Assim sendo, nessa conjuntura, a homossexualidade passou a ser considerada anormal, doentia, pecaminosa e criminosa.

No entanto, anteriormente à fundamentação dos discursos médicos que a “consolidaram” como patológica, existiram outros registros históricos que fomentaram essa patologização. Dentre eles, um dos fatores que reforçariam este estigma e, posteriormente, contribuiriam para “despatologizá-lo”, foi o “capitalismo” surgido entre os séculos XVII e XVIII. Segundo Coutinho (2007), para avaliarmos o contexto da época podemos lançar um olhar analítico sobre a *família*, que trouxe à tona as relações baseadas em parentesco e ordem social. Estas relações, identificadas nas obras de Engels e Morgan (apud CANEVACCI, 1981), já apontavam sistemas diferenciados de parentesco e relações independentes de laços consanguíneos que se formavam com base nos laços sociais. Sendo assim, “[...] como nos matrimônios por grupos era impossível determinar a descendência paterna, a sociedade se readequou para que os homens pudessem legar aos seus filhos legítimos os bens que acumularam em vida. Para garantir a herança, surgiu a monogamia” (KOBNER, 2008, p. 13).

<sup>54</sup> AGÊNCIA LGBT BRASIL. **Homossexualidade é ilegal em 78 países e punida com pena de morte em 5**. 2012. Disponível em: <<http://agencialgbt.com.br/homossexualidade-e-ilegal-em-78-paises-e-punida-com-pena-de-morte-em-5.html>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

A sociedade passou, portanto, a nomear a heterossexualidade como o único modelo possível, verdadeiro e aprovado a ser seguido; convenientemente, ela seria a maior beneficiada em seu propósito principal: o de acumular capitais e perpetuar riquezas através das várias gerações. “A sociedade que se desenvolve no século XVIII – chame-se, burguesa, capitalista ou industrial – não reagiu ao sexo como uma recusa ao reconhecê-lo. Ao contrário, instaurou todo um aparelho para produzir discursos verdadeiros sobre ele” (FOUCAULT, 1988, p. 78). Simultaneamente, a visão de masculinidade foi sendo solidificada, bem delineada e integrada à sociedade, como um espectro de poder, ação e virilidade, ajustada à absoluta dominação do patriarca sobre tudo e sobre todos. As uniões formalizadas por meio do casamento civil passaram a garantir e legitimar os domínios irrestritos da soberania do homem, sendo determinantes na construção da identidade masculina e conseqüentemente estabelecendo diferenças entre os sexos. Segundo Butler (2003, p. 228), “o campo sexual é circunscrito de tal modo que a sexualidade é pensada em termos de casamento e o casamento é pensado em termos de aquisição de legitimidade”.

Dessa forma, à medida que o capitalismo se estabelecia sob o domínio da figura masculina, em paralelo sobrevinha o conhecimento advindo do desenvolvimento da medicina. Ao ocorrerem simultânea e historicamente, estes dois movimentos deram origem à *patologização da homossexualidade*. Legitimada por meio dos discursos científicos, a homossexualidade “patologizada” “[...] referia-se, sobretudo, às suas aberrações, perversões, extravagâncias excepcionais, anulações patológicas, exasperações mórbidas. Era, também, uma ciência essencialmente subordinada aos imperativos de uma moral cujas classificações reiterou sob a forma de normas médicas” (FOUCAULT, 1988, p. 61).

De acordo com Araújo (2012), a classe patriarcal burguesa, alicerçada pelos discursos dominantes – econômicos, científicos e religiosos –, sentia-se profundamente incomodada com o suposto perigo representado pelo desejo homossexual, pois este – além de interferir nas questões econômicas de procriação – alterava a ordem “natural” das coisas e do poder estabelecido. Por conseguinte, até o final do século XX cristalizaram-se os discursos dominantes, as regras e condutas heteronormativas, as concepções binárias e sexistas. A partir daí abriu-se um espaço possível para a abordagem do tema da homossexualidade desvinculada da patologização, iniciando-se assim o intrincado processo de despatologização, conforme veremos a seguir. Por outro lado, vale lembrar que o capitalismo que ajudou a patologizar a homossexualidade também contribuiu positivamente, nestas últimas décadas,

para despatologizá-la, colaborando para a expressão e visibilidade de homossexuais no ocidente a partir da conjunção de diversos fatores políticos, econômicos e sociais.

#### 4.1.1 O processo de “despatologização” da homossexualidade

Além do capitalismo, várias questões tiveram influência nesse processo de despatologização da homossexualidade; dentre elas, a contribuição de Freud que a desvinculou do entendimento da sexualidade como unicamente motivada pela reprodução – conforme explorado na primeira parte deste estudo –; e a luta dos movimentos de grupos organizados – como os da contracultura e das feministas, por exemplo –, fundamentada na reivindicação de direitos humanos e de igualdade.

Todavia, vale destacar um movimento específico de luta pelos direitos dos homossexuais, caracterizado pelo levante contra a violenta ação policial no *Stonewall Inn*, bar gay situado no Greenwich Village, em Nova York, que simboliza o combate ao estigma e discriminação à homossexualidade. Conhecido como “Rebelião de Stonewall”, este movimento, ocorrido em 28 de junho de 1969, é considerado um marco histórico na reivindicação aos direitos LGBT<sup>55</sup>.

Cabe lembrar, porém, que antes desse acontecimento já se formavam alguns movimentos de resistência motivados pela revolta contra o tratamento dispensado aos homossexuais, cujas manifestações contribuíram para uma maior visibilidade da homossexualidade, trazendo à tona temas negligenciados pelos interesses e conveniência de grupos dominantes da sociedade – sexualidade, igualdade, cidadania e direitos humanos, entre outros. Dentre eles podemos citar: (a) a grande concentração de homossexuais em São Francisco, EUA (1970), iniciando um ato público de protesto contra a intolerância jurídica, moral e política (ARAÚJO, 2012); e (b) a reivindicação homossexual no espaço público brasileiro, ocorrida na mesma época, com a inauguração de vários estabelecimentos<sup>56</sup> que se tornaram pontos de encontro gay em plena ditadura militar, resistência esta que esteve em risco por diversas vezes – assim como ocorria com todos aqueles que desafiavam o poder.

Nessa trajetória, ressaltamos também a intensa luta dos Conselhos Federal (CFP) e Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP), cujas atuações têm contribuído expressamente para o enfrentamento da homofobia e do preconceito; para o processo de despatologização das orientações sexuais não hegemônicas; para a prática orientada do

<sup>55</sup> Da patologia à legalidade. *Scientific American* – Mente e Cérebro, ano XVIII, n. 222, jul. 2011, p. 44.

<sup>56</sup> Entre esses espaços, podemos citar a Galeria Alaska e as imediações do Copacabana Palace Hotel, no Rio de Janeiro; as boates Homosapiens, Nostromundo e Medieval; saunas gays, cines pornôs e os jornais Pasquim e Lampião, em São Paulo.

psicólogo; e para a articulação em defesa dos direitos humanos e a promoção de espaços de discussão sobre o tema. Entre suas principais metas no ano de 2013<sup>57</sup>, destacamos a promoção de estratégias de enfrentamento da homofobia; e a luta contínua da efetividade da Resolução CFP nº 001/99<sup>58</sup>. Várias resoluções foram promovidas pelas duas entidades<sup>59</sup>, que colaboraram ativamente para o processo de despatologização da homossexualidade e reforçaram o combate ao preconceito e à discriminação, bem como o respeito aos direitos humanos de todos os indivíduos, sem distinção.

De acordo com artigo de Kahhale (2011), o posicionamento do CRP contribuiu para o esclarecimento das questões da sexualidade, iniciando um processo de enfrentamento de preconceitos e discriminações. A Resolução 001/1999 desse Conselho foi traduzida para os idiomas francês, espanhol e inglês. Já a tradução para o espanhol foi iniciativa do Conselho Federal, visando divulgá-la nos eventos da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (ULAPSI), ocasião em que foi disponibilizada para várias entidades da América Latina. A tradução para o inglês foi difundida no Congresso de Direitos Humanos da *American Psychological Association* (APA), realizado na Califórnia, EUA, na mesma época. Na oportunidade, o CFP constatou que o Brasil era o único país no mundo que dispunha de um documento de orientação aos psicólogos na direção dos direitos humanos e da não patologização da homossexualidade, fato que mereceu grande repercussão porque, a partir daí, a APA formou um grupo específico para elaborar documentos de referência para americanos e canadenses.

Finalizando, o “ativismo *queer*”, que compõe o segmento atual mais radical desses movimentos, posiciona-se contra a assimilação gay e tem como foco a “desconstrução” de classificações sexuais e a concepção biologicamente estabelecida entre o masculino e o feminino. O pensamento *queer* afirma que estas concepções, fundamentadas pela divisão de “papéis sexuais” e pela separação entre orientações e identidades sexuais ou de gênero, são rótulos e produtos de um constructo social. Dentre as expectativas e os princípios da visão *queer* estão a contestação, a diferença, a transgressão, o reconhecimento do outro, a

<sup>57</sup> CRP/SP – **Sexualidade e Gênero**: Psicologia, Ética e Cidadania: Práticas Profissionais a Serviço da Garantia de Direitos. Disponível em: <[http://www.crsp.org.br/comissex/diretrizes\\_cnp\\_viii.aspx](http://www.crsp.org.br/comissex/diretrizes_cnp_viii.aspx)>. Acesso em: 12 out. 2013.

<sup>58</sup> Resolução CFP nº 001/1999, de 22 mar. 1999. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)>. Acesso em: 3 dez. 2012. Em meio às transformações e demandas sociais nacionais e internacionais, o CFP decidiu posicionar-se quanto à orientação da prática psicológica e da atuação profissional frente à mesma questão, com base na responsabilidade ético-profissional da psicologia diante da promoção da saúde integral do ser humano.

<sup>59</sup> Parecer sobre o PDC 234/2011; Decreto no 54410/09; Decreto no 55.589/2010; Parecer PGFN/CAT/ nº 1503/2010; Parecer sobre o PDC nº 234/2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Parecer-PDC-234.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013. Criação da COMISSEX/2009. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/comissex/historico.aspx>>. Acesso em: 12 out. 2013; e Referências Técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e Aids (CREPOP, 2008).

transformação cultural hegemônica, a proposta de repensar novas possibilidades e transformar as relações de poder, e de desconstruir as normas – sobretudo as convenções culturais (MISKOLCI, 2007). O movimento *queer* representa um espaço polêmico e de reflexão política, que surge simultaneamente ao auge da eclosão *aids*, em meados de 1980, opondo-se às concepções heteronormativas e contestando a reação contra a homossexualidade – vista ainda hoje, de certa forma, como “doença gay”. Com a *aids*, esse movimento ganha relevância no que tange à forma como passamos a pensar as relações sociais.

Ao longo desse trajeto e diante dessa conjuntura histórico-social, pudemos observar os diversos fatores que repercutiram na construção da identidade do homossexual. Com o fomento dessa discussão, muito se avançou nas conquistas de direitos humanos e sexuais; em contrapartida, essa visibilidade tornou os homossexuais muito mais suscetíveis a riscos e agressões homofóbicas. A ambivalência entre ter os direitos sexuais conquistados e a “ameaça física e psicológica” em exercê-los fez com que esses homens, com orientações sexuais não hegemônicas, se reconhecessem e buscassem ser reconhecidos de formas distintas. Esta será a temática a seguir.

#### 4.2 OS PROCESSOS DE (AUTO E HETERO) IDENTIFICAÇÃO SEXUAL

Conforme amplamente investigado na primeira parte deste estudo, foram aprofundados os múltiplos aspectos psicodinâmicos associados ao desenvolvimento da sexualidade e da constituição psíquica do indivíduo.

Em vista disso, passaremos a discutir a complexidade envolvida nesse processo de construção da identidade sexual. As ambivalências entre como o indivíduo percebe seus conteúdos internos e como estes são intermediados e adaptados no externo levaram-no a distintos processos de reconhecimento de sua sexualidade, que podem ser observados através de: (a) categorias identitárias – que abrangeriam os homossexuais, gays e bissexuais –, grupo que defende um espaço de visibilidade caracterizado pelo movimento de busca ao reconhecimento de seus direitos afetivos, sexuais, sociais e políticos; e (b) comportamentos sexuais, que incluiriam de maneira geral os homens que fazem sexo com homens que buscam viver sua sexualidade de forma privada, sem categorizações e classificações. A seguir, observaremos que, atrás destas “terminologias”, estão alguns pressupostos que envolvem a maneira como esses indivíduos se reconhecem e como querem ser reconhecidos, ou seja, pressupostos que dizem respeito a desconstruções binárias e papéis secularmente preestabelecidos, novas formas de expressão, de significados e de possibilidades das sexualidades e conseqüentemente, das singularidades.

### 4.2.1 As categorias identitárias

Refletir sobre “categorias identitárias” seria uma forma de pensar a respeito de um processo de identidade, não mais a identidade biológica e pré-determinada, e sim lançando mão de modelos analíticos integrativos que permitissem revê-las como um processo de construção de possibilidades. Conforme explicado por Pereira (2002), “[...] procurando-se debater modelos de construção identitária e elaborar propostas que se afastem tanto do essencialismo como da fragmentação. [...] esses complexos processos que levam o homem a ser aquilo que é, a agir, apresentar-se e autopercepcionar-se de determinada forma.”

Na concepção de Brah (2006) as múltiplas expressões das identidades, apesar de marcadas aparentemente por contradições e instabilidades, correspondem a um processo dinâmico e constantemente ressignificado. “A identidade pode ser entendida como o próprio processo pelo qual a multiplicidade, contradição e instabilidade são significadas [...] um núcleo em constante mudança, mas de qualquer maneira um núcleo – que a qualquer momento é enunciado como o “eu” (p. 371). Na visão de Heilborn (1996, p. 136-8), a identidade faz parte de “um universo simbólico”, e neste universo elas se constroem de maneira dinâmica. Assim sendo, as identidades

[...] se exprimem concretamente em normas e comportamentos de valorização da singularidade e liberdade individuais, [...] faz parte de um conjunto de marcas sociais que posicionam um sujeito em um determinado mundo social. Não se trata de uma concepção que se baseie numa substância reificada de marcas sociais estáticas. [Portanto,] dentro de um determinado universo de valores que transcende a orientação sexual e que é dentro destes marcos que se podem entender suas formulações a respeito da construção de suas identidades.

Assim, ao nos aprofundarmos nos processos de construção de identidade, notamos algumas particularidades que caracterizariam os diferentes processos. No caso das categorias identitárias, que abrangem homossexuais, gays e bissexuais, observamos alguns amoldamentos e conformações utilizadas de forma a lidar com o contexto social repressor. Uma delas foram os guetos e espaços parcialmente protegidos, que exerceram enorme influência como possibilidade de expressão sexual de um comportamento não heteronormativo em um contexto opressor. Se por um lado isso atendeu a interesses hegemônicos e sexistas, que acreditavam que a melhor estratégia seria compartimentar e segregar os homossexuais, evitando assim o incômodo das convivências e “preservando a moral e os bons costumes”; por outro lado, tais espaços desempenharam importante papel na construção dos processos identitários dos LGBT ao possibilitar-lhes – mesmo que sob essas condições ambivalentes – conviver e expressar sua sexualidade, ao colocar “em questão às regulações dominantes de sexo e gênero – fazendo parte, assim, de uma luta política mais

ampla para a definição do que é legítimo em termos de sexualidade e projeto de vida” (SIMÕES; FRANÇA, 2005, p. 1).

Entretanto, essa clandestinidade dos guetos foi sustentada até meados da década de 90. No auge da epidemia da *aids*, a luta do movimento LGBT conquistou um espaço de visibilidade e passou a delatar as pressões e os “dilemas” sofridos. Estes se organizaram e, em conjunto com outros movimentos sociais, reivindicaram e fizeram emergir as necessidades de uma discussão mais ampla sobre as questões que envolviam a homossexualidade.

Nessa trajetória, a expansão dos grupos tomou força, se desenvolveu e começou a reivindicar seus direitos humanos, políticos e sociais de forma organizada. Dentro desse contexto de visibilidade e intensa luta, a Associação da Parada LGBT de São Paulo, responsável pela organização da Parada do Orgulho LGBT Paulista e uma das principais articuladoras da militância homossexual na cidade, produziu esse evento de enorme proporção e repercussão social, econômica e política, potencializando ainda mais a discussão e a expressão pública dessas categorias identitárias. A “visibilidade em massa” e a projeção internacional do evento cooperaram para marcantes inovações dos anos 90, tais como a implantação e a difusão da categoria GLS – sigla cunhada para designar “gays, lésbicas e simpatizantes”. A esse respeito, Simões & França (2005, p. 6) ainda acrescentaram:

[...] a ênfase mercantil e abrangente do GLS também levou a outros esforços de diferenciação – por exemplo, por parte de alguns grupos organizados de ativistas, que passaram a se referir como GLT – T simbolizando “travestis”, “transexuais” e, mais recentemente, “transgêneros” – como forma de distinção em relação à sigla que consideravam “mercadológica”. Além disso, o GLS passou a ser fortemente associado a um estilo de vida “moderno e descolado”, um padrão que envolve um poder aquisitivo mais alto e um capital simbólico distintivo.

Por conseguinte, a Parada Gay contribuiu extraordinariamente para a visibilidade e construção dessa nova imagem, não só pelas conquistas da militância e do ativismo, mas também para a oficialização da nomenclatura LGBT, que representa as grandes expressões dos diversos processos identitários. As expressões da sexualidade passaram, portanto, a “existir” publicamente e a reivindicar seus direitos, o que fez com que esses indivíduos obtivessem um espaço – físico, psíquico e social – de reconhecimento de sua sexualidade.

#### 4.2.1.1 Homossexualidade

Considerando as questões histórico-sociais que envolveram o processo de compreensão da homossexualidade, com punições que iam desde castigos físicos até a pena de morte, esses registros, de certa forma, permanecem no coletivo e, ainda hoje, produzem intensos sofrimentos aos envolvidos devido ao contexto de estigma e discriminação.

Inicialmente classificados como *sodomitas*, os indivíduos eram punidos veementemente por serem considerados impuros e pecaminosos; mais adiante foram denominados *pederastas*, julgados por atos contra a natureza, vistos como aberrações; somente no século XX passaram a ser classificados, pela então medicina da época, como “homossexuais”, portanto doentes.

Utilizando o referencial da categoria instituída do masculino, portanto do que “significa ser homem” na concepção sexista histórica, social e cultural, todos os indivíduos que se distanciavam dessa concepção foram, e de certa forma ainda são, classificados, rotulados, discriminados, e estigmatizados. Conforme já abordado nos capítulos anteriores, opostos a essa concepção tradicionalista estão os modernos movimentos de afirmação homossexual, reivindicando como direito a legitimação social de suas vivências amorosas. Assim sendo, independentemente da abrangência com que a homossexualidade é atualmente distinguida – homoeróticos, gays e homoafetivos –, reconhecê-la como um processo de identidade como qualquer outro, uma categoria identitária, é também reconhecer que a sexualidade humana transcende os limites do biológico, e ir de encontro a qualquer movimento contrário, sexista e heteronormativo, que insiste em produzir e reproduzir o instituído com o intuito de controle e dominação.

O entendimento da homossexualidade, como qualquer orientação sexual, faz parte de um processo que envolve a relação de conteúdos internos (psíquicos, cujos aspectos psicodinâmicos foram amplamente abordados nos capítulos da primeira parte deste estudo) e externos (histórico-social e cultural). Gontijo (2004, p. 63) relata que: “Algumas sociedades apresentam, de maneira institucionalizada, práticas homoeróticas a partir da inversão de gênero: um indivíduo, considerado inicialmente por aquela sociedade como sendo do sexo masculino, é ‘transformado’, num determinado momento do ciclo vital, em indivíduo considerado como pertencente ao sexo feminino – na verdade, há uma ‘ressignificação’ desse indivíduo, mais que uma ‘transformação’”.

Desse modo, podemos observar a influência do instituído, com a homossexualidade sendo associada a comportamentos mais ou menos viris, a estereótipos de feminilidade ou masculinidade. É um processo que está cristalizado no coletivo, e desconstruí-lo demandará tempo. Nada impede que um indivíduo seja casado, com família e filhos, e mantenha relacionamentos com pessoas do mesmo sexo. “[...] O plano do desejo não se confunde com o plano da identificação, o que faz com que um homem viril possa desejar sexualmente outro homem. [...] a homossexualidade não é uma ‘opção sexual’, no sentido em que muitas vezes é

considerada, mas uma escolha de objeto que se impõe ao sujeito” (JORGE, [1952]2010, p. 37).

Além dessa discussão, existem diversas formas de referência à homossexualidade, dentre elas: (a) *homoeróticos*, uma outra maneira de expressar o relacionamento entre pessoas do mesmo sexo, que encontra barreiras socioculturais pela influência que a heteronormatividade exerce na formação de opinião do “senso comum”, e também por ir de encontro a convenções morais que não conseguem lidar com a ideia de afetividade entre pessoas do mesmo sexo, conforme explicado pelo psicanalista Freire Costa (1992, p. 92): “Esta peculiaridade estaria sujeita as injunções morais que desaprovam a experiência subjetiva do homoerotismo porque não se coaduna como ideal sexual da maioria”; b) *gay*, remetendo à ideia de uma identidade usada para combater o estigma. Neste sentido, Mott (2003) defende que ser “gay” não está necessariamente associado ao afeminado, e que não podemos nos balizar pela aparência externa, que nem sempre traduz as intenções do indivíduo; c) *homoafetivos*, remetendo à ideia das múltiplas subjetividades envolvidas na homossexualidade, de uma relação íntima, de afetividade, do caráter inclusivo e do combate ao estigma e à discriminação.

Contudo, a imposição de um modelo hegemônico que persiste em negar direitos ao cidadão homossexual, em prol de interesses vários, continua sendo uma maneira de retroalimentar a exclusão, a violência e a discriminação, potencializando sobremaneira o sofrimento dos envolvidos. Esse contexto pode ser constatado no relatório sobre a saúde da população GLB (Gays, Lésbicas e Bissexuais) produzido por Scott *et al.* (2004), que mostra que desde a juventude até a idade adulta, a exclusão social é altamente insalubre. A consequência dos efeitos negativos dessa exclusão, acumulados ao longo de todo o ciclo da vida, produz um enorme sofrimento psíquico, evidenciado por graves problemas de saúde – entre eles suicídio, automutilação, depressão, baixa autoestima, elevados níveis de ansiedade, problemas com uso excessivo de tabagismo e abuso de drogas. Os pesquisadores acrescentaram ainda que, mesmo com as evidências das altas taxas de criminalidade, violência, desemprego, racismo e as múltiplas formas de exclusão social, tais impactos permanecem ignorados e raramente são considerados produtos de homofobia e heterossexismo.

Face a essa conjuntura, as consequências do estigma e discriminação que acarretam sentimentos de autodestruição e baixa autoestima, e que por sua vez reduzem os recursos defensivos de enfrentamento do indivíduo, não estariam aumentando sua vulnerabilidade a

comportamentos sexuais de omissão e recusa do uso do preservativo? Estas são questões a serem repensadas com toda a atenção. O aprofundamento no conhecimento dos contextos afetivos, sexuais e sociais desses indivíduos nos aponta uma conjuntura de vulnerabilidade muito complexa.

#### 4.2.1.2 Bissexualidade

A bissexualidade consiste na atração por pessoas do gênero feminino e do gênero masculino, envolvendo desejos, práticas sexuais e relacionamentos afetivossexuais com pessoas de ambos os sexos. Como uma orientação não heteronormativa, a bissexualidade – assim como a homossexualidade – vem sofrendo perseguições e discriminações ao longo da história.

De acordo com Seffner (2004, p. 96), o entendimento da prática bissexual masculina é muito complexo, pois envolve uma dificuldade na compreensão e equacionamento entre vários elementos, entre eles os “silêncios”, anonimatos e resistências:

O primeiro elemento que se destaca ao falar da vida sexual com estes homens é a prática de silêncio – ninguém sabe de sua orientação sexual, com ninguém o indivíduo conversa a respeito disso – e o anonimato – encontros furtivos e casuais na maioria das vezes, dando origem a um sofrimento silencioso, que foi entendido nesta análise como uma modalidade de violência estrutural, uma vez que parte importante da vida de muitos deles se estrutura a partir destas vidas silenciosas. O anonimato não pode ser visto unicamente pela ótica negativa, pode, sim, ser entendido como prática de resistência.

Na visão de Diehl & Vieira (2013), a conceituação de bissexualidade é ainda bastante controversa na literatura, e por isso seus números nem sempre representam a realidade. Como as pesquisas são baseadas em autorrelato, muitos entrevistados não a assumem devido ao temor de preconceito e discriminação. Levantamentos atuais que tentam estabelecer “pontes” que possam explicar a horizontalização da infecção do HIV e DST na população em geral indicam uma menor proporção no uso do preservativo por bissexuais.

Freud ([1906-8]1987, p. 169) causou polêmica ao anunciar que “se evidencia de modo especialmente claro a pressuposta exigência de uma disposição bissexual inata no homem”, explicando que esta se constitui como parte de “uma disposição psicológica responsável pelas diferentes escolhas do objeto – homossexual e heterossexual –, e em todo sujeito haveria ambas as formas de escolha de objeto, só que em quantidades diversas” (JORGE, [1952]2010, p. 29). A bissexualidade teria assim um papel central na compreensão da sexualidade, conforme aspectos psicodinâmicos amplamente explorados na primeira parte deste estudo.

Na psicanálise, a bissexualidade passou a expressar a disposição psíquica inconsciente inerente a toda subjetividade humana. Compelido pela cultura, o sujeito há que realizar uma “escolha” (inconsciente, e não fruto de uma vontade autônoma,

deliberada) em relação a essa propensão bissexual que lhe é intrínseca. Dessa forma, no processo de construção da própria subjetividade, ele terminará por apresentar seu desejo dirigido (orientado) ou para pessoas de seu próprio sexo biológico, ou para aquelas do outro sexo, ou para ambos os sexos. (RODRIGUES, 2012).

A polêmica que costuma envolver o tema *bissexualidade* depende do contexto social e ideológico em que é abordada. De qualquer forma, esse tipo de expressão sexual nem sempre é bem visto – tanto no universo dos heteros quanto dos homossexuais –, pois ambos consideram que os bissexuais não têm “coragem” de assumir sua “verdadeira” identidade, que efetivamente seria a de homossexual. “Quando se trata de práticas bissexuais, assumir uma identidade é sempre algo polêmico. Isso porque eles recebem críticas tanto dos heterossexuais quanto dos homossexuais, pois ambos acreditam que a bissexualidade é uma fuga da identidade homossexual” (CAVALCANTI, 2010, p. 80).

Nesta lógica sexista e binária da nossa cultura, a bissexualidade não encontra um espaço confortável para definir-se e expressar-se como identidade. Ainda segundo Cavalcanti (2010), os bissexuais são comumente criticados, taxados como infiéis, promíscuos e incapazes de se manterem em um relacionamento afetivo; entretanto, “a possibilidade de se relacionar com ambos os sexos não faz da bissexualidade uma prática menos legítima. Ao contrário, demonstra o quanto nossas vivências e experiências são diversas e plurais” (p. 82). Já na visão de Seffner (2004) o estigma sofrido pela prática bissexual pode ocorrer por múltiplas formas, sendo que uma das consequências desse processo é a retirada da voz do indivíduo:

Um deles vincula a orientação bissexual com indecisão, ambiguidade, falta de força de vontade, incapacidade de firmar uma orientação, configurando um indivíduo fraco. Outra fonte de estigma é pensar a masculinidade bissexual como desregramento, vontade de querer intensificar a vida sexual, querer fazer tudo, soltar-se, entregar-se aos prazeres com quem quer que seja, buscar o prazer sem limites, ou seja, fala-se aqui de um indivíduo forte, em uma intensidade de potencia sexual desmedida. Ainda uma outra fonte importante de estigma refere-se ao fato de que a masculinidade bissexual impacta fortemente a discussão da fidelidade e da relação monogâmica. (p. 95)

No contexto do HIV/Aids, os efeitos desses estigmas sobre a população de homens bissexuais merecem extrema atenção, devido aos tratamentos censuráveis e discriminatórios. Segundo os indicadores, são elevados os índices que os incluem entre os grupos de grande potencial de risco (SANDFORT *et al.*, 2007; SPIKES *et al.*, 2009; BAUERMEISTER, 2012). Emocionalmente, a potencialização do estigma e da discriminação faz com que se autoidentifiquem como heterossexuais (DOLL; BEEKER, 1996), o que os torna mais vulneráveis a chantagens e faz com que estejam em constante estado de alerta quanto à descoberta de sua prática sexual.

No estudo de Kelly & Kalichman (1998), que investigaram o prazer do sexo anal desprotegido em uma amostra de homossexuais e bissexuais, foi constatado que eles habitualmente se utilizam de vários ambientes e locais públicos, banheiros, balneários e festas de sexo. Na mesma direção, os achados de Gondim & Kalichman (2000) confirmaram a alegação de altos níveis de excitação em relação ao sexo sem o uso de preservativo por homossexuais e bissexuais, bem como atitudes negativas em relação ao uso do preservativo com parceria estável e desconhecida. Dados similares também foram fator de preocupação na pesquisa de Greco *et al.* (2007), em que os índices do sexo desprotegido foram mais frequentes entre os homens que relataram atividade sexual com homens e mulheres, sendo que a maior desproteção se deu com parceiras fixas mulheres.

Em vista disso, a presente reflexão destaca vários ângulos com relação à dinâmica envolvida na bissexualidade, revelando a suscetibilidade desse indivíduo ao apresentar um maior risco ao sexo sem proteção – bastante preocupante no âmbito do HIV – ao colaborarem para a transmissão horizontal e vertical do HIV/Aids. Os indícios apontam a necessidade do incremento de trabalhos em profundidade, que priorizem a atenção aos aspectos que dizem respeito à subjetividade e à construção psíquica de seus processos identitários, que os ajudem a se posicionar no que tange às ambivalências apresentadas, e que estabeleçam um fluxo para a manifestação de sua sexualidade, com referenciais emocionais mais autoprotetivos e mais funcionais em prevenção e promoção à saúde.

A seguir, veremos as semelhanças e diferenças envolvidas entre os processos de busca no grupo dos HSH, quando comparados aos homossexuais e bissexuais.

## **4.2.2 Os comportamentos sexuais**

### **4.2.2.1 O comportamento sexual de Homens que fazem sexo com Homens**

A terminologia HSH é amplamente utilizada em pesquisas como categoria de análise, assim como por órgãos governamentais e ONGs. Além disso, ela integra as diretrizes do Plano de Enfrentamento Nacional (2007), em resposta às reduções de vulnerabilidades e no combate aos estigmas e discriminações homofóbicas. Entretanto, o uso da terminologia HSH é motivo de divergências. Segundo a visão de Mott (2001), incluir a terminologia “homossexual” dentro de um contexto definido como “HSH” é um retrocesso frente a árduas conquistas, e uma forma de negar os direitos conquistados de uma categoria.

Já que existe o conceito científico “homossexual”, universalmente consagrado e que descreve a contento a relação HSH, e como tal conceito tem um significado político importante para milhões de brasileiros, inclusive para muitas ONGs, que se autoneameiam “grupo homossexual”, evitá-lo equivale a “racismo sexual”,

cientificamente chamado de “homofobia”. HSH é homofóbico pois descarta nossa identidade política homossexual.

O pesquisador acrescenta ainda que “não há como negar que o uso do neologismo HSH é totalmente equivocado enquanto estratégia epidemiológica e postura política”. Este aspecto é corroborado por Quinet (2013, p. 17) ao afirmar que “cabe desconfiar das estatísticas: elas não incluem os ‘enrustidos’, os ocasionais, os circunstanciais, os ativos que afirmam em uníssono: ‘Não somos homossexuais’; e, ainda no caso da homossexualidade masculina, os atualmente autodenominados ‘HSH’, homens que fazem sexo com homens”.

Young & Meyer (2005) afirmaram que essa terminologia surgiu por volta de 1994 para reduzir o estigma contra gays, bissexuais, transgêneros e autoidentificados homens heterossexuais que praticam sexo com outros homens, descrevendo comportamentos em vez de identidades sociais ou culturais. Por outro lado, na visão de Costa (2010), a denominação HSH deu-se por iniciativa de militantes e profissionais de saúde, como estratégia de combate ao estigma e à discriminação acarretados pela *aids*, e também por organizações que tinham o objetivo de se diferenciarem.

Nos anos 1990, militantes e profissionais de saúde, preocupados/as com o grande impacto das DST na população homossexual, criaram o termo HSH como alternativa para homens que se identificavam como “gays” ou “bissexuais”. Na época, isso foi um gesto, uma recusa decisiva dos discursos dominantes sobre orientação e comportamento sexuais transmitidos por organizações lideradas por homens brancos, que se identificavam como gays.

Na mesma perspectiva, Mota (1995) afirmou que não há uma associação unidimensional entre o desejo, a identidade e o comportamento sexual.

Indivíduos podem ser casados e ter vida sexual ativa com alguém do outro sexo; ao mesmo tempo, podem manter relacionamento, casual ou regular, com pessoas do mesmo sexo, assumidamente ou não; indivíduos assumem a condição do gênero oposto, simbolicamente mudando de nome, de papel sexual e até de corpo; indivíduos transitam pelas várias categorias de comportamento sem a isso associarem uma representação de identidade. (MOTA, 1995, p. 56).

Dando continuidade a esta reflexão, agora sob o ponto de vista das pesquisas do comportamento de HSH, um elemento bastante significativo presente na pesquisa de Assis (2008) seria a “discrição” como código de reconhecimento essencial das relações HSH, visto como um componente de grande relevância devido à configuração de como estas se estabelecem.

No próximo tópico aprofundaremos a discussão sobre um comportamento sexual que também faz parte das relações de HSH, conhecido como masculinidades dominantes versus subalternas.

#### 4.2.2.2 Os comportamentos sexuais das masculinidades hegemônicas e subalternas

Inicialmente, vale ressaltar que nossa compreensão com respeito a esses constructos – masculinidades hegemônicas versus as subalternas – opõe-se a qualquer associação a terminologias classificatórias de “tipos” ou “padrões” psicológicos. Ao contrário, entendemos que tais constructos fazem parte dos comportamentos masculinos e são socialmente construídos, multifatoriais, e de grandes implicações para a vida psíquica do indivíduo. “Na realidade, não há a construção de uma única, mas de masculinidades” (CARVALHO FILHO, 2008, p. 6). Reconhecer as diversas formas de expressões das masculinidades não significa tornar essas variâncias fixas, mas oferecer aos homens atuais a possibilidade teórica de diferenciarem e legitimarem suas masculinidades entre si.

A compreensão inicial desses conceitos foi fundamentada pela oposição à ideia de um padrão hegemônico de masculinidade. Assimilada em grande parte como consequência da legitimação secular da figura masculina, por meio de vários sistemas – entre eles o Feudalismo (Senhor Feudal) e o Patriarcado –, essa ideia vem sendo reforçada, sustentada e validada como provedora, símbolo da força e do poder, do domínio e da autoridade. Com isso, frente às características machistas e sexistas da cultura e sociedade, esta figura masculina idealizada se apodera psiquicamente desses qualificativos e passa a atuar, ainda hoje, como se ainda o fosse.

Os resultados dessa visão legitimada podem ser observados nas relações de poder, domínio e subjuogo. Entretanto, diante das enormes mudanças sociais ocorridas nestes últimos 50 anos – portanto recentes, se comparadas aos muitos anos em que essa figura masculina idealizada sobreviveu impavidamente, é possível mensurar as dificuldades e impasses envolvidos nesses constructos masculinos herdados e corroborados por séculos. Psiquicamente imersos nesses contextos, vários HSH estabelecem relações reproduzindo tais constructos – fixados pela heteronormatividade –, sendo por vezes até procurados por “apreciadores” de fetiches e fantasias, fundados por relações de poder e subserviência que podem levar a extremos, com agressões, violências e até mortes. Contudo, por trás dessas relações de características polarizadas existem dinâmicas psíquicas complexas.

Segundo Kahhale (2013), em meados da década de 60 do século XX, as concepções baseadas em referenciais teóricos de origens anátomo-biológicas, orientadas pela “reprodução sexual” e fundamentadas pela divisão de papéis sexuais, começaram a ser questionadas e repensadas. Naquele contexto, a cultuada e temida figura masculina era representada pelo único provedor da família, detentor da força, da lei e da ordem, e de uma autoridade

inquestionável. O controle e domínio absolutos, mesmo que com o uso da violência, eram a ele convalidados pela cultura e sociedade. Em contrapartida, a maternagem, o cuidado do lar e a educação da prole cabiam à figura feminina, que mantinha a secular obediência, doçura, recato e submissão.

A grande mortalidade de homens e a incapacitação – física e/ou psicológica – dos que sobreviviam durante e após as guerras, somadas à ascensão do capitalismo, levaram à inserção da mulher no mercado de trabalho, possibilitando-lhe uma remuneração e a conquista da independência, que até então permanecia essencialmente nas mãos masculinas. Essa conjuntura favoreceu o início da discussão e do questionamento em relação à divisão de papéis até então hegemônica, refletida e contestada pelos movimentos feministas. Assim, novos parâmetros foram sendo introduzidos nos referenciais de masculino e feminino, cujos desdobramentos podem ser observados nos comportamentos das masculinidades.

Para reforçar esse conjunto de novas possibilidades e conquistas, surgiram: a pílula anticoncepcional – que concedeu à mulher a possibilidade ao prazer, em detrimento do sexo com fins reprodutivos, e de controle da prole, antes decisões absolutas do marido; os movimentos da contracultura – dos hippies, que reivindicavam liberação sexual; e os movimentos estudantis, que reivindicavam o direito de expressão e uma maior participação política e social, iniciando a luta por direitos de igualdade e de direitos humanos, processo que perdura até os dias de hoje.

Abrimos aqui um parêntese para manifestar nossa cautela em utilizar o conceito de “direitos de igualdade”, pois se trata de uma ideia idealista, ambígua e de difícil abordagem. Garanti-la de forma igualitária e em suas devidas e “justas” proporções demanda um processo de respeito e consciência pessoal, política, cultural e social de grande envergadura – portanto, bastante questionável. Por isso optamos pela adoção do conceito de “direitos humanos”, por se tratar de uma concepção imperativa que aponta para a obrigação em garantir a todos seus direitos de cidadão. Ao corroborar este posicionamento, Brah (2006) salientou que são poucos os princípios igualitários nos espaços de poder, caracterizados por dominação e subordinação.

As subjetividades de dominantes e dominados são produzidas nos interstícios desses múltiplos lugares de poder que se intersectam. A precisa interação desse poder em instituições e relações interpessoais específicas é difícil de prever. Mas se a prática é produtiva de poder, então a prática é também um meio de enfrentar as práticas opressivas do poder. (p. 373)

Contudo, mesmo com os acontecimentos históricos e sociais que flexibilizaram os antigos e rígidos posicionamentos em relação a esses constructos, as masculinidades hegemônicas insistem em mantê-los a qualquer custo, amparadas por uma hierarquia sexista e

controlada pelos dispositivos de poder, conforme explicitado por Connell & Messerschmidt (2013, p. 262-3):

A característica fundamental do conceito continua a ser a combinação da pluralidade das masculinidades e a hierarquia entre masculinidades [e] a ideia de que a hierarquia das masculinidades é um padrão de hegemonia, não um padrão de uma hegemonia simples baseada na força.

Esse universo masculino contém signos sustentados secularmente, cuja veemência masculina em mantê-los está, na maioria dos casos, relacionada à moral e ao poder absoluto, continuamente convalidados e reproduzidos nas relações afetivas, sexuais, familiares e sociais. Por outro lado, a manutenção desses imperiosos constructos pode acarretar significativas consequências emocionais aos próprios interessados em mantê-los, visto que um superinvestimento em onipotência e controle é algo impraticável.

Ao observarmos as repercussões desse “padrão hegemônico” no âmbito individual, através dos comportamentos machistas e de dominância, constatamos como esse processo está intensamente enraizado e introjetado em nossa cultura, e o quanto ele tem sido reproduzido e sustentado intergeracionalmente – e raramente ameaçado – ao longo do tempo. Na visão de Maciel Jr (2006), “o processo de corporalização da masculinidade hegemônica está associado à heterossexualidade, à força, resistência, dureza e competência física”. Corroborando este pensamento, Connell & Messerschmidt (2013, p. 269) acrescentaram que:

[...] A masculinidade hegemônica está relacionada com formas particulares de representação e uso dos corpos dos homens [...] por ter sido durante muito tempo o provedor da família, e por estar associado a (re)produção. Essa é uma forma-chave de “ligação entre a masculinidade e a heterossexualidade na cultura ocidental, com prestígio dado aos meninos com parcerias heterossexuais e o aprendizado sexual imaginado como exploração e conquista”.

Nessa mesma direção, Kimmel (1998) já havia salientado ser muito difícil desvencilhar-se desse legado, dessas construções sociais que são geradas por um ideal hegemônico, cujas masculinidades dominantes e subalternas “emergem de uma interação mútua, mas desigual”, ocasionando “[...] dois de seus elementos constitutivos da construção social das masculinidades, [que] são o sexismo e a homofobia” (p. 208).

A sustentação desses comportamentos hegemônicos rígidos e sexistas vem sendo diretamente confrontada pela ampliação dos processos identitários, entre eles o feminino e o LGBT. Corroborando esse quadro, Boris *et al.* (2012) afirmaram que “[...] embora tal sistema sociocultural venha perdendo sua força, favorecendo a expressão de algumas capacidades socialmente construídas “femininas”, por outro lado, vem deixando os homens confusos devido a crescente multiplicidade dos papéis de gênero.”

Cabe lembrar que as ambivalências que esses constructos acarretaram ao próprio homem e ao seu processo de identidade e subjetividade masculina, simultaneamente o convenceram de seu poder e onipotência. As inúmeras mudanças sociais e culturais terminaram por torná-lo “frágil”, vulnerável e refém de si mesmo, marcado por enormes conflitos entre os mundos interno e externo.

Nesses momentos, a própria identidade masculina é vivenciada como vulnerável por estar associada a sentimentos de medo, confusão, vergonha, frustração, impotência, insatisfação, e ciúme. A “negação” desses sentimentos, que demonstram a fragilidade masculina, favorece a acumulação de estados afetivos que, por não serem expressos, podem culminar em explosões de violência, caracterizando-se, desta forma, como um dos fatores a violência de gênero. (ACOSTA *et al.*, 2004, p. 14).

Diante desses contextos recentes, percebe-se um “desconforto” no universo masculino hegemônico, nas demonstrações de força, agressão e violência oriundas da necessidade de abrir mão das “conveniências” machistas ao terem que lidar com a frustração e a falta de poder: “As masculinidades hegemônicas tendem a envolver padrões específicos de divisão interna e conflito emocional, precisamente por sua associação com o poder generificado” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 271) – o que se reflete em um esforço extraordinário para manter esses constructos sexistas. Tais constructos foram introjetados de tal forma no universo masculino, que acabam sendo exercidos até mesmo dentro da própria comunidade homossexual, reproduzindo uma assimetria nas relações como sinônimo de poder e subclassificando comportamentos com o intuito de devalorizar e desqualificar o outro, reafirmando, assim, as masculinidades instituídas.

Esta realidade mostra a tal extremo a cultura dominante que o passivo, da mesma forma que a mulher na sociedade, passa a ter menor posição cultural e social que o ativo. Frases como “esse é passivo” são repetidas com menosprezo constantemente no interior da comunidade gay. E o passivo, que passa a denominar-se *a passiva*, é visto como menos homem, como mais *gay*. O ativo, em contrapartida, é o desejado e o valorizado, pois é visto como o que mais se aproxima ao rol de um “verdadeiro homem”. Ele não é efeminado, de fato, fala em voz alta e assume que o passivo é de sua propriedade. (JIMÉNEZ, 1998, p. 204).

Chama-nos atenção a vinculação do comportamento subserviente com a figura feminina – o destino natural de sofrimento e submissão feminina, histórico e secular, evidente até há poucos anos atrás, e que ainda se mantém em determinadas culturas e continua presente em um grande número de relacionamentos; e com a “identificação emocional” da figura objetual feminina, que continua habitando muitas das contradições, fragilidades e ambivalências emocionais contidas nesses comportamentos.

Assim sendo, a idealização de masculinidades, a supervalorização e a “supremacia do gênero masculino” ocultam os sofrimentos psíquicos individuais, visto que “tudo aquilo que é

associado à feminilidade, como as emoções individuais, é desvalorizado nas formas de pensamento dominantes; assim, o gênero age como um meio de contenção de certas formas de pensamento, de ação e de discurso, mostrando que as construções das identidades estratégicas têm o poder de inibir o que pode ser dito e pensado” (VIEIRA DE JESUS, 2012, p. 193). O mesmo ocorre no âmbito social, devido ao fato de que “diferentes significados de masculinidade podem ser mobilizados a fim de perpetuar a exclusão e reforçar dicotomias, em especial feminilizando a diferença a fim de depreciá-la e de reforçar a coesão e a integridade da identidade de determinado ator ou grupo” (p. 194).

A reprodução ou crença nesses “desígnios” pode potencializar imensas ambivalências. Aqueles que as reproduzissem, compactuando com as rígidas demandas presentes nas masculinidades hegemônicas, sentir-se-iam amparados e integrados ao sistema; aqueles que se opusessem, recusando reproduzi-las, estariam “negando” uma construção social validada e legitimada, e seriam forçados a se submeter a elas a fim de obter o seu amparo. Conclui-se, portanto, que quaisquer que sejam as situações, as intensas pressões dessas forças contrárias – internas e externas – podem acarretar sofrimentos emocionais devido às ambivalências existentes: “[...] uma potencial contradição interna, dentre todas as práticas que constroem as masculinidades” (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 271).

No que tange às relações de HSH, independente dos posicionamentos dos envolvidos – dominância ou subserviência –, elas também seriam responsáveis por enormes ambivalências e sofrimentos. Por se tratar de relações de HSH, já não seriam aprovadas pelas masculinidades hegemônicas, por mais que os sujeitos tentassem reproduzi-las no esforço de se integrarem ao universo hegemônico; ainda assim, eles se perceberiam excluídos e “desamparados” pela “negação” de sua “condição de macho”. Em contrapartida, os que deliberadamente se submetessem, ao perceberem estar sendo atraídos pelos que relutam em reproduzir essas relações, tentariam usar do seu poder para dominá-los e controlá-los. Nesse prisma, não estariam ambos igualmente “cativos”, perpetuando relações de poder e submissão? Se as masculinidades subalternas são apontadas pelos dominantes como o “fracasso” do gênero masculino, hierarquicamente desvalorizados, “merecendo” ser punidos e subjugados por terem “se resignado” ao que era esperado pelos determinantes sexistas, por que então são procurados e atraídos pelos representantes das masculinidades dominantes? Por que a subserviência potencializa o desejo dos dominadores, da mesma forma que a violência age sobre o dominado? Assim sendo, por trás das aparentes assimetrias na forma como essas relações se estabelecem, existem enormes complexidades envolvidas, dinâmicas psíquicas

ambivalentes que de alguma forma se complementam, configurando-se ao mesmo tempo por dominações, subjugos e subserviências.

Concluindo, são muitos os fatores implicados nos comportamentos das masculinidades dominantes versus as subservientes de HSH que, se não compreendidos amplamente, poderiam “seduzir-nos” a fazer interpretações unilaterais, imediatistas e equivocadas, sem a devida atenção às “cumplicidades” psíquicas envolvidas.

#### 4.3 A AIDS E SUAS IMPLICAÇÕES ÀS SEXUALIDADES NÃO HEGEMÔNICAS

A descoberta da *aids* no início de 1980 foi marcada pelo pânico, histerias coletivas, perseguição e censura a comportamentos. Após o advento dessa doença infecciosa, agravada pelo seu meio principal de transmissão, o intercuro sexual, o mundo nunca mais foi o mesmo. Os resquícios sexistas presentes na cultura, caracterizados pela imperatividade hegemônica de padrões sociais e pelo controle da sexualidade e do comportamento, emergiram instantaneamente, produzindo representações sociais das mais estigmatizantes e discriminatórias e que ainda hoje sobrevivem.

No Brasil, onde se iniciava um processo de redemocratização, marcado por décadas de ditadura militar, as notícias sobre a *aids* serviram de munição para a retomada da arbitrariedade e controle moral por parte das autoridades (PARKER; DANIEL, 1991). Com isso, todas as conquistas sociais obtidas com muita luta por meio dos movimentos sociais da época – como o da contracultura e o das feministas, que lutavam pelo direito ao sexo não vinculado à reprodução e por uma sociedade igualitária – retrocederam, dando lugar a repressão e julgamentos à sexualidade e ao modo de vida dos indivíduos.

Como inicialmente os primeiros registros da doença foram em sua maioria detectados em trabalhadores do sexo, adictos e principalmente em homossexuais – fato explorado incansavelmente pelo sensacionalismo da mídia –, a *aids* passou a ser associada a sexualidade, promiscuidade e comportamentos marginalizados. Diante desse panorama a homofobia se alastrou, simultaneamente ao recrudescimento do medo da violência física e psicológica por parte dos HSH. A *aids* gerou um pânico comparado às pestes medievais, cuja segregação aos infectados era somente uma questão de tempo, até que a doença começasse a se manifestar. A consequência emocional sobre os HSH foi – e ainda é – uma constante vigilância quanto a ter sua sexualidade descoberta, e a partir daí passar a ser discriminado.

No entanto, conforme relata Nunan (2003), mesmo que as estatísticas demonstrem que a *aids* não é uma “doença do homossexual”, ela continua a afetar emocionalmente a identidade desse grupo, principalmente por constituir-se em ameaça à exposição da própria

homossexualidade e por sujeitar seus membros ao medo da infecção – e potencial doença/morte – a cada nova relação; além de terem que lidar com a crença, comum entre heterossexuais, de que todo homossexual é HIV positivo. “Devemos entender o estigma e a discriminação como processos sociais, pois estão no cerne da produção e reprodução das relações de poder e controle dos sistemas sociais” (KAHHALE *et al.*, 2010, p. 87).

Em vista disso, a discriminação e o isolamento levam o indivíduo estigmatizado a recusar ou evitar brechas de intimidade, esquivando-se assim do constrangimento em divulgar sua condição de infectado. “Como resultado da estigmatização as pessoas fazem uma trajetória silenciosa e solitária, muitas vezes escondendo as informações a respeito de suas condições de saúde, para evitar a discriminação social, porém rumando para o isolamento social” (KAHHALE *et al.*, 2010, p. 110).

Conseqüentemente, ao manter relações distantes e sem vínculos, o indivíduo acredita ter maior domínio de conteúdos que não está disposto a dividir. Para melhor compreensão do *fenômeno do encobrimento*, Goffman (2008, p. 98-9) lembrou que sempre foram levantadas questões referentes ao estado psíquico da pessoa que se encobre:

Primeiramente, supõe-se que ela deva pagar um alto preço psicológico, em nível de ansiedade bastante elevado, por uma vida sujeita a entrar em colapso a qualquer momento; em segundo lugar, pela suposição de que a pessoa que se encobre sentir-se-á dividida entre duas lealdades; e em terceiro lugar, a pessoa que se encobre deverá estar atenta a aspectos da situação social que outras pessoas tratam como não computados ou inesperados.

Nestas evidências de estigmatização da homossexualidade associada ao HIV/Aids, a questão maior não é a potencialização do estigma envolvido, pois por si só a atribuição – em ambos os casos – já é significativa; o ponto crucial prende-se à dimensão de despontualização desse indivíduo, isto é, ao quanto ele se torna desacreditado e excluído.

São inegáveis os esforços para reverter esse processo, devido à intensa luta dos movimentos sociais e às conquistas pautadas em diretrizes das Políticas Públicas, que defendem o direito e a cidadania a todo ser humano, bem como a consciência de que, diferentemente do que se propagava desde o início da epidemia, todos nós estamos vulneráveis à infecção pelo HIV; ela não escolhe nacionalidade, cor e idade, tampouco orientação sexual.

Ainda assim, apesar dos esforços, são intensas as representações e manifestações de estigma. Nesta terceira fase da *aids* assistimos a um relaxamento de campanhas, e a um “silêncio” que preocupa. E as conseqüências começam a aparecer através do aumento de

(re)infecções, das crenças equivocadas quanto à infecção, e de uma cronicidade emudecida meio a imensas turbulências.

Em seguida discorreremos sobre as consequências desse silêncio que “camufla” a realidade dos fatos, confirmadas pelo aumento de atos de homofobia e da “indiferença” dos “dispositivos de poder”, que potencializam mensagens ambivalentes e fazem com que as PVHIV se escondam, neguem e omitam sua condição.

#### 4.3.1 Homofobia

Neste tópico trataremos da homofobia, do contexto em que ocorre e de suas consequências ao indivíduo e à sociedade, configurando-se como uma das principais “vulnerabilidades” dos HSH HIV<sup>+</sup>. Segundo a ONU (2009)<sup>60</sup>, a homofobia ameaça o combate à *aids*.

Segundo estudos, a prevalência do vírus HIV entre homens homossexuais é 20 vezes superior a média e, apesar disto, este grupo tem limitado seu acesso à informação e aos serviços de saúde devido à discriminação, à violência e à marginalização. [...] A agência da ONU advertiu que o aumento do risco da transmissão do HIV não está limitado a uma minoria sexual, já que um estudo mostra que a maioria dos homens homossexuais também se relaciona com mulheres.

Nesse sentido, é preocupante a rejeição e a intolerância homofóbica em relação àqueles que não correspondem aos preceitos heteronormativos, colocando o Brasil na possível posição de líder internacional em crimes homofóbicos (VENTURI, 2010). “A cada 36 horas, um homossexual é morto no Brasil. Nos últimos cinco anos, houve aumento de 113% no número de assassinatos de homossexuais. Apenas nos três primeiros meses de 2011 foram 65 assassinatos. O estudo também aponta que o Brasil lidera o ranking mundial de assassinatos de homossexuais” (AGÊNCIA BRASIL, 2011)<sup>61</sup>. Segundo dados atualizados, “o relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB) de 2013-2014 mostrou como a intolerância a homossexuais mata. Mais especificamente, um gay é morto a cada 28 horas no país. Foram documentados 312 assassinatos de gays, travestis e lésbicas no Brasil em 2013. O Brasil continua sendo o campeão mundial de crimes homo-transfóbicos: segundo agências internacionais, 40% dos assassinatos de transexuais e travestis no ano passado foram cometidos aqui.”<sup>62</sup>, com perseguições, espancamentos e outros crimes de ódio, por intolerância homossexual em pleno

<sup>60</sup> ONU: homofobia ameaça combate à Aids. 2009. Disponível em: <<http://pt.kioskea.net/news/11023-onu-homofobia-ameaca-combate-a-aids>>. Acesso em: 16 fev. 2014.

<sup>61</sup> Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-04-04/cada-36-horas-um-homossexual-e-morto-no-brasil>>. Acesso em: 30 set. 2013.

<sup>62</sup> **Homofobia no Brasil:** estatística de guerra. <<http://homofobiamata.wordpress.com/estatisticas/relatorios/>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

ano de 2015<sup>63</sup>. De acordo com o Relatório Sobre Violência Homofóbica no Brasil, publicado pela coordenação de Promoção dos Direitos LGBT, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República<sup>64</sup>:

[...] em 2012 foram registradas 3.084 denúncias de 9.982 violações relacionadas à população LGBT, envolvendo 4.851 vítimas – a maioria delas com idade entre 15 e 29 anos – e 4.784 suspeitos. Um aumento de 166,09% de denúncias e de 46,6% de violações em relação a 2011, quando foram notificadas 1.159 denúncias de 6.809 violações de direitos humanos contra LGBTs, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos. Em média, foram reportadas 27,34 violações de direitos humanos de caráter homofóbico contra 13,29 vítimas por dia.

Ainda não existem leis específicas que condenem crimes de homofobia, o que faz com que a questão se estenda para muito além do tratamento desigual e injusto. Devido às suas características de atuação, bastante semelhantes às da xenofobia, do racismo e do antissemitismo, a homofobia pode ser uma forma arbitrária utilizada para “despotencializar” o outro, fazendo com que este se considere “inferior” e “anormal” (BORRILLO, 2001). Mott & Cerqueira (2001) acrescentaram que a homofobia pode ser percebida como um ódio explícito, constante e generalizado, expresso por ofensivas verbais e físicas, cujas práticas são marcadas pelo exagero no número de golpes e pela utilização de diversos instrumentos de tortura previamente à execução, configurando-se como crimes de ódio, assassinatos bárbaro, praticados com arma de fogo, armas brancas – faca, foice, machado –, espancamento e enforcamento, degolamento e tortura.

Na opinião de Miskolci (2012), há um “terrorismo cultural” que busca impor coletivamente o heterossexismo – que pressupõe que todos são ou deveriam ser heterossexuais –, cuja marca de imposição inclui a violência e o medo. Frente às ameaças constantes de violência e retaliações ao desejo e à sexualidade, além de nos induzir a adotar comportamentos heterossexuais, essa imposição legitima a violência homofóbica. “A recusa violenta de formas de expressão de gênero ou sexualidade em desacordo com o padrão é antecedida e até apoiada por um processo educativo heterossexista, ou seja, por um currículo oculto comprometido com a imposição da heterossexualidade compulsória” (p. 34).

Outro fator de grande influência em favor da intolerância com as diversas expressões e manifestações da sexualidade na realidade brasileira pode ser visto em alguns discursos religiosos, tal como observado na pesquisa, que demonstra a anuência de 92% da opinião

---

<sup>63</sup> GAMA, Aliny. Homossexuais são perseguidos e apedrejados no interior do CE. Do UOL, em Maceió. 10/02/2015. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2015/02/10/homossexuais-sao-perseguidos-e-apedrejados-em-cidade-do-interior-do-ce.htm>>.

<sup>64</sup> DIP, Andrea. **Esperança perdida**. Disponível em: <<http://eleicoes.uol.com.br/2014/noticias/2014/09/26/esperanca-perdida.htm>>. Da Agência Pública, 26 set. 2014.

pública nesses termos: “Deus fez o homem e a mulher com sexos diferentes para que cumpram seu papel e tenham filhos”<sup>65</sup>. De acordo com levantamento do antropólogo Mott (2006)<sup>66</sup>, o moralismo homofóbico pode potencializar ainda mais a discriminação:

[ano] 2001: O Canal 24 (CNT-SKY) exibiu o pastor Silas Malafaia, usando gírias e trejeitos pouco apropriados a um religioso, o qual declarou: “Homossexual é uma aberração. Deus fez somente o macho e a fêmea e já foi comprovado pela ciência que ninguém nasce homossexual. Eu como psicólogo sei que é a ausência paterna que propicia esse desvio. Nós evangélicos, temos que nos unir contra esse desvio da natureza... Abram os olhos senhores deputados evangélicos!”. (MOTT, 2006)

[ano] 2002: Padre Jorge Cunial, Superior de Seminário Arquidiocesano de São Paulo: “Em nosso seminário, pessoas homossexuais não entram”. (MOTT, 2006)

Quando acontece esse contexto de rejeição e de discriminação homofóbicos, muito característico de uma sociedade sexista, isto pode acarretar graves implicações aos envolvidos; por isso, necessita ser urgentemente debatido em todas as instâncias, pois em algumas situações pode ter o seu início no seio da própria família:

[...] tem sua origem na falta de apoio dentro do próprio lar: enquanto crianças e adolescentes negros, judeus, deficientes físicos, são ensinados por seus pais e familiares, a como enfrentar o preconceito e a hostilidade da sociedade global, desenvolvendo seu orgulho étnico ou racial e sua autoestima, para os jovens homossexuais ocorre exatamente o contrário: é dentro de casa e por parte dos parentes mais próximos que primeiro, e de forma mais cruel, se manifesta a crueldade da discriminação. (MOTT; CERQUEIRA, 2001, p. 3).

Como uma ação unificada, a agressão homofóbica prossegue no espaço que deveria ser a extensão do lar da criança – a escola –, reproduzindo a violência de forma legitimada. Esta junção de forças heteronormativas contribui para um sofrimento psíquico iniciado em uma fase na qual – supostamente – a criança e o adolescente deveriam ser amparados e acolhidos. “E, de fato, as pesquisas mostram a violência brutal dos pais que descobrem que seus filhos são gays, lésbicas ou transexuais ou travestis. [...] Mas a família não está só na tarefa de preservação do “costume heterossexual”, tem como aliada outra instituição poderosa: a escola” (BENTO, 2011).

Essa “união” entre os mecanismos de controle que se estende para além da família e da escola, incluindo instituições como Igreja e Estado, entre outras, cria uma hegemonia cujos valores principais estão em ser heterossexual e produtivo. Dessa forma, a cultura

<sup>65</sup> Dados da pesquisa de Miskolci apontam: a concordância de 92% da opinião pública (sendo 84% *totalmente*) com a frase epígrafe, “Deus fez o homem e a mulher com sexos diferentes para que cumpram seu papel e tenham filhos”, contra apenas 5% que discordam; e de 66% (58% *totalmente*) com a frase “homossexualidade é um pecado contra as leis de Deus”, contra 22% que discordam (só 17% *totalmente*) – revelam o tamanho da colaboração religiosa para a intolerância com a diversidade sexual.

<sup>66</sup> MOTT, L.: blog destinado a divulgar artigos e bibliografia sobre Homossexualidade, Direitos Humanos, Inquisição, Etno-História da Sexualidade no Brasil Colonial, História de Sergipe e Piauí. 2006. Disponível em: <<http://luizmott.blogspot.com.br/>>. Bibliografia básica sobre homossexualidade e bibliografia de Luiz Mott sobre o tema.

heterossexista se consolida, enquadrando, excluindo, punindo e discriminando todo comportamento que não corresponda aos seus rígidos preceitos normativos. Na opinião de Goffman (2008), trata-se de uma ideologia poderosa e excludente, com sérias implicações ao indivíduo e à sociedade.

Enquanto o estranho está a nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente dos outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. O estigma pode ser percebido pelas deformidades físicas; pelas culpas de caráter individual percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade; sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. (p. 12-3).

O controle e a opressão à sexualidade, estabelecidos pela cultura hegemônica por meio dos mecanismos de poder, fortalece-se cada vez mais pela normatividade sexista. “Assim, a lei repressiva efetivamente produz a heterossexualidade, e atua como um código meramente negativo e excludente, mas como uma sanção e, mais apropriadamente, uma lei do discurso, distinguindo o que é dizível, do que não é dizível (delimitando e construindo o campo do dizível), o que é legítimo do que é ilegítimo” (BUTLER, 2012, p. 101). A austeridade dos parâmetros estabelecidos pela heteronormatividade legitima atos de violência, discriminação, hierarquização e exclusão; conseqüentemente, estimula o xenofobismo, o racismo e a homofobia, tornando cada vez mais difícil conviver com as diferenças. Esse “modelo” hegemônico é reforçado e validado histórica, social e culturalmente.

[...] a heteronormatividade é um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle, até mesmo aqueles que não se relacionam com pessoas do sexo oposto. Assim, ela não se refere apenas aos sujeitos legítimos e normalizados, mas é uma denominação contemporânea para o dispositivo histórico da sexualidade que evidencia seu objetivo: formar todos para serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e “natural” da heterossexualidade. (MISKOLCI, 2009, 156-7).

Qual seria, então, a solução para as múltiplas implicações da homofobia? O que poderia ser feito pelos indivíduos que são duplamente vítimas-alvo, os HSH HIV<sup>+</sup>? Sem empenho político e social, muito pouco. Entretanto, como profissionais da saúde, poderíamos possibilitar um trabalho direcionado aos HSH HIV<sup>+</sup> que promovesse a reflexão e o entendimento aprofundado dessas questões, e simultaneamente os ajudasse a construir um repertório defensivo que os capacitasse ao enfrentamento e diminuísse o sofrimento a que estão rotineiramente expostos. Nesse trabalho, os contextos da prevenção corresponderiam a um dos espaços, conforme tópico a seguir.

#### 4.4 OS CONTEXTOS DA PREVENÇÃO

Finalizando a parte teórica deste estudo, refletiremos sobre algumas questões que envolvem o trabalho da prevenção, seja no âmbito individual ou no da coletividade, seja no campo da assistência ou no das campanhas. Este é o principal instrumento de combate e enfrentamento da epidemia da *aids* e suas implicações, cuja funcionalidade está na reflexão aprofundada e no desenvolvimento da percepção dos envolvidos quanto às questões relativas às vulnerabilidades enfrentadas pelos HSH HIV<sup>+</sup>.

Após termos atravessado as primeiras etapas da *aids*, caracterizada pela luta da (sobre)vida, tendo hoje alcançado a cronicidade da infecção, poderíamos utilizar esta conjuntura que nos favorece para um trabalho de conscientização e apreensão dos elementos principais de valorização à vida para avançar em ações educacionais sobre sexualidade e direitos humanos – sem nos deixar levar, contudo, pela morosidade e conformismo.

Aqui cabe questionar: Por que não conseguimos implementar diretrizes mais agressivas de combate à violência e à discriminação de HSH HIV<sup>+</sup>?

Na visão de Padilha (2012)<sup>67</sup>, são muitos os desafios em relação à epidemia da *aids* no Brasil, tornando imprescindível a luta contra as violações de direitos humanos da população LGBT, contra a violência e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero – corroborada pelos alarmantes e crescentes índices de crimes homofóbicos. Em seu discurso, o Ministro relatou que o “desafio de fazer a prevenção é um chamado para os diferentes sentidos, diferentes escolhas e diversas estratégias, visando a traduzi-los em ações governamentais efetivas, com a participação direta da sociedade civil articulada em rede”.

Dentro da conjuntura atual da epidemia, Schiavo (2013) lembrou os avanços e ganhos positivos deixados como legado da *aids* e que têm feito grande diferença no trabalho de prevenção: (a) *a função educacional do HIV*: adoção de medidas preventivas, auto e heteroprotetivas em diversas áreas tais como: medicina, odontologia, salões de manicure; trabalhadores de equipes socorristas de trânsito, bombeiros, entre outros; (b) *a evolução da filosofia preventiva*: papel de liderança, campanhas preventivas, políticas públicas, prevenção aos trabalhadores e autocuidados; (c) *as novas estratégias e tecnologias de prevenção*: novidades e informações em sites usados para campanhas de prevenção; e (d) *as pesquisas* que apontaram para a necessidade do uso do preservativo.

---

<sup>67</sup> Discurso de abertura de Alexandre Padilha, Ministro da Saúde, no IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, o II Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, o VI Fórum Latino-americano e do Caribe em HIV/Aids e DST e o V Fórum Comunitário Latino-americano e do Caribe em HIV/Aids e DST. 2012.

Por outro lado, segundo Pinheiro (2014)<sup>68</sup>, “o Brasil há muito deixou de ser referência mundial no enfrentamento da Aids, e a epidemia saiu da zona de prioridades”. Para ele, “as organizações da sociedade civil não se surpreenderam com a recente divulgação feita pela OMS (Organização Mundial de Saúde) sobre o aumento de casos de HIV em nosso país, enquanto no resto do mundo há decréscimo”. Acrescenta, ainda, que atualmente assistimos “à proposta de ampliação da distribuição imediata de medicamentos a todos os que tiverem diagnóstico positivo e, mais recentemente, embarcando numa incrível onda mundial, o uso de remédios independente do quadro clínico do paciente”. Tudo isso sem que se leve em consideração que “os estudos e as discussões de novas tecnologias de prevenção pararam no tempo, faltando criatividade e capacidade de diálogo para se conhecer as realidades dos grupos vulneráveis e, a partir daí, se traçar ações estratégicas”.

Os efeitos colaterais, as mudanças de qualidade de vida, os reflexos sociais e o possível afrouxamento do uso de tecnologias conhecidas de prevenção não foram levados em consideração. Resumindo, a política de governo cabe em duas frases: "descubra logo" e "não transmita pra ninguém", criminalizando grupos e gerando mais estigmas em algumas populações. (PINHEIRO, 2014)

Contudo, quais as implicações – positivas e negativas – deste processo na percepção do indivíduo? Tendo em vista que a justificativa fundamental do desenvolvimento desse processo deva estar centrada na importância de nos aproximarmos dos indivíduos, o que aconteceria se perdêssemos esta conexão essencial? Haveria o “relaxamento” das campanhas, na crença de que o indivíduo já teria informações suficientes para se prevenir contra a infecção? Ou teríamos “perdido” a dimensão do sofrimento psíquico das PVHIV, convencendo-nos que as atuais ações são suficientes diante das conquistas já alcançadas? Estariam as abordagens em prevenção conseguindo dar conta dos fenômenos de omissão e recusa do uso do preservativo pelos HSH HIV<sup>+</sup>?

A acepção da terminologia “prevenção” no contexto de saúde adquire uma complexidade muito mais ampla que sua etimologia, que visa, entre outras coisas, o “ato ou efeito de prevenir, impedir que se execute ou que aconteça; evitar, informar com antecedência; precaver-se, e preparar-se”<sup>69</sup>. Didaticamente, instituímos subdivisões e níveis de prevenção; porém, delimitar o patamar em que cada nível se inicia e finaliza corresponde a uma tarefa bastante complexa, até porque, independentemente do nível em que um

<sup>68</sup> Rodrigo Pinheiro, Presidente do Fórum das ONGs/AIDS do Estado de São Paulo – Foaesp, sobre o combate à Aids feito pelo governo): “Parado no tempo, Brasil deixou de ser referência mundial no combate à Aids”. UOL Notícias. 12/08/2014 Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/opiniaocoluna/2014/08/12/brasil-deixou-de-ser-referencia-mundial-no-combate-a-aids.htm>>.

<sup>69</sup> Prevenção/Prevenir: **Dicionário on line**. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br>>. Acesso em 12 fev. 2013.

profissional de saúde esteja trabalhando, ele circulará – simultânea e obrigatoriamente – por todos os demais níveis. Na visão de Meireles (2008), pode-se reconhecer os níveis de prevenção:

(a) *primordial*: que tem como objetivo evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença. Ao prevenir padrões de vida social, econômica ou cultural que se sabe estar ligados a um elevado risco de doença, promove-se a saúde e o bem-estar e diminui-se a probabilidade de ocorrência de doença no futuro. (b) *primária*, que objetiva evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença, priorizando a diminuição da incidência da doença pelo controle de fatores de risco ou causas associada; (c) *secundária*, que tem como finalidade a detecção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos, com ações imediatas visando o rápido restabelecimento da saúde ou, o condicionamento favorável da evolução da situação, com cura e/ou redução de suas possíveis conseqüências. (d) *terciária*, que tem como objetivos restringir a progressão e evitar ou atenuar as conseqüências ou complicações da doença, promover a adaptação às conseqüências inevitáveis (situações incuráveis), e ajudar prevenir suas recorrências controlando-a e estabilizando-a; (e) *quaternária*, recentemente introduzida e sem consenso quanto ao seu uso, ela aponta para um conjunto de evidências e contextos de países mais desenvolvidos no que diz respeito a maior sobrevivência da população, dirigindo sua atenção para o aumento de doenças a ela associadas e a necessidade de cuidados continuados e paliativos.

Entendemos ser inevitável que, na operacionalização do trabalho de prevenção com esse mesmo indivíduo, percorramos todos os níveis. Um exemplo disso é o trabalho com as PVHIV: na expectativa de evitar as DSTs, direcionamo-nos ao nível da prevenção primária, já que o trabalho não está sendo especificamente relacionado ao HIV e sim a doenças relacionadas que poderiam agravar seu quadro. Assim, ao ampliarmos suas possibilidades emocionais para viver e conviver com o vírus do HIV na promoção de sua qualidade de vida, estamos trabalhando no nível da prevenção terciária; ao trabalharmos esse mesmo indivíduo na tentativa de desenvolver hábitos de longo prazo em saúde, estamos operando no nível de prevenção primordial e primária no que se refere ao desenvolvimento de bons hábitos; e, conseqüentemente, em prevenção quaternária quando tratamos de evitar comorbidades.

Ampliando a atenção específica à prevenção secundária, justificada nesta investigação somente pelo fato de o indivíduo já estar infectado, há uma outra denominação que se fundamenta na incessante busca de novos sentidos e significados, conhecida como *prevenção positiva*. Dentre seus objetivos, ela busca ampliar reflexões e estratégias que visem a proteção da saúde individual e coletiva para evitar a (re)infecção do HIV, além da promoção de outros hábitos saudáveis. Entretanto, este não é um conceito consolidado, sendo objeto de muitas controvérsias entre os gestores, o que dificulta sua inserção nos programas de prevenção em funcionamento.

Para alguns, a *prevenção positiva* se limita apenas a evitar a transmissão do HIV de pessoas soropositivas para outras, principalmente no contexto de casais

sorodiscordantes. Já outros a conceituam como uma estratégia de prevenção para pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), visando à promoção da saúde, à proteção de outras doenças de transmissão sexual (DST), ao retardamento do progresso da doença e à adesão ao tratamento antiretroviral (ARV), à melhoria da qualidade de vida e ao respeito aos direitos humanos das PVHA, incluindo o direito de ter uma vida sexual ativa e saudável. (ABIA, 2009, p. 5).

Afora as polêmicas existentes quanto às diferentes denominações, é fato que nem sempre os resultados dos trabalhos em prevenção são percebidos como funcionais por uma série de razões; entre elas, “a principal adversidade das modalidades de intervenção e de prevenção é a falta de identificação com as mesmas, o que gera um sentimento de apatia e um consequente afastamento dos jovens HSH quanto ao tema do HIV/AIDS. [...] Também não estão se revelando eficazes em sua capacidade de sensibilizar, motivar e gerar identificação nos jovens HSH” (ABIA, 2008, p. 14).

Seria esta realidade gerada pelos aspectos da vulnerabilidade que distanciam PVHIV do trabalho de prevenção? Seria uma “falha” dos profissionais envolvidos que, pela falta de conhecimento aprofundado dos contextos de PVHIV, não conseguiriam estabelecer uma conexão necessária para o trabalho de prevenção?

As questões acima aventadas merecem ampla atenção de todos os envolvidos, pois não se trata de uma questão setORIZADA, e sim do resultado de uma complexa organização e conjuntura individual, social, profissional e institucional. Em cada segmentação, todos teriam “argumentações” suficientes para justificar as possíveis dificuldades encontradas. Neste sentido, Ayres (2003) apontou a necessidade de considerar tais questões como um processo norteado pelas diversas instâncias – individual, social e programática –, o qual pode proporcionar uma compreensão integrada de ações intersetoriais.

Por outro lado, se refletirmos sobre a assistência em prevenção, associada às recomendações relativas ao trabalho do psicólogo com PVHIV<sup>70</sup>, esta seria uma oportunidade de repensar novas estratégias e, a partir daí, adaptar e “construir técnicas terapêuticas” que incluiriam as demandas contextuais focadas na subjetividade do indivíduo, bem como suas particularidades. Desse modo, poderíamos contribuir para que os HSH fossem inseridos em um processo de reflexão que os auxiliasse no enfrentamento de viver com HIV. Nessa mesma direção, segundo Martins (2012, p. 72):

No contexto da atuação do psicólogo, há uma separação de ênfases com as quais se deve preocupar, que são o âmbito da prevenção primária e da assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids propriamente. Isso porque, no âmbito da prevenção,

---

<sup>70</sup> Essas recomendações quanto ao trabalho do psicólogo em assistência às PVHIV a que o autor se refere relacionam-se às proposições constantes da pesquisa do CREPOP (2008).

entende-se que algumas noções de direito a saúde e cidadania devem fazer parte da preocupação do trabalho exercido pelos psicólogos, daí pensar que os profissionais neste eixo de trabalho também assimilariam uma dimensão educativa em suas práticas e todo um conjunto de estratégias que se dirigem neste campo. No entanto, o campo assistencial propriamente deve assimilar as noções que articulam a compreensão entre corpo e a subjetividade somados à dimensão histórica e cultural.

Esta questão foi amplamente discutida pelo CREPOP (2008) e referenciada nas técnicas para a prática do psicólogo nos programas de DST/Aids, contribuindo significativamente para romper com uma visão ideológica de saúde e doença – cuja responsabilidade seria única e exclusiva do indivíduo –, com uma intervenção vinculada aos processos históricos e sociais.

A perspectiva da integralidade da saúde coloca, para a formação e a atuação prática do(a)s profissionais, o desafio de não dicotomizar a atenção individual da coletiva, a qualidade de vida (biologia) com o andar da vida (produção subjetiva), a atenção à saúde igualitária e com a equidade dos trabalhos educativos junto à população. Para isso, é necessário efetivar o trabalho em equipe multi e interdisciplinar desde o processo de formação profissional e estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção da saúde, tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo. (CREPOP, 2008, p. 30).

Entretanto, no que diz respeito ao trabalho dos psicólogos dirigidos aos HSH HIV<sup>+</sup> em prevenção, este demanda uma série de conhecimentos além do referencial metodológico – ou seja, ambos se complementariam. Esse trabalho nos remete a um conjunto de recomendações e referências (CREPOP, 2008) que incluem particularidades específicas do contexto LGBT, entre elas o sofrimento psíquico causado pela falta de compreensão integrada de sexualidades não normativas, que abordam as diversidades sexuais com suas múltiplas orientações sexuais e identidades de gênero, direitos humanos, ética, considerações sobre subjetividade no campo da saúde, entre outros. Essas diretrizes técnicas dividem-se em quatro grandes eixos, e deverão posicionar os profissionais com relação às referências técnicas para a prática do Psicólogo nos Programas de DST/Aids no que concerne a: (1) a dimensão ético-política do atendimento a pessoas com DST/HIV/Aids; (2) a psicologia e o campo de DST/Aids; (3) a atuação dos psicólogos nos programas de DST/Aids; e (4) a gestão e trabalho nos Programas de DST/Aids (CREPOP, 2008, p. 14).

Outra dimensão do trabalho em prevenção que merece ampla atenção seria o aspecto da comunicação de campanhas, bem como o informativo. Em ambos os casos, em algum momento existiria um espaço de “confrontação” entre o objetivo das campanhas e da informação passada e o que foi apreendido pelo indivíduo. Esta seria, portanto, uma oportunidade de, além de avaliarmos se o objetivo está sendo efetivamente apreendido pelo

indivíduo, nos apropriarmos dos contextos de como vivem as PVHIV para futuras estratégias e ações.

No seu início, as campanhas eram estruturadas e abalizadas com mensagens subliminares e por vezes até factuais, que provocavam pavor, medo e pânico no imaginário individual e coletivo, pois eram vinculadas a “sexualidade e morte”, “punição” ou “castigo”. Não demorou muito para percebermos as consequências danosas da “antiprevenção” e dos “desastres” que culminaram em preconceito, discriminação e estigmas, bem como no “desfavor” à informação, à educação, à sexualidade e à privacidade das pessoas. Segundo Ayres (2003, p. 14), “[...] dessa forma, o efeito preventivo foi extremamente limitado”. Esse enfoque “equivocado” surtiu efeito contrário, cujas consequências colaboraram ainda mais para a fragmentação do indivíduo e da sociedade.

Essa situação vem demonstrar que comunicações generalistas e os discursos massificantes e saturados, relativos à necessidade em se usar o preservativo, não sensibilizam ou mobilizam em maior grau os comportamentos e hábitos seguros, protetores e funcionais – a não ser que estejam contidos e muito bem fundamentados no conhecimento dos contextos de cada população das PVHIV, bem como no entendimento aprofundado da dinâmica psíquica dos envolvidos. As pessoas são diferentes, as realidades também; em consequência, o conteúdo de uma mesma informação não poderia servir a todos os indivíduos.

Lefevre (1999) problematizou esta questão chamando atenção para o que se quer dizer quando se afirma “eu tenho informação”, se compararmos esta assertiva aos elevados índices de (re)infecção. Não estaria tal afirmação pretensiosamente sendo orientada por uma lógica sanitário-epidemiológica e por um discurso subliminar intimista?

Não se costuma parar para pensar no quanto de arrogância sanitária ou epidemiológica que tais afirmações e conclusões carregam: para essas cabeças emissoras o mundo saudável é e só pode ser aquele dirigido por e/ou integralmente submisso à lógica sanitária ou epidemiológica do: se não me obedecer, morre. (LEFEVRE, 1999)

Se nos orientarmos pelo pressuposto de que, a partir do momento em que é dada a informação ao indivíduo – mesmo sem considerar sua singularidade –, ele a apreenda da forma como gostaríamos que o fizesse, estaremos passíveis de retrocesso e incidência em “desastres” de julgamentos moralistas e reacionários que, conforme já comprovado, de nada contribuiriam para a funcionalidade desse processo; ao contrário, poderiam acarretar terríveis consequências. Nesse sentido, Paulo Freire (1970) nos deixou grande colaboração ao afirmar que a maior preocupação não deveria estar na transmissão de conhecimentos e no “depósito” de informações, estimulando o “segredo” e o silêncio comuns no campo da sexualidade; e sim

no que fazemos para que os indivíduos os apreendam em profundidade a fim de que possam ter influência em seus comportamentos. Corroborando este posicionamento, Vera *et al.* (2012, p. 24) acrescentaram:

[...] é o conhecimento construído pelos participantes, o que pode variar de um a outro, e daí falarmos em prevenções, e não em prevenção. O eixo desta produção de conhecimento é a ideia de emancipação, em que cada pessoa percebe sua realidade como um problema, ou um conjunto de problemas, a serem resolvidos ou melhorados.

A questão do uso do preservativo como principal estratégia de prevenção necessitaria de uma atenção mais aprofundada quanto às formas de comunicação e informação. O preservativo não faz parte do histórico de prevenção no contexto brasileiro; conseqüentemente, ainda não foi assimilado pelas diversas gerações.

Associados a essa conjuntura, trabalhamos durante longo tempo na contramão de um processo que desenvolvesse os elementos necessários para a consciência da importância em usar o preservativo, como pode ser observado no desenvolvimento das campanhas e ações de prevenção desde o início da *aids* no Brasil. Em 1987 foi criado o Programa Nacional do Ministério da Saúde, cujos materiais sobre prevenção – folhetos e cartazes – mostravam que a única maneira de não se infectar seria *diminuir os parceiros e usar o preservativo* (OLIVEIRA, 2012). Naquele momento, em que a infecção estava centrada na “responsabilidade individual”, crescia o registro de novos casos; a cultura do preservativo pouco progredia, não havendo estimulação e/ou desenvolvimento de reflexão e debate social no sentido de conscientizar a população quanto à importância do seu uso. Na época, para conter epidemiologicamente o avanço da epidemia, a estratégia escolhida foi a de estimular a *cultura do medo*, fomentando o pavor de forma a evitar relações sexuais. Desse modo, as representações sociais do preservativo que permaneceram no imaginário das pessoas estão associadas à traição, insegurança em magoar o parceiro(a), vergonha, medo e infidelidade.

[...] há toda uma simbologia construída em torno da camisinha, no contexto da *aids*, que ilustra os significados da nossa cultura atribuídos à sexualidade. Antes de tudo, a camisinha significa vergonha, pois é confessar aos outros, os adultos sobretudo, que se é sexualmente ativo, numa sociedade onde ainda é grande o tabu em torno da sexualidade. Ela gera também desconfiança, constrangimento e medo de desagradar o parceiro. (JEOLÁS, 1999)

Essa realidade começou a sofrer pequenas mudanças em meados de 1990, mais de uma década após o surgimento da doença. Com a pressão dos movimentos sociais – importantíssimos para a evolução desse processo – passou-se a lidar com a epidemia levando em consideração as questões relativas a gênero, orientação sexual e vulnerabilidade dos indivíduos, combatendo assim o estigma e discriminação. Abriu-se então um espaço para a

reflexão sobre o uso do preservativo, ressaltando a relevância da mudança de hábitos e recomendando-se aos profissionais de saúde informar, esclarecer e demonstrar o seu uso (BRASIL, 1993).

Finalmente, em 1994 iniciou-se um esforço nacional no sentido de ampliar o acesso ao preservativo e sua distribuição maciça e sistemática nos serviços de saúde, determinado pela Secretaria de Vigilância Sanitária. A distribuição obrigatória do preservativo passou a ser feita em locais de fácil acesso: hotéis, saunas e casas de massagem. Por volta de 1997, as campanhas visavam a orientação do sexo seguro e tinham a preocupação do uso correto, consistente e sistemático do preservativo (OLIVEIRA, 2012). Atualmente, nesta fase atual da epidemia, estão sendo feitas articulações de alta relevância, conforme relatou a autora (2012, p. 32): “[...] citando outras questões relacionadas com o contexto das pessoas vivendo com HIV/Aids, aspectos da qualidade de vida, a vivência da sexualidade, seus medos, o estigma, dificuldades em usar o preservativo”.

Muito já se avançou em relação às campanhas anteriores; contudo, para que sua funcionalidade aconteça conforme o esperado, serão necessárias atenção contínua e aprofundamento no conhecimento dos contextos das PVHIV.

Para tanto, este estudo pretende articular as múltiplas questões envolvidas nos fatores que poderiam levar os HSH a omitir e a recusar o uso do preservativo, por entendermos que, no equacionamento de futuras ações, é fundamental considerarmos os aspectos psicodinâmicos – contextos emocionais, fatores desencadeantes e facilitadores, bem como comportamentos impulsivos e compulsivos –, associados a aspectos psicossociais – resistências e dificuldades na revelação do diagnóstico e negociação do uso do preservativo, e as diversas questões associadas ao estigma e discriminação. Tudo isso cerceado pelo aprofundamento no conhecimento dos contextos afetivos, sexuais e sociais específicos de HSH.

Em vista disso, serão descritos a seguir os caminhos éticos e metodológicos para a realização desta pesquisa. Esperamos ainda colaborar para as futuras ações em prevenção, tratamento e acolhimento dos diversos comportamentos envolvidos no contexto do HIV/Aids.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa tem como *objetivo principal* identificar e compreender fatores envolvidos nos seguintes comportamentos de omissões circunstanciais e recusa do uso do preservativo em HSH vivendo com HIV:

- 1) O comportamento de omissão do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> com parcerias circunstanciais
- 2) O comportamento de recusa do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> com a parceria estável.

### 5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1) Compreender o comportamento de *recusa intencional e deliberada* do uso do preservativo entre HSH.

## 6 MÉTODO

### 6.1 HIPÓTESES

São inúmeras as hipóteses que poderiam levar os indivíduos a justificarem a omissão e recusa do uso do preservativo, conforme explanado no capítulo de introdução (p. 14). Contudo, pela necessidade de um direcionamento do que possa ser observado e analisado no extenso escopo dessas justificativas, optamos por nos ater àquelas abaixo relacionadas. Em cada hipótese referida, serão especificados os instrumentos de investigação correspondentes.

**Hipótese 1:** O comportamento de omissão do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> com parcerias circunstanciais deve-se à impulsividade expressa no comportamento sexual. Esta hipótese será testada com os instrumentos: (1.1) Escala de impulsividade BIS-11; (1.2) estratificações de dados do formulário sociodemográfico e socioeconômico, de hábitos sexuais e do uso do preservativo (amostra total =178 (T) e subamostra =81 (S-2)); e (1.3) as respostas observáveis no relato da história fictício-projetiva do Caso A(subamostra =81(S-2)).

**Hipótese 2:** O comportamento de recusa do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> com sua parceria estável é devido: (a) ao receio de levantar suspeita de relações sexuais extrarrelacionamento; (b) à falta de coragem em revelar o diagnóstico do HIV; (c) à dificuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda de sua parceria; e (d) no caso de Homens que fazem sexo com Homens e Mulheres (HSHM) e/ou têm união estável com mulheres, deve-se também ao temor de que as parceiras descubram suas relações com homens. Esta hipótese será testada com os instrumentos: (2.1) estratificações de dados do formulário sociodemográfico e socioeconômico, de hábitos sexuais e do uso do preservativo (amostra total =178 (T) e subamostra =81 (S-2)); e (2.2) respostas observáveis no relato da história fictício-projetiva do Caso B (subamostra =81 (S-2)).

**Hipótese 3:** O comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> ocorre: (a) devido ao comportamento sexual compulsivo; e (b) pela identificação e prazer com o risco. Esta hipótese será testada pelos instrumentos: (3.1) por meio de Escala de Compulsividade Sexual (ECS); (3.2) estratificações de dados do formulário sociodemográfico e socioeconômico, de hábitos sexuais e do uso do preservativo (amostra total =178 (T) e subamostra =81 (S-2)); e (3.3) respostas observáveis no relato da história fictício-projetiva do Caso C (subamostra =81 (S-2)).

## 6.2 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Método misto. Esta abordagem quali-quantitativa, permite-nos agregar dados para consubstanciar a descrição do fenômeno e enriquecer as particularidades desse estudo, não abrangendo somente um aspecto, mas a presença de múltiplos indicadores; possibilitando estabelecer análises e interpretações de resultados em maior profundidade. Ressaltamos que o objetivo do uso de instrumentos psicométricos nesta pesquisa não se destina à análise de correlações, da forma como são usualmente utilizados em estudos essencialmente quantitativos. Tais recursos psicométricos e estatísticos serão empregados, portanto, para aprofundarmos a qualidade da análise dos dados coletados.

## 6.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

- *Testes psicométricos*: foram utilizadas duas escalas de autorrelato;

a) *Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)* (PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995), validada e adaptada para o português e o contexto brasileiro por Malloy-Diniz *et al.* (2010) e por Vasconcelos (2012). Segundo esta pesquisadora, a escala, municiada de “características psicométricas satisfatórias para ser utilizada como um instrumento de triagem na avaliação psicológica” (p. 161), é “utilizada mundialmente na clínica e na pesquisa para diagnóstico de problemas relacionados ao controle de impulsos” (p. 187). Conforme Malloy-Diniz *et al.* (2010, p. 100), a BIS-11 visa investigar a impulsividade em três áreas distintas: (1ª) motora: relacionada à não inibição de respostas incoerentes com o contexto; (2ª) atencional: ligada à tomada de decisão rápida, e (3ª) falta de planejamento: englobando comportamentos orientados para o presente.

A BIS-11 é uma escala de autopreenchimento composta por 30 itens relacionados às manifestações da impulsividade, tendo como base o modelo teórico proposto por Ernst Barratt. O probando deve analisar cada um dos itens considerando seu próprio comportamento e classificá-los de acordo com uma escala do tipo Likert de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos. Além de um escore global, a BIS-11 permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade, sendo eles a impulsividade motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30\*), atencional (itens 6, 5, 9\*, 11, 20\*, 24, 26, 28) e por não planejamento (itens 1\*, 7\*, 8\*, 10\*, 12\*, 13\*, 14, 15\*, 18, 27, 29\*). Os itens marcados com o sinal \* recebem escore inverso para o cálculo dos escores parciais e total (4,3,2,1). (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010, p. 101).

b) *Escala de Compulsividade Sexual (ECS)* desenvolvida por Kalichman & Rompa (1995): foi posteriormente examinada a confiabilidade e validade para uso na avaliação de

homens e mulheres HIV<sup>+</sup> (KALICHMAN; ROMPA, 2001<sup>71</sup>), visando mensurar o comportamento sexual compulsivo, preocupações sexuais e pensamentos sexualmente repetitivos e intrusivos. A ECS reúne 10 itens do tipo Likert que avaliam a compulsividade sexual. Cada item é medido em uma escala de 4 pontos, variando de 1 (Nada) a 4 (Muito), com pontuação mínima de 10 e máxima de 40 pontos. O critério para o comportamento sexual compulsivo é a superação do escore limite de 24 em relação à ECS (DO AMARAL; SCANAVINO, 2012; SCANAVINO *et al.*, 2014).

- *Formulário*: para caracterização da amostra visando a coleta de informações de dados sociodemográficos e socioeconômicos, de hábitos sexuais e do uso do preservativo (ANEXO 1), para fins de conhecimento do perfil dos participantes do estudo, incluindo: sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, hábitos, comportamentos sexuais e de rotina, e suas percepções de seus relacionamentos familiares e pessoais. E também informações associadas à infecção, como tempo de infecção e uso de substâncias psicoativas;
- *Entrevista individual*: foram apresentados casos fictícios de características projetivas (ANEXO 2), e em seguida introduzidas várias questões abertas, semiestruturadas, abordando aspectos referentes às vivências do entrevistado com o HIV, práticas do uso do preservativo e contextos de risco;
- *Cartaz da Campanha Nacional de Combate à AIDS de 2014*, do Ministério de Saúde, visa complementar nossa observação no que diz respeito à apreensão da importância do uso do preservativo e de prevenção, veiculada por cartaz de campanha (ANEXO 3).

## 6.4 PARTICIPANTES

### 6.4.1 Critérios de inclusão

Sexo masculino; HSH e/ou HSHM; ser soropositivo para o HIV; alfabetizado; maior de 18 anos que aceite participar da pesquisa; usuário ou em tratamento no CRT/DST/Aids; e que concorde em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 4).

## 6.5 PROCEDIMENTOS

---

<sup>71</sup> Inicialmente tivemos contato com a tradução da escala para o português por Carvalho & Nobre (2011, In: GUERRA, 2012), e na ocasião da etapa de qualificação deste trabalho, em 27/06/2014, a Banca Examinadora solicitou que testássemos a escala em 20 indivíduos. Após ter ficado clara a compreensão das questões devido à extrema semelhança do idioma, foram tão pequenas as alterações que não houve necessidade de validar a escala para o português do Brasil. Posteriormente tivemos acesso ao artigo de tradução, adaptação e validação da escala para uso no Brasil por Scanavino *et al.* (2014).

### **6.5.1 Instituição onde foi realizada a pesquisa**

Entramos em contato com a diretoria do CRT/DST/Aids, Grande São Paulo – SP, local selecionado para a realização da pesquisa. Apresentamos o projeto e a devida documentação para fins de viabilização da pesquisa naquela unidade. Após aprovação, foram apresentados e discutidos todos os detalhes do projeto com os integrantes da equipe do CRT.

### **6.5.2 Local das entrevistas**

As entrevistas foram realizadas na própria sede do CRT/DST/Aids, Grande São Paulo – SP, São Bernardo do Campo, uma unidade de referência normativa, sob coordenação do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de DST e AIDS do estado de São Paulo.

### **6.5.3 Seleção dos participantes**

A seleção dos participantes foi realizada com o auxílio da equipe do CRT, seguindo os critérios de inclusão, tendo sido encaminhada ao pesquisador mediante a data e horário pré-agendado com a instituição.

### **6.5.4 Aspectos éticos**

**Aprovação do Comitê de Ética da PUC-SP** sob o Parecer nº 835.981 em 17/10/2014 e da **Plataforma Brasil**.

### **6.5.5 Etapas das entrevistas**

No início de cada entrevista foram explicados os objetivos da pesquisa, lidos e explicitados os detalhes do TCLE (ANEXO 4), solicitada a autorização do participante e a ele entregue a via correspondente. A permissão para a gravação das entrevistas foi solicitada somente aos que participaram da etapa qualitativa (subamostra =81 (S-2)).

a) Aplicação das escalas BIS-11 e ECS (amostra total =178 (T))

*Realização:* autoaplicativo (em algumas exceções, com o auxílio do entrevistador). Foram explicadas as instruções de preenchimento e entregues as folhas das escalas ao participante para que lesse e assinalasse as alternativas.

*Tempo estimado:* de 8 a 12 minutos.

b) Aplicação do formulário (amostra total =178 (T))

*Realização:* autoaplicativo (em algumas exceções, com o auxílio do entrevistador).

*Tempo estimado:* de 3 a 5 minutos.

c) Entrevista da etapa qualitativa (subamostra =81 (S-2)).

*Característica e objetivo:* compreender em profundidade os aspectos psicodinâmicos e psicossociais do indivíduo associados à omissão e recusa do uso do preservativo em HSH HIV<sup>+</sup>. Entrevista composta por questões abertas, semiestruturadas.

**d) Histórias fictício-projetivas: Casos A, B, C** (subamostra = (S-2)).

Foi lida cada história e solicitada a posição do entrevistado.

*Realização:* Neste momento, o pesquisador pediu licença para iniciar a gravação, reiterando que, após a transcrição dos dados, a gravação seria inutilizada.

*Tempo estimado:* de 30 a 40 minutos.

**e) Avaliação do Cartaz de Campanha Nacional de Prevenção do Ministério da Saúde do Brasil de 2014** (subamostra =81 (S-2)).

*Característica e objetivo:* o Cartaz foi exibido ao participante, para avaliação e interpretação do material.

*Realização:* após mostra do cartaz ao participante, foi-lhe perguntado o que esse material significava para ele.

*Tempo estimado:* de 3 a 4 minutos.

**f) Fechamento da entrevista** (subamostra =81 (S-2)).

*Característica e objetivo:* esta etapa objetivou propiciar um espaço aberto ao entrevistado para que se sentisse à vontade para retomar qualquer assunto abordado. No final desta atividade, o gravador foi desligado.

## 6.6 DESENHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

### 6.6.1 Característica do desenho da amostra

A característica do desenho da amostra privilegiou a conveniência, e não as probabilidades. Assim, todos os indivíduos que compareceram ao CRT de São Bernardo do Campo-SP durante o período do estudo tiveram a possibilidade de participar, desde que preenchessem os critérios de inclusão estabelecidos.

### 6.6.2 Amostra

Participaram deste estudo 178 indivíduos, sendo que todos cumpriram a etapa quantitativa; e somente 81 integrantes desse total foram entrevistados, cumprindo assim a etapa qualitativa.

#### 6.6.2.1 Subdivisão da Amostra

*Amostra da etapa quantitativa = 97 indivíduos (S-1).*

Instrumentos utilizados: BIS-11, ECS, Formulário.

Espaço físico da realização das entrevistas: sala de espera.

O entrevistador permaneceu nas imediações da sala de espera durante o preenchimento do formulário sociodemográfico e das duas escalas BIS-11 e ECS.

Duração: fevereiro a maio de 2015.

***Amostra da etapa quantitativa + qualitativa = 81 indivíduos (S-2)***

Instrumentos utilizados: BIS-11, ECS, formulário, Casos A, B, C, Cartaz de Campanha Nacional do HIV 2014 e fechamento da entrevista.

Espaço físico da realização das entrevistas: sala individual

O entrevistador esteve presente desde o início até o final da entrevista.

Duração: outubro a dezembro de 2014.

## 6.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

Os procedimentos de análise desta pesquisa seguiram a abordagem de métodos mistos, combinando dados quantitativos e qualitativos.

### ***A análise qualitativa por métodos mistos***

Inicialmente foi realizada a codificação para conceitos emergentes, usando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que tem como objetivo resgatar e descrever os conteúdos mais significativos na forma de “discursos coletivos” que revelam como as pessoas percebem, refletem e atribuem sentidos e posicionamentos a eventos por elas vivenciados. O método permite que o sujeito manifeste uma ou mais opiniões frente a cada questão. O DSC implica diversas operações sobre os depoimentos coletados, operações essas que possibilitam reunir depoimentos individuais que apresentam sentidos semelhantes em um discurso único, representando uma opinião coletiva (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, 2010). Como resultado final, a pesquisa compilou vários DSCs sobre o tema com a população pesquisada. Para o processamento dos dados utilizou-se o *software* Qualiquantisoft<sup>72</sup>, e a partir daí foi elaborada uma planilha com as principais variáveis e suas respectivas frequências.

Em seguida, foi criado um conjunto formal de dados qualitativos, baseado na marcação prévia de categorias que foram compiladas em uma planilha contendo todas as análises disponíveis, de modo a serem visualizadas e checadas em busca de diferenças e similaridades. Cada categoria etiquetada foi representada tanto como uma *variável booleana*

<sup>72</sup> Disponível em <<http://www.spi-net.com.br>>.

(sim/não), como nomeada com a citação original. Com base no conjunto de dados qualitativos, esse processo, conhecido como *mineração de texto*, permitiu a extração, validação, identificação e descoberta de novas categorias e conceitos que poderiam ter sido perdidos durante a etiquetagem manual. A fim de manter o rigor na análise dos dados, foi realizado um trabalho de auditoria, incluindo etapas de “limpeza” e gerenciamento com vistas à elaboração de um conjunto de dados qualitativos e quantitativos que possibilitou a integração desses dados (ANEXO 5). A análise exploratória desse material por métodos mistos permitiu delinear variáveis quantitativas e qualitativas combinadas, por meio da análise de Cluster – agregando e classificando as respostas com base em padrões subjacentes – e redes Bayesianas – gerando modelos causais para explicar o comportamento dos participantes. Esta análise criteriosa também seguiu as diretrizes do COREQ (critério consolidado para relatórios de pesquisa qualitativa com o *checklist* dos 32 itens) (TONG *et al.*, 2007).

#### ***A análise quantitativa por métodos mistos***

A análise exploratória para o componente quantitativo deste estudo começou pela avaliação das distribuições de frequências e porcentagens para cada uma das variáveis numéricas e categóricas. As variáveis categóricas foram avaliadas no que tange à variação próxima de zero (KUHN; JOHNSON, 2013); exibições gráficas foram utilizadas para ambas as associações de análise univariadas e bivariadas, acompanhadas por testes mais amplos, como o Coeficiente Máximo de Informação (MIC)<sup>73</sup> (CLÉSIO, 2012)<sup>74</sup>; e Fatorização de Matriz Positiva (FMP)<sup>75</sup> (PAATERO; TAPPER, 1994). Os dados faltantes foram explorados através de uma combinação de telas gráficas envolvendo métodos multivariados, univariados e bivariados.

O conjunto de dados foi organizado de modo a fundir os componentes quantitativos e qualitativos, sendo que o componente qualitativo foi arranjado com citações de cada conceito emergente exibidas em colunas individuais. A lematização foi seguida por estatísticas descritivas realizadas pela frequência e porcentagem de categorias de palavras.

---

<sup>73</sup> Maximal Information Coefficient (MIC).

<sup>74</sup> Algoritmos, Datasets, Mineração de Dados, Paper, Regressão Linear: “[...] a revista com o maior fator de impacto em pesquisa no mundo) que trata um conceito relativamente novo de Maximal Information Coefficient (MIC) (algo como coeficiente máximo de informação) que de uma maneira bem simplista é a habilidade de descrição de uma correlação (ou seja, algo que está diretamente a constante a ser medida) entre diversos tipos de variáveis mesmo se houver relacionamento linear ou não linear entre essas variáveis, no qual seria uma espécie de medida que seria insensível ao ruído nos dados dentro de uma regressão linear por exemplo.” Disponível em: <<https://mineracaodedados.wordpress.com/2012/03/13/maximal-information-coefficient-mic-detecting-novel-associations-in-large-data-sets/>>

<sup>75</sup> Nonnegative Matrix Factorization (NMF).

### ***Elaboração dos relatórios, gráficos e tabelas***

Diante dos resultados, foram usadas as citações para ilustrar temas emergentes, sem identificação numérica a fim de reduzir o risco de violação de privacidade. Cotações foram utilizadas para ilustrar os nossos achados. Finalmente, a triangulação também foi realizada por meio de métodos quantitativos, como descrito a seguir.

a) ***Tabelas de Estratificações***, combinando variáveis quantitativas e qualitativas. Para avaliar o componente quantitativo do estudo, foram comparados dois conjuntos, subdivididos em dois grupos: um deles declarou determinada situação de uma das categorias, ao passo que o outro as negou e/ou PNR. Foram demonstradas três formas de estratificações:

a.1) *Amostra total=178 (T)*: estratificação da amostra total deste estudo, que participou da etapa quantitativa (BIS-11, ECS e formulário);

a.2) *Subamostra=97 (S-1)*: estratificação com os participantes somente da etapa quantitativa (BIS-11, ECS e formulário);

a.3) *Subamostra=81 (S-2)*: estratificação com os participantes das etapas quantitativa e qualitativa (respostas aos Casos A, B, C; Análise do Cartaz de Campanha e fechamento da entrevista )

b) ***Levantamento comparativo das principais significâncias da amostra total =178***, subdividida entre: Grupo A: participantes da etapa Quantitativa + Qualitativa (amostra =81 (S-2)) e Grupo B: participantes somente da etapa Quantitativa (amostra =97 (S-1)). (TA-7<sup>76</sup>, p. 270).

c) ***Teste binomial***: levantamento das principais diferenças e significâncias de variáveis que emergiram ou não, especificamente relacionadas ao grupo que participou do estudo Quantitativo + Qualitativo (subamostra =81 (S-2)). Para identificação das significâncias, foi feito um teste binomial comparando as contagens dos indivíduos que apresentaram ou não um determinado conceito emergente qualitativo. Foram consideradas como estatisticamente significativas as proporções que se afastaram de uma distribuição de 50% no conceito emergente.

d) ***Gráficos***: a gestão de dados foi realizada através do alinhamento dos campos quantitativos e qualitativos em uma mesa plana com um assunto por linha. Esta exposição permitiu a tradução direta dos resultados da mineração de texto pelo conceito de sujeito e emergentes. Em última análise, foi realizada a triangulação dos resultados qualitativos e quantitativos possíveis. Para a elaboração dos gráficos foi realizado o “Processamento Natural

<sup>76</sup> Tabela comparativa das principais significâncias identificadas a partir da amostra T (=178).

de Linguagem”, que é a aplicação estatística decorrente do modo como as palavras são comparadas. Em seguida, foi realizada uma série de procedimentos de controle linguístico para validar a marcação qualitativa anterior por número de palavras, sequenciamento temporal e co-ocorrência das palavras. A partir daí, foi realizado o **teste Qui-Quadrado**, que “é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, e avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas”<sup>77</sup>. A confecção dos gráficos foi o próximo passo: (1) “**Diagrama de Venn**”: representação gráfica dos elementos de intersecção entre os conjuntos, simbolicamente representado pelos elementos que os unem; (2) “**Nuvem de palavras**”: quanto maior a representação da raiz da palavra, maior a sua recorrência no discurso dos entrevistados; e (3) “**Dispersão lexical**”: registro da representação gráfica da frequência em que as palavras apareceram.

---

<sup>77</sup> CONTI, Fátima. **Muitas Dicas**. Laboratório de Informática, ICB – UFPA. Disponível em: <<http://www.cultura.ufpa.br/dicas>> <<http://www.ufpa.br/dicas/biome/bioqui.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

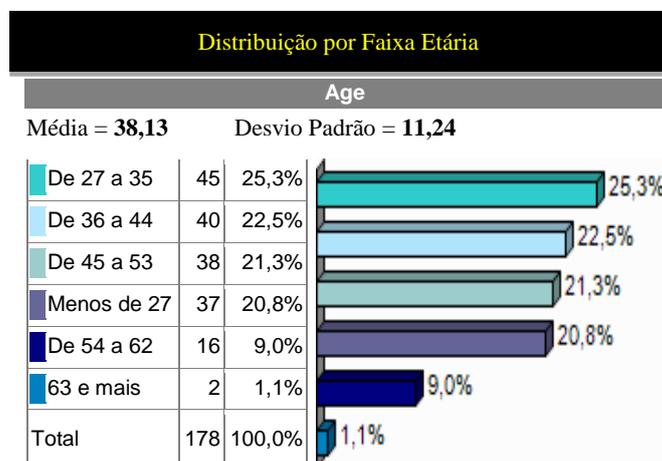
## 7 RESULTADOS

### Descrição da caracterização da Amostra

Esta amostra foi composta por 178 participantes, que se declararam: 104(58.4%)Branços, 44(24.7%)Pardos, 25(14%)Negros, 4(2.2%)outros, 1(0.6%)Preferiram não responder(PNR); 104(58.4%)Solteiros, 11(6.2%) Separados, 39(21.9%)Casados, 23(12.9%) Tem um companheiro(a), 1 (0.6%)Viúvo; 79(44.4%)União estável, 94(52.8 %)Parceria fixa, 79(44.4%) não tem parceria fixa e 3(1.7 %) PNR; dos que têm parceria fixa 64(36%)sorodiscordantes, 39(21.9%)soroconcordantes e 14(7.9%)PNR; 62(34.8%)vivem com a família, 23(12.9%)esposa, 6(3.4 %)filhos, 40(22.5%)sozinhos, 27(15.2%)companheiro, 3(1.7%)amigos, 3(1.7%) companheira, 2(1.1%)irmão, 4(2.2%)filho, 4(2.2%)filha, 1(0.6%)enteada, 1(0.6%)mãe, 16(9%)PNR; 7(3.9%)Pós-Graduação(Completa ou Incompleta); 42 (23.6%)3º Grau Completo (Ensino Superior) e 22(12.4%)Incompleto, 68(38.2%)2º Grau Completo (Ensino Médio) e 11 (6.2%) Incompleto, 4(2.2%)5ª a 8ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental II Completo), 9(5.1%)1ª a 4ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental I Completo) e 12(6.7%) Incompleto; e 3(1.7%)PNR; 122(68.5 %)empregados, 53 (29.8%)desempregados e 3(1.7%)PNR; 2(1.1%) Aposentados, 23(12.9%)sem renda, 8(4.5%)não terem benefícios, 2(1.1%) ganham 1 salário mínimo (SM) com benefícios, 14(7.9%)1 SM, 57(32%)1 a 3 SM, 39(21.9%) 3 a 6 SM, 21(11.8%) mais que 6 SM, e 19(10.7%)PNR; 78(43.8%) declaram ter revelado diagnóstico do HIV a família – sendo 2(1.1%) na internação –, 60(33.7%)a amigos, 52(29.2%)ao companheiro(a), 37(20.8%) não revelaram a ninguém, e 15(8.4%)PNR; 126(70.8%)HSH, 61(34.3%) HSHM, 12(6.7%)PNR; 19(10.7%) declaram fazer sexo diariamente, 81(45.5%)1 a 3 vezes por semana, 33(18.5%)1 a 3 vezes por mês, 30(16.9%) raramente e 15(8.4 %) PNR; 30(16.9%) declaram ter preferência por múltiplas parcerias, 16(9%) por duas parcerias, 116 (65.2%) por uma parceria, 1(0.6%)depende da atração, e 14(7.9%)PNR; 44(24.7%) declaram ter a motivação de escolha da parceria por atração, 54(30.3%) por aparência, 8(4.5%) pelo contexto, 64(36%) por afinidade, 17(9.6%) outros, 1(0.6%) acaso, e 12(6.7%) PNR; 73(41%)sempre usam preservativos nas relações sexuais, 31(17.4%)nunca usam, 65(36.5%)às vezes usam

e 9(5.1%)PNR; 4(2.2%)sempre usam objetos sexuais, 46(25.8%)às vezes usam, 118(66.3%)nunca usam, e 10(5.6%)PNR; 51(28.7%)usam de drogas ilícitas durante as relações sexuais, 89(50%)nunca usaram, 26(14.6%)às vezes usam e 11(6.2%)PNR; sendo elas: 47(26.4%) álcool, 10(5.6%) maconha, 2(1.1%)crack, 12(6.7%) cocaína, 1(0.6%) heroína, 5(2.8%)ecstasy, 1(0.6%) poppers, e 18(10.1%) PNR; 104(58.4%)não identificaram nenhuma DSTs após o diagnóstico de HIV, 63(35.4%) identificaram DSTs, e 10(5.6%)PNR; também identificaram 1(0.6%) toxoplasmose, 1(0.6%)Cancro, 19(10.7%)Hepatitis, 5(2.8%) HepatiteB, 11(6.2%) HepatiteC, 6(3.4%) HPV, 2(1.1%)Herpes, 1(0.6%) Herpes Zoster, 3(1.7%) Gonorreia, 32(18%)Sífilis, 2(1.1%)Condiloma, e 8(4.5%) PNR; 26(14.6%)utilizam a Internet na busca de parcerias sexuais, 49(27.5%)utilizam frequentemente, 24(13.5%) utilizam às vezes, 61(34.3%) não utilizam, 8(4.5%)nunca utilizam, e 10(5.6%)PNR; 78(43.8%)praticam sexo de alto risco, 27(15.2%)praticam sexo de alto risco frequentemente, 14(7.9%)praticam às vezes, 41(23%)não praticam, 4(2.2%)nunca praticam, e 18(10.1%)PNR; 50(28.1%)não conversam sobre sexualidade com ninguém, 87(48.9%)conversam com amigos, 26(14.6%) com família, 39(21.9%)com o companheiro(a), e 9(5.1%)PNR; 3 (16.9%)terem sido vítimas de abuso sexual, 139(78.1%)nunca terem sofrido abuso sexual, e 9(5.1%)PNR; 28(15.7%)fazem tratamento psiquiátrico, 132(74.2%)não fazem, e 7(3.9%)PNR; e por fim, 45(25.3%)fazem tratamento psicológico, 111(62.4%)não fazem, 14(7.9%)já fizeram, e 1(0.6%), e 7(3.9%)PNR.

Referente às faixas etárias, vide gráfico 1 a seguir.



**Gráfico 1** – Distribuição por Faixa Etária

## 7.1 HIPÓTESES

Como explicitado no capítulo de introdução (p. 14), dentre as diversas hipóteses que poderiam levar os indivíduos a justificarem a omissão e recusa do uso do preservativo, e de acordo com o capítulo 6 (Método, p. 123), optamos pela seleção de três hipóteses que nos permitissem a observação e análise dos comportamentos apresentados pelos sujeitos envolvidos.

Cabe mencionar que, como também detalhado no capítulo 6 (subitens 6.6.1-2, p. 126), trabalhamos com três amostras distintas, assim subdivididas:

- 1 – Amostra total=178, doravante identificada como **Amostra T**: estratificação da amostra total neste estudo, que participou da etapa quantitativa (BIS-11; ECS e formulário sociodemográfico e socioeconômico, de hábitos sexuais e do uso do preservativo, neste capítulo simplesmente referido como formulário);
- 2 – Subamostra=97, doravante identificada como **S-1**: estratificação com os que participaram somente da etapa quantitativa (BIS-11; ECS e formulário);
- 3 – Subamostra=81, doravante identificada como **S-2**: estratificação dos que participaram da etapa quantitativa + qualitativa (respostas aos Casos A, B, C; Análise do Cartaz de Campanha e Fechamento da Entrevista).

● **HIPÓTESE I**: O comportamento de omissão do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> com parcerias circunstanciais deve-se à impulsividade expressa no comportamento sexual. Esta hipótese será testada com os instrumentos: (1.1) Escala de Impulsividade BIS-11; (1.2) Estratificações de dados do formulário sociodemográfico e socioeconômico, de hábitos sexuais e do uso do preservativo (Amostra T; S-2); e (1.3) as respostas observáveis no relato da história fictício-projetiva do Caso A (S-2, ANEXO 2).

### I/1) Resultados das Escalas BIS-11 e ECS

Escalas	Resultados (média) <sup>78</sup>	Alfa de Conbrach	Desvio Padrão
BIS-11 Fator Único	65.73	0.7086642	(+ 11.27)
BIS-11 Motor	12.81	0.6989062	(+ 4.89)
BIS-11 Atencional	7.48	0.5693495	(+ 3.93)
BIS-11 Falta de planejamento	21.78	0.3892328	(+ 4.04)
ECS	20.82	0.9083946	(+ 8.93)

**Tabela 1** – Resultados das Escalas BIS-11 (fator único e subitens) e ECS.

<sup>78</sup> Valores de referências dos resultados das escalas (itens e subitens):

- BIS-11 Fator Único: escore máximo =120 pontos; BIS-11: Atencional =32; BIS-11 Motora: =44; BIS-11 Falta de planejamento =44 (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010; VASCONCELOS, 2012).  
 - ESC: Nota de corte =24 (DO AMARAL; SCANAVINO, 2012; SCANAVINO *et al.*, 2014).

No que diz respeito aos resultados da escala BIS-11, como *BIS-11 Fator único e subitem BIS-11 Falta de planejamento*, os indivíduos da Amostra T (=178) apresentaram resultados dentro da média; e para os itens *BIS-11 Motor e BIS-11 Atencional*, abaixo da média; não demonstrando, portanto, índices de significâncias de comportamento de impulsividade. Quanto à análise de consistência interna – *Alpha de Conbrach*<sup>79</sup> –, observamos níveis aceitáveis em BIS-11 Fator único e subitem BIS-11 Motor, e fraco e inaceitável nos subitens BIS-11 Atencional e BIS-11 Falta de planejamento, respectivamente. Nesta amostra, o resultado de *Alpha de Conbrach* de BIS-11 Fator único apresentou bom índice de confiabilidade, embora abaixo dos índices apresentados na revisão de Malloy-Diniz *et al.* (2010), cujos resultados de pesquisas anteriores, de Patton *et al.* (1995), variaram entre 0,79 e 0,82 – ainda assim, melhor que o resultado de 0,62 de Diemen *et al.* (2007) na pesquisa realizada no Brasil. Quanto à escala ECS, embora o escore de pontuação demonstre resultado próximo ao valor de corte (=24), os indivíduos da Amostra T não pontuaram índices de significâncias para o comportamento de compulsividade sexual. A análise de *Alpha de Conbrach* apresentou excelente grau de consistência interna e confiabilidade máxima, resultados esses corroborados por pesquisas anteriores (SCANAVINO *et al.*, 2014).

I/1.1) Resultados comparativos das Escalas BIS-11 e ECS, subdivididos entre S-1: Quantitativo (=97) e S-2: Quantitativo + Qualitativo (=81).

Variável	Amostra T (178)	S-1 (quantitativo) (97)	S-2 (quantitativo + qualitativo (81))	P
BIS-11 Fator Único.	65.73 (+- 11.27)	64.54 (+- 13.82)	67.16 (+- 6.94)	0.103
BIS-11 Motor	12.81 (+- 4.89)	11.05 (+- 5.17)	14.93 (+- 3.55)	< 0.001
BIS-11 Atencional	7.48 (+- 3.93)	6.99 (+- 4.6)	8.07 (+- 2.85)	0.056
BIS-11 Falta de Planejamento	21.78 (+- 4.04)	21.41 (+- 4.79)	22.22 (+- 2.86)	0.165
ECS	20.82 (+- 8.93)	17.8 (+- 7.97)	24.41 (+- 8.72)	< 0.001

**Tabela 2** – Resultados comparativos das Escalas BIS-11 e ECS entre as duas subamostras.

Os resultados comparativos das Escalas BIS-11 e ECS, subdivididos entre as duas subamostras, demonstraram índices de significâncias para o comportamento de impulsividade da S-2 para os subitens BIS-11 Motor e BIS-11 Atencional, bem como índices de significâncias para o comportamento de compulsividade sexual da ECS.

<sup>79</sup> Valores de referência de análise do **Alfa de Cronbach**: Coeficiente alfa >.9 excelente; Coeficiente alfa >.8 bom; Coeficiente alfa >.7 aceitável; Coeficiente alfa >.6 questionável; Coeficiente alfa >.5 fraco; e Coeficiente alfa <.5 inaceitável. **Alfa de Cronbach y consistência interna de los ítems de un instrumento de medida**. Universidad de Valencia [Internet]. Valencia, 2014. Disponível em: <<http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>> e GLIEM & GLIEM (2003).

Vale ressaltar que as expressivas diferenças de significâncias detectadas nas escalas, em relação aos dois grupos, provavelmente ocorreram devido à diferença em um dos procedimentos na aplicação, o do local e o do espaço físico (ver MÉTODO, subitem 6.6.2, p. 126). Devido à demanda logística do local onde foi feita a pesquisa, por ter havido uma mudança de endereço e, conseqüentemente, de espaço físico – na S-2, a primeira etapa se deu na presença do pesquisador em uma sala privativa, e na S-1 ela ocorreu em uma sala de espera. Assim sendo, houve diferenças entre um atendimento privativo e personalizado, com atenção dirigida, no qual o participante pode ter se sentido mais “seguro” e, portanto, ter mais confiança para expressar verdadeiramente sua realidade; no outro grupo, em que a ambientação foi caracterizada por um atendimento ambulatorial – apesar de contarem com um espaço físico em que tinham “relativa privacidade” –, os participantes podem não ter se sentido à vontade para expressar suas opiniões nas escalas. Desta forma, esse procedimento pode ter contribuído para as diferenças encontradas.

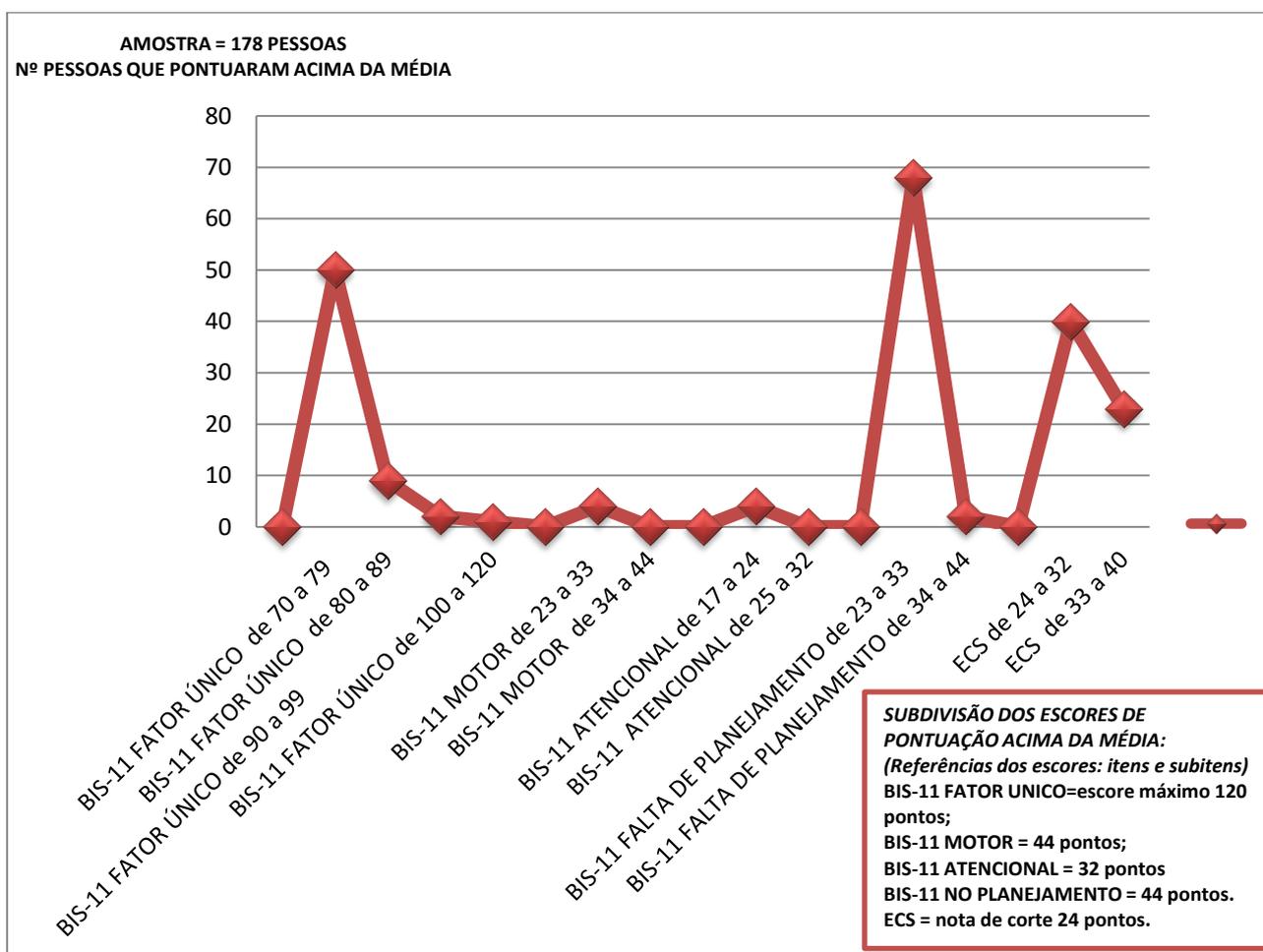
I/1.2) Resultados das Escalas BIS-11 (Fator único e subitens) e ECS por número de pessoas que tiveram pontuação acima da Amostra T.

Os resultados apresentados na tabela abaixo tiveram como referenciais os escores máximos da BIS-11 (item e subitens) e nota de corte da ECS. Com o uso desses referenciais, foram divididas e calculadas as pontuações, pela média, em níveis de intensidade:

<b>Subdivisão dos escores em pontuação acima da média:</b>	<b>nº pessoas</b>
BIS-11 Fator Único de 70 a 79 (escore máximo 120)	50
BIS-11 Fator Único de 80 a 89	9
BIS-11 Fator Único de 90 a 99	2
BIS-11 Fator Único de 100 a 120	1
BIS-11 Motor de 23 a 33 (escore máximo 44)	4
BIS-11 Motor de 34 a 44	0
BIS-11 Atencional de 17 a 24 (escore máximo 32)	4
BIS-11 Atencional de 25 a 32	0
BIS-11 Falta de planejamento de 23 a 33 (escore máximo 44)	68
BIS-11 Falta de planejamento de 34 a 44	2
ECS de 24 a 32 (acima da nota de corte 24)	40
ECS de 33 a 40	23

**Tabela 3** – Resultados das Escalas BIS-11 (Fator único e subitens) e ECS por número de pessoas que tiveram pontuação acima da média.

Dos 178 participantes deste estudo que tiveram pontuação acima da média nas escalas (Amostra T), destacamos as seguintes significâncias: (a) impulsividade leve em 50 entrevistados no subitem BIS-11 Fator único (28,5% da amostra total); (b) impulsividade acentuada no subitem BIS-11 Falta de Planejamento (38,5% da Amostra T); (c) compulsividade expressiva nos resultados apontados acima da nota de corte ECS (23% da amostra T), e (d) compulsividade muito expressiva nos resultados apontados um pouco acima da referência anterior, ECS (13% da Amostra T).



**Gráfico 2** – Resultados das Escalas BIS-11 (Fator único e subitens) e ECS por número de pessoas que pontuaram acima da média.

I/1.3) Resultados das escalas de impulsividade BIS-11 e ECS, estratificadas com “uso do preservativo” (Amostra T, TA-2.A, ANEXO 5).

Os conjuntos foram subdivididos em: Grupo 2.A-1: dos que declararam “sempre usar o preservativo” = 73(41%) e Grupo 2.B-1: “dos que usam às vezes 65(36,5%) + nunca usam 31(17,4%) + PNR 9(5.1%) = 105(59%). Na análise das escalas estratificadas com “uso do

preservativo (Amostra T), foram encontrados índices de significâncias em impulsividade no subitem BIS-11 Motor e BIS-11 Atencional, e de comportamento sexual compulsivo na ECS.

Variável	Amostra T (178)	Grupo 2.B-1: usam às vezes, nunca usam ou PNR (105)	Grupo 2.A-1: sempre usam preservativo (73)	P
BIS-11 Fator Único	65.73 (+- 11.27)	66.62 (+- 12.49)	64.45 (+- 9.16)	0.184
BIS Motor	12.81 (+- 4.89)	14.21 (+- 4.99)	10.81 (+- 3.98)	< 0.001
BIS Atencional	7.48 (+- 3.93)	8.01 (+- 4.05)	6.73 (+- 3.65)	0.029
BIS Sem Planejamento	21.78 (+- 4.04)	22.02 (+- 4.37)	21.44 (+- 3.5)	0.328
ECS Escore	20.82 (+- 8.93)	22.52 (+- 9.75)	18.41(+/- 6.99)	0.001

**Tabela 4** – Resultados das Escalas de Impulsividade BIS-11 e ECS, estratificadas com “uso do preservativo” (Amostra T)

I/1.4) Discursos do Sujeito Coletivo: este subitem contém o relato dos entrevistados da etapa quantitativa + qualitativa (S-2) em forma de DSC, identificando como importantíssimos os elementos emergentes que foram percebidos e quais os significados a eles atribuídos.

I/1.4.1) Impulsividade da excitação sexual: dentre os 81 entrevistados (S-2) que participaram desta etapa do estudo e responderam à história fictício-projetiva do Caso A (ver MÉTODO, p. 122, e TA-8.A<sup>80</sup>, ANEXO 5), a variável: “Você acha que esta situação acontece?” foi emergente unanimemente em 100% dos participantes, e a variável “impulsividade na excitação sexual” em 71 (87.66%) participantes. No DSC abaixo, foram detectados elevados indícios de comportamento sexual impulsivo, entre eles: dificuldade de controle de suas ações em determinadas situações, falta de domínio e de recursos para lidar com a entrega deliberada, e reação não planejada sem avaliação das consequências.

*Tesão, é um impulso maldito que a gente não controla. Parece coisa do ‘demo’, que te leva, te incita, te cutuca... parece demoníaco... não dá pra controlar. É o desejo sexual, você se perde na paixão, no desejo, na vontade, no prazer, na satisfação... realmente tudo pode acontecer de repente. Com impulso, vadiagem e Putaria, ninguém pôde... Eu perco a oportunidade, mas não perco o homem... foda-se, vou continuar assim... naquele momento você se entrega... o impulso é o fator principal. O ser humano não controla, estas forças são sobrenaturais... você se envolve... de repente rola uma química e acontece! O tesão é maior... todo mundo quer saber é de transar... tem fogo no corpo, não dá pra explicar. É só trepar...várias vezes... se joga... fica doido.. não se controla, só quer é trepar. É normal! Desejo e tesão não dá pra controlar! Se ele vai lá e transa, não é promiscuidade. Eu já fiquei com mais de 100 caras...o homem por si só, ele já tem uma predisposição a gostar mais de sexo, e dois homens juntos...homem tem essa coisa do sexo, da carne, do gozo... não mede consequências, não quer saber. Se chegar um cara todo bombado e musculoso querendo te pegar, você vai sem camisinha, "Ah vai pensar em camisinha na hora, você não pensa. É o momento, e para não quebrar o clima é difícil falar disso... Acontece, você baixa a guarda, põe o tesão na frente de tudo... as pessoas são movidas pelo momento, pelo calor da coisa. Entre os gays eu creio que sim, são mais atrevidos, mais liberados, mais impulsivos... vale tudo por esse momento... não tem local, não tem horário... aconteceu ali, vai fazer ali mesmo, se estiver na esquina, na rua, em qualquer lugar, no carro, vai acontecer... ..uma impulsão,*

<sup>80</sup> TA-8.A Teste binomial: história fictícia Caso A (S-2 =81).

*uma fantasia! O tesão do momento... você perde a noção de tudo...esquece, quer ir para o prazer... é ímpeto sexual! Nada se compara a este prazer, por isso não há o que fazer, como evitar!*

**Ancoragens:** a) “Desejo e tesão não dá pra controlar”; b) “Homem tem uma predisposição a gostar mais de sexo”; c) “Eu perco a oportunidade, mas não perco o homem”; d) “O tesão é maior, todo mundo quer saber é de transar.”

**I/2) Estratificações:** Para demonstrar os comportamentos mais propensos de omissão circunstancial do uso do preservativo, seguem as estratificações: (a) formulário e estudo quantitativo (Amostra T); e (b) formulário somado aos casos A, B e C fictício-projetivos (estudo quantitativo+qualitativo, S-2).

I/2.1) Estratificação “**uso do preservativo**” (amostra T); Estratificação “**uso do preservativo**” (S-2); e Diagrama de Venn das estratificações “**uso do preservativo**” (Amostra T versus S-2).

I/2.1.1) “Uso do preservativo” (Amostra T) (Tabela em TA-2.A, ANEXO 5): Grupo 2.A-1: dos que declararam que “sempre usam o preservativo” = 73(41%), e Grupo 2.A-2: dos que “usam às vezes 65(36,5%) + nunca usam 31(17,4%) + PNR 9(5.1%) = 105(59%). Os indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com a parceria circunstancial foram assim identificados:

a) independente do tempo de infecção, todos omitiram o preservativo (desde os infectados há menos de 1 ano=31(17,4%)), até os infectados há mais tempo (16 anos ou mais= 18 (10.1%). O tempo de descoberta do diagnóstico que mais pontuou foi concentrado em: 35 infectados há 2 ou 4 anos (19.7%), seguido dos 31 de menos de 1 ano (17.4%), e dos 24 de 11 a 15 anos (13,5%). Os participantes que mais declararam ter negligenciado o preservativo foram os recém infectados: menos de 1 ano=27 (25.7%), seguido dos 2 a 4 anos=17(16.2%), e dos que estavam infectados há mais de 1 ano=15 (14.3%); e os que mais declararam que usam o preservativo foram os infectados há 2 a 4 anos=18 (24.7%), seguidos dos de 11 a 15 anos= 14 ( 19.2 % ).

b) dos 178 entrevistados, 73 do Grupo 2.A-1 (que relataram que “sempre usam o preservativo”) demonstraram as seguintes significâncias: (b.1) os que menos usam o preservativo foram os infectados há menos de 1 ano 4 (5,5%), os de 8 a 10 anos e os PNR 5 (6.8%); (b.2) o uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais somaram 32% (incluindo os 13.7% que PNR), e a sua falta de controle do uso (1,4%); (b.3) o uso da internet na busca por parcerias sexuais e a frequência sexual; (b.4) a motivação da escolha da parceria sexual relacionada a aparência, atração e circunstância; (b.5) o medo de perder a parceria circunstancial; (b.6) o relacionamento superficial; (b.7) a confiança na parceria circunstancial;

(b.8) a falta de controle da excitação sexual; (b.9) a falta de controle da impulsividade sexual; e (b.10) o sexo de alto risco frequente. Entretanto, ressaltamos que adiante (subitem I/2.1.3, Diagrama de Venn) serão demonstrados indícios de contradição nessas significâncias apontadas no subitem (b), demonstrando indícios de contradições e colocando em dúvida se realmente os participantes usaram o preservativo, como foi afirmado. Neste caso, aumentaria substancialmente a probabilidade para o comportamento de omissão do uso do preservativo com as parcerias circunstanciais, equiparando-os ao conjunto do Grupo 2.A-2.

I/2.1.2) “Uso do preservativo” (S-2), (Tabela TA-2.B, ANEXO 5): Grupo 2.B-1: dos que declararam que “sempre usam o preservativo” = 14, e Grupo 2.B-2: dos que “usam às vezes + nunca usam + PNR =67, os indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com a parceria circunstancial foram apreendidos através de importantes significâncias; dentre elas, dos 14 entrevistados que admitiram sempre usar o preservativo Grupo 2.B-1), observou-se: (a) índices de impulsividade detectados nos BIS-11 Fator único, BIS-11 Motor e BIS-11 Atencional; (b) frequência sexual de 1 a 3x/ mês (42,9%); (c) uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais (21,4%) e falta de controle no seu uso; (e) impulsividade da excitabilidade sexual em 28,6%, (f) ideação suicida; (g) uso de objeto durante as relações sexuais; (h) não gostar de usar o preservativo; (i) a identificação unânime com a história fictícia-projetiva do Caso A; (j) o reconhecimento de que essa história aconteceu de forma similar em suas vidas, ou seja, de que existe um comportamento de omissão do uso do preservativo e o relacionamento com parcerias circunstanciais; e (k) a justificativa deste comportamento por serem homossexuais em 35,7%. Da mesma forma que no item anterior, no subitem a seguir serão demonstrados indícios de contradição nessas significâncias apontadas, aumentando, portanto, a probabilidade para o comportamento de omissão do uso do preservativo com as parcerias circunstanciais, e equiparando-os ao conjunto do Grupo 2.B-2.

I/2.1.3) Diagrama de Venn: representação gráfica do comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais, considerando a estratificação “**uso do preservativo**” dos itens I/1.3, I/2.1.1 (TA-2.A), e I/2.1.2 (TA-2.B)<sup>81</sup>; Grupos 2.A-1 e 2.B-1 (dos que afirmam que sempre usam o preservativo) e Grupos 2.A-2 e 2.B-2 (dos que afirmam

<sup>81</sup> I/1.3) Resultados das escalas de impulsividade BIS-11 e ECS, estratificadas com “uso do preservativo” (Amostra T, Anexo 2.A).

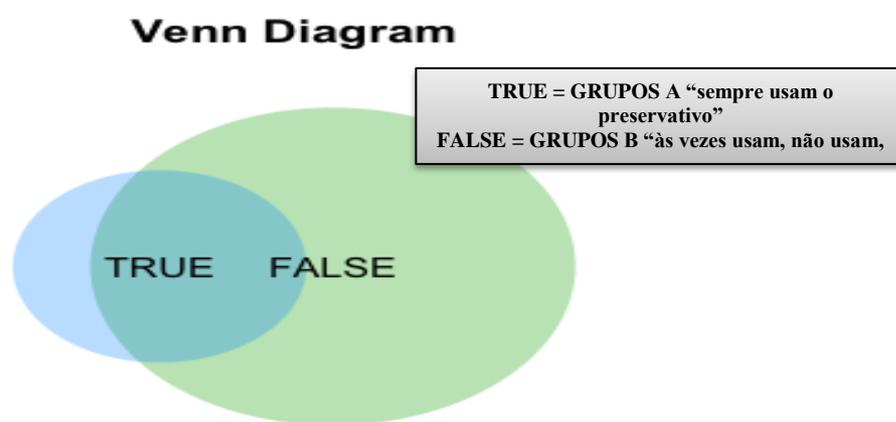
I/2.1.1) “Uso do preservativo” (Amostra T).

TA-2.A Tabela de estratificação “uso do preservativo” (Amostra T =178).

I/2.1.2) “Uso do preservativo” (S-2), (TA-2.B, ANEXO 5).

TA-2.B Tabela de estratificação “uso do preservativo” (S-2 =81).

que às vezes usam, nunca usam e PNR), somadas as declarações diretas ou indiretas, manifestadas pela maioria que apontou para contextos em que não fazem uso do preservativo, demonstradas pelas variáveis que emergiram no Caso A (TA-8.A, ANEXO 5)<sup>82</sup>; através do “diagrama de Venn”, evidenciaremos um *ponto de intersecção* que uniria esses elementos que simbolicamente representam o comportamento de omissão do uso do preservativo com as parcerias circunstanciais. Esta representação, fundamentada pelas afirmações dos Grupos 2.A-2 e 2.B-2 (TA-2.A e TA-2.B – representadas no gráfico como “False”, dos indivíduos que admitiram que não usam preservativo) e pelos indícios de contradições encontradas no ponto de intersecção nos Grupos 2.A-1 e 2.B-1 (TA-2.A e TA-2.B – representadas no gráfico como “True”, dos que afirmaram que sempre usam preservativo), evidencia, na verdade, que a porcentagem efetiva dos que não usam o preservativo é muito maior do que a declarada.



**Figura 1** – Diagrama de Venn<sup>83</sup>

I/2.2) Estratificação “**revelação do diagnóstico**” (Amostra T); Estratificação “**revelação do diagnóstico**” (S-2); e DSC das estratificações “**revelação do diagnóstico**”.

I/2.2.1) “Revelação do diagnóstico” (Amostra T): (TA-3.A, ANEXO 5) Grupo 3.A-1: dos que “Não revelaram o diagnóstico a Ninguém” = 37; e Grupo 3.A-2: dos que “Revelaram o diagnóstico a Amigos, Parceiro(a), Familiares, e PNR = 141, foi possível identificar a

<sup>82</sup> TA.8. Teste binomial: história fictícia Caso A (S-2 =81).

<sup>83</sup> 1.3: Escalas de impulsividade BIS-11 e ECS estratificadas com o “uso do preservativo (Amostra T)

2.1.1: Estratificação “uso do preservativo” (Amostra T)

2.1.2: Estratificação “uso do preservativo” (S-2)

propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com a parceria circunstancial nesta amostra. Dos 37 indivíduos que “não revelaram o diagnóstico a ninguém”, foram identificadas as seguintes significâncias: (a) 15 moram sozinhos; (b) 24 têm frequência sexual de 1 a 3x/semana; (c) 7 têm preferência por duas parcerias nas relações sexuais, com diversas motivações para esta escolha; (d) o grupo que declara usar preservativo *às vezes*=19 é três vezes maior dos que declaram *usar sempre*=7; (e) 19 às vezes usam objetos nas relações sexuais; (f) 23 usam substâncias psicoativas durante a relação sexual, em especial álcool=21; (g) 11 declararam não gostar de usar o preservativo, muitas vezes por falta dele no momento da relação; (h) 20 tiveram DSTs após o diagnóstico de HIV (Hepatite B=10.8%); (i) 18 usam a internet frequentemente para buscar parcerias sexuais; (j) 12 praticam sexo de alto risco; e (k) 22 não conversam sobre sexualidade com ninguém. Outras questões associadas à omissão do uso do preservativo foram justificadas pela falta de controle da excitação sexual (29.7%), por impulsividade sexual (48.6%) e pela falta de controle no uso da substância psicoativa (21.6%); pela confiança na parceria circunstancial (32,4%); para corresponder à demanda da parceria sexual (24.3%); e pela característica do sexo circunstancial (16.2%). Também foram detectados elevados índices de significância de ideação suicida, e de isolamento, em 18,7%.

I/2.2.2) “Revelação do diagnóstico” (S-2): (TA-3.B, ANEXO 5) Grupo 3.B-1: dos que “Não revelaram o diagnóstico a Ninguém” = 32; e Grupo 3.B-2: dos que “Revelaram o diagnóstico a Amigos, Parceiro(a), Familiares, e PNR = 49, os indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com uma parceria circunstancial foram apreendidos através de importantes significâncias. Dos 32 que não revelaram o diagnóstico a ninguém, 18,8% não identificaram o motivo da escolha da parceria sexual; 71,9% usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais, corroborado nos relatos de identificação da história do Caso C; 65,6% não conversam sobre sua sexualidade com ninguém; apresentam desconfianças em relação a parceria; têm medo de ser ridicularizados e preferem não pensar no assunto associado à omissão do preservativo, apesar dos altos indicadores de desconfianças e hipervigilância, ou seja, na tentativa de controlar a situação. Dentre eles, 100% se identificaram com a história fictício-projetiva do Caso A, afirmando que a situação de omissão do uso do preservativo acontece frequentemente.

I/2.2.3) DSC: **a revelação do diagnóstico** demonstrou ser um fator de difícil condução e de elevado sofrimento emocional aos entrevistados. A percepção de estigma envolvido entre aqueles que não expuseram seu diagnóstico a ninguém mobilizou núcleos de ideação suicida

desde a ciência do diagnóstico, de isolamento e de elevada hipervigilância. As estratégias demonstradas para lidar com esta “carga emocional” foram demonstradas pelo elevado uso de substâncias psicoativas, aumento da frequência sexual e com múltiplas parcerias, impulsividade e falta de controle da excitação sexual. O “segredo” do diagnóstico pode representar uma das poucas situações de controle que os entrevistados conseguiram ao omitirem o uso do preservativo com as parcerias circunstanciais. Por outro lado, esse excesso de energia investido para a manutenção do controle pode ser um dos responsáveis pela falta de controle observada nas situações de risco, de elevada ansiedade e vulnerabilidade, fazendo com que o indivíduo ceda às pressões da necessidade de gratificação sexual imediata.

*Eu pensei em tentar suicídio... cheguei a tomar 32 comprimidos pra me matar. Quando soube, me joguei embaixo de um ônibus, infelizmente ele parou e não me matou! Quando eu descobri, eu saí lá fora e eu me joguei embaixo do ônibus, saí daqui louco. Só que foi Deus, porque o ônibus, brecou, eu caí no chão... não dá pra segurar a onda cara, às vezes dá vontade de acabar com tudo. Pensei em me dar um tiro. Eu vou ser sincero para você eu prefiro morrer queimado, ou atropelado por um caminhão, cair no metrô, mas jamais eu vou... com essa carga, porque é muito pesada... não consigo mais dormir, trabalhar e me relacionar com ninguém. Ah, sei lá, a vida acabou... Tenho medo que as pessoas olhem pra mim, descubram que tem uma coisa errada e me julguem, acusem... Seria uma catástrofe essa revelação. Com quem vou falar ? Pra me cacetarem? Ninguém apoia, a discriminação é enorme... gay e ainda com aids... o preconceito é geral, para quem é soropositivo para quem é gay, principalmente, e se for soropositivo, que nem eu, agora, quando eu receber alta, que eu for ter que procurar emprego, eu vou ter que ser, entre aspas, um homem hétero. , porque homem é tudo, não é? Se o hétero vai a um puteiro ok... o gay é promíscuo, impuro, nojento.... você é gay, as pessoas já olham para você com um olhar de promiscuidade. Revelar? Para eu ser apedrejado, receber lâmpada na minha cabeça....o preconceito é muito alto... sou negro, e o HIV pode acumular os dilemas. Já enfrentamos muitos problemas pela cor, agora mais uma doença... não é fácil. O sofrimento, preconceito ainda é muito grande, as pessoas se afastam. O que mais mata não é o HIV, é o preconceito... esse mata. É muito preconceito... tô com medo... vejo muito que as pessoas te isolam, te ignoram. Eu sei que as pessoas jamais ficariam com alguém que é HIV+. É uma maldição, segredo.Tem muito preconceito!*

**Ancoragens:** a) “O que mais mata não é o HIV, é o preconceito”; b) “Ninguém apoia, a discriminação é enorme, gay e ainda com aids, o preconceito é geral”.

I/2.3) Estratificação “**substâncias psicoativas**” (Amostra T); Estratificação “**substâncias psicoativas**” (S-2); e DSC das estratificações “**uso de substâncias psicoativas**”.

I/2.3.1) “Substâncias psicoativas” (Amostra T): (TA-4.A, ANEXO 5) Grupo 4.A-1: “sempre usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais”=51; e Grupo 4.A-2: “nunca usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais”=89; “Às vezes usam” 26; PNR 0 = 126; foram identificados indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com a parceria circunstancial. Entre os 51 indivíduos que declararam “sempre usar substâncias psicoativas durante as relações sexuais”, foram identificadas as seguintes significâncias: (a) 37 são brancos; (b) 20 têm parcerias sorodiscordantes; (c) 11 moram com a esposa; (d) 16 revelaram o diagnóstico à família, 9 a amigos e 7 às suas parcerias; (e) 26 são HSHM; (d) 31 têm frequência sexual 1 a 3x/semana; (f) 16 têm preferência por múltiplas

parcerias nas relações sexuais, 10 preferem 2 parcerias e 25 uma parceria; (g) 22 as escolhem pela aparência; (h) 32 às vezes usam preservativo; (i) 26 às vezes usam objetos durante as relações sexuais; (j) 11 apresentaram falta de controle do uso de substâncias psicoativas, em especial álcool (76,5%); (k) 32 tiveram DSTs após o diagnóstico de HIV; (l) 27 usam frequentemente a internet para buscar parcerias sexuais e 6 não a usam; (m) 15 praticam sexo de alto risco frequentemente; (n) 14 foram abusados sexualmente; e (o) 13 fazem tratamento psiquiátrico. Dentre as principais justificativas encontradas destacamos: 31,4% têm receio de perder a parceria; 35,3% não gostam do preservativo; 25,5% têm dificuldade no controle da excitação sexual; 54,9% declararam impulsividade diante a excitação sexual; 25,5% declararam ter confiança na parceria; 37,3% justificaram perder a sensibilidade se usarem o preservativo; e 17,6% declararam que o comportamento de omissão é característico da relação sexual circunstancial. Além disso, foram detectados: isolamento em 15,7% e indícios de ideação suicida em 23,5% desta amostra. Observamos neste subitem alguns elementos que demonstram fortes indicadores de um comportamento sexual impulsivo/ compulsivo: (a) falta de controle na impulsividade da excitação sexual; (b) falta de controle no uso de substâncias psicoativas; (c) história de abuso sexual; (d) isolamento; e (e) ideação suicida.

I/2.3.2) “Substâncias psicoativas” (S-2): (TA-4.B, ANEXO 5) Grupo: 4.B-1: “sempre usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais”=45; e Grupo 4.B-2: “Nunca usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais”; “Às vezes usam”; PNR = 36; os indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais foram apreendidos através de importantes significâncias: dos 45 participantes que disseram sempre usar substâncias psicoativas durante as relações sexuais, somente 5 revelaram o diagnóstico a amigos; 29 usam o preservativo às vezes, e somente 3 usam sempre; 26 às vezes fazem uso de objetos e de álcool (86,7%) durante as relações sexuais, e 68,9% já tiveram DST após o diagnóstico do HIV. Entre eles também foram detectados indicadores de culpa, medo e de consentimento com as características do comportamento de omissão do uso do preservativo no sexo circunstancial.

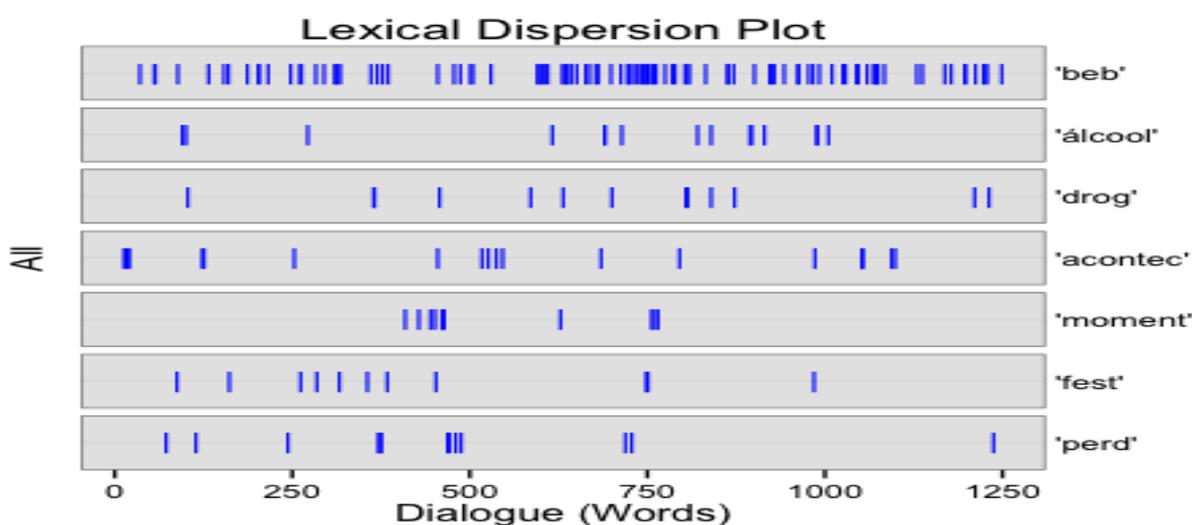
I/2.3.3) DSC: **Uso de substâncias psicoativas:** dentre as significâncias observadas nesta e nas estratificações que seguem, identificou-se a recorrência do uso de substâncias psicoativas. Neste subitem, esse elemento foi detectado em ambos os conjuntos, com elevados indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais. O uso das substâncias psicoativas no contexto deste estudo é um dos elementos que mais demonstraram influência e um “gatilho” para o ato sexual com o uso do

preservativo omitido. Nesses atos foram detectados uma “estimulação” a corresponderem com a necessidade de gratificação sexual imediata e baixo controle na negociação do uso do preservativo, levando-os a cederem às demandas das parcerias circunstanciais. Importante ressaltar que o uso de substâncias psicoativas faz parte do comportamento de impulsividade; entretanto, o limiar que o caracterizará como sendo um desencadeador para o ato sexual, ou mais propriamente um transtorno da impulsividade por uso de substâncias psicoativas, serão os indicadores de dependência, frequência, repetição e prejuízos decorrentes desta “adicção” na vida do indivíduo. Para certificarmos se são transtornos, e se estão sobrepostos ou reforçando o comportamento de impulsividade, serão necessários futuros estudos em profundidade, com instrumentos e metodologias específicas.

*Se voce bebe aí tá ferrado, o diabo faz a festa.. a pessoa fica inconsequente quando bebe, quando usa droga. Se eu sair para uma balada, tomar uma cerveja, e conhecer uma pessoa, eu não acho que eu tenho a obrigação de falar, me expor... se você estiver bêbado, você faz, então eu acho que é um ponto fácil de pegar a doença. Por isso que beber te faz esquecer. O problema é que aí você repete tudo isso pra esquecer e vai se afundando... às vezes usa entorpecente, perde totalmente o controle e... perde a noção do que está fazendo... bebida é a coisa para se entregar, no meio da empolgação, aí já começa a relaxar mais a mente, o corpo... quando bebe numa festinha dessas se solta totalmente... Principalmente num momento desse: "Ah, é só uma vez, só", e é onde mora o perigo sabe... e inclui drogas e mais drogas, sabe, não tem, não tem como você não pegar... A uma pessoa que bebe, perde o controle da situação... A bebida é o fator dominante. É um fator perigoso... vai transar. Com álcool você quer sexo, não está preocupado com o preservativo. A gente já age por impulso no sexo quando bebe você não controla, você se entrega e, tanto pra quem tem o vírus como pra quem não tem, e se beber você se entrega e não pensa em mais nada... com a bebida, a situação, a pessoa te atrai, aí você vai ficar com aquele tesão, mas aí você acaba se entregando, baixa a guarda... curte o barato!*

**Ancoragens:** a) “Se você bebe aí tá ferrado, o diabo faz a festa”; b) “Beber te faz esquecer”; c) “Bebida é a coisa para se entregar”; d) “A pessoa que bebe, perde o controle da situação”; e) “Com álcool você quer sexo, não está preocupado com o preservativo”.

A seguir, a representação gráfica indicada pelas frequências das palavras detectadas no relato do DSC.



**Gráfico 3** – Dispersão lexical: Substâncias Psicoativas (S-2)

Legendas das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: bebida, álcool, droga, acontece, momento, festa, perda.

I/2.4) Estratificação **“DSTs após o diagnóstico de HIV”** (Amostra T); Estratificação **“DSTs após o diagnóstico de HIV”** (S-2); e DSC das estratificações **“DSTs após o diagnóstico de HIV”**.

I/2.4.1) **“DSTs após o diagnóstico de HIV”** (Amostra T): (TA-5.A, ANEXO 5) Grupo 5.A-1: dos que declararam ter tido **“DSTs após o diagnóstico do HIV”**=63(35.4%); e Grupo 5.A-2: dos que **“não tiveram DST após o diagnóstico do HIV”**=114(58.4%), além de ser uma evidência do comportamento de omissão do uso do preservativo nos indivíduos do Grupo 5.A-1, também foram detectadas as seguintes significâncias: dentre os 63, (a) 30 têm parcerias sorodiscordantes e 8 soroconcordantes; (b) 15 moram com esposa; (c) 9 tem 3º grau completo; (d) 20 não revelaram o diagnóstico do HIV a ninguém; (e) 36 têm frequência sexual 1 a 3x/semana; (f) 16 preferem múltiplas e 10 duas parcerias nas relações sexuais; (g) 26 às vezes usam objetos nas relações sexuais; (h) 32 usam substâncias psicoativas (álcool (47.6%)); (i) 24 usam frequentemente a internet para buscar parcerias sexuais e 14 às vezes; (j) 15 praticam sexo de alto risco frequentemente, e 2 PNR; (k) 16 foram vítimas de abuso sexual; (l) 15 fazem tratamento psiquiátrico e 21 psicológico. Estes comportamentos foram justificados pelo medo de perder a parceria (28.6%); medo de ser ridicularizado (9.5%), falta de informação (19%); e para 14,3% este comportamento é característico do sexo circunstancial. Dentre eles, 17.5% apresentaram comportamento sexista em relação às suas parcerias.

I/2.4.2) **“DSTs após o diagnóstico de HIV”** (S-2): (TA-5.B, ANEXO 5) Grupo 5.B-1: dos que declararam ter tido **“DSTs após o diagnóstico do HIV”**=42; e Grupo 5.B-2: dos que **“não tiveram DST após o diagnóstico do HIV”**=39: além de ser uma evidência do comportamento de omissão do uso do preservativo nos indivíduos do Grupo 5.B-1, também foram detectadas as seguintes significâncias: dentre os 42, foram detectados escores de impulsividade (BIS-11 Fator único) e compulsividade sexual (ECS); 19 são solteiros, 14 moram com suas esposas, 6 têm 3º grau completo; 24 usam objetos durante as relações sexuais; e 31 usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais. Além destes índices, foram detectados indicadores de medo em perder a parceria; e de falta de informação e de comportamento sexista em relação às suas parcerias.

I/2.4.3) DSC: Os elevados índices de **DSTs após o diagnóstico de HIV** demonstram uma contradição inquestionável na declaração dos que afirmaram que **“sempre usam o**

preservativo”. Estas intercorrências são potencialmente graves no tratamento do soropositivo, pois podem ser algumas das responsáveis por uma série de complicações de saúde, podendo inclusive evoluir para falência diagnóstica, resistência à medicação e baixa de imunidade, entre outras inúmeras consequências. A gravidade desta situação também pode se estender ao plano emocional e social, pois a falta de um repertório emocional estruturado acarreta consequências em todas as áreas, desde a dificuldade em lidar com as pressões sexuais negociando o uso do preservativo, até as inúmeras situações externas que precisarão ser administradas, tais como, as consequências físicas e emocionais, pessoais e de suas parcerias estáveis, adaptações a diferentes medicações e tratamento, administração de possíveis problemas no ambiente de trabalho, entre tantas. Ressaltamos ainda, neste subitem, que no comportamento descrito o uso das substâncias psicoativas (em especial o álcool) foi um fator determinante, inclusive para mobilizar outros como a recorrência da frequência sexual com múltiplas parcerias, e sexo de alto risco com as parcerias circunstanciais.

*Não tenho a consciência que deveria ter. Escapo sempre da esposa e tenho várias relações e já tive várias DSTs. Os caras chegam junto e você tem que tentar tirar proveito da situação e gozar junto... sabe, me entende? Você está sujeito a sujeira, doença, estresse e muita loucura. Sempre gostei de sexo oral, variar sabe.... transar com várias pessoas... sempre gostei muito de boates, prostitutas, putaria, farra da pesada, mas sem envolvimento. Sou insaciável... E prazeroso! Sempre fui bonito e sempre quiseram fazer o diabo comigo. Tá entendendo o que eu quero dizer né? E isso, e o que o povo sempre diz ‘e aí tiozão’, tá tudo bem? Todo mundo quer tirar uma lasquinha... e eu deixo. Você conheceu um cara no metrô e simplesmente foi para o banheiro transar... você não pensa. É aquela coisa, bateu na hora, se a outra pessoa topa, vai lá e vai fazer... é muito desejo, é muita atração, é muito o tesão... impulso sexual. Não é uma questão racional. Um bofe dificilmente te pega e quando te pega ai é babado, você obedece...*

**Ancoragens:** a) “Os caras chegam junto e você tem que tentar tirar proveito da situação e gozar”; b) “Desejo, atração, tesão e impulso sexual, não é uma questão racional”, c) “Um bofe dificilmente te pega e quando te pega ai é babado, você obedece”.

I/2.5) Estratificação **“Desempregados e sem renda”** (Amostra T); Estratificação **“Desempregados e sem renda”** (S-2); e DSC das estratificações DSC: **“Desempregados e sem renda”**.

I/2.5.1) “Desempregados e sem renda” (Amostra T): (TA-6.A, ANEXO 5) Grupo 6.A-1: dos que declararam **“Estar desempregados e sem renda”** =23; e Grupo 6.A-2: e dos que estão desempregados, que ganham até 1SM, entre 1 e 3 SM, entre 3 e 6 SM, mais que 6 SM e PNR =154; foram detectados indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com parceria circunstancial, através dos índices de impulsividade (BIS-11 Fator único), e também pelas seguintes características: (a) 2 morarem com a família; (b) 4 terem 2º grau completo; (c) 7 praticarem sexo diariamente; (d) 11 usarem frequentemente a internet

para buscar parcerias sexuais; (e) 12 não conversarem sobre sexualidade com ninguém; e (f) 7 sentirem-se obrigados a corresponder com a demanda da parceria.

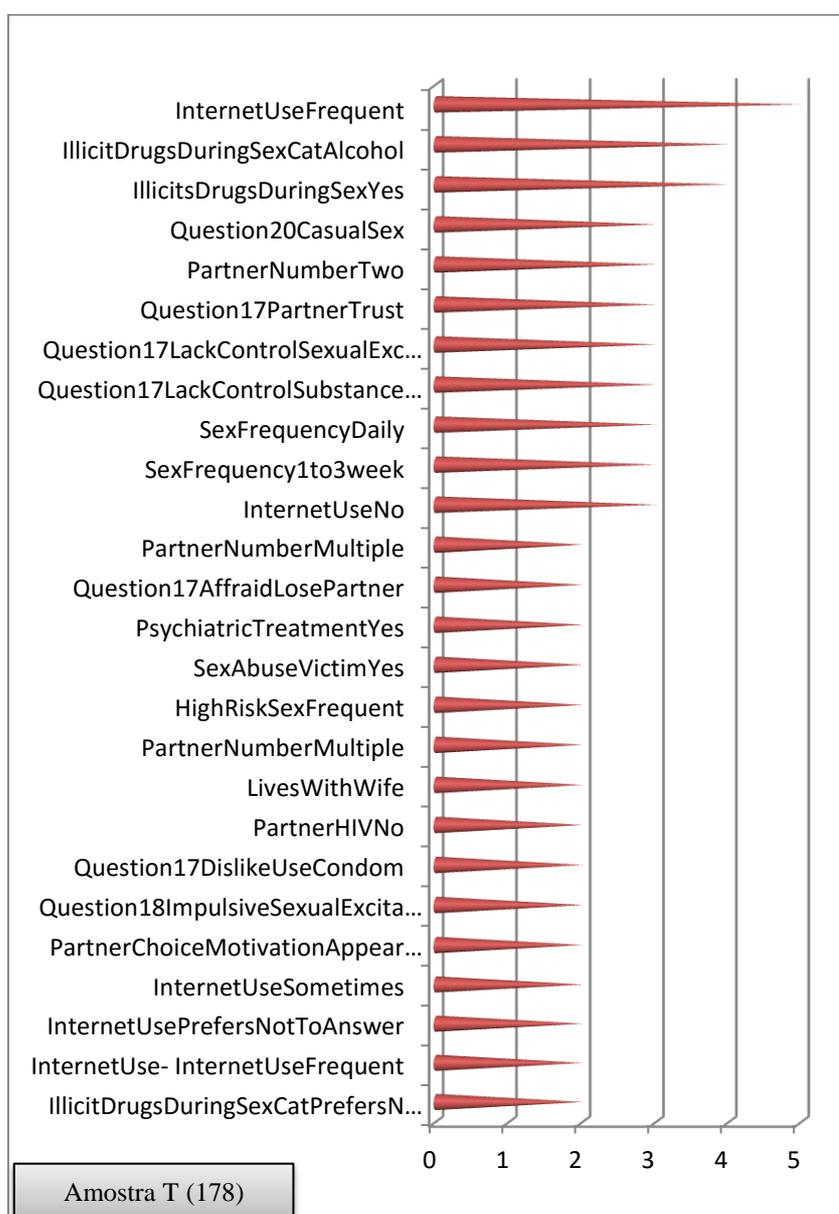
I/2.5.2) “Desempregados e sem renda” (S-2): (Tabela TA-6.B) Grupo 6.B-1: que declararam “Estar desempregados e sem renda” =17; e Grupo: 6.B-2: dos que estão desempregados, que ganham até 1SM, entre 1 e 3 SM, entre 3 e 6 SM, mais que 6 SM e PNR =64: os indícios de propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com parceria circunstancial entre os 17 participantes que declararam estar desempregados foram apreendidos pelas significâncias: sexo de alto risco (35,3%), frequência sexual diária (41.2%), 1 a 3x/semana (23.5%), 1 a 3x/mês (17.6%); e medo da perda da parceria (5,9%). Além destes, outros indicadores foram detectados: (a) impulsividade da excitação sexual; (b) identificação unânime com a história fictício-projetiva do Caso A; e (c) reconhecimento de 100% desta história acontecer de forma similar em suas vidas.

I/2.5.3) DSC: **Desempregados e sem renda.** O desemprego e a falta de renda foram fatores que contribuíram para a propensão do comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais. Estes elementos foram demonstrados pelos índices de impulsividade da escala BIS-11 e confirmados nos relatos de impulsividade da frequência sexual; e pela identificação com a história fictício-projetiva do Caso A e o reconhecimento de que esta situação acontece com frequência em suas vidas. Estes elementos desencadearam um comportamento de “resignação”, demonstrado pelo distanciamento de suas relações e pela percepção do descrédito com seu sofrimento. Uma das estratégias encontradas por esses indivíduos para lidarem com esta realidade foi a frequência sexual, que propiciou vazão de uma carga pulsional bastante potente. Entretanto, esta “estratégia” pode ser um indicativo de que núcleos, tanto de impulsividade como de compulsividade, de características bastante destrutivas, estejam sendo retroalimentados e usados como forma desses indivíduos se defenderem das pressões emocionais.

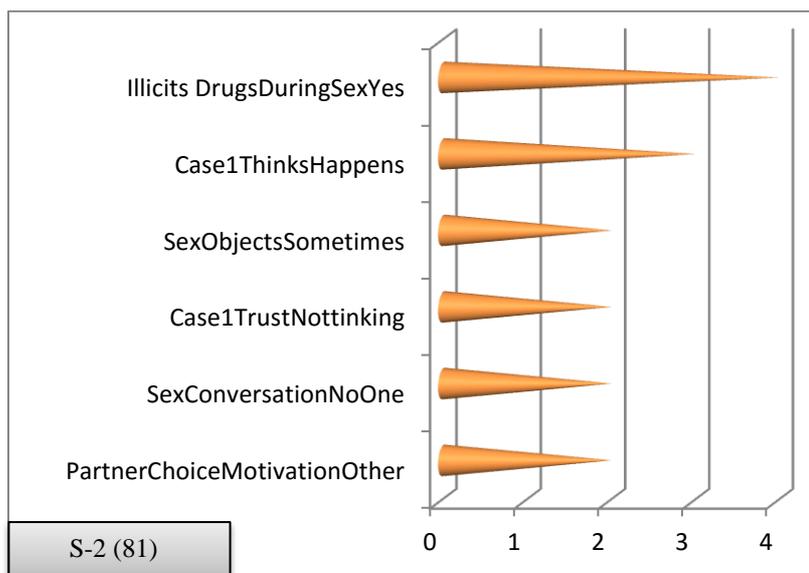
*Agora, com esse problema, tá muito complicado... Em geral me sinto abandonado, distante. Não os vejo quase nunca, então é somente almoço com domingo do Faustão. Eles lá e eu cá, assim... sem se misturar. Não tenho relação com a família. Me afastei... o relacionamento acaba sendo o básico, superficial, distante. Isso não é um assunto que dá dinheiro, não gera lucro, então ninguém perde tempo... hoje a gente convive... faz aquele joquinho e vamos indo... tenho uma relação superficial, distante. Não tenho muito contato, nos vemos esporadicamente. Relação muito superficial... distante, até pela minha opção sexual e a carga de preconceito concernente a esta opção. E aí eu me joga... se o cara com quem estou não gosta de preservativo é difícil ficar debatendo e aí acaba rolando... mas é difícil por que sempre tô ligado, mas ao mesmo tempo não tenho como fazer muita coisa... Os caras tem pressa, se não tiver na mão eles vão embora, muito papinho eles ficam bravos.... Não é fácil*

**Ancoragem:** “Isso não é um assunto que dá dinheiro, não gera lucro, então ninguém perde tempo.”

I/2.6) **Levantamento gráfico das principais recorrências de variáveis nas estratificações** subdivididas entre o Grupo Quantitativo+Qualitativo (S-2) e o Grupo Quantitativo (Amostra T). A seguir, cada um dos gráficos demonstrará as variáveis mais recorrentes entre todas as estratificações abordadas na Amostra T (TA-2.A, TA-3.A, TA-4.A, TA-5.A, TA-6.A) e na Amostra S-2 (TA-2.B, TA-3.B, TA-4.B, TA-5.B, TA-6.B). Dessa forma, este recurso visual gráfico apontará um levantamento dos comportamentos que poderiam estar mais propensos à omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais, subdivididos pelas amostras T e S-2.



**Gráfico 4** – Levantamento das principais recorrências de variáveis nas estratificações (Amostra T)



**Gráfico 5** – Levantamento das principais recorrências de variáveis nas estratificações (S-2)

**I/3) Comparação das principais significâncias** identificadas a partir da Amostra T (TA-7, ANEXO 5) e observadas entre S-1 – indivíduos que só fizeram a etapa Quantitativa (=97) e S-2 – indivíduos da etapa Quantitativa + Qualitativa (=81), demonstrando que: (a) **média dos escores de BIS-11 Motor, BIS-11 Atencional:** S-2 apresentou maiores indícios de impulsividade; (b) **média dos escores de ECS:** S-2 apresentou maiores indícios de compulsividade; (c) **uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais:** S-2 sempre usa substâncias psicoativas durante as relações sexuais (álcool=50.6%; cocaína 14.8%), enquanto S-1 usa substâncias psicoativas de vez em quando durante as relações sexuais e PNR; (d) **uso de internet para buscar parcerias sexuais:** S-2 usa frequentemente a internet para a busca de parcerias sexuais (60.5%) e usa de vez em quando (16%), enquanto S-1 admite que usa a internet para a busca de parcerias sexuais (14.4%) e PNR (10.3%); (e) **frequência sexual:** S-2 tem frequência sexual 1a3x/semana (56.8%) e diariamente (21%), enquanto S-1 tem frequência sexual 1a3x/mês (23.7%), e PNR (15.5%); **motivo de escolha das parcerias sexuais:** para S-2, a escolha se dá pela aparência (39.5%) e pela circunstância (6.2%), enquanto para S-1 a escolha da parceria se dá pela afinidade (33%), pela atração (29.9%), por outras motivações (9,3%) e PNR (12,4%); (f) **falta de controle do uso de substâncias psicoativas:** S-2 apresentou 16%; (g) **relacionamento superficial:** S-2 demonstrou indicador de 9.9% em relação a 1% da S-1; (h) A S-2 apresenta maior **falta de controle da excitação sexual** (28.4%) e **confiança na parceria** (32,1%); (i) **impulsividade da excitação sexual:** a S-2 apresentou 55.6% em comparação a 11.3% da S-1; (j) **solidão:** a S-2 também demonstrou maiores índices (25,9%) em relação a 12,4% da S-1.

Na comparação entre os dois grupos, foram detectadas elevadas significâncias no comportamento, que poderia estar mais propenso à omissão do uso do preservativo na S-2. Por outro lado, cabe também ressaltar que uma das justificativas para essas diferenças constatadas entre os dois grupos pode ser atribuída a um maior controle exercido pelo grupo S-1 ao preencher as escalas, no intuito de corresponder com o que é socialmente desejável. Neste sentido, evidenciamos a importância do estudo qualitativo, no qual foi possível detectar em profundidade as questões envolvidas no comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais. Propiciar um espaço de escuta por meio desta metodologia parece ter contribuído substancialmente para aumentar a confiabilidade dos entrevistados em expor seus sentimentos cristalizados e de difícil acesso.

**I/4) Teste binomial:** Levantamento das principais variáveis que emergiram nas respostas da história fictícia Caso A (S-2) (TA-8.A, ANEXO 5). Entre os 81 entrevistados que responderam à história fictícia-projetiva do Caso A, destacamos: (a) a história foi percebida unanimemente como uma situação que acontece frequentemente; (b) 87,66% relataram que esta situação se deve à impulsividade da excitabilidade sexual; (c) que esta motivação se dá pela aparência (35,8%) e por carência: querer ser amado (28,39%) e por ser homossexual (9,87%). Afirmaram, ainda, que os motivos que levariam as pessoas HIV<sup>+</sup> a agir desta maneira são justificáveis, pois 34,56% acham que as pessoas têm direitos sobre os próprios corpos e atos. Por outro lado, 39,5% acham que os motivos que levariam as pessoas HIV<sup>+</sup> a assim agir seria o sentimento de culpa; 29,63%, por falta de caráter, 28,39%, por medo da perda da parceria, 13,58% pelas circunstâncias do momento; e 22,22% afirmaram não querer pensar nos motivos. Questionados se viveram situação semelhante e como lidariam com esta questão, 98,7% dos 81 entrevistados afirmaram ter vivido história semelhante, e por isso estão infectados pelo HIV; 29,63% declararam que lidariam com isso e revelariam a situação à parceria, assumindo as consequências; 14,82% se culpavam por terem confiado na parceria; 57% justificaram a influência das substâncias psicoativas, e 6,17% argumentaram que, por terem sido enganados, também passaram a enganar. Portanto, entre as variáveis que demonstraram a maior propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais, destacamos a impulsividade da excitação sexual, justificada principalmente pela influência de substâncias psicoativas, e pela sedução da aparência. E entre as principais consequências emocionais deste quadro, destacamos a sensação de culpa e o medo de perder a parceria, embora sendo contrastada pela declaração de direito sobre o seu corpo e seus atos, conforme demonstrado nos DSC a seguir.

I/4.1) DSC Caso A (TA-8.A, ANEXO 5): A seguir serão demonstrados os DSC das variáveis principais que emergiram com maior frequência.

I/4.1.1) DSC Caso A: **“Você acha que esta situação acontece?”** Entre os 81 entrevistados, 100% responderam que acontece frequentemente. “Você já se viu em uma situação semelhante?” 81 (100%) responderam que sim, que frequentemente acontece. Os relatos demonstram a propensão ao comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais associado a um comportamento de impulsividade, justificados pelos relatos de impulsividade sexual e falta de controle desta, sem a negociação do uso do preservativo com parcerias circunstanciais.

*Acontece... acaba rolando. Mas isso acontece sempre, várias vezes na semana. "Nossa, eu não lembro o que aconteceu na noite passada, bebi demais". A pessoa nunca acredita que vai acontecer com ela! Isso também ajuda a não pensar muito nas consequências depois... talvez foi o que aconteceu comigo também, não sei, não sei da onde eu peguei isso. Você não está nem aí.. isso é o que acontece principalmente com os jovens de hoje em dia. acontece. Eu acho que é falta de valor. Se a pessoa estiver sozinha, você pode estar sujeito... com esse contexto de confiança e de se sentir à vontade... infelizmente existe o fator confiança. Eu acho que se entrega, sabe porque, por, às vezes, carência, às vezes em busca de um relacionamento, a gente vive em busca de um relacionamento, a gente vive em busca de um amor, de ter alguém. Inocência demais porque, sinceramente, amor não é, porque ninguém conhece você aqui e já está apaixonado, isso é negócio de novela, não é, o amor vem da convivência, você vendo quem é a pessoa, não é? Resumindo é muito difícil de usar, é essencial, mas difícil demais... não quero falar nisso, é muito difícil pra mim... Depois vem a depressão, o martírio, o remorso, vem a porra de estar aqui pra fazer tratamento, a porra do gasto pra se cuidar... aí quero morrer. E se servisse de alguma coisa podia falar que aprendi a lição, mas não adianta nada, isso rola de novo quando o tesão vem da mesma forma ou pior. É foda controlar!*

**Ancoragens:** a) “Acontece de você se entregar sempre, várias vezes na semana”; b) “ Você não está nem aí, isso é o que acontece principalmente com os jovens de hoje em dia”; c) “Você se entrega por carência, por um relacionamento, por amor”; d) “É muito difícil de usar o preservativo, é essencial, mas difícil demais”.

I/4.1.2) DSC: **Impulsividade na excitação sexual.** Os relatos evidenciaram os elevados índices de impulsividade sexual, caracterizado por um comportamento sexual sem defesa, que cede às pressões por uma gratificação sexual imediata. Assim sendo, a impulsividade demonstrada pode evidenciar a vulnerabilidade e a precariedade de defesas emocionais no que se refere à falta de recursos de domínio de suas pressões sexuais, sendo, portanto, um dos comportamentos de maior propensão à omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais.

*É normal! Desejo... tesão não dá pra controlar. Agora, quando se está no sexo, atingiu a energia ... está quase explodindo, (risos) , então fica vulnerável Ah, eu quero é que se dane, eu vou relaxar agora! Ah, besteira, preservativo, vamos aproveitar o momento agora, o que importa é curtir. O tesão do momento: "Ah, estou aqui, a pessoa me deu tesão, vou fazer e dane-se", não pensa, sabe... na hora, é o tesão do momento que faz isso.. é um impulso sexual! Não tem como, é impossível, cara, isso daí, eu acho que isso aí nem educação ajuda (risos)... você vai pelo calor do momento, você vai... o corpo, o corpo humano, por mais que o cérebro humano te ... não tem jeito, não tem jeito, nós temos o lado instinto, o lado animal, o lado da atração.*

**Ancoragens:** a) “Tesão não dá pra controlar”; b) “A pessoa deu tesão, você faz e dane-se”; c) “Na hora, é o tesão do momento que faz isso, é um impulso sexual”.

I/4.1.3) DSC: **Por se sentir culpado.** Os relatos deste subitem sinalizam para dificuldades e sofrimentos emocionais enfrentados. Estas situações demonstram o quanto a falta de um repertório emocional pode acarretar uma sucessão de sofrimentos, dentre eles uma “descarga” de raiva e culpa, retroalimentada por futuras atuações para lidar com esses sentimentos.

*Ah, é o sentimento de culpa por ser soropositivo... não sei como que eu peguei HIV... o cara usou preservativo, só que a camisinha estourou bem na hora que ele ejaculou, ficou dentro de mim, a camisinha. Não culpo o cara, porque o cara não fez comigo de má fé, entendeu, o cara usou camisinha, estourou mesmo, acho que o cara nem sabia, ele ficou preocupado. Muitas vezes a gente passa por situações que realmente fazem a gente surtar...porque aconteceu comigo?! Eu tenho uma menina com oito anos, eu penso nela também. Aconteceu, tive uma relação sem preservativo e estou nesta situação... estou doente, eu errei, já era... foi um erro... O problema é minha cabeça, não sei lidar com isso. Não conhecia ninguém que... nem um conhecido que fosse soropositivo, a menos que não tinha me contado ainda. Eu não sei lidar com isso, eu falei para ele.*

**Ancoragem:** “Existe um sentimento de culpa por ser soropositivo”.

I/4.1.4) No DSC: **Por ter direito sobre o corpo e atos.** Os entrevistados demonstraram um comportamento de conteúdo emocional de características agressivas e transgressivas, reivindicando direitos e opondo-se às demandas heteronormativas. Importante pontuar que estes indivíduos não se dão conta do quanto esta “transgressão” pode violá-los e prejudicá-los, e o quanto este comportamento traz consequências de difícil gestão às suas vidas.

*Aconteceu? Não existe “aconteceu! Você se deixa levar conscientemente, está assumindo o risco! Falsos moralismos... cada um tem o direito e o dever de se respeitar e dane-se os outros! Por que ninguém questiona os heteros? Por que esta coisa de achar que só os gays fazem isso? Vai ser do jeito que eu quero! Se o cara me chamar para sair, eu vou! Não quero fazer, porque o meu prazer é sentir sem aquele plásticozinho. Todo mundo sabe os riscos, todo mundo sabe as formas de prevenção e vai porque quer, porque todo mundo sabe o que faz da vida. Nem todos tem fidelidade, porque tem que se manter no controle? Mas por quê? Porque eu não quero. Você quer sem camisinha, então eu não quero. Não tenho problema nenhum em transar sem camisinha. Temos que parar com essa hipocrisia moral... eu mando no meu corpo e posso.*

**Ancoragens:** a) “Você se deixa levar conscientemente e está assumindo o risco!”; c) “Cada um tem o direito e o dever de se respeitar e danem-se os outros!”

**I/5) Tabela Análise do Processamento em Linguagem Natural (APLN)<sup>84</sup> (S-2).** Abaixo, a tabela de análise de sequenciamento temporal e co-ocorrência de palavras, demonstrando as expressivas variáveis no comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais.

---

<sup>84</sup> Natural Language Processing Analysis.

Variável	Qui-Quadrado	p
Impulsividade/ Excitação sexual	9.613636	< 0.001
Foi Seduzido pela Aparência	3.286526	0.001
Influência de Substâncias Psicoativas	11.52434	< 0.001

**Tabela 5** – APLN do comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais (S-2)  
Fonte: APLN / TB<sup>85</sup> / X<sup>2</sup><sup>86</sup>.

I/5.1 DSC: **Impulsividade Sexual e Falta de controle da excitabilidade sexual.** Estes relatos corroboram as análises anteriores deste estudo, e mais uma vez evidenciam o quanto o comportamento de impulsividade sexual foi marcado pela falta de controle sexual, livre correspondência com a demanda da parceria, entrega incondicional e ausência de negociação do preservativo, e portanto associado ao comportamento de omissão e uso do preservativo com parcerias circunstanciais.

*Acho que preciso diminuir o número... Tenho vários parceiros. Eles me tentam, às vezes tô sozinho em casa e ficam me ligando... querendo, aí eu falo, vem pra cá... e aí acaba rolando. Mas isso acontece sempre, várias vezes na semana, minha vida é completamente desregrada. Não tenho a consciência que deveria ter. Escapo sempre da esposa e tenho várias relações. Na verdade não dou o valor a vida que deveria saber, já tive várias DSTs" Os caras chegam junto e você tem que tentar tirar proveito da situação e gozar junto... é muita loucura. Sempre gostei de sexo oral, variar sabe.... transar com várias pessoas... de boates, prostitutas, putaria, farra da pesada... Só farra mesmo, sem envolvimento. Sou insaciável... Sempre fui bonito e sempre quiseram fazer o diabo comigo. Tá entendendo o que eu quero dizer né? Todo mundo quer tirar uma lasquinha... e eu deixo... também sou gente, e as pessoas querem saber de sexo somente, nem vê o outro. Quanto mais quantidade melhor.... Eu gosto de tudo um pouco sabe, sou meio guloso. Aí arrumo esses problemas na vida né... mas sabe como é, a gente não consegue controlar, quando vê tá lá, já foi... Nós somos como animais entendeu, não há o que se possa fazer, o tesão é mais forte! Sou impulsivo, vou por que o cara é gato. Preciso transar mais... Sempre tive uma vida sexual ativa, acho que é fundamental pra gente se sentir gente. Sempre fui muito paquerado e acabo pegando ... Gozou entra na fila de novo e goza quantas vezes quiser... mas tudo rapidinho.. nada de eternidade pra gozar. Não tenho problemas. Sou super jovem e funciono a mil. O HIV não mudou minha vontade sexual. Gostaria de até fazer mais sexo, mais o dia a dia e cansaço não deixa... gosto de sexo casual.*

**Ancoragens:** “Somos como animais, não há o que se possa fazer, o tesão é mais forte”; b) “As pessoas querem saber de sexo somente, nem vê o outro. Quanto mais quantidade melhor”; c) Gozou entra na fila de novo e goza quantas vezes quiser; d) “O HIV não muda a vontade sexual”.

A seguir, as representações gráficas indicadas pela frequência das palavras detectadas no relato do DSC.

<sup>85</sup> Teste Binomial (TB) (*Exact Binomial*).

<sup>86</sup> Teste Qui-quadrado (X<sup>2</sup>) (*Test Chi-Square*).



*gay não é fácil... (risos). Se você tá gordo demais, volta pra fila... Se você tá magro demais, ninguém te quer... você tem que estar com corpão, malhado e se exibindo o tempo todo. O cara é bonito a pessoa vai pela aparência. é. Quando o tesão é maior ninguém pensa.... no mundão nem sempre rola por que a pressa é maior... muito tesão né. Tesão é falar em pressa, vontade e do lado mais animal que temos... Não espere racional nisso, não espere cabeça. A gente pensa com a cabeça de baixo (risos), o pau fala, manda. Meu, tô com um cara lindo, malhado, bonito, tesão.... Você acha que nessa hora vai lembrar da camisinha? Você acha que vai querer parar.... você quer é gozar. Você se entrega totalmente, age completamente sem pensar em nada. Só alegria!... então, aí você quer viver somente o que você tem, tesão. Ele te solta, te libera, e aí caio de cabeça e quero somente gozar... a carne é fraca e aí fica difícil... as pessoas não se ligam muito nisso, todo mundo tá mais interessado em transar mesmo... ajo por impulso... não consigo programar tudo. Na hora do tesão, não consigo parar pra pensar em camisinha... acabo agindo por impulso, principalmente por que as pessoas também são assim. Ninguém quer saber de usar camisinha... deveria ser obrigatório, mas como controlar?*

**Ancoragens:** a) “Aparência é tudo”; b) “Tesão é falar em pressa, vontade e do lado mais animal que temos”, c) “É o mundo do gênero, das aparências, do corpo, da beleza”; d) “O cara é bonito a pessoa vai pela aparência”.

#### **I/6) Conclusão da Hipótese 1:** Nesta amostra, **“O comportamento sexual impulsivo é determinante para a omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais”**.

Segundo os resultados apresentados neste estudo, não foram apresentadas significâncias nos resultados de impulsividade na escala BIS-11, e de compulsividade na ECS (Amostra T). Entretanto, sob uma observação mais específica, foram apontados índices de significâncias em todos os subitens de ambas escalas, conforme análises nos subitens 1.1, 1.2, 1.3. Corroborando estas significâncias encontradas, os indícios de impulsividade foram detectados através das análises das estratificações abordadas na Amostra S-2 (TA-2.B, TA-3.B, TA-4.B, TA-5.B, TA-6.B) e Amostra T (TA-2.A, TA-3.A, TA-4.A, TA-5.A, TA-6.A).

Nesta análise, foram demonstrados que alguns elementos podem ter potencializado ainda mais o comportamento de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais, operando como “gatilhos” ou “facilitadores”, identificados pelas seguintes variáveis: (a) falta de controle da impulsividade da excitação sexual; (b) falta de controle no uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais; (c) elevada frequência sexual; (d) múltiplas parcerias; (e) sexo de alto risco; (f) beleza (aparência); (g) isolamento em função da dificuldade em lidar com o HIV; (h) baixa estima; (i) hipervigilância direcionada a não revelação do diagnóstico; (j) ideiação suicida, o que justificaria a falta de limite para as situações de risco; (h) dificuldade em lidar com o estigma e discriminação; (i) uso da internet para buscar parcerias sexuais; e (j) a dificuldade em negociar o uso do preservativo com parcerias circunstanciais.

Cabe ressaltar a relevância do método misto, pois os indícios demonstrados na composição dos instrumentos de análises foram de fundamental importância para

percebermos as nuances do comportamento impulsivo como determinante para a omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais.

● **HIPÓTESE II:** O comportamento de recusa do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> com sua parceria estável é devido: (a) ao receio de levantar a suspeita de relações sexuais extrarrelacionamento; (b) à falta de coragem em revelar o diagnóstico do HIV; (c) à dificuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda de sua parceria; e (d) no caso de Homens que fazem sexo com Homens e Mulheres (HSHM) e/ou têm união estável com mulheres, deve-se também ao temor de que as parceiras descubram suas relações com homens. Esta hipótese será testada por meio de (2.1) estratificações de dados do formulário (Amostra T; S-2); e (2.2) as respostas observáveis no relato da história fictício-projetiva do Caso B (S-2).

**II/1) Teste binomial:** Levantamento das principais variáveis que emergiram nas respostas da história fictícia Caso B (S-2) (TA-8.B , ANEXO 5). Entre os 81 entrevistados participantes, 72 (88,88%) admitiram que a situação proposta na história fictícia do Caso B acontece de forma frequente. Quando perguntados sobre o que poderia levar a esse comportamento, responderam: (a) por ter algum problema emocional 13 (16,05%); (b) para preservar a relação 9 (11,11%); (c) por falta de informação e orientação 6 (7,40%); e (d) por falta de assistência e ajuda profissional 2 (2,46%). Ao serem perguntados sobre o que fariam, responderam: (a) nunca revelaria o HIV 16 (19,75%); (b) omitiria o HIV para manter o relacionamento 14 (17,28%); e (c) desistiria da relação 10 (12,35%).

**II/2) Hipótese 2A:** estratificação “uso do preservativo” (Amostra T)

II/2.1 Estratificação “uso do preservativo” (Amostra T). (ANEXO 5, TA-2.A: mesma tabela do subitem 2.1.1) Neste subitem, foram detectados aspectos do comportamento receoso de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento com a parceria estável nos **conjuntos:** Grupo 2.A-1, “sempre usam o preservativo”=73(41%) e Grupo 2.A-2, “dos que usam às vezes 65(36,5%) + nunca usam 31(17,4%) + PNR 9(5.1%) = 105(59%): com relação ao grupo que admite sempre usar o preservativo 2.A-1 (73), 6.8% da amostra T revelaram o medo de perder a parceria, 4.1% relataram confiança nela, 2,7% sentiram-se na obrigação de corresponder com a parceria, e 1,4% declararam dificuldades pela característica de a família ser controladora. Dentre as justificativas do grupo que não usa o preservativo 2.A-2 (105), estão a perda de sensibilidade (25.7%), a impulsividade da excitação sexual (42.9%), e o comportamento sexista (13.3%).

II/2.2) DSC das principais variáveis presentes nesta análise: dentre os relatos, observou-se inúmeros medos e dificuldades em corresponder com a demanda da parceria estável e as dificuldades em lidar com a característica controladora e preconceituosa da família.

II/2.2.1) DSC: Os **medos** acarretados desde o conhecimento do diagnóstico fizeram com que desenvolvessem elevada hipervigilância. Dentre os desdobramentos desta contínua vigilância, foram observados desesperança, culpa, ideação suicida e sucessivos medos, gerando uma elevada desorganização de suas defesas emocionais. Estes elementos colaboraram para que os indivíduos se isolassem e desenvolvessem um “pavor” de conviver com a possibilidade de levantar suspeitas de relações sexuais extraconjugais.

*Tenho medo que alguém descubra... tenho medo, tenho medo do amanhã. Tenho muito medo, de tudo. Medo de contaminar a família, de conviver. Sou completamente reservado e com medo... foi um deslize só, e por um deslize... vou ficar marcado para sempre. Antes de ter eu sentia muito medo, quando o HIV confirmou me desesperei... isso me dá um pouco de medo. Recém soube da aids. Quero morrer, estou sem chão, confuso, amedrontado, preocupado, com muito medo, insegurança, quanto ao futuro. Tenho muito medo, tenho medo inclusive de desistir e me entregar. Às vezes penso que tá tudo perdido, que é muito difícil viver assim... Sei que por mais que eu faça, nunca mais será como antes... assim que eu vejo o mundo, não há amor próprio, não há nada! Não dou valor à vida, tenho que ser vigiado porque senão me joga na vida. No início aceitei minha sentença de morte. Levanto e vem tudo à tona, não tenho com quem falar. É muito difícil, você se sente sozinho, desamparado. Às vezes penso... não sei se vale a pena entende... desorganiza muito... entra num processo assim de autodestruição, depressivo. Quero morrer, estou sem chão, confuso, amedrontado, preocupado, com muito medo. Não tenho vida hoje, estou lutando pra sobreviver. Fico com muito medo, muito encaçado com minha esposa, culpado por ter contaminado ela. Eu acho que ela não merece cara, ela não merece, mas o desejo é maior, entendeu, infelizmente, então ela não sabe. Acho que é o medo de abrir brechas pra pegação no pé né... mulher cheira de longe o que tá rolando... então tem que ficar sempre ligado...*

**Ancoragem:** “Existe o medo que alguém descubra o HIV, medo do amanhã, medo de tudo, inclusive de desistir e se entregar”.

II/2.2.2) DSC: As **obrigações em corresponder com a demanda da parceria estável** foram sentidas como de difícil condução, levando-os a utilizar estratégias como o uso de substâncias psicoativas para amenizar a pressão sentida. Esta, por sua vez, parece ter funcionado com um “gatilho”, desencadeando outras relações extraconjugais. Essas “compensações” que os “estimulam” a atender a gratificação imediata de suas necessidades sexuais caracterizam-se como um comportamento que retroalimenta uma dinâmica emocional deficitária para que consigam lidar com a sustentação de seus segredos com suas parcerias estáveis.

*Casei e me separei... não teria como explicar. Vida de casado sempre tem os altos e baixos... Você não existe, você vive num mundo de faz de conta, não vivo no mundo real... sou dependente químico, alcóolatra, e soropositivo! Eu tenho um relacionamento estável a 5 anos... você casa, tem a sua esposa... mas como não viajei e aí você sabe.... rolou. Aí... geralmente você não espera pegar nenhuma doença, você é sadio, não tem como você pegar nada, não é? Você pula a cerca e aí fica complicado, você acaba gostando... Com mulher às vezes é complicado por que tem que ficar conversando... as experiências que tive fora foram sempre melhores por que não tenho que conversar por horas... A mulher fica no pé, controlando e exigindo que... você sabe né... Não é fácil por que é um acúmulo muito grande. Esses caras, eles realmente são... atentam... Eu sou homem né...*

**Ancoragens:** a) “Você não existe, você vive num mundo de faz de conta”; b) “Você casa, tem a sua esposa, mas se viajar, rola”; c) Quem pula a cerca e acaba gostando”.

II/2.2.3) DSC: As **dificuldades em lidar com a família controladora e preconceituosa** foram percebidas de forma bastante austera. A culpa e a constante vigilância acarretadas pela situação em que os indivíduos se encontram despotencializaram ainda mais suas defesas. O controle excessivo em manter o segredo do diagnóstico e de suas relações extraconjugais, somadas ao conflito sentido com a receptividade de sua orientação sexual, trouxeram inúmeros sofrimentos, dentre eles isolamento, distanciamento e baixa estima, contribuindo ainda mais para o receio de levantar a suspeita de relações sexuais extrarrelacionamento.

*A família? Não conto muito, pois ela te aceita até quando você virar escândalo, aí já muda de figura. Então por isso construo uma vida sozinho. Mudei meu modo de agir e pensar. Me isolei... não tenho com quem falar... sou sozinho, desamparado... É uma carga que só não me faz cometer uma loucura por que não tenho coragem. Vivo como dá... As pessoas não aceitam e com aids, tô fudido.... Por mais que minha família insistisse em me dizer que eu era anormal, errado e coisas do gênero, sempre soube o que queria e precisei sair de casa pra conseguir ter uma vida sexual como tinha que ser... Saí de casa e tentei me estruturar... Eles não me aceitavam... queria que eu casasse e tivesse filhos... não admitiam que eu fosse homossexual... E isso nos distanciou muito... Agora, na situação de casado, vivo como se estivesse enganando alguém... como se nada mais fosse verdade. Tô de novo vivendo uma mentira... Tenho um filho que quando encontro não sei mais o que falar com ele.*

**Ancoragens:** a) “A família te aceita até quando você virar escândalo, aí já muda de figura”; b) “A família não te aceita e com aids...”; c) “Não aceitam, a família quer que você case e tenha filhos”.

II/2.2.4) DSC: Os relatos de **omissão do HIV pra manter o relacionamento** demonstram as mentiras e os inúmeros esforços para lidar com a elevada percepção de estigma e discriminação, reforçando ainda mais o isolamento e a sensação de culpa de “estar vivendo uma mentira” e “num mundo de faz de contas”. Nestes comportamentos, observa-se que a sensação de “não pertencimento” acarreta mais culpa e, conseqüentemente, isolamento e distanciamento das pessoas com quem convivem.

*Não falaria pra não levantar suspeitas... mentira, em vez de ser verdadeiro, usaria de um artifício, camuflaria, cometeria a fraqueza de não falar para ter o relacionamento. Acho que não tem relacionamento fixo, é difícil ter um relacionamento fixo para os gay, é difícil, não é impossível, mas é difícil. No meu ponto de vista eu não falaria, preferiria perder um relacionamento com uma pessoa que eu gosto de verdade. O pensamento que eu tenho hoje, eu acho que vamos perder essa relação, ou conviver com esse peso tremendo que vai te arruinar a vida porque isso te dá a sensação de culpa... esse fantasma vai crescendo tanto que você chega uma hora que você acaba terminando o relacionamento porque não pode mais conviver com essa situação.*

**Ancoragens:** a) “Ninguém fala pra não levantar suspeitas”; b) “Em vez de ser verdadeiro, as pessoas usam de um artifício, camuflam”; c) “Você não fala para manter o relacionamento”; d) “É difícil para o gay ter um relacionamento fixo”.

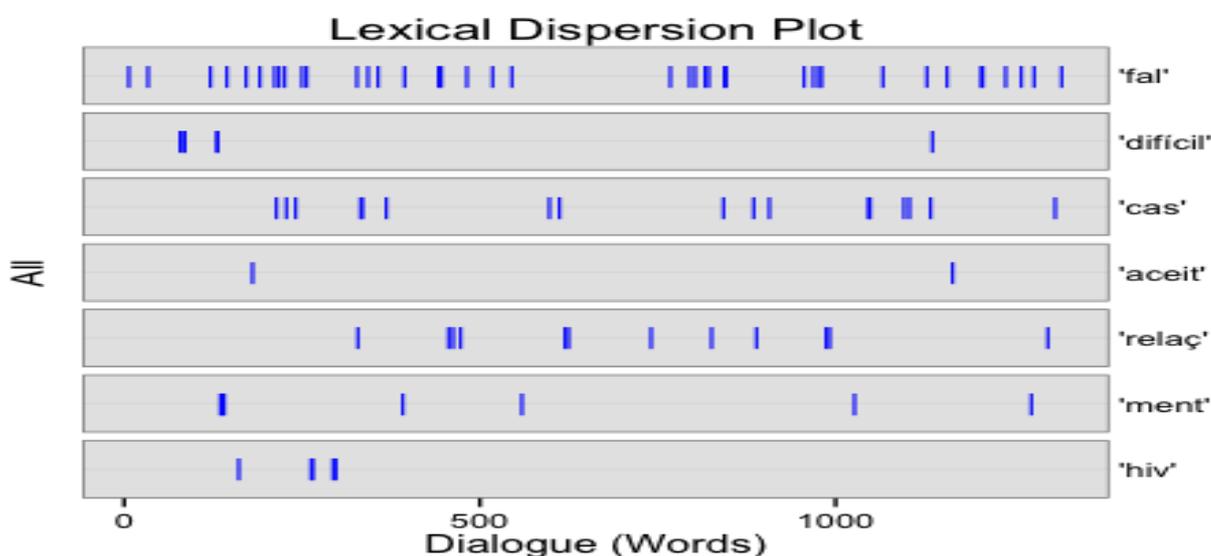
II/2.3) Análise do Processamento em Linguagem Natural. A seguir, a tabela de análise de sequenciamento temporal e co-ocorrência de palavras, demonstrando as expressivas variáveis no comportamento receoso de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento.

Variável	Qui-Quadrado	P
Medo de Levantar Suspeitas	11.41343	<0.001

**Tabela 6** – APLN do comportamento receoso de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento (S-2)

Fonte: APLN / TB /  $\chi^2$ .

A seguir, a representação gráfica indicada pela frequência das palavras detectadas no relato do DSC.



**Gráfico 8** – Medo de Levantar Suspeitas (S-2)

Legendas das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: falar, difícil, casado, aceitar, relação, mentir, HIV.

II/2.3.1) DSC: nos relatos de **medo de levantar suspeitas da descoberta de relações extraconjugais**, observa-se estratégias muito primárias, que demandam enorme vigilância para a sua manutenção. De forma a lidar com esta pressão, estes recorrem à clandestinidade e, por sua vez, este ciclo aumenta ainda mais seus medos associados ao preconceito e à discriminação.

*Já aconteceu comigo. Mas porque que você faz tanto questão do preservativo? A pessoa de repente se comporta de forma contrária no relacionamento, mente, preferem camuflar... vai aqui, vai ali, nos lugares escondidos e nisso vai viciando naquela facilidade. A maioria dos gay descobre essa vida gay na clandestinidade e assim, vai numa praça, vai num banheiro... é muito farta essa liberdade, muito. Então hoje é aquela coisa, é mentira em cima de mentira. Medo de contar sobre sua vadiagem... Eu acho que é o medo, é o medo de falar, é o medo do preconceito, queira que não queira, tem... infelizmente hoje em dia, muito preconceito. A pessoa se fecha, e não fala com a parceira com medo, por causa de ela estar desconfiada de traição, de ter rolado. Tenho amigos que são casados, tem filhos e têm uma relação homossexual, então, realmente, se ele começar a colocar camisinha, vai haver*

*desconfiança. Nem todos tem fidelidade, por mais que houve deslizes, ninguém dá a cara a tapa.... Porque você está usando se nunca usamos?... desde o começo a gente nunca precisou usar e agora, qual é o problema? “Você me traiu? Porque você quer usar camisinha agora e não antes? A pessoa começa a ficar no seu pé, começa a desconfiar... aí é problema. Já ia deduzir que eu já estava saindo com outras pessoas. Aí fica bem complicado, vai abrir uma brecha... ser sincero é muito complicado... isso gera uma desconfiança. E o medo e a culpa nas suas costas? Não é fácil cara, eu ficaria quieto... Sô louco? O maior sentimento que tem, é o medo, medo, medo, medo. Acontece justamente por medo de a pessoa começar a questionar.*

**Ancoragens:** “Se a pessoa casada começar a colocar camisinha, vai haver desconfiança”; b) “A pessoa se comporta de forma contrária no relacionamento, mente, camufla”; c) “A maioria dos gays descobre essa vida na clandestinidade, é muito farta essa liberdade”; d) “Hoje é mentira em cima de mentira”; e) “É o medo, é o medo de falar, é o medo do preconceito”; f) “Ser sincero gera desconfianças”; g) “O maior sentimento que tem é o medo”.

#### **II/2.4) Conclusão da Hipótese 2A:** nesta pesquisa, “**Existe um sentimento de “pavor” de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento com as parcerias estáveis”**

Reforçando nossa hipótese inicial de que existia um “receio” de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento com as parcerias estáveis”, segundo os resultados na verdade existe um sentimento de “**pavor**”. Para consubstanciar esta conclusão, destacamos os subitens I/1 teste binomial Caso B; II/2.1 e II/2.4; e DSCs II/2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.3.4 e 2.4.1.

#### **II/3) Hipótese 2B: Falta de coragem em revelar o diagnóstico do HIV a parceria estável.**

II/3.1) Estratificação “**revelação do diagnóstico**” (Amostra T); Estratificação “**revelação do diagnóstico**” (S-2); e DSCs das variáveis mais expressivas nas estratificações.

II/3.1.1) Na estratificação “**revelação do diagnóstico**” (Amostra T) (Tabela TA-3A, mesma tabela do subitem 2.2.1), subdividida entre: Grupos: 3A-1, que “Não revelou o diagnóstico a Ninguém”=37(20.8%); e 3A-2, que “Revelou o diagnóstico a Amigos, Parceiro(a), Familiares”, e PNR = 141(106.7%), observamos um dos comportamentos que poderia estar mais propenso à falta de coragem em revelar o diagnóstico a parceria estável. Nesta amostra, foram detectadas as seguintes significâncias: (a) dos 37 indivíduos que “não revelaram o diagnóstico a ninguém”, 24 têm frequência sexual de 1 a 3x/semana; 7 têm preferência de relação sexual com duas parcerias, com diversas motivações para esta escolha; 22 afirmam usar o preservativo “às vezes”; 19 às vezes usam objetos nas relações sexuais; 23 usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais e 8 não conseguem controlar a adicção, em especial o álcool (56.8%); 20 já tiveram DST após o diagnóstico de HIV; 18 usam frequentemente a internet para buscar parcerias sexuais; 12 praticam sexo de alto risco frequentemente; 22 não conversam sobre sexualidade com ninguém; 11 afirmam não gostar de usar o preservativo; 4 não o utilizam por não tê-lo nos momentos das relações sexuais; 11 por não controlarem a excitação sexual, e 18 por não controlarem a impulsividade para a ação

sexual; 12 têm confiança na parceria para revelar o HIV; 9 afirmam que são muitas as demandas da parceria; 6 justificam a dificuldade em revelar o diagnóstico pela característica do sexo casual, e 7 declaram a solidão. Neste contexto, entre as consequências associadas às dificuldades em revelar o diagnóstico a parcerias estáveis, pontuamos: (1) a horizontalização e verticalização da doença; e (2) os sofrimentos emocionais às pessoas envolvidas.

II/3.1.2) Na estratificação “**revelação do diagnóstico**” (S-2) (Tabela TA-3.B) dos grupos: 3.B-1, que “Não revelou o diagnóstico a Ninguém”= 32; e 3.B-2, que “Revelou o diagnóstico a Amigos, Parceiro(a), Familiares”, e PNR = 49; dos 32 que afirmaram não revelar o diagnóstico a ninguém, foram excluídos inclusive a família, os amigos e a própria parceria estável. Dentre as justificativas do grupo 3.B-1, foram detectadas significâncias expressivas de medo de ser ridicularizado e dificuldade em 65,6% de conversar sobre sexualidade com alguém. Um dos meios encontrados para lidar com a não revelação do diagnóstico à parceria foi o uso de substâncias psicoativas por 71,9% dos entrevistados durante as relações sexuais.

II/3.1.3) DSC: **Solidão/ Isolamento** – uma das consequências desencadeadas pelo conhecimento do diagnóstico do HIV, e no comportamento de falta de coragem para revelar o diagnóstico à parceria estável. A elevada percepção de estigma envolvida mobilizou sentimentos de abandono e rejeição, comprometendo a autoestima e a organização emocional dos entrevistados. Chama atenção para o fato de que a percepção de viver com o HIV está mais associada a culpa e censura; enfim, mais a um “vírus social e moral” do que propriamente ao vírus biológico.

*Estou muito sozinho... todo dia sozinho... eu ando sozinho, eu viajo sozinho, faço tudo sozinho... É muito difícil, você chegar para a pessoa e você expor o seu problema... sofrido sabe.... Sabe quando tudo que você pensou acontece tudo errado... As vezes penso que tá tudo perdido, que é muito difícil viver assim... Tô desmotivado, decepcionado comigo.... não me perdo... . Às vezes penso como que se estabeleceu esta distancia... mas, é desta forma mesmo. As pessoas querem sexo e raramente um relacionamento... dá um vazio. Às vezes penso... não sei se vale a pena entende... desorganiza muito... entra num processo destrutivo, depressivo. Estou sem chão, confuso, amedrontado, preocupado, com muito medo. Não tenho vida hoje, estou lutando pra sobreviver. Passei a viver numa bolha que te protege, mas não te deixa viver mais... É um vácuo, parece que fui dormir e vivo um pesadelo. Sabe aqueles dias que você acorda e fica flutuando, vagando. Será possível continuar a viver assim? Será que tô morrendo? (chora) Tá tudo tá acabado... quero sumir, me isolar.*

**Ancoragens:** a) “É muito difícil chegar para a pessoa com quem você está e expor o problema”; b) “Tá tudo perdido, é muito difícil viver assim”; c) “As pessoas querem sexo e raramente um relacionamento”.

II/3.1.4) DSC: Os relatos de percepção da **família controladora e preconceituosa** corroboram os conteúdos manifestados no subitem anterior, sendo reforçado aqui pela percepção de uma família que pressiona, censura, culpa e abandona o indivíduo. Esta percepção o distanciou ainda mais, deixando-o em constante estado de alerta e influenciando

diretamente o comportamento de falta de coragem em revelar o diagnóstico à sua parceria estável. Esta falta de uma rede de apoio que o ajude a lidar com as questões envolvidas reforça ainda mais os sentimentos de solidão e desamparo.

*Mudou tudo. Não confio mais em ninguém... tem que manter em segredo, tenho que viver me escondendo, usando roupas mais largas. Tem que ficar disfarçando... Me afastei... para lidar com essa situação o melhor seria não conviver e sair de casa... você vê que até a família tem preconceito nessa hora, aliás a maioria esconde da própria família justamente porque a família é a primeira a julgar. Às vezes, a família por menos até coloca pra fora de casa, com aids então! A pessoa tem que se aceitar como é. Eu larguei minha família e me mudei sem dar endereço e dar notícias. Desisti de querer o amor e compreensão de pessoas que não me aceitam... não preciso de aprovação deles... Se souberem eu me mato, não suportaria ver eles me acusando e me dizendo, tacando na cara. Agora vivo como se estivesse enganando alguém... como se nada mais fosse verdade. Tô vivendo uma mentira, mas tem que ser desta forma. Vou pra casa dos meus pais este fim de ano e eles vão ver que estou tomando remédio, vão desconfiar. Vou falar o quê? O que vou falar ao meu filho? Meu Deus, estou desesperado, estou muito mas muito mal. Como vou conviver com eles assim... Esta é uma situação difícil... todos ficam contra, a família é contra, discrimina, não apoia... Por isso, eu não comento com ninguém, nem a minha própria família.*

**Ancoragens:** a) “A família é a primeira a julgar”; b) “A família por menos até coloca você pra fora de casa, com aids então!”; c) “Todos ficam contra, a família é contra, discrimina, não apoia”.

II/3.2) **Teste binomial:** para observarmos a que os entrevistados atribuem o comportamento de falta de coragem para revelar o diagnóstico às parcerias estáveis, abaixo listamos as variáveis que emergiram na resposta da história fictícia Caso B (TA-8.B, ANEXO 5): (S-2). Na opinião dos 81 entrevistados, os motivos que poderiam levar os indivíduos a ter esse comportamento foram atribuídos a: preservar a relação em 11,11%; ter algum problema emocional por 16,05%; falta de assistência e ajuda profissional por 2,46%; e falta de informação por 7,4%, fazendo com que 19,75% nunca revelassem o HIV às suas parcerias estáveis.

II/3.2.1) DSC: **Nunca revelaria o HIV à parceria estável.** O relato abaixo demonstra a rigidez, autocensura e a dificuldade em conviver com sua nova condição de HIV<sup>+</sup>, e um pensamento mágico, destrutivo e potencialmente culpabilizante de achar que conseguirá sustentar este “segredo” sem maiores consequências para si mesmo e para sua parceria estável. O fluxo da elevada carga emocional proveniente desta situação buscará um caminho de extravasamento, que frequentemente pode ser autodestrutivo como apontado na estratificação TA-3.A (elevada frequência sexual, sexo de alto risco, busca frequentes de parcerias pela internet, DSTs, isolamento, falta de controle na impulsividade da excitação sexual e no uso de substâncias psicoativas, sexo circunstancial, dentre outras). Consequentemente, esse comportamento aumenta ainda mais a desconfiança e a falta de coragem em revelar o diagnóstico às parcerias estáveis.

*Nada, ficaria quieto. Tem um monte de gente que não fala nem com pai, nem com uma mãe, nem com uma parceira, com ninguém, esconde. Eu acho que prefiro dar um tiro na cabeça, eu não ficaria. É mais fácil administrar se um dia vem a tona. Mas é comum você se relacionar com as pessoas e as pessoas quererem sexo sem, entendeu? Se você deixa, você vai ver que a pessoa nem pensa, isso independente de idade, não é, são os jovens, as pessoas da mesma faixa etária que eu, eles não se preocupam... Eu escondo, mas eu vou usar sempre preservativo, eu não vou falar. O preconceito é muito grande, eu não contaria eu tentaria levar o relacionamento seguro, mas eu não contaria, se um dia, chegar um dia de ele descobrir, aí tudo bem, aí eu contaria, mas não sendo, eu não contaria. Não falaria, é difícil cara.*

**Ancoragens:** a) “Tem um monte de gente que não fala do HIV nem com pai, nem com uma mãe, nem com uma parceira, com ninguém... esconde”; b) “É mais fácil administrar se um dia o HIV vier à tona”.

II/3.3) **Análise do Processamento em Linguagem Natural (S-2).** Abaixo, a tabela de análise de sequenciamento temporal e co-ocorrência de palavras, demonstrando as expressivas variáveis no comportamento de falta de coragem em revelar o diagnóstico do HIV à parceria estável.

Variável	Qui-Quadrado	P
Medo de Perder a Parceria	5.59802	0.002
Traição, Falta de Comprometimento	10.6279	< 0.001

**Tabela 7** – APLN do comportamento de falta de coragem em revelar o diagnóstico à parceria estável (S-2)  
Fonte: APLN / TB / X<sup>2</sup>.

II/3.3.1) DSC: **Medo de perder a parceria:** dentre as justificativas da falta de coragem em revelar o diagnóstico do HIV à parceria estável, o medo de perdê-la foi um dos relatos de maior recorrência, devido à dificuldade de falar e de lidar com a carga de cobrança e preconceito e ao medo de a parceria acabar a relação. A culpa e o arrependimento por terem tido relações extraconjugais e se infectado podem ter sido o motivo de levá-los a desenvolver esses sentimentos.



**Gráfico 9** – Medo de Perder a Parceria (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: medo, vai, acha, falar, carga, acaba, contar, entrega, merece.

*Medo de perder a pessoa com quem você está... Medo de perder... medo de se expor é complicada a situação, o cara ser obrigado a mentir, omitir uma situação camuflada da verdade, o convencimento, poxa, é complicado porque ele ia perder o relacionamento, ele ia perder a parceira, não é. É (risos). E aí é onde que vem o desmanche de uma família. Porque uma família é uma família, é o todo. O teto da mente do ser humano. Será que o parceiro vai achar que eu estou traindo ele se eu pedir para pôr camisinha? Essa é a essa dificuldade? Medo... ele sabe que vai perder tudo, é um tiro no pé... Então isso acontece... Nossa, eu tenho um relacionamento de 10 anos... e aí aconteceu, se eu contar, vou acabar com o meu casamento, vou perder a minha família... Foi através de uma traição que peguei e tenho medo de perder o parceiro, porque, além de estar com AIDS, trai... peguei traindo, não foi uma coisa que os dois descobriram dentro do relacionamento que eles estavam vivendo, que pegaram antes daquilo, quando estava num relacionamento com uma outra pessoa. É mais complicado... é o medo de perder... Insegurança...o medo da reação do outro... medo de perder o parceiro, de romper o relacionamento.*

**Ancoragens:** a) “A família é o todo, o teto da mente do ser humano”; b) “Você tem medo de perder, medo de se expor”; c) “Você tem medo de perder o relacionamento, a parceira”; d) “Porque uma família é uma família, é o todo”; e) “É o medo de perder, a insegurança da reação do outro, de romper o relacionamento”.

II/3.3.2) DSC: **Traição, falta de comprometimento.** No DSC abaixo observamos a ambiguidade envolvida nesta questão. Anteriormente, os entrevistados justificaram as dificuldades envolvidas em revelar o diagnóstico pelo medo perder a parceria; entretanto, aqui relatam um sentimento de inconformidade pela traição e falta de comprometimento acarretado pela omissão. Este sentimento é entendido com muita raiva e indiferença, potencializando sentimentos negativos de revolta, distanciamento e isolamento. Sendo eles a vítima ou a pessoa que tem dificuldade em revelar o diagnóstico neste momento, é como se fossem resgatados os sentimentos de revolta por terem sido infectados e não comunicados do

diagnóstico na ocasião. De qualquer forma, observamos elevada ambiguidade de sofrimentos emocionais, marcados por culpa que gera raiva e raiva que gera culpa.

*Fui vítima disso, o outro rapaz, de dois anos atrás, fez a mesma coisa, ele falou para mim: Como já estamos há seis meses juntos, está na hora de a gente transar sem camisinha. Depois de tempo eu fui no posto e descobri que ele já era paciente de lá há seis anos, ele já era soropositivo. Nós trabalhávamos juntos! Ele não foi honesto comigo, ele não contou. Resumindo, eu já estava sendo traído há muito tempo. Eu acho que é falta de amor próprio e amor ao próximo. A partir do momento que você tem uma união estável, você não tem necessidade de sair com outras pessoas, eu penso assim, a não ser que de repente o parceiro, ele crie situações para que você procure outra pessoa na rua, algo que você nunca pensasse em fazer com ele. Porque se ele e você têm um relacionamento estável, porque eu vou procurar outra pessoa na rua? E você também, agora, se a partir do momento que eu crio situações para você, te magoando, te diminuindo como pessoa, o seu sentimento, você vai se revoltar, então qual vai ser a sua válvula de escape? A traição. Eu digo por que já aconteceu comigo, ele foi bem irresponsável. Se você foi um ser humano responsável pelos seus atos, você tem que ser responsável pelas consequências. Vingança, fraqueza do sentimento, insegurança, ignorância, covardia pura dele e indiferença ....falta de compromisso com a relação. Não te disse que tem pessoas más... não dá para confiar totalmente na outra pessoa. Não, hoje, não. Mesmo num relacionamento estável. É um risco muito grande, não vale a pena, mesmo numa situação estável, de anos, eu não vejo como confiar 100%. Infelizmente, eu não acredito na fidelidade, então...*

**Ancoragem:** “Traição é falta de amor próprio e amor ao próximo”

Na representação gráfica abaixo, é possível observar a recorrência dos relatos de traição e falta de comprometimento, com consequências emocionais permanentes para a relação. Existe uma entrega por acreditarem incondicionalmente na parceria, e jamais poderiam suspeitar que estavam sendo “vítimas” da revelação de uma questão tão importante.



**Gráfico 10** – Traição, Falta de Comprometimento (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: Acontece, entrega, vai, outros, acha, homem, falar, acreditar, pensar, casado, olhar.

**II/3.4) Conclusão da hipótese 2B:** Neste estudo, “**A falta de coragem é determinante para não revelar o diagnóstico do HIV à parceria estável**”.

Diante dos resultados, a falta de coragem para revelar o diagnóstico do HIV à parceria estável foi detectada: (a) nas estratificações TA-3.A e TA-3.B; nos subitens II/ 3.2 e 3.3.; e nos DSCs 3.1.3, 3.1.4, 3.2.1, 3.3.1, e 3.3.2.

**II/4 Hipótese 2C) Dificuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda de sua parceria**

II/4.1) **Teste binomial** das variáveis que emergiram na resposta da história fictícia Caso B (TA-8.B, ANEXO 5) e análise do subitem II/3.2.

II/4.2) **Análise do Processamento em Linguagem Natural (S-2)**. A seguir, a tabela de análise de sequenciamento temporal e co-ocorrência de palavras, demonstrando as expressivas variáveis no comportamento de dificuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda da parceria.

Variável	Qui-Quadrado	P
Medo de ser Rejeitado pelo Estigma do HIV	3.988377	0.004
Medo de Perder a Parceria	5.59802	0.002

**Tabela 8** – APLN do comportamento de dificuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda da parceria (S-2)  
Fonte: APLN / TB /  $\chi^2$ .

II/4.2.1) DSC: Nos relatos o **medo da rejeição**, foi interpretado como uma traição dupla, e vingança. Observamos a enorme ambiguidade nos relatos. Ao mesmo tempo que teme por ser rejeitado, existe uma inconformidade em ter sido enganado e de ter se entregado e confiado e, conseqüentemente, vitimizado.

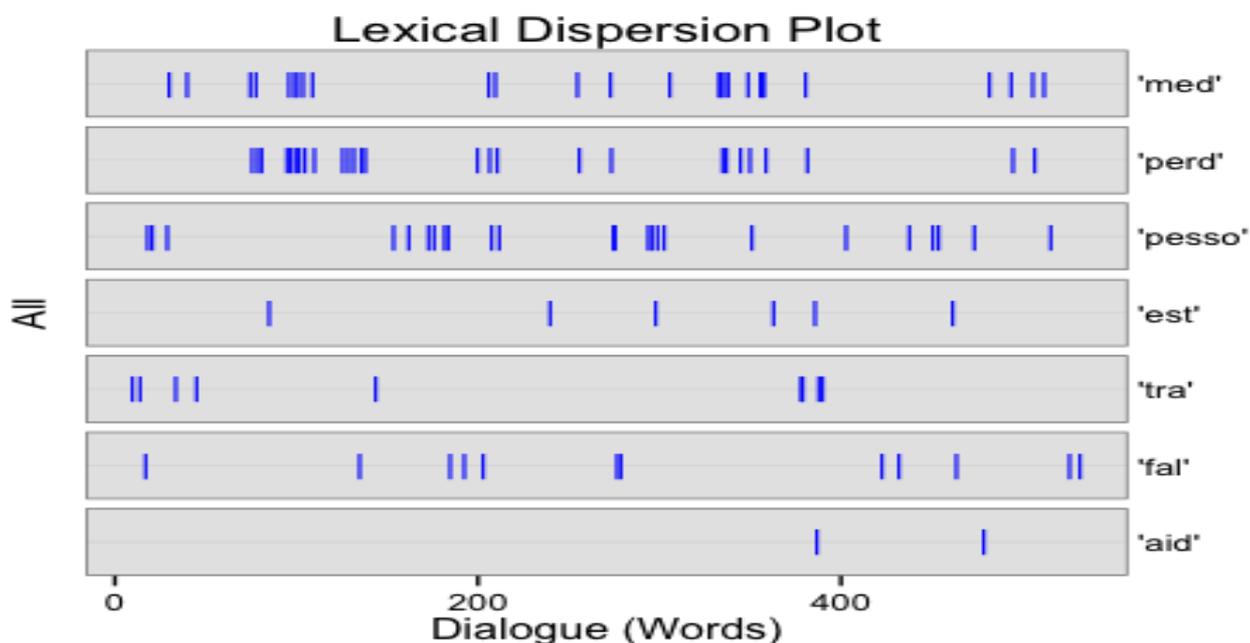
*Acho que é o medo da rejeição, eu acho que quando você tem HIV é uma coisa que sempre vai ficar na sua cabeça. Exatamente, é o medo da rejeição. Aconteceu comigo, o meu ex, o meu namorado, quando a gente começou a namorar, só no primeiro mês a gente usou camisinha... depois você desiste, quando você está no relacionamento sério e tudo mais, você sente que depois desse tempo... depois de um mês... nunca mais usamos. Existe a questão da confiança, mas é muito difícil hoje você confiar, você tem que estar ou muito apaixonado, ou muito burro... querendo ou não, acredita nas pessoas. De repente... está querendo um pouco de carinho, um pouco de atenção, o cara te chama de bonito e esse tipo de sedução, e acaba acontecendo. É estranho, não é, eu mesmo, até hoje, eu não aceito de eu ter pegado isso, eu não aceito, é horrível. Essa pessoa tem problema, é perturbado, a realidade é essa. Tem a mente tão fraca, pois se ela sabe que ela tem HIV e quer te prejudicar. Isso é vingança, maldade. O que eu não entendo é a capacidade de não falar... você mora com a pessoa, anos, você descobre que você tem uma doença mortífera, que vai te matar, é certeza que você vai morrer daquilo e você passa isso para outra pessoa... isso é amor ou indiferença, sentimento de individualidade?*



*raras as pessoas que ficam pelo sentimento, pela história, por outras qualidades que não só visual, você acaba sendo muito descartável. É difícil... Como posso propor isso a uma pessoa que vive comigo a anos? É loucura! Claro que ela desconfiaria de tudo, ninguém é idiota né? Eu não me arriscaria... não teria coragem de falar, terminei o relacionamento.*

**Ancoragens:** “As pessoas hoje são descartáveis”; b) “O pavor que descubra o HIV é uma situação muito arriscada!”; c) “É preconceito, não adianta, todo mundo tem”; d) “No auge da paixão você até aceita”; e) “O HIV é comparável com tetraplegia, cegueira, câncer, doentes terminais”; f) “São raras as pessoas que ficam com o outro, pelo sentimento”.

A seguir, a representação gráfica indicada pelas frequências das palavras detectadas no relato do DSC.



**Gráfico 12** – Medo de perder a parceria estável (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: medo, perder, pessoas, travado (pelo uso de substâncias psicoativas), falar, aids.

#### **II/4.3) Conclusão da hipótese 2C) Nesta pesquisa, “O medo da rejeição e da perda são determinantes na dificuldade em negociar o preservativo com as parcerias estáveis”**

Mediante os resultados apresentados, o medo da rejeição e da perda da parceria foram determinantes na dificuldade em negociar o preservativo, devido os resultados apontados no teste binomial, subitem II/4.1; APLN II/4.2; e DSCs: II/ 4.2.1 e 4.2.2.

**II/5 Hipótese 2D:** O comportamento de recusa em revelar o diagnóstico de **Homem que faz sexo com Homem e Mulher (HSHM)** deve-se também ao **temor de que elas descubram suas relações com homens.**

II/5.1) Teste binomial: em relação ao temor de que as parcerias descubram suas relações com homens no caso dos HSHM, a resposta da história fictícia Caso B (S-2), (TA-8.B, ANEXO 5)

demonstrou, segundo a variável emergente, que 12,35% preferem desistir da relação a ter que comunicar o HIV.

Variáveis	Variável que não emergiu entre os entrevistados	Variável que emergiu entre os entrevistados	p
Desistiria da relação	71 (87.65%)	10 (12.35%)	< 0.001

**Tabela 9** – Teste binomial do comportamento HSHM (S-2)

II/5.1.1) DSC: **Desistiria da relação.** O relato demonstra a percepção do estigma em relação ao HIV, permeado por um sentimento destrutivo e de rígida censura. Apesar dos relatos evidenciarem familiaridade com o comportamento homossexual, eles são expressos com sexismo e homofobia, possivelmente como a forma encontrada para se defenderem de seus desejos homossexuais. O fato de preferirem desistir da relação a ter que revelar o diagnóstico pode estar associado à autocrítica quanto a esse comportamento e à raiva em estar nesta situação e não conseguir corresponder aos preceitos heteronormativos.

*Sairia da situação mas não teria coragem de falar. Não teria mais relação. Quando eu descobri que eu estava com HIV, há mais ou menos há uns dez meses, eu terminei. Não me fez muito bem e aí desisti do relacionamento. De certa forma acho injusto sabe?... esses caras que tem relação com todo mundo, gays, travestis, prostitutas... esses que frequentam cinemão, saunas, casas de prostituição, banheirão, boate, darkroom... vamos supor, lésbica, gays, pessoas que estão procurando coisas diferentes, isso e aquilo, certo... Eles não tem muita vergonha, quando você menos espera eles tão lá te pegando... depois não quer que tenham preconceito... eles são mais rápidos, não fazem questão de nada, quando você tá lá entende.... Pra isso esses gays são tinhosos né... coitados, tenho pena, mas tem um fogo que... te deixa triscando de tesão né... (risos) Tenho um amigo que sempre me conta isso.. esses caras que você falou aí, eles realmente são... sei lá, vivem de forma...., tenta... atentam... e encontram o seu né... Eu sou homem né.... dificilmente me encontraria numa situação assim, sou casado, fiel, tenho minha esposa.... Sou contra falar em preservativo. É incitar ao sexo, fazer apologia da traição... Se você tá com os amigos e ouve ou vê isso, todo mundo fica excitado, sem controle e sai por aí pra farra...*

**Ancoragens:** a) “Você sai da situação mas não tem coragem de falar”; b) “Esses caras tentam e atentam”.

II/5.2) **Análise do Processamento em Linguagem Natural (S-2).** A seguir, tabela de análise de sequenciamento temporal e co-ocorrência de palavras, que demonstra uma expressiva variável que corresponderia ao comportamento de temor de HSHM quanto à descoberta de suas relações homossexuais.

Variável	X-Squared	P
Medo de Levantar Suspeitas	11.41343	<0.001

**Tabela 10** – APLN de temor de HSHM quanto à descoberta de suas relações homossexuais (S-2)  
Fonte: APLN / TB / X<sup>2</sup>.

II/5.2.1) DSC: Os relatos de **medo de levantar suspeitas em suas parcerias estáveis** evidenciam a elevada hipervigilância para a manutenção do segredo, afastando a precaução



suas parcerias; 14 sentem-se obrigados a corresponder à demanda da parceria, 16 têm dificuldades em lidar com o controle familiar, e 10 com o preconceito.

II/5.3.1) DSC: Os relatos de possibilidade em negociar o preservativo com as parcerias estáveis e do **medo de ser ridicularizado, “brochar”**, demonstraram ser esta uma questão triplamente complicada. Na visão dos HSHM, a não ereção contínua com o uso do preservativo poderia suscitar suspeitas sobre suas relações extraconjugais, de sua orientação sexual e do HIV.

*Importante, mas às vezes quebra o clima, brocha. É chato, difícil... te deixa menos potente. Fora que te brocha, te deixa numa situação deplorável, humilhante. As pessoas riem de você! Olha o estado do machão, acho que tá mais pra fanta que pra coca-cola... é humilhante demais! É terrível usar, eu brocho, faço esforço. Não é natural. Desisti, não dá... é complicado usar. Se usar, brocho. Às vezes, realmente não dá pra usar por que brocha. Se usar falta ereção, então é um dilema... Pode ser da cabeça, ou da falta de tesão.*

**Ancoragem:** a) “Olha o estado do machão, tá mais pra fanta que pra coca-cola”.

II/5.4) Estratificação **“homens que se relacionam com mulheres”** (S-2) (TA-9.B, ANEXO 5). Dos que afirmaram: Grupo 9.B-1: relacionar-se com mulheres (35) e Grupo 9B-2: relacionar-se com homens e mulheres (46). Dentre os 81 entrevistados que participaram desta etapa do estudo, dos 35 que afirmaram se relacionar com mulheres detectamos as seguintes significâncias: 15 são casados; 6 usam a internet para a busca de parcerias sexuais, 16 usam com frequência, 3 não usam, e 10 usam às vezes; 7 acham que é um direito omitir o preservativo nas relações sexuais; 5 têm medo de perder a parceria; 11 apresentam comportamentos sexistas; 13 sentem-se obrigados a corresponder à demanda da parceria; e, com relação à família, 16 têm dificuldades com o controle familiar, e 9 com o preconceito. Quanto à revelação do diagnóstico, dentre os 35 que se relacionam com mulheres, 12 têm medo de levantar suspeitas sobre suas relações extraconjugais, 11 as revelariam e lidariam com as consequências, e 7 admitem ter um comportamento absurdo, “doentio”, irresponsável, criminoso, embora a reação com relação a esta questão seja de agressividade e sexismo, para se defender do estigma internalizado.

II/5.4.1) DSC: A presença do **Sexismo** nos relatos pode ser uma tentativa de defesa diante da autopercepção dos próprios conteúdos homossexuais. A heteronormatividade, elevando a figura do masculino, faz com que não estejam atentos aos cuidados de proteção e de cuidado próprio e de suas parcerias. Foram detectados também sentimentos de raiva e de características homofóbicas bastante acentuadas, e estes conteúdos emocionais potencializaram ainda mais a necessidade de corresponder com as gratificações sexuais imediatas como forma de provar sua potência sexual e de satisfazê-la.

*A gente sabe que pra nós homens isso é difícil, muitas vezes não conseguimos. Sempre uso, mas com a esposa não uso porque estamos juntos há muito tempo e porque não acho necessário, quem usa é puta e quem não tem vergonha na cara. Uma pessoa normal não vai ter sexo com camisinha, só se for louco, viado... puta e travesti que sabe que tem que usar pra te fazer uma chupeta.... tem que ser da zona mesmo... Mulher tem que se prevenir... mulher, viado não quer saber disso não cara... esquece. A minha ex-mulher, ela depois que a gente se separou, ela casou com outra pessoa e desandou, ela pesava 78 quilos, ela caiu para 53 quilos, ontem eu vi ela na rua, eu nem acreditei, então eu proibi até ela de ter contato com meus filhos, ela só pode ver meus filhos se for mandado pela Justiça, ou se uma viatura acompanha, porque ela emagreceu muito, ela perdeu muito peso. Eu que sou casado, evangélico, não preciso. Isso é pra quem trai, eu sou casado, honesto, homem... não preciso me preocupar. Se eu saíu com alguém não é traição, primeiro por que não tenho envolvimento nenhum, isso não é adultério... Você tá tomando uma cervã, vem uma gata, uma daquelas loiras, morenas que tá na sua, dando mole, você não leva pra casa? Só se você for homossexual. É as 'mina' te encostando na parede por que dizem que já toma pílula.. Já comi casal cara... tira num e põe noutra e tá tudo certo. Leva e come... e se tiver casazinho, come os dois... e quem quer saber de camisinha cara.. Sou macho e aí é foda. Balançou, tô comendo... Se mexeu, eu fodo cara. E eles gostam pra caralho... um homem hétero, porque homem é tudo, não é? Um homem hétero, ninguém tem que saber da vida dele, se souber, as minhas chances são menores, cada um que se cuide né...*

**Ancoragens:** a) “Quem usa preservativo é puta e quem não tem vergonha na cara”; b) “Uma pessoa normal não vai ter sexo com camisinha; c) “Sexo sem envolvimento não é traição” e; d) “Sou homem hétero, homem é tudo”.

**II/5.4.2) DSC: Lidaria ou Revelaria minha situação.** Parte dos entrevistados demonstraram que revelariam o HIV e lidariam com as consequências. Nestes relatos observamos a elevada presença da percepção do estigma do HIV, da carga moral e cultural envolvida, e da não aceitação da própria condição. Por outro lado, os relatos demonstram um autocentrismo elevado, pois parece que a exigência de corresponder com a necessidade sexual está acima de qualquer possibilidade de separação, afeto e compreensão por parte da parceria estável.

*Eu sou soropositivo, se a gente puder continuar o relacionamento... então vai de você agora, aceitar a minha condição. Eu falaria: Eu te traí, eu estou doente, vamos se separar, não quero te passar nada! Eu falo a verdade. Eu penso dessa maneira. Só transo com camisinha, porque eu tenho HIV, pronto... a pessoa sai voando, então, tchau e bênção! Próximo... Amo sexo.*

**Ancoragem:** “Quando se revela que só se transa com camisinha, porque você tem HIV, a pessoa sai voando.”

**II/5.5) Conclusão da hipótese 2D:** Neste estudo, **o temor de que as parcerias estáveis descubram suas relações com homens é determinante no comportamento de recusa da revelação do diagnóstico de HSHM.**

Frente aos resultados, o temor de que as parcerias estáveis descubram suas relações com homens foi determinante na recusa da revelação do diagnóstico de HSHM, devido: (a) à análise do teste binomial (II/5) e APLN II/5.2; às estratificações TA-9.A e TA-9.B; e aos DSCs: 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1, 5.4.1, e 5.4.2.

● **HIPÓTESE III:** O comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup> ocorre devido: (a) ao comportamento sexual compulsivo; e (b) pela

identificação e prazer com o risco. Esta hipótese será testada pelos instrumentos: (3.1) Escala de Compulsividade Sexual (ECS) (Amostra T); (3.2) Estratificações de dados do formulário (Amostra T; S-2); e (3.3) as respostas observáveis no relato da história fictício-projetiva do Caso C (S-2).

### III/1) Escala de Compulsividade Sexual (ECS)

- Resultados e análise da ECS (subitem 1) (Tabela 1) .
- Resultados e análises comparativos da Escala ECS, subdivididos entre o Grupo Quantitativo (S-1, =97) e o Grupo Quantitativo + Qualitativo (S-2, =81). (subitem 1.1) (Tabela 2)
- Resultados da Escala ECS por número de pessoas que pontuaram acima da média (subitem 1.2) (Tabela 3)
- Resultados e análises da escala de ECS, estratificada com “uso do preservativo” (subitem 1.3) (Tabela 4)

III/1.1) DSC: O relato de **sexo compulsivo de alto risco** foi pontuado por múltiplas parcerias, alta periodicidade das relações sexuais, indícios de comportamentos parafilicos (Sexo Grupal, fetichismo, exibicionismo, sado/ masoquismo, dominação, parcialismo, masturbação coletiva, *fisting*, *Glory Hole*, *Ass-To-Mouth*), falta de controle da excitabilidade sexual, e identificação com comportamentos de risco e destrutivos tais como: recusa do uso do preservativo, imaginação voltada para a “(re)criação” e fantasia da situação sexual. O relato demonstra a enorme propensão ao comportamento de recusa deliberada e incondicional do uso do preservativo.

*Sáimos com várias pessoas, gostamos de transar a 3, 4 pessoas. Sempre transamos muito... dentro e fora de casa... transamos todo dia. Os caras valorizam pênis enorme, quanto maior, melhor. Tenho muito tesão por caras pauzudos sabe, tenho que transar todo dia, não consigo me controlar, a hora que eu vejo já to lá.... no mundão a coisa pega fogo, você se solta e rola tudo. É muito mais prazer, você se sente mais gente né, mais vivo... Esquece os problemas, você fica mais animal né, te conhece mais. Evito tentar bloquear o tesão... Preciso fazer tratamento? (risos) Sou muito galinha (risos). Sexo por sexo é mais fácil. Sexo sem envolvimento é a 'onda', ninguém quer se comprometer. Aprendi a ter tesão, muito tesão, mesmo em situação de risco absoluto, como transar na pele... no cinema, no banheiro... Banheirão é um risco, às vezes você apanha, mas se insistir o cara volta e transa. Eles gostam de persistência, devagar tenho a mânia e eles gostam. Quem não gosta d'uma 'peta', de por um pau num buraco e ser chupado por um estranho, de comer um cara, de enterrar no rabo de alguém, pau, mão, pau de borracha...uma mão biônica todo mundo enlouquece, ninguém rejeita! É animal cara, é muito excitante... E estes caras 'carolas' são os piores. Se chega botando panca, dá uma porrada que o cara já goza de tesão, você vê todo mundo indo pro buraquinho da alegria.... Mete a mão que eles gostam... Coitados, são casados e essas 'rachas' não fazem nada, só reclamam e querem transar de luz apagada e de roupa. Aqui é animal cara, qualquer um enlouquece de tesão. Qualquer homem que é homem goza, enlouquece... Por isso é chamado submundo, mundão, por que é pra poucos... Sexo é muito importante. Sou obsessivo por sexo...no mínimo uma vez por dia... na imaginação já vira um filme pornô. Saio com qualquer um por absoluto prazer. Foge até do meu controle mental!*

**Ancoragens:** a) “Os caras valorizam pênis enorme, quanto maior, melhor.”; b) “No mundão a coisa pega fogo, você se solta e rola tudo”; c) “Sexo sem envolvimento é a onda, ninguém quer se comprometer”; d) “Situação de risco absoluto, é transar na pele”; e) “Banheirão é um risco, às vezes você apanha, mas se insistir o cara volta e transa”; f) Quem não gosta d’uma ‘peta’, de pôr um pau num buraco e ser chupado por um estranho, de comer um cara, de enterrar no rabo de alguém, pau, mão, pau de borracha...uma mão biônica todo mundo enlouquece, ninguém rejeita!”; g) “Se chega botando panca, dá uma porrada que o cara já goza de tesão”; h) “Mete a mão que eles gostam”; i) “Qualquer homem que é homem goza, enlouquece”; j) “Mulher casada não faz nada, só reclama, quer transar de luz apagada e de roupa”.

### III/2) Estratificações

III/2.1 **“Raça branca”** (S-2) (Tabela TA-10: Grupo 10-1: “Raça branca” = 56 (69,1%), e Grupo 10-2: Raça negra, parda, outros = 25 (29,5%)). Foram detectadas as seguintes significâncias: (a) dentre os 81 participantes desta etapa do estudo, 56 eram brancos, 15 negros e 9 pardos. Dentre os 56 brancos, foram detectados comportamentos que poderiam estar mais propensos à recusa intencional e deliberada do uso do preservativo, dos quais: 8 não têm renda; 38 têm frequência sexual 1 a 3x/semana e 8 diariamente; 30 conversam sobre sexualidade com amigos; e 98,2% acham que a história do Caso A, de omissão do uso do preservativo, acontece com frequência. Foram detectadas significâncias para Falta de controle do uso de substâncias psicoativas e prática sexual arriscada em *darkrooms*.

III/2.2) Estratificação **“revelação do diagnóstico”** (S-2) – (TA-3.B, ANEXO 5): Grupo 3.B-1: “Não revelaram diagnóstico a ninguém”=32 e; Grupo 3.B-2: “Revelaram o diagnóstico a Amigos, Parceiro(a), Familiares”, e PNR = 49: no comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo foram detectadas diversas significâncias na análise dessa estratificação, conforme observado no subitem I/2.2.2.

### III/2.3) Estratificação **“uso do preservativo”**

III/2.3.1) Amostra T: (TA-2.A, ANEXO 5): dos que declararam no Grupo 2.A-2: usam às vezes 65(36,5%) + nunca usam 31(17,4%) + PNR 9(5.1%) = 105(59%), e Grupo 2.A-1: “Sempre usam o preservativo” = 73(41%) Entre as significâncias do comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo, destacamos: entre os 178 entrevistados, 105 declararam não usar o preservativo, 45 usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais, dentre elas o álcool (39%), 10 às vezes, e 8 PNR; 43 usam frequentemente a internet para a busca de parcerias sexuais, 10 admitiram que usam e 15 às vezes; 55 têm frequência sexual 1 a 3/semana, e 17 diariamente, sendo que o motivo escolha da parceria dá-se 35.2% pela aparência e 16.2% por atração; e 24 praticam frequentemente o sexo de alto risco. Dentre eles, 8,6% caracterizam os relacionamentos como superficiais, 11,4% têm dificuldade no controle do uso de substâncias psicoativas, 42,9 % afirmam ter

impulsividade da excitação sexual, 25,7% declaram perda da sensibilidade com o uso do preservativo, 21,9% têm medo de perder a parceria e sentem-se obrigados a corresponder com ela (16,2%); e 13,3% apresentam comportamentos sexistas para lidar com esta situação.

III/2.3.2) “**uso do preservativo**” (S-2) (TA-2.B, ANEXO 5): dos que declararam no Grupo 2.B-2: “usam às vezes + nunca usam + PNR = 67, e Grupo 2.B-1: “Sempre usam o preservativo” = 14). Dos 67 pertencentes ao Grupo 2.B-2, nas significâncias detectadas de possíveis indicadores para o comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo destacamos indícios de impulsividade BIS-11 fator único, motora e atencional, corroborada pelos índices elevados de impulsividade da excitação sexual encontrada nos relatos de entrevista em 61,2%; frequência sexual de 1 a 3/mês em 6%; uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais em 67,2%; uso de objetos nas relações sexuais às vezes por 53,7%; e identificação e reconhecimento de que situações de impulsividade da excitação sexual do caso A acontecem em suas vidas em 98,5%. Também foram detectados elevados indicadores de ideação suicida.

#### III/2.4) DSCs:

III/2.4.1) **Convites pela internet para “festas bare”** (risco sexual extremo). Neste relato, a internet funciona como um dos principais elementos para a operacionalização da fantasia erótica. O comportamento sexual compulsivo é demonstrado pelo investimento de tempo centralizado na preparação/ excitação da situação sexual, com enormes prejuízos a vida dos entrevistados. O uso de substâncias psicoativas parece potencializar uma situação de pouco controle. A descrição da “cena erótica” é relatada com detalhes de excitação e bastante “empolgação” diante da possibilidade de se submeter ao risco. O relato demonstra a enorme propensão ao comportamento de recusa deliberada e incondicional do uso do preservativo.

*Acontece... Na internet rola muito... se vê muito... É comum... não é coisa reservada, é comum.. Na net sempre te convidam pra estas “festinhas Virtuais” Acontece... rola no mundo inteiro... vc vê a toda hora isso... aqui tem direto, todo final de semana tem festas no centro de São Paulo, a regra é ficar nú... assim mesmo, com HIV, sem HIV, todo mundo transando junto... vira aquele bolo... Você não precisa ser conhecido para ir, entra na internet, tem um monte de convite, quando não chega, algum amigo seu passa o seu telefone e vem o convite: "Vai ter festa dos pauzudos, tal dia", vem convite no celular... e aí você quer dar vazão... o bicho atenta. Você fica caçando na internet horas, dias... teu pensamento te deixa louco, você começa a pensar em tudo que vai encontrar... e aí cara é muito tesão... você não dorme, come e nem trabalha direito... fica com o pensamento naquilo... é o melhor da festa! Quando vc chega na 'bagaça' aí tá a mil e quer fazer tudo que vc pensou... ai cara, tá no inferninho, tem que se jogar... Não pensa em mais nada.... é por isso que te leva pro buraco, porque amanhã você quer mais e mais... não tem fim. Por isso que eu bebo, pra esquecer. Mas a bebida me dá mais vontade de ir na internet e repetir, repetir e repetir... e cada vez que vai rolar, fico ansioso pra caralho... e bebo mais.... “Festa Coringa”... você vai na festa, sei lá, num ambiente, num apartamento, num espaço alugado para exatamente isso e é contratada uma pessoa soropositiva para estar no meio daquela festa, muitas vezes é algo que não aparenta de nenhuma maneira, alguém com uma ótima aparência... e a regra é realmente você não usar preservativo. E ali você vai ter relação com qualquer um daquela*

*festa, e pode correr o risco de ter a relação com o coringa que é essa pessoa soropositiva que nem sabe quem é, somente quem organizou a festa sabe. E as pessoas são movidas pela adrenalina, de estar ali, estar correndo o risco de estar sendo infectada, mas não saber por quem, não saber quem realmente foi, então isso existe... acho que a adrenalina, o prazer! Na internet tem anúncios que chamam "surubas", tem os endereços, os valores, tem tudo para você ir... tenho colegas que frequentam todo final de semana. Já fui convidado, várias vezes, pela internet... "Orgia...", tal e tal, o endereço, a hora, tal dia, pá-pá-pá, nesse caso não era com o uso de drogas, então existe... dessas 15 pessoas é bem provável que algumas pessoas aí sejam soropositivas, é seguro, em um monte de lugar acontece muito... é comum as pessoas entrarem na internet, marcarem festas, ou um encontro sexual, hoje em dia é comum...é uma moda agora na internet, o "Bare". A internet é boa nisso, é uma coisa meio diabólica... você vê a toda hora...*

**Ancoragens:** a) "Na internet rola muito sexo sem preservativo"; b) "Na internet, ninguém conhece ninguém"; c) "Na net sempre te convidam pra festinhas virtuais"; d) "A a regra é ficar nú, com HIV, sem HIV, todo mundo transando junto"; e) "Caçar na internet horas, dias...teu pensamento te deixa louco, você começa a pensar em tudo que vai encontrar... e aí cara é muito tesão"; f) "Não dormir, comer e nem trabalhar direito, fica com o pensamento naquilo, é o melhor da festa!"; g) "Festa Coringa", a regra é não usar preservativo"; h) "É comum, é uma moda agora o 'Bare' na internet".

III/2.4.2) DSC: O relato de **ideação suicida e compulsividade sexual** demonstra a elevada propensão ao comportamento de recusa deliberada e incondicional do uso do preservativo. Esses comportamentos evidenciam que o indivíduo precisa aliviar/ descarregar uma carga de excitação, repetida e compulsivamente, sentida por uma "tensão", uma "angústia" de elevada potencialidade. Essa busca desmedida e arriscada por gratificação sexual parece ser a condição encontrada pelo indivíduo para conseguir lidar com estes sentimentos intrusivos. Esta adicção altamente destrutiva é ainda potencializada pelo uso de substâncias psicoativas para anestesiá-lo e motivá-lo ainda mais.

*"Ah, vou curtir o meu máximo, agora que eu posso, já estou com a doença, mesmo, vou fazer tudo que eu quero"... ninguém morre disso. Toma remédio e está tudo certo! Ah, vou transar com todo mundo, vou fazer sexo com todo mundo! É a maior realidade... é a sensação de saber que tem AIDS, aí a pessoa, a primeira coisa que vem é o suicídio... porque pensa que não tem mais jeito. Já tentei suicídio, sabe... tomei um copo de remédios cheinho.... me via no caixão rindo... me debatendo... num vácuo, sem vida. É como uma morte na própria vida. A droga e bebida influenciam muito a gente se entregar e se levantar... perder o controle da situação e da gente mesmo... Normalmente saiu do restaurante duas, três horas da manhã, até oito da manhã a gente está no bar bebendo... saiu carregado, entendeu?... e depois emendo e me joga no after-party até a noite..... a noite tudo de novo...."*

**Ancoragem:** a) "Ninguém morre disso, toma remédio e está tudo certo!"

**III/2.5) Estratificação "frequência sexual diária" (Amostra T); Estratificação "frequência sexual diária" (S-2); e DSC relato de comportamento sexual de alto risco.**

III/2.5.1) Na estratificação "**frequência sexual diária**" (Amostra T) (TA-11.A, ANEXO 5): Grupos: 11.A-1, dos que declararam ter "Frequência Sexual Diária" = 19, e Grupo 11.A-2: "1a3x/semana, Raramente, 1a3x/mês, e PNR"=159: os indícios encontrados nos comportamentos que poderiam estar mais propensos à recusa intencional e deliberada do uso do preservativo foram apreendidos através das seguintes significâncias: dos 19 que declararam ter frequência sexual diariamente, 8 são casados; 7 moram com a esposa; 4 têm

filhos, 4 têm nível educacional Segundo Grau Incompleto; 7 não têm renda; 9 têm preferência por múltiplas parcerias nas relações sexuais; 8 nunca usam o preservativo e 9 usam às vezes; 9 fazem uso de objeto nas relações sexuais; 12 usam frequentemente a internet na busca de parcerias sexuais; 7 foram abusados sexualmente; 7 fazem tratamento psiquiátrico; 7 têm medo de perder a parceria; 8 não gostam de usar preservativo; 8 afirmam que não conseguem controlar a excitação sexual; 11 afirmam não controlar a impulsividade/ excitabilidade sexual; 7 confiam na parceria; 3 afirmam ter constantes ofertas sexuais; 6 se sentem obrigados a corresponder com as parcerias; e 89,5% afirmam a influência das substâncias psicoativas para o comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo. Também foram encontrados índices de significâncias de impulsividade para BIS-11 Fator Único.

III/2.5.2) Na estratificação “**frequência sexual diária**” (S-2) (TA-11.B, ANEXO 5): Grupos: 11.B-1, dos que declararam ter “Frequência Sexual Diária” = 17, e Grupo 11.B-2: “1a3x/semana, Raramente, 1a3x/mês, e PNR”=64: foram detectados indícios de comportamento que poderia estar mais propenso à recusa intencional e deliberada do uso do preservativo em impulsividade para BIS-11 Fator único e de compulsividade da ECS. Dos 17 entrevistados que declararam ter frequência sexual diária, também foram apreendidas significâncias unânimes na identificação com a história do Caso A e o reconhecimento de que esta situação acontece frequentemente em suas vidas, e comportamento sexual de risco em *darkrooms* em 58,8%. Estes comportamentos foram justificados como sendo um direito do indivíduo, inclusive de preferir não pensar sobre o assunto. Chama atenção a proporção elevada dos que admitiram ter frequência sexual diária neste grupo, em comparação ao da amostra T (TA-11.A). Esta discrepância demonstra o quanto estes dados podem estar sendo camuflados na etapa quantitativa, e a importância de uma análise em profundidade que nos permita confrontar estes dados por meio de uma checagem qualitativa.

III/2.5.3) DSC: Outro comportamento de elevada propensão à recusa deliberada e incondicional do uso do preservativo neste estudo foi o relato de **comportamento sexual de alto risco**, demonstrado pelo uso de substância psicoativa, compulsividade sexual, prazer pelo/no risco, falta de domínio da excitabilidade sexual e potencialização da fantasia sexual. A dissociação observada nestes comportamentos ritualísticos e altamente destrutivos, mobilizados por uma excitação sexual extrema, arriscada e incontrolável, demonstra uma dinâmica cindida não somente cognitiva mas também emocional.

*Aconteceu várias vezes comigo! Peguei umas pessoas que me relacionei, bebemos e transamos... foi assim... a bebida as vezes te prega umas.. depois do HIV faço muito sexo também... uma vez por dia você necessita... Você cria confiança na pessoa, na verdade é porque é mais prazeroso... Quem gosta de usar camisinha? ninguém gosta... "Ah, não... sem camisinha...!" já aconteceu. Na hora a excitação,*

*you do not measure consequences, you want to know only of foreplay... when you arrive at a place, ah, everything is pumped and muscular in the club and wanting to grab you and he goes without shirt, you do not think: "Ah..." you will think in shirt at the moment, you do not think". It is the moment... to enjoy the moment and to not break the climate... the passion is greater and it is difficult... you lower the guard and put the passion in front of everything, you do not think... you think only of pleasure... live the moment... people are moved by the moment, by the heat of the thing. Among gays I believe that yes, they are more daring, I do not know if more daring, they are more liberated, I do not know, they are more impulsive, who knows, but everything is worth for this moment. It is easy, you do not think... and also desperate, when the passion is great the person does not think anything... Drink. People already act by impulse in sex... The passion was greater... An impulse momentary... does not have a schedule, like that, it did not happen there, it will happen there, even if it is in the corner, in the street, in any place, in the car, it will happen... ...an impulse, an impulse, understood, at times even by impulse, also... Let's try to give a little more of combustible to our fantasy! Ah, you will lose this place?... I am saying this because it happened to me. The passion of the moment... loses the notion of everything... forgets, wants to go for pleasure... by impulse and sexual impetuosity! Nothing compares to this pleasure, for this there is no what to do, how to avoid!*

**Ancoragens:** a) “Com a bebida, se age por impulso no sexo”; b) “Sem camiseta é mais prazeroso”; c) Quem gosta de usar camiseta?; d) “Na hora a excitação, não se mede consequências, quer saber só de trepar”; e) “Viver o momento... as pessoas são movidas pelo momento”; f) “Tudo vale por esse momento”; g) “Nada se compara a este prazer, por isso não há o que fazer, como evitar!”

**III/2.6) Estratificação “Vítimas de Abuso Sexual” (Amostra T); Estratificação “Vítimas de Abuso Sexual” (S-2); e DSCs relato de falta de controle da excitação sexual arriscada.**

III/2.6.1) Na estratificação “Vítimas de Abuso Sexual” (Amostra T) (TA-12.A, ANEXO 5):

Grupos: 12.A-1, dos que declararam ter sido Vítimas de abuso sexual (30), e Grupo 12.A-2: Não vítimas de abuso sexual e PNR (139), um dos comportamentos que poderia estar mais propenso à recusa intencional e deliberada do uso do preservativo, foram apreendidos pelas seguintes significâncias: dentre os 30 que afirmam ter sido vítimas de abuso sexual, 18 têm nível educacional Segundo Grau Completo, 2 são aposentados; 7 têm frequência sexual diária; 12 preferem múltiplas parcerias nas relações sexuais; 13 às vezes usam objetos durante as relações sexuais, 14 fazem uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais (6,7% crack), e 28 justificam a influência de substâncias psicoativas como sendo responsáveis pelo comportamento de recusa do preservativo; 16 já tiveram DST após o diagnóstico de HIV; 9 fazem tratamento psiquiátrico; 28 afirmam se relacionar sem preservativo por não portá-lo no momento; 10 relatam não ter controle da excitação sexual, corroborado pelos índices de impulsividade para BIS-11 Fator único. Também foram detectados índices de significância para ideação suicida entre os 30 entrevistados que afirmaram ter sido vítimas de abuso sexual. Cabe ressaltar que 28 dos 30 indivíduos que admitiram ter sido vítimas de abuso sexual fazem uso de substâncias psicoativas nas relações sexuais e não se planejam com o preservativo. Essa dinâmica observada nestas atuações sexuais compulsivas demonstra que o risco e a destrutividade podem estar sendo utilizados para evitar o contato com um elevado sofrimento emocional.

III/2.6.2) “**Vítimas de Abuso Sexual**” (S-2) (TA-12.B, ANEXO 5) : Grupos: 12.B-1, dos que declararam ter sido Vítimas de abuso sexual (16), e Grupo 12.B-2: Não vítimas de abuso sexual e PNR (65), um dos comportamentos que poderia estar mais propenso à recusa intencional e deliberadamente do uso do preservativo. Foram apreendidos índices de significâncias de forma unânime na identificação com a história do Caso A, relacionada à frequência da omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais, e o reconhecimento de que essa situação acontece frequentemente em suas vidas em 16 dos 81 entrevistados. Tais comportamentos foram associados ao uso de substâncias psicoativas.

III/2.6.2.1) DSC: O relato de ter sido **vítima de abuso sexual** evidencia uma das possíveis dinâmicas bastante destrutivas envolvidas no comportamento sexual compulsivo. Figuram entre os principais elementos relatados o isolamento, a identificação com a dor física para superar a dor psíquica e o sentimento de autocomiseração e de vingança, bastante significativo para compreendermos o quanto esta dinâmica psíquica mobiliza a raiva por ser sido abusado.

*O abuso sexual que sofri me tornou uma pessoa diferente, mais solitário... meio sofrido sabe...sexo é assim, um dia prazer, e outro dor", não tem que fazer... Logo eu que sempre fui requisitado, sempre tiveram várias pessoas atrás de mim querendo sabe... e você sabe que quando querem repetir é porque foi bom (risos). Mas tem o outro lado da moeda... vingança, é como se fosse uma vingança... "Eu peguei de uma pessoa, então não estou nem aí, vou passar para alguém, também"... não é nem por vingança, mas é pelo que... a hora, assim, de encontros... assim, uma impulsão, um impulso, entendeu... às vezes até pelo impulso: "Já passaram para mim, então vou passar também, se morrer, morreu, acabou-se, já estou mesmo, então..." Uma situação como essa, de entrega total, acontece por que é extremamente prazerosa... porque eu tenho essa fantasia também, eu tenho... mas eu não vou pegar ninguém para fazer certo tipo de abuso, não é? Eles querem é só trepar...várias vezes... se jogam... ficam doidos... não se controlam, só querem aquilo... várias vezes. Já vi caras apanhando, mas mesmo assim gostam, querem é trepar, assim que eles fazem, e não querer saber. Então é uma coisa que você vai atrás, você não se importa com quem, como, você vai atrás disso, mas você vai atrás até você se sentir realizado... uma pessoa que está com tesão, ninguém segura!*

**Ancoragens:** a) “Passaram o HIV para mim, então vou passar também”; b) “Sexo é assim, um dia prazer, e outro dor”, não tem que fazer”; c) “Vingança, é como se fosse uma vingança”; d) “Uma situação como essa, de entrega total, acontece por que é extremamente prazerosa”.

### III/2.7) Estratificações “**Fazem Tratamento Psiquiátrico**”

III/2.7.1) Amostra T (TA-13.A, ANEXO 5): Grupos: 13.A-1, dos que declararam Fazem tratamento Psiquiátrico = (28) e 13.A-2: Não Fazem tratamento Psiquiátrico, já fizeram mas não atualmente, Nunca e PNR =(150); mais um dos comportamentos que poderia estar mais propenso à recusa intencional e deliberada do uso do preservativo. Foram apreendidas as seguintes significâncias: dentre os 28 que declararam fazer tratamento psiquiátrico, foram detectados índices de impulsividade BIS-11 Fator único, corroborado por 15 dos entrevistados que relatam não conseguir controlar a impulsividade da excitabilidade sexual; somente 5 usam preservativos sempre; 11 moram sozinhos; 7 têm nível educacional Terceiro Grau

Incompleto; 2 são aposentados; 27 HSH; 7 têm frequência sexual diária; 3 sempre usam objetos durante as relações sexuais; 13 fazem uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais (Cocaína=21,4%); 15 tiveram DSTs após o diagnóstico de HIV; 15 usam frequentemente a internet na busca de parcerias sexuais; 9 fazem sexo de alto risco frequentemente; 9 já foram abusados sexualmente; 19 estão em psicoterapia; e 4 têm medo de ser ridicularizados. Este subitem traz um expressivo questionamento: considerando que esses indivíduos que declararam fazer tratamento psiquiátrico – sendo 67.9% deles também psicoterapêuticos –, como podem estar mais propensos a um comportamento tão destrutivo? Afora as inúmeras justificativas possíveis, dentre elas a própria adesão aos tratamentos psiquiátrico e psicoterapêutico, assim como o uso de substâncias psicoativas, outras questões precisam ser consideradas, dentre elas (a) a **dissociação**: o fato de 25% terem grau educacional superior não é suficiente para fazer com que se conscientizem da destrutividade envolvida; portanto, a dissonância não é somente cognitiva, mas também emocional; e (b) a **zona de conflito traumática** estaria sendo devidamente levada em consideração no tratamento psicoterapêutico? A importância em considerarmos os inúmeros sofrimentos que foram expressos por esses indivíduos, dentre eles a solidão, o medo de ser ridicularizado e as DSTs, entre outros, nos advertem da urgência em intensificar a atenção da equipe multidisciplinar nestes casos.

III/2.7.2) S-2 (TA.13.B, ANEXO 5): Grupos: 13.B-1, dos que declararam que Fazem tratamento Psiquiátrico = 19 (23,05%), e 13.B-2: Não Fazem tratamento Psiquiátrico, já fizeram mas não atualmente, Nunca e PNR = 62 (26.05%). Os indícios significantes do comportamento que poderia estar mais propenso à recusa intencional e deliberada do uso do preservativo foram detectados pelos escores de impulsividade no BIS-11 Fator único e de compulsividade na ECS. Além disso, 100% deles reconhecem a história fictícia-projetiva do Caso A que diz respeito à negligência do uso do preservativo com parcerias circunstanciais, e inclusive associam esta situação com a história de suas vidas.

### **III/2.8) DSCs**

III/2.8.1: O relato de **falta de controle da excitação sexual arriscada** é descrito como dependência e compulsividade ao sexo. Neste sentido, a impulsividade parece funcionar como o “gatilho” para que o indivíduo não bloqueie sua necessidade sexual. A identificação com o risco é usada por metáforas bastante significativas, e potencializada pela “onipotência narcísica”. A dissociação na dinâmica relatada demonstra a enorme propensão ao comportamento de recusa deliberada e incondicional do uso do preservativo.

*É foda controlar! Evito bloquear o tesão... Penso muito em sexo, sou dependente... o tempo todo penso em sexo, sou impulsivo, compulsivo. Fico o dia todo no computador me masturbando, falando com muitos caras e ainda assim tenho que transar de manhã e a noite. Por mais que me masturbo não consigo me controlar, meu pensamento é só sexo, sexo, sexo... hoje você as pessoas querem trepar toda hora, como eu (risos)... você entra na internet e em questão de minutos você tá transando... Então... eu pego ônibus todos os dias, pego trólebus, trem... você sempre se depara com várias pessoas. Às vezes, aquela pessoa que você nunca imagina que vai estar olhando para você, aquela pessoa está te olhando, está te paquerando. Então se você não tem um autocontrole, entendeu, você acaba cedendo... Sei lá, camisinha é como saltar de paraquedas, você confia, mas não tem certeza não vai por que você vai se matar... Mas cara, esse frio na barriga, por mais que te consideram louco, te acham insano, é o máximo. É único, é vida. Te faz sentir-se um super-homem, o cara mais potente do universo! Muito tesão cara.*

**Ancoragens:** a) “Na internet em minutos você está transando”; b) “É como saltar de paraquedas, você confia, mas não tem certeza”; c) “Frio na barriga, por mais que te consideram louco, te acham insano, é o máximo”; d) “Te faz sentir-se um super-homem, o cara mais potente do universo!”

III/2.8.2) DSC: O relato de **comportamento sexual extremo** é demonstrado pela centralização em uma sexualidade compulsiva, e pelos indícios do comportamentos parafilicos (sexo grupal, masturbação coletiva, valorização pela ejaculação coletiva (*bukkake* e dupla penetração sexual). Observa-se aqui a elevada propensão ao comportamento de recusa deliberada e incondicional do uso do preservativo.

*Eu acho os homossexuais um pouco mais promíscuos que os casais heteros. É o problema do mundo gay... a pessoa que eu estava, um cara de 1,90m, totalmente passivo... vai para os banheiros, os banheiros do shopping, não é? Tem um monte de homem pelado transando! Querem é gozar... muito, várias vezes... Se o cara não goza porque quer transar mais e mais... ou porque não tem mais o que gozar... depois de 7,9,11 transas... voce entra no piloto automático né.... nem sabe mais quem tá atras, na frente... (risos), os caras tem pressa, querem quantidade. Porque assim, o homem por si só, o homem masculino, ele já tem uma predisposição a gostar mais de sexo do que a mulher. Aí você imagina dois homens juntos... aí é múltiplo, não é, aí é duplicado o negócio.... entre os gays masculinos é maior... eu acho que é carência, baixa estima... temos pressa, somos egoístas, queremos satisfazer nosso tesão acima de tudo, a toda hora, em todo lugar, com muitos, vários, juntos, ao mesmo tempo.... Com a gente não é DR (discussão da relação) é DP (dupla penetração), muitos gozando na cara, no peito, agachado, pendurado, de quatro, de cinco, de dez..... e no modo avião, na calda, laterais, frente...(risos) tudo!! Junto e misturado... não importa quem está ali, e sim quantos estão ali... não importa quem seja, mas se faz, chega junto e te tira deste planeta, te tira de órbita, te faz ir... ir e não voltar... Animal cara! Não é humano!!!*

**Ancoragens:** a) “Se o cara não goza é porque quer transar mais e mais”; b) “O homem tem uma predisposição a gostar mais de sexo do que a mulher e dois homens juntos o prazer é dobrado”; c) “Entre homossexuais não é DR (discussão da relação) é DP (dupla penetração)”.

**III/3) Teste binomial:** Levantamento das principais variáveis que emergiram nas respostas da história fictícia do Caso C (TA-8.C, ANEXO 5). Dentre os 81 entrevistados que participaram desta etapa do estudo, 74 reconhecem que a situação do Caso C que retrata a recusa incondicional e deliberada do uso do preservativo acontece com frequência, principalmente nas *cruisings areas*: 23 em *darkrooms*; 11 em cinemas, parques, shoppings, *swings* e locais de pegação; e 26 através da internet. A análise também destaca que 27,2% dos 74 acham que é um direito do indivíduo, e que não podemos julgá-lo; 34,6% acham que é um comportamento doentio, irresponsável e criminoso; e 77,8% atribuem a um desejo incontrolável, um vício e a

uma total entrega. Dentre as principais justificativas para este comportamento, 16,1% atribuem à influência das substâncias psicoativas; 13,6% pela existência de tratamento para o HIV; 9,9% relatam que é preciso estar atento pra não se deixar levar; e para 12,4% é necessário estar ciente das consequências.

III/3.1) DSC: O relato do comportamento de recusa do uso do preservativo é defendido como sendo **um direito da pessoa que não podemos julgar**. A dinâmica transgressiva e desafiadora foi uma forma de se rebelarem contra os códigos heteronormativos. A criação de suas “próprias leis” para lidarem com estes sentimentos, mobilizada pela recusa incondicional e deliberada do uso do preservativo, viola o esperado em cuidado de proteção e os expõem ao risco.

*Cada um é cada um. Tá no direito, cada um tem direito de fazer o que quiser com seu corpo... Então, a pessoa que está ali pode se dar ao luxo de escolher o momento... Da forma que for, não importa da forma que for. Por que homens e homossexuais não podem? Os heteros fazem swing e ninguém fala nada. Se encontram com vários casais, rola putaria da brava e ninguém fala nada, diz que é normal. E por que o espanto quando homens gays fazem isso? Eles também tem o mesmo direito de transar como e com quem quiser, sem hipocrisia, sem controle. Cada um tem o direito de exercitar o seu livre arbítrio... ninguém tá enganando ninguém, tudo é as claras, cada um vai e faz o que quiser. Tem que parar com essa hipocrisia de achar que todo mundo é “carola”. Se ficasse só entre os gays, tudo bem... Mas e os gays enrustido? E os casados, que são curiosos e pula a cerca e vai atrás dos gay? ... passa para as mulheres e vira uma doença, mas quem é o foco? É os gay? Você não pode ter o direito de ser feliz? Acho que é aquela coisa de liberdade sexual, de: “Eu vou fazer o que quiser sem me preocupar, quando eu tiver vontade, eu vou lá e faço, mesmo sem camisinha”... O corpo é meu, faço com ele o que eu quero, com quem eu quero, como eu quero, sem dar satisfação para ninguém” É uma escolha pessoal, não é? Teve tesão, vai lá e faz... eu não julgo... é um direito de cada um... se eu quero me expor, posso me expor, eu vou me expor... E tem mais, cada um é dono do seu corpo, faz o que quer e ninguém pode falar nada... Ficar dando sermão como se fosse um bebê? Sexualmente falando, a pessoa é dona de si e da situação que quer. Não dá direito a ninguém falar. Cada um tem o direito de fazer o que quiser... vai ficar se controlando? É todo mundo adulto!*

**Ancoragens:** a) “Cada um tem direito de fazer o que quiser com seu corpo”; b) “Heteros fazem swing e é normal, homossexuais é promiscuidade”; c) “Cada um tem o direito de exercitar o seu livre arbítrio”; d) “É hipocrisia achar que todo mundo é “carola”; e) “Sexualmente falando, a pessoa é dona de si e da situação que quer”.

III/3.2) DSC: **HIV não mata, tem tratamento, porque se controlar?** A infecção é vista como algo comum e sob controle, o que leva os indivíduos a reforçarem sua recusa intencional e deliberada do uso do preservativo. O custo de um possível controle é percebido como sendo maior do que lidar com as consequências da infecção.

*O HIV tem controle, não é, tem tratamento, não mata mais! Hoje já tem controle, tem tratamento, tem estabilidade, não é? Quem faz parte do grupo de risco, sabe que isso não vai atrasar em nada na vida, só tomar o remedinho, vai se estabilizar, vai ficar na boa e acabou. O HIV hoje superou tudo já, o tratamento do HIV superou todo esse trauma psicológico que a pessoa possa a vir ter... o HIV não mata mais, certo? Sou um gay calejado”, para mim hoje é mais difícil me controlar... eu acho que isso é muito psicológico sabe... “Ah, peguei, hoje em dia não é a mesma coisa, vou viver, ah, vou lá... Ah, gozou dentro, tomo remédio!” O HIV, ele é muito visto hoje em dia, principalmente no meio homossexual, aquela coisa de doença crônica: “Eu vou cuidar de tratar e tudo certo, tudo bem, vou viver com isso o resto da minha vida, mas eu me cuidando, eu não vou morrer” Vão ter que me engolir por muito tempo... HIV, toma remédio, e DST, é um negócio normal, comum...*

**Ancoragens:** a) “HIV não mata, tem tratamento”; b) “Não se morre mais de AIDS”; c) “É só tomar o remedinho, vai se estabilizar”; d) “Gozou dentro, toma remédio!”; e) “HIV, toma remédio, e DST, é um negócio normal, comum.”

**III/4) Tabela Análise do Processamento em Linguagem Natural (S-2).** Abaixo, a tabela de análise de sequenciamento temporal e co-ocorrência de palavras, demonstrando as expressivas variáveis no comportamento de

Variável	Qui-Quadrado	P
Frequentemente (Sexo Alto Risco)	10.35016	< 0.001
Por direito sobre o seu corpo e seus atos	9.613636	< 0.001
Perda da sensibilidade pelo uso do preservativo	9.153026	0.002
Excitação Sexual/Impulsividade	2.534211	0.016
Impulsividade da excitação sexual	5.659878	0.017
Isolamento	2.18777	0.030
Darkroom	5.021545	0.025
Um desejo incontrolável, um vício, total entrega	21.93217	< 0.001
Cinemas, parques, shoppings, swings... pegação	4.873933	0.027

**Tabela 11** – APLN do comportamento de alto risco entre HSH (S-2)  
Fonte: APLN / TB / X<sup>2</sup>.

#### III/4.1) DSC: *Cruising areas*

III/4.1.1) **Darkrooms, boates e saunas** (Sexo de alto risco). Neste relato observamos um comportamento de grande propensão para a recusa intencional e deliberada do uso do preservativo sendo praticado sem reservas pelos indivíduos que se identificam com a permissividade sexual oferecida nesses espaços, e se veem forçados ainda mais a dar vazão à gratificação sexual. Portanto, nesta combinação entre a permissividade desses espaços sociais e a necessidade emocional, a compulsão sexual se potencializa.

*Acontece sempre, é o que mais está acontecendo... no cinema tem darkroom, na balada tem darkroom, um quarto escuro onde você entra lá e faz à vontade... Nas boates tem quarto de darkroom, que é uma sala escura, a maioria das pessoas que entram é para buscar sexo... entra todo mundo, ninguém se vê, elas entram, transam e saem de lá felizes, satisfeitas, mas não sabem nem com quem transaram... tem "A festa dos pauzudos"... tem muita festa aqui em São Paulo, aqui tem muitas... muito homem que tem o HIV, eles querem transar sem camisinha. Os caras casados vão e tem relação sexual sem camisinha... pega um, pega outro e eles fazem de tudo ali dentro, dá a fissura de querer transar com todo mundo, a toda hora, o tempo todo...o povo vai lá e não vê nem com quem está fazendo... você não vê nada, o pessoal te pegando, você nem vê com quem, de repente você está com o teu irmão lá dentro e você não vê... darkroom, é tudo escuro..... Vou curtir o meu máximo, agora que eu posso, já estou com a doença mesmo, vou fazer tudo que eu quero”, aí vai para os darkroom... acontece muito... são lugares de pegação... no darkroom, no palpar já pega dois, três, quatro, “ninguém é de ninguém”... o pessoal todo mundo nesse dark, não cabe tanta gente, é muita putaria... é onde você vai e tem um monte de gente se pegando... eu gosto de bacanal... daí corre risco mesmo... é o que mais acontece!*

**Ancoragens:** a) “Quem já está com HIV pode fazer tudo que quer”; b) “No darkroom, ninguém é de ninguém”; c) “No cinema tem darkroom, na balada tem darkroom, um quarto escuro onde você entra lá e faz à vontade”; d) “Muito homem que tem o HIV, quer transar sem camisinha”; e) “Os caras casados vão e tem relação sexual sem camisinha”; f) “Vou curtir o meu máximo, agora que eu posso, já estou com a doença mesmo, vou fazer tudo que eu quero”; g) “Nesse dark, não cabe tanta gente, é muita putaria”.

A seguir, a representação gráfica indicada pela frequência das palavras abordadas no relato do DSC.



**Gráfico 14** – Darkrooms, boates e saunas (sexo de alto risco) (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: boate, darkroom, vai, entrega, vê, lá, maior

III/4.1.2) **Cinemas, parques, shoppings, swings e pegação** (sexo de alto risco). O relato reforça a identificação do prazer em se expor ao risco, e neste caso com um elemento a ser considerado: o sexo grupal. Diante das inúmeras ofertas combinadas com o uso de substâncias psicoativas, os indivíduos se veem “avalizados” e motivados a dar vazão às suas fantasias.

*É aonde que eles vão, nos cinemões, nas praças, no Ibirapuera, no Parque do Carmo, está tudo lá, avozinho, tiozinho... Vixe, bastante... e a maioria do pessoal que vai lá é casal, e é troca de casal. Tinha cara lá que falava que era casado, tal, e trocava o casal com outra pessoa e fazia sexo sem camisinha. É normal, se você vai numa balada, que nem teve lá, você via médicos, enfermeiros, pessoal que estava se formando, assim, tudo bêbado, tudo drogado... quando tinha festa, você via... eu ia fazer ronda no estacionamento, você só via os carros mexendo... Quando você tem relação sexual, se você é uma pessoa casada, automaticamente você vai pegar a camisinha e jogar fora, então quando os carros saía, você não via camisinha no chão... você via era cocaína, ponta de maconha, então eu acho que o pessoal faz tudo, só vive em cinemão. Acontece muito. Essas festas, as baladas de hoje tem um lugar que você pode fazer o que você quiser... E os casados, que são curioso e pula a cerca e vai atrás dos gay? E aonde que eles vão? Vão nos cinemões, nas praças... acaba de fazer sexo, se mata de fazer sexo, e quer mais e mais! A maioria dos caras que eu saio, tudo são casados, tem mulher... Em cinemão... acontece muito... balada é o que mais tem, pegação... é que o ser humano gosta... de sacanagem, putaria mesmo, que seja homem, casal, não importa a sua opção sexual, mas ele gosta de sacanagem, putaria, mesmo... Sabem que tem banheiro público e o famoso cinemão.*

**Ancoragens:** a) “O sexo em cinema de pegação, sauna e banheiro público acontece muito, é normal”; b) “Um lugar que você pode fazer o que você quiser”; c) “A maioria do pessoal que vai nesses locais é





**Gráfico 16** – Direito ao sexo *barebacking* (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: entrega, pessoas/gente, vai, falar, gay, deixam, entendem, risco.

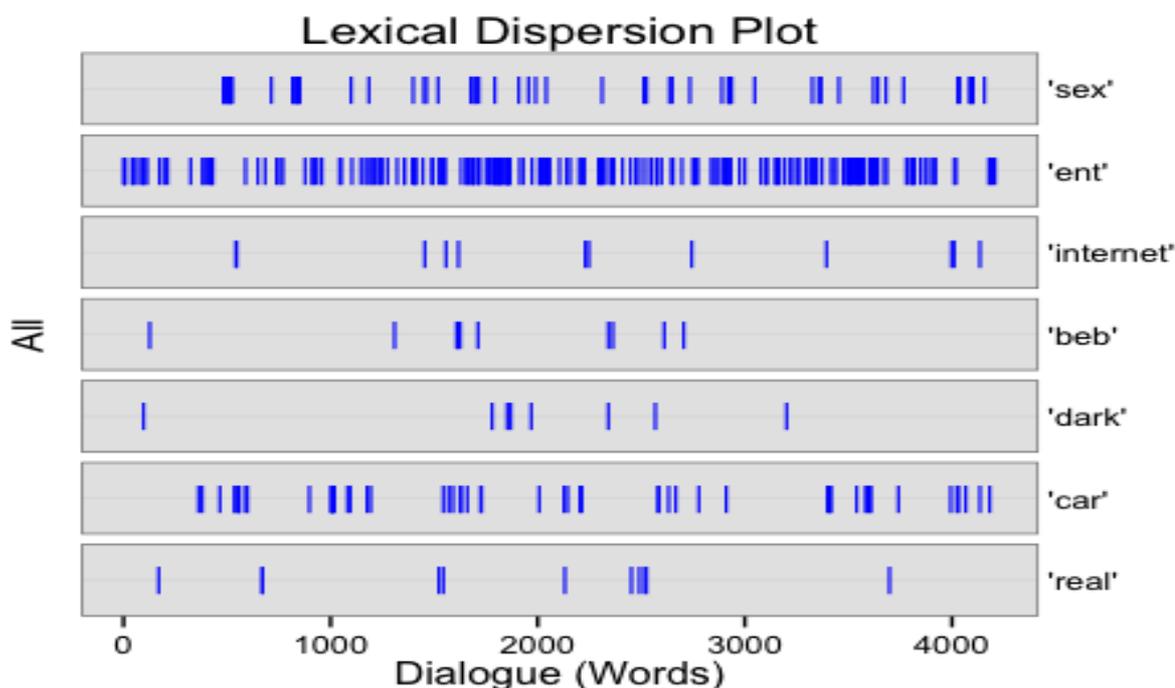
III/4.2.2) DSC: **A entrega incondicional e deliberada do “comportamento barebacking”** é descrita aqui com uma elevada identificação com o prazer do risco. A possibilidade de ser (re)infectado é sentida como excitante e a insaciabilidade sexual como algo mais forte que qualquer decisão consciente, até mesmo sobrenatural. Essa dissociação é potencializada nesses relatos pelas fantasias eróticas e de onipotência descritas de forma megalômana, sem limite. O estado de euforia e de excitabilidade diante da possibilidade de vencer os sofrimentos possivelmente originados de um núcleo de conflito traumático, lhe dão a sensação de invencibilidade e de triunfo sobre aqueles sentimentos que lhe causam dor. Entretanto, esse recurso emocional muito primário, pelo qual o indivíduo se utiliza do próprio corpo e do sexo para aliviar a tensão e a excitabilidade proveniente desses núcleos, é de satisfação momentânea, e logo o indivíduo sentirá a necessidade de buscá-lo novamente. Esta insaciabilidade é um dos fortes elementos observados nos comportamentos adictos e de compulsividade sexual.

*Acontece, é o desejo, é a vontade, é o prazer, é a satisfação daquele momento, fica incontrolável! De repente, sabendo do risco que estava correndo, iria mesmo assim, faria mesmo assim, sabendo do risco, sabe, de poder até se contaminar! A excitação é muito intensa, é verdade fica fora de controle... a pessoa quer gozar, ter o prazer, enfim, é prazeroso demais ter um relacionamento sexual, e você acaba realmente se entregando. Você não tem um autocontrole, entendeu, cede. Você sai com essa pessoa hoje, sai com uma outra pessoa amanhã, sai com outra pessoa outro dia... tem que sair dali satisfeito, chegar aos finalmente. Vadiagem ou vício, você não consegue se controlar. Do risco? É do risco que eu mais falo e adoro. Eu queria deixar de gostar de sexo"... adoro sexo, sou insaciável. Viciado em sexo... tem vícios e o vício, extremamente viciado em sexo e não consegue se controlar...Somos um exército hoje de gay, sem general, sem coronel...sem controle. E hoje os gay estão sem território, estão sem lei... a realidade é essa, é uma coisa sem controle, hoje, eu não vejo controle mais nisso. Não vejo mais controle, sabe, as pessoas estão se entregando de qualquer jeito e quanto mais promíscuo, melhor.... as pessoas estão insaciáveis, falou sexo, eu já ligo sexo àquela coisa de ser insaciável, que é*

a maioria das pessoas. E ser insaciável não é só querer, querer, querer... não, é querer com várias pessoas. Não tem controle... Quando você tá lá é uma maravilha, você é desejado, se sente importante, todo mundo te quer, você escolhe, você manda... Cara é um prazer diabólico, não é real... “se é perigoso é mais gostoso”! A maioria nem gozam pra transar mais e mais... Não sei explicar, se gosta de aventura, não é, eu acho que cada um tem um hobby. Eu gosto do risco, se a pessoa também gosta.... “Olha, hoje eu vou numa festa, hoje pode ser perdição, posso encher a cara, posso fazer sexo sem camisinha”... A euforia é bom, fazer sexo sem camisinha é melhor ainda... à parte do sentimento, entendeu, aí acaba acontecendo, a pessoa acaba se entregando... é uma dependência. As pessoas não tem reserva, se dão totalmente.... se entregam para o outro fazer o que quiser... é excitante... O desejo sexual sempre será mais forte que a consciência... Necessidade é um impulso sexual, você vira bicho... a partir do momento que você está excitado, é só o sexo, não tem como você evitar... é impossível!

**Ancoragens:** a) “Desejo, vontade e prazer, são incontrolláveis”; b) “Vadiagem ou vício, você não se consegue controlar”; c) “Gays estão sem território, é um exército sem general, sem coronel...”; d) “Ser insaciável não é só querer, é querer com várias pessoas”; e) “Se é perigoso é mais gostoso”; f) “Necessidade é um impulso sexual, você vira bicho”; g) “Sexo não tem como você evitar, é impossível”; h) “Entregar-se para o outro fazer o que quiser, é excitante”; i) “O desejo sexual sempre será mais forte que a consciência”; j) “Necessidade é um impulso sexual, você vira bicho”; k) “A partir do momento que você está excitado, é só o sexo, não tem como você evitar, é impossível!”

A seguir, a representação gráfica indicada pela frequência das palavras detectadas no relato do DSC.



**Gráfico 17** – Entrega incondicional e deliberada do comportamento *barebacking* (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: sexo, entrega, internet, bebida, *darkroom*, carga, real.

III/4.2.3) DSC: **A perda de sensibilidade/ incômodo do uso do preservativo** é expressada com raiva, com um desconforto impossível de vencer. O fato de os indivíduos não terem manifestado qualquer outra possibilidade de autocuidado também pode ser um indicativo que

pode ser caracterizado como mais um elemento que reforça a propensão do comportamento de recusa intencional e deliberada do uso do preservativo.

*Imagina você usar essa borracha em sexo oral! Correto?! Dá licença. Isso é uma merda. Fora que te brocha, te deixa numa situação deplorável, humilhante. Sempre atrapalha, irrita, machuca, incomoda... é bastante difícil de usar. Desconcentra, perde a sensibilidade, quebra o tesão, interrompe, é desconfortável, quebra o clima, aperta, machuca, dói, ruim pra colocar, não é a mesma coisa, brocha... você não pega nada mas também não sente nada. Será que é essa a intenção? Quer que passamos a ficar como múmias? (risos) não dá! Insuportável. Não tem graça nenhuma com preservativo... o prazer muda completamente... sente mais prazer sem o preservativo. Desisti, não dá... acho difícil pra ter orgasmo. Com preservativo demora demais... o parceiro reclama. Se usar, brocho, você não sente nada.*

**Ancoragem:** “Com preservativo não pega nada, mas também não sente nada”

A seguir, a representação gráfica indicada pela frequência das palavras abordadas no relato do DSC.



**Gráfico 18** – Perda da sensibilidade pelo uso do preservativo (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: clima, tesão, difícil, gostar, colocar, brochar, bom, dá, achar, borracha

III/4.2.4) DSC: “**Comportamento sexual extremo: sexo barebacking.** Este relato é mais um dos que reforçam o comportamento de elevado prazer pelo risco, como demonstram alguns elementos significativos presentes no comportamento extremado e arriscado “barebacking”. Dentre outros, destacamos o sexo sem preservativo, o uso de uma ou mais substâncias psicoativas, o uso de máscara, ambiente escuro, sexo grupal, ciência e alta excitabilidade pela presença de soropositivos entre eles, a fantasia erótica, o risco e a adrenalina potencializados,

e o uso da internet que media esses encontros. O risco é centralizado apenas no prazer, sem qualquer alusão a consequências ou elementos de cuidado e proteção.

*Sem camisinha... é pele a pele, dá para sentir a veia pulsando. Orgia... colocam a máscara para não se identificar e rola tudo numa festa no escuro, de máscara, com cocaína, com whisky e vou dar e trepar com qualquer um... As pessoas se organizam, e junta um número de pessoas, 10, 15 pessoas no apartamento de um, aí tem um que é soropositivo... transam todos entre si, não é, e sem preservativo, sem nada. Quem é o soropositivo, no final da noite, quando termina tudo, o soropositivo fala que ele é, se revela... E aí, quem transou com ele? É o prêmio da noite, sei lá, alguma coisa assim, o prêmio da festa. É, é excitante o risco. Tem grupos disso... os barebackings. Eu já fui convidado para vários, vários... isso aí os meus amigos vão... é natural, é normal. Vai sem pensar, não é... Não, não tem autocontrole. Acontece... Tem, é frequente no mundo gay... é uma adrenalina... uma atração pelo risco...depende muito do psicológico da pessoa: "Não, eu sou inatingível, sou poderoso! O prazer pelo prazer acima de qualquer coisa... Acontece, sou convidado para festinhas assim... de jogar o soropositivo no meio de uma roda. É uma moda agora na internet, o "Bare", que o povo transa sem camisinha, pessoas que são gays, que não são gays, ou que são gays e que preferem transar sem camisinha, e já avisam: "Olha, vai ter um soropositivo entre eles", que é um sexo meio radical... eu gosto de bacanal! Mais excitação, o prazer de se arriscar... o tesão é maior que qualquer coisa! é um mundo imaginário, perigoso... "Vou fazer, vou extravasar, vou ficar louco", que nem eu já fiz isso muitas vezes, entendeu... vai ficar se controlando? É prazer...é uma roleta russa...*

**Ancoragens:** a) "O prazer fala acima de qualquer coisa"; b) "Prazer é uma roleta russa"; c) "Sem camisinha é pele a pele, dá para sentir a veia pulsando".

A seguir, a representação gráfica indicada pela frequência das palavras abordadas no relato do DSC.



**Gráfico 19** – Comportamento sexual extremo: sexo *barebacking* (S-2)

Legenda das principais raízes das palavras indicadas no gráfico de frequência: vai, achar, porque, momento, falar, sentir, ter, falta, risco.

**III/5) Conclusão da Hipótese 3:** Nesta pesquisa, **“O comportamento sexual compulsivo e o prazer pelo risco são determinantes para o comportamento de recusa incondicional do uso do preservativo em HSH HIV<sup>+</sup>”**.

Os resultados das significâncias apresentados neste estudo foram consubstanciados pela análise das significâncias da ECS (subitens 1, 1.1, 1.2, 1.3)<sup>87</sup>; Teste binomial do Caso C (III/3) e APLN (III/4). Além disso, os indícios de comportamento sexual compulsivo e prazer pelo risco foram corroborados através das estratificações TA-10, TA-3.B, TA-2.A, TA-2.B, TA-11.A, TA-11.B, TA-12.A, TA-12.B, TA-13.A e TA-13.B; e dos relatos dos DSCs III/1.1, 2.4.1, 2.4.2, 2.5.3, 2.6.2.1 2.8.1, 2.8.2, 3.1, 3.2, 4.1.1, 4.1.2, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 e 4.2.4.

## 7.2 ANÁLISE DA CAMPANHA NACIONAL DO HIV- 2014

---

<sup>87</sup> 1) Resultados Comparativos das Escalas BIS-11 e ECS.

1.1) Escalas BIS-11 e ECS (Amostras S-1 e S-2).

1.2) Escalas BIS-11 e ECS por número de pessoas com pontuação acima da Amostra T.

1.3) Escala de impulsividade BIS-11 e ECS, estratificada com o “uso do preservativo” (Amostra T).



**Figura 2** – Campanha Nacional do HIV – 2014

**7.2.1 Teste binomial:** Levantamento das principais significâncias de variáveis emergentes e não emergentes (S-2) (TA-14, ANEXO 5). Dentre os 81 entrevistados que participaram desta etapa de análise do Cartaz de Campanha do HIV-2014, destacamos que: 23 avaliam que o cartaz faz alusão a substâncias psicoativas; 36 não veem nenhuma associação ao uso do preservativo; para 26, o cartaz não transmite nada; 76 acham que ele faz alusão a festa, carnaval, prazer, transa e sexo, e para 26 o cartaz faz alusão ao preservativo. Quanto às propostas para que as campanhas sejam mais funcionais, 6 propuseram imagens com pessoas saudáveis e bonitas, e 28 sugeriram imagens impactantes, com pessoas adoecendo gravemente de Aids; 9 propuseram campanhas mais informativas, claras, diretas e objetivas quanto ao uso do preservativo e HIV direcionadas ao público em geral (66,7%); aos HSH (3,7%); ao combate do estigma e discriminação (6,17%); aos caminhoneiros (2,46%); aos usuários da internet (3,7%); e aos jovens (9,9%). As campanhas no exterior foram usadas como referência

por 2,46%, e dentre as principais percepções foram evidenciadas a constância e a desestigmatização.

## 7.2.2 Principais relatos sobre o que a imagem transmite:

### 7.2.2.1 DSC: Alusão a festa, carnaval, bagunça, prazer, transa, sexo ...

*Festa. Me inspira a fazer parte desta festa... transar, muito sexo e putaria à disposição... querer se envolver com alguém, ser atraído para essa alegria... sinto um prazer, uma sensação, uma alegria, um prazer, uma satisfação. Querer participar da festa, curtir. Vejo uma festa funk, show de rock, nego zoando, muita muvuca, festa de carnaval, um trio elétrico andando... uma bagunça. É um convite a festa... Convite a putaria. Festa e putaria... é um prato fácil...carnaval, boate, danceteria... do jeito que você vê o pessoal, um abraçando o outro, beijando, agarrando... Carnaval remete ao prazer, sacanagem, muita folia, muita gente fácil, sexo e verão, calor, parece que o calor cheira a sexo.... Fazer coisa sem pensar, perdição, o momento, empolgação, euforia. É uma festa da sexualidade, inspira diversão, folia, sexo, drogas, essas coisas todas, porque essa felicidade é momentânea. Me passa sexo, Adultério, "pegar"... apologia ao sexo...*

**Ancoragem:** “Carnaval remete ao prazer, sacanagem, muita folia, muita gente fácil, sexo e verão, calor, parece que o calor cheira a sexo”.

### 7.2.2.2 DSC: Alusão a substâncias psicoativas

*É um convite a bebida, droga, transa, muito sexo e putaria a disposição. Me inspira a fazer parte desta putaria, muita bebedeira, nego fumando, droga, álcool, vodca, bebedeira... encher a cara, vai solteirar, tipo festa funk... Bastante, bebida, drogas, é bastante, a pessoa fica alucinada, ela fica fora de si... bebendo..., se continuar fazendo excesso de sexo e ejaculações, jogando para fora o stress. Porque é um ciclo, você bebe e faz sexo, que gera vontade de beber, que gera vontade de fazer sexo... Todo mundo vai ficar com todo mundo, todo mundo bêbado, drogado... álcool e drogas e aquela coisa de curtidão... todo mundo facinho... Inspira, bebida, sexo, beijar muito...*

**Ancoragem:** “Álcool e drogas é coisa de curtidão... todo mundo fica facinho”.

## 7.2.3 Principais relatos sobre a imagem como parte de campanha nacional sobre o uso do preservativo:

### 7.2.3.1 DSC: Não transmite nada

*Nada. Não me diz nada.... passa batido. Não associo a nada. Se me inspira alguma coisa? Não. Onde fala aqui que você tem que usar camisinha? Não, jamais, não. Pensava que era uma brincadeira... Muito poluído... um rosto bonito, coloca um corpo bonito, é onde você às vezes deixa-se levar... mas não dá para você associar. Não diz nada e não passa nada! HIV é muito sério, não é diversão!*

**Ancoragem:** “HIV é muito sério, não é diversão!”

### 7.2.3.2 DSC: Não vejo nenhuma associação ao uso do preservativo

*Isso aqui é uma campanha para uso do preservativo? Humm... não! Se motiva ao uso da camisinha? Não, não. Esse cartaz é para usar o preservativo”? Não, isso aí está mais para uma propaganda de Carnaval é uma chamada, uma convocação... Não é uma coisa de associação fácil... sem nenhuma informação... parece que é uma festa havaiana. Não associa. Passaria batido, a mensagem que passa é o incentivo a festejar, a ter alegria, a ter prazer, a se soltar, folia, bagunça... É, quase que é ao contrário... não passa nada... só pra fazer sexo. Dá a impressão que isso foi criado justamente para as pessoas que as pessoas têm que se descuidar mesmo!*

**Ancoragem:** “Carnaval é uma chamada, uma convocação”.

## 7.2.4 Principais sugestões para campanha de incentivo ao uso das camisinha:

7.2.4.1 DSC: Proporia campanhas mais informativas, claras, diretas e objetivas do preservativo/ HIV

- DSC: Ao público em Geral

*Camisinha, não é... numa campanha em cima da conscientização das pessoas... isso é o mais importante. Geralmente as pessoas não costumam ler, as pessoas são mais de bater o olho e ver e uma imagem vale mais do que uma palavra, então uma imagem seria uma melhor forma de trabalhar em cima disso. Sexo tem a ver com a questão do HIV... mas informe a palavra pegar o vírus do HIV e proteção. Parece que não é interesse do governo fazer isso... Tem mostrar o que acontece com você se você não usar... mais objetivo. Tipo: “cuidado com o momento da empolgação”, “a aparência engana” ou “se você beber, usar droga, você vai alterar a sua personalidade, vai alterar o seus pensamentos”. Por causa dessa falta de informação muitas pessoas se escondem, tem medo de se expressar, por causa da falta de informação, que a população em si, muitas pessoas têm preconceito, ainda. Falta da campanha constante e alimentando, cultivando a precaução. A educação sexual hoje em dia está muito precária. As campanhas sobre as DSTs deveriam ser reformuladas, conscientizar as pessoas de uma outra forma, falar sobre a doença, mesmo, explicar de uma maneira mais fácil, uma linguagem mais fácil para as pessoas, para atingir todos os públicos... as pessoas que têm dificuldade de assimilar, de entender as coisas, eu acho que uma campanha numa língua mais universal, para que todo mundo entenda. A conscientização é o caminho mais sólido, mais eficaz, e mais duradouro. Tem que ser explícito, mesmo, mostrar realmente ou a camisinha ou fazer essa ênfase. Fazer as campanhas direcionadas ... é difícil a gente atingir com uma campanha todo mundo....*

**Ancoragens:** a) “Cuidado com o momento da empolgação”; b) “A aparência engana”; c) “Se você beber, usar droga, você vai alterar a sua personalidade, seus pensamentos”.

- DSC: direcionada aos jovens

*O cara de 15 anos não tem nenhum compromisso com nada, agora, a preocupação dele está um pouco diferente e aí, Você vai usar uma história diferente para cada um deles, dentro da realidade de cada um. Melhor uma imagem ou contexto: “aonde tem a droga, onde tem o álcool, onde tem a balada, o vírus está se espalhando”. Os adolescentes não estão nem aí mais... acham que a AIDS está controlada. Tem que ir nas escolas, nas faculdades... nessas festas... precisa. Isso que é educação!*

**Ancoragem:** a) “Aonde tem droga, álcool e balada, o vírus está se espalhando”.

- DSC: direcionada aos HSH

*Esse governo não está fazendo muita coisa eficaz no foco das doenças. Nós gays, sabemos onde é o foco, tem que divulgar nos cinemas, parques, é que nem o Ibirapuera, em terminais de ônibus... Ir nos focos, onde está a massa...*

- DSC: direcionada aos caminhoneiros

*O motorista que está na estrada, o caminhoneiro, que está tomando rebiteiro, que para nesses posto de gasolina e encontra essas meninas na beira das estrada vendendo o corpo a troco de nada... Ele faz sexo oral e sem camisinha.*

- DSC: direcionada a usuários da internet

*A internet é o lugar certo pra divulgar, é aonde pega... Inventem um aplicativo para isso. Alguma coisa para alertar, tipo: “se for para a festa, se for ter relação sexual, não esqueça da camisinha”. No que vai falando, falando quando você vai ver, a mente vai gravando. É um alerta, não é? Na hora H quando se quiser fazer sexo, falta de aviso não foi.*

**Ancoragem:** “Se for para a festa, se for ter relação sexual, não esqueça da camisinha”.

- DSC: Direcionada ao combate do estigma e discriminação

*A discriminação é enorme ainda! Tinha que informar as pessoas, tinha que ter mais informação para acabar com esse preconceito. Deveria ter uma campanha profunda, para mostrar como que é, passar a realidade do HIV... mostrando a realidade a pessoa que não tem o acesso. Por causa dessa falta de informação que os soropositivos se escondem, tem medo de se expressar, por causa da falta de informação, que a população em si, muitas pessoas têm preconceito, ainda.*

**Ancoragens:** a) “Por causa da falta de informação que os soropositivos se escondem; b) “Por causa da falta de informação, muitas pessoas têm preconceito, ainda”.

- DSC: Difícil, contra o tesão não há campanha que funcione...

*Não há nada que possa combater quando o tesão é maior. Nada. Ele nos move sem que tenhamos possibilidade de nos segurar. É difícil. As pessoas acham que controlam, mas não controlam nada. Acorda Alice! São todos uns facinhos... Eu acho que é por ai... Droga traz o sexo... o preservativo ninguém usa. As pessoas agem muito sem pensar e tipo balada, essas coisas, entendeu... E o que se faz para combater isso? Nada. Então... deu no que deu.*

**Ancoragens:** a) “Não há nada que possa combater quando o tesão é maior”; b) “As pessoas acham que controlam, mas não controlam nada”; c) “Droga traz o sexo, o preservativo ninguém usa”.

- DSC: Se compará-las com as experiências que observei no Exterior, eu diria que...

*No exterior temos uma liberdade mais flexível, você consegue ir no médico em qualquer horário, eles não são tão taxativos, que o exame de sangue tem que ser de manhã cedo, deixam a pessoa... porque como é uma coisa crônica e constante na sua vida, então deixam você controlando... Você marca um dia, aquela determinada consulta e aparece, muito interessante o approach deles. Na Inglaterra... dão muito suporte, aprendi muito, tirou aquele peso inicial. Na fase dos medicamentos, já estava na Itália, onde também foram muito bem precisos, atenciosos, não deixam faltar nada. O Brasil está bem mas pode melhorar, não tem que só tratar, mas tem que combater... esse que é o problema. A campanha lá fora é muito intensa e com muita informação. No Brasil a gente sabe que a coisa aqui é meio enrolada,*

**Ancoragem:** “No Brasil a gente sabe que a coisa aqui é meio enrolada”.

- DSC: Propria Imagens impactantes com pessoas adoecendo gravemente de aids

*Colocaria imagens com pessoas terminais, em fases degenerativas, muito mal, chocaria. Como na campanha do cigarro... isso faria muito mais as pessoas a pararem e pensarem... Uma imagem destrutiva, degenerativa, como realmente é a realidade... Mostraria um pulmão podre, um pau bem fudido, cheio de verruga, pus, um afeto abortado... as pessoas muito doentes, em estado terminal e em profundo sofrimento e desespero... isso sim funcionaria! Colocaria uma pessoa já morrendo com AIDS, uma pessoa bem feia... uma imagem de uma pessoa morrendo de aids.... para as pessoas sentirem, o que nós sentimos... O que chama atenção é a desgraça, infelizmente, alegria só instiga. Não estimularia o preconceito e discriminação. Não porque hoje, acho que isso aí é mais papo das pessoas das antigas, esse papo de preconceito, discriminação é uma palavra que já deveria ter sido ultrapassada do vocabulário, eu acho hipócrita demais a sociedade em geral: "Ah, racismo, ai, preconceito, ah, bullying. Todo mundo sabe, é hipocrisia... É uma doença que poderia ter sido evitado. Deveriam mostrar verdadeiramente como que é... só ficam mascarando aí... As pessoas perderam o medo por ele ter controle hoje em dia... quando ela estiver doente, quando ela tiver que ter que tomar quatro comprimidos por dia, aí ela vai se preocupar... A coisa ainda continua séria, é perigosa, e você compromete a sua vida inteira. As pessoas não acreditam mais que o HIV mata, é difícil e sofrido... eles acham que é só oba, oba...*

**Ancoragens:** a) “O que chama atenção é a desgraça, infelizmente, alegria só instiga”; b) “Pessoas terminais, em fases degenerativas, muito mal, choca”; c) “Uma imagem destrutiva e degenerativa é a realidade”; d) “Pessoas muito doentes, em estado terminal e em profundo sofrimento e desespero, isso sim funciona”; e) “As pessoas não acreditam mais que o HIV mata”.

**7.2.5 Estratificações (S-2):** Corroborando estes relatos, foi detectado expressivo índice de significância na estratificação **frequência sexual diária** (TA-11.B, ANEXO 5). Dentre os entrevistados, para os 17 que relataram ter frequência sexual diária, cuja análise pode ser vista no subitem III/2.5.2, foram detectados elevados índices de significância referente à proposta de colocar fotos de pessoas adoecendo de Aids, em fase terminal, em uma campanha nacional do HIV.

**7.2.6 Conclusão da análise do Cartaz da Campanha Nacional do HIV – 2014:** Nesta pesquisa, **“o Cartaz de Campanha Nacional para uso do preservativo – 2014 não comunica com clareza o seu objetivo, portanto não houve funcionalidade da Campanha”**.

Esta conclusão foi consubstanciada mediante os resultados do **Teste binomial** (TA-14), itens e subitens dos DSCs e estratificação TA-11.B, demonstrando entre inúmeras questões a importância de mais pesquisas, aprofundamento e análises da funcionalidade dos instrumentos utilizados em campanha.

### 7.3 FECHAMENTO DA ENTREVISTA

**7.3.1 Teste binomial:** Levantamento das principais variáveis que emergiram nas respostas do fechamento da entrevista (S-2) (TA-15, ANEXO 5). Dentre os entrevistados participantes desta fase do estudo, destacamos: (a) 19,77% avaliam que deveria haver mais campanhas e espaços de conscientização; (b) 9,9% não diriam nada a ninguém; (c) 23,4% não confiariam em ninguém, portanto acham que nada pode ser feito; (d) 75,4% alertam sobre a importância de se prevenir e de usar o preservativo; (e) 39,6% relatam que é necessário estar atento e pensar muito antes de se entregar aos próprios desejos; (f) 17,3% falam do cuidado em relação à influência das substâncias psicoativas; (g) 17,3% destacam o quanto mudaram com a experiência do diagnóstico; 72,8% relatam a sensação de bem-estar e tranquilidade ao participarem da entrevista, e 16,1% acrescentam a importância de saber que podem colaborar na evitação de novos casos; (h) 32,1% destacaram a importância de ter alguém com quem conversar sobre o assunto; e (i) 32,1% se deram por satisfeitos na entrevista, ao relatarem ter dito tudo o que gostariam.

### 7.3.1.1 Principais respostas dos participantes sobre o que diriam a alguém para que evitasse o HIV:

- DSC: Preserve-se. Cuide-se. Use o preservativo sempre.

*Preservativo, use antes que você pegue uma outra doença que possa vim te danificar o psicológico, o físico... se preserve. Se você for ter uma relação, procure sempre ter o seu preservativo. É uma doença que você controla ela do jeito que você quer, não tem perigo de morrer, a menos que você descuide. "Só depende de você, só depende de mim" É necessário trabalhar a cultura das pessoas, desrotular que o preservativo é ruim. Tem e se prevenir, usar a camisinha é a única segurança não só para AIDS, como para outra doença. O único jeito de prevenir mesmo é o preservativo, não é, não tem jeito. Se previna.*

**Ancoragens:** a) "Preservativo, use antes que você pegue uma outra doença"; b) HIV, só depende de você, só depende de mim".

- DSC: Esteja atento, pense muito antes de entregar-se aos seus desejos.

*Tomar cuidado, pensar bem... seja atencioso, seja maduro, seja verdadeiro... Não cai na armadilha do sentimento, do desejo, de você querer se manifestar com uma vontade, com um prazer maior... não se empolguem, não vá por aparências, um rosto bonito pode esconder coisas terríveis por trás. Então, sexo pessoal, é como se fosse trânsito, são três segundos para acontecer algo indesejado... tem que ter consciência, pense duas vezes antes de fazer as coisas, antes de agir, porque depois vem as consequências. Escolha o parceiro, não por necessidade sexual, mas por afinidade de argumentos, ou seja, escolher uma pessoa de cabeça boa, não um corpo bom, um corpo bom, qualquer um pode ter. "Não saia sem conhecer a pessoa... não perder o foco. Evite sair pegando qualquer um... E se controlar né (risos)... controle. Não agir por impulso... Estar sempre, sempre atento, amor próprio, se preservar o máximo possível.*

**Ancoragem** a) "Pense duas vezes antes de fazer as coisas, antes de agir, porque depois vem as consequências".

### 7.3.1.2 Principais respostas dos participantes sobre como se sentiram ao participar da entrevista:

- DSC: Foi tranquilo participar. Me senti muito bem.

*Me senti bem, verdadeiro, tranquilo, me senti bem, pra mim foi ótima a pesquisa. São questões que nos fazem refletir bastante sobre coisas que realmente podem acontecer, com qualquer pessoa. Foi tranquilo, gostei, me senti bem à vontade para responder. Satisfeito... é bom falar sobre essas coisas. Estou me sentindo melhor do que estava antes. É difícil a gente ter com quem falar sobre isso né? Tira um peso da mente né... tava precisando disso, de um papo assim, faz tempo... Foi legal. Obrigado pela conversa e preocupação. Nossa a gente até estranha... Valeu mesmo. Estou me sentindo muito bem. Obrigado. Obrigado pela conversa, foi muito bom.*

- DSC: Ótimo ter alguém com quem conversar.

*Não tenho oportunidade de falar com ninguém. Faz muito bem desabafar. Me senti bem, é tão bom conversar com alguém, sabe que por mais que você tenha amigos, colegas, você não tem coragem de chegar e desabafar... eu principalmente, eu não tenho coragem de me abrir, com ninguém sabe, então é bom quando você conversa com alguém que sabe conversar, com uma pessoa que te entende, te ouve, não te olha estranho, sabe, tipo, não te olha: "Ah, esse cara aí tem problema" Eu precisava disso... é bom conversar sobre isso com as pessoas que se dispõem a ouvir... é raro. Me senti aliviado! Eu ainda tenho muita coisa para aprender, mas um pouquinho eu já consegui enxergar... sabe quando você vê as coisas acontecendo e fala: "Pô, está tudo aí tão óbvio, tudo tão óbvio" Eu fazia exatamente tudo isso que está aí... eu sei que se você vem aqui, você não pode ter preconceito nenhum. Eu acho que é um lugar que deveria ter até mais, mais psicólogo, porque você vai conversar, você pode falar de*

*você, sem medo, não é? Me sinto bem, é um momento que você fala o que você pensa. Foi ótimo esta conversa.*

**Ancoragem:** “Conversar sobre isso com as pessoas que se predispõe a ouvir, é raro”.

**7.3.2 Conclusão do fechamento da entrevista:** “Ter um espaço para conversar sobre a realidade de se viver com HIV é fundamental para a saúde emocional”

Esta conclusão foi consubstanciada mediante os resultados do teste binomial (TA-15), itens e subitens dos DSCs. Esta etapa da entrevista demonstra alta relevância, além do *feedback* ao entrevistador e da possibilidade de um “espaço aglutinador” ao entrevistando sobre tudo o que foi abordado. Psicicamente, trata-se de um momento importantíssimo para a consolidação das questões que vieram à tona, e uma oportunidade para o indivíduo (re)pensar e se organizar em relação às questões que o fragilizaram.

## 8 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar e compreender fatores envolvidos nos comportamentos de omissão circunstancial e de recusa do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup>.

### **Infecção do HIV**

Os resultados relativos à infecção do HIV neste estudo estiveram em consonância com os apresentados no último Boletim Epidemiológico Brasileiro do Departamento de DST/Aids (BRASIL, 2014) no que diz respeito à maior concentração da infecção entre os indivíduos com idades entre 25 e 39 anos; e à elevação estatisticamente significativa da taxa de detecção entre as faixas etárias 20-24 anos. Quando observados por categoria de exposição, os HSH apresentaram a maior concentração, superior entre aqueles com até 29 anos de idade, em comparação às demais faixas etárias.

### **Uso do Preservativo**

Considerando o uso do preservativo, uma das mais importantes ferramentas de combate à não disseminação de DST/HIV/Aids (se não a mais importante delas), os índices aqui demonstrados sobre os que declararam sempre usá-lo (41%) contrastaram com os altos indicadores de negligência que, somados, alcançaram 59% (nunca usam = 17.4%, às vezes usam = 36.5%, e PNR = 5.1%)<sup>88</sup>. Tais dados, por si só já alarmantes, tornaram-se ainda mais preocupantes com os indícios de contradição detectados no conjunto dos que afirmaram sempre usá-lo (subitem I/2.1.3)<sup>89-90</sup>, das estratificações TA-2.A, TA-2.B, das evidências das DSTs após o diagnóstico do HIV (35.4 %) e das afirmações de prática sexual de alto risco que, adicionados às suas variantes positivas, chegaram a 77% (TA-1: frequentemente = 15.2% + sim = 43.8% + às vezes = 7.9% + PNR = 10.1%); demonstrando, portanto, que a proporção dos que omitiram e/ou recusaram o uso do preservativo seria ainda maior.

Esses dados tornaram-se potencialmente mais evidentes quando avaliados na etapa qualitativa deste estudo, cujos itens e subitens I/2, I/3, I/4 e I/5 apontaram que o comportamento sexual impulsivo foi determinante para a omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais; os itens e subitens II/1, II/2, II/3, II/4 e II/5, para a recusa do uso do

---

<sup>88</sup> TA-1: Caracterização da Amostra.

<sup>89</sup> Diagrama de Venn.

<sup>90</sup> Todas as indicações constantes deste capítulo estão em conformidade com os resultados e análises presentes no capítulo 7.

preservativo com as parcerias estáveis; e os itens e subitens III/1, III/2, III/3 e III/4, para o comportamento sexual compulsivo e o prazer pelo risco como determinantes para a recusa incondicional do uso do preservativo. Esses indicadores elevados situaram-se próximos aos indicados nas pesquisas de Andrade *et al.* (2007), Antunes & Paiva (2013), PCAP (2013) e Da Fonte *et al.* (2013); e superiores aos de Pascom *et al.* (2008), Veras (2012) – em que 25,3% não usaram preservativo na última relação sexual, e 10,5% não o fizeram nos seis meses anteriores –, BRASIL (2015) e Secretaria de Estado da Saúde (2015).

A seguir serão discutidos os principais fatores envolvidos na omissão e recusa do uso do preservativo.

### **O comportamento sexual impulsivo**

No que diz respeito à **impulsividade**, os resultados da escala BIS-11 situaram-se dentro da média para as amostras T, S-1 e S-2 (TA-1 e TA-2). Na comparação das subamostras (S-1 e S-2) estratificadas com a variável “uso do preservativo” (TA-2), a impulsividade manteve-se dentro da média, sendo porém detectados, na subamostra S-2, indícios de comportamento sexual compulsivo, tratando-se a priori de uma amostra com mais indícios de comportamento compulsivo do que impulsivo. Na análise dos indivíduos que pontuaram acima dos escores de ambas as escalas (amostra T, TA-3), foram detectados indícios de impulsividade para o subitem BIS-11 Fator Único (28,5%) e Falta de Planejamento (38,5%); e também compulsividade expressiva (23%) e muito expressiva (13%) para ECS, corroborando assim os indicativos da análise anterior.

Dessa forma, tanto em relação à amostra T como na subamostra S-2 foram detectados indícios significativos de comportamento impulsivo e bastante significativos de comportamento compulsivo. Nesse sentido, Freud ([1914-6]1987) esclarece que o comportamento impulsivo é composto de distintos mecanismos, sendo que na compulsão a potencialização de forças “obsessivas” “avalizaria” a gratificação pela repetição; desta “união” resultaria, portanto, um processo compulsivo. Assim, foi possível constatar a complexidade e multidimensionalidade desse fenômeno, como afirmado por Forlenza & Miguel (2012), bem como os diversos aspectos e padrões comportamentais envolvidos (Malloy-Diniz *et al.*, 2010; VASCONCELOS, 2012).

Em análise mais aprofundada, foram também detectados elevados indicadores do comportamento sexual impulsivo nos DSCs (I/1.4.1, I/2.2.3, I/2.3.3, I/2.4.3, I/2.5.3, I/4.1, I/4.1.1, I/4.1.2, I/5.1, I/5.2, II/3.2.1, III/2.5.3, III/2.8.1) e nas estratificações (TA-2.A e 2.B, TA-3.A e 3.B, TA-4.A e 4.B, TA-5.A e 5.B, TA-6.A e 6.B, TA-7, TA-9.A e 9.B, TA-10.A,

TA-11.A e 11.B, TA-12.A e 12.B, TA-13.A e 13.B), constatando índices de impulsividade para **BIS-11 Fator Único** (TA-2.B, TA-5.B, TA-6.A, TA-11.A, TA-11.B, TA-12.A, TA-13.A, TA-13.B), **Motor** (TA-2.B, TA-7), **Atencional** (TA-2.B, TA-7) e de compulsividade para **ECS** (TA-5.B, TA-7, TA-11.B, TA-13.B).

Além destes, outros indicadores de comportamento sexual impulsivo foram observados, dentre eles: **falta de controle da excitação sexual** (TA-2.A, TA-3.A, TA-4.A, TA-7) e **impulsividade** proveniente desta (TA-2.A, TA-2.B, TA-3.A, TA-4.A, TA-6.B, TA-7, TA-8.A, TA-11.A, TA-13.A), motivados principalmente pela **aparência** (TA-1, TA-2.A, TA-4A, TA-7, TA-8A). Neste estudo, os indicadores de falta de controle dos impulsos sexuais que afetam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (CHAMBERLAIN & SAHAKIAN, 2007) foram constatados pela ausência de um repertório de defesas, conforme análise por meio do esclarecimento de Malloy-Diniz *et al.* (2010) em relação à escala BIS-11, quando associada aos relatos dos indivíduos no que diz respeito a **impulsividade atencional** – relacionada à tomada de decisão rápida: *Se chegar um cara todo bombado e musculoso querendo te pegar, você vai sem camisinha, Ah vai pensar em camisinha na hora, você não pensa. É o momento, e para não quebrar o clima;* a **motora** – a não inibição de respostas incoerentes com o contexto: *Você se entrega e não pensa em mais nada [...];* e por fim a **falta de planejamento** – comportamento imediatista orientado somente para o presente: *Você acha que vai querer parar [...] você quer é gozar. Você se entrega totalmente, age completamente sem pensar em nada.*

A **precipitação sexual impulsiva** (EVENDEN, 1999): *Não consigo me controlar, meu pensamento é só sexo, sexo, sexo [...]* foi caracterizada pela **incapacidade de resistir ao desejo** (BARLOW; DURANT, 2011): *Penso muito em sexo, sou dependente [...] o tempo todo penso em sexo, sou impulsivo, compulsivo [...],* acarretando **enormes prejuízos emocionais** aos envolvidos (ABDO; SCANAVINO, 2008; AMORIM, 2013): *A vida acabou... Tenho medo que as pessoas olhem pra mim, descubram que tem uma coisa errada e me julguem, acusem [...].* Estes preocupantes indicadores de desproteção no autocuidado, e que têm por consequência elevados sofrimentos emocionais e altos índices de (re)infecção acima da prevalência estimada (BRASIL, 2014), estão em consonância com diversas pesquisas (ANDRADE *et al.*, 2007; PASCOS *et al.*, 2008; SANTOS, 2010; VERAS, 2012; ANTUNES; PAIVA, 2013; DA FONTE *et al.*, 2013; PCAP, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2015), cujas alertas sobre a urgência de ações de prevenção foram apontados por Mello (2006) e pela OMS (2014).

Até onde pudemos pesquisar, poucos estudos têm se debruçado sobre as explicações dos contextos emocionais envolvendo o comportamento sexual impulsivo de HSH HIV<sup>+</sup>. Nesse contexto, podemos observar uma falta de limite e de contenção dentro dos cuidados em proteção esperados, atribuída a dificuldade de controle, falta de domínio e de recursos emocionais para lidar com a hiperexcitação e a luta por gratificação imediatista sem medir consequências: *Tesão é um impulso maldito que o ser humano não controla*. Possivelmente há inúmeras avaliações para a análise dessa questão; contudo, por meio da psicodinâmica poderíamos conjecturar que esse suposto “desejo” estaria representando uma necessidade inconsciente (GARCIA-ROZA, [1936]1985) que levaria o indivíduo a (re)produzir uma experiência de satisfação vivida em tempos remotos e que lhe causara enorme prazer (ANDRADE, 2013).

Por outro lado, como esse comportamento potencialmente autodestrutivo pode ser justificado por um prazer incontrolável, comprometendo o juízo crítico, o discernimento e a própria condição de vida do indivíduo? *O tesão é maior... você perde a noção de tudo... quer ir para o prazer... é ímpeto sexual! Nada se compara a este prazer, por isso não há o que fazer, como evitar!* Primeiramente, temos que admitir que não estamos diante de questões conscientes e racionais, portanto na esfera do domínio do indivíduo, o que alteraria a maneira de observarmos e lidarmos com esse fenômeno. Na perspectiva da psicanálise, poderíamos pensar que essa contínua sensação de falta está associada a registros muito arcaicos, cuja memória de excitação é acionada para corresponder a um impulso de extrema potência, burlando supostos padrões de racionalidade e de contenção (GARCIA-ROZA, [1936]1985).

Conforme explicado por Andrade (2013), por se tratar de um fenômeno situado entre uma fronteira do psíquico (representação do desejo) e a necessidade (manifestação orgânica), a hiperexcitação pulsional que luta por incessantes gratificações é corporal e busca, a princípio, uma descarga de prazer com o intuito de alcançar a homeostase psíquica (MEIRELES, 2010): *O tesão é maior... todo mundo quer saber é de transar... tem fogo no corpo, não dá pra explicar. É só trepar...várias vezes... se joga... fica doido.. não se controla , só quer é trepar*. Neste contexto, observamos que o objeto-alvo não seria necessariamente uma pessoa, mas o alívio de uma tensão de extrema potência: *[...] você entra no piloto automático né... nem sabe mais quem tá atrás, na frente.. (risos), tem pressa, quer quantidade*. Em psicanálise, este mecanismo pode ser observado como uma pulsão extremamente potente que não pode ser evitada, contida e impedida; uma vez surgida, ela demandará do indivíduo uma luta constante por satisfação (GARCIA-ROZA, [1936]1985), cujo impulso pode ser revestido pela busca por quantidade, tamanha a sua potência e sensação

de insuficiência (LOPES, 2012). Este mecanismo pode estar associado a vivências infantis muito arcaicas, ainda muito sensoriais, cuja intenção lutaria por gratificações imediatistas que suprissem ilimitadamente suas sensações de carência ainda não nomeadas e identificadas pelo indivíduo, associadas a um sentimento de desconforto – desintegrada do ego, portanto, sem defesas para sua contenção –, sem resignificação e desejando ser imediatamente suprida por uma sensação de falta (CYMROT, 1997).

Assim, tudo nos leva a crer estarmos diante de um ego pouco estruturado, com precários elementos de defesa que pudessem atenuar esse estado de elevada tensão psíquica experimentado em tempos remotos e ainda não resignificado. Esta falta de um equacionamento emocional entre a demanda interna e a adaptação externa (RAMOS, 2006) pode ter desencadeado descargas pulsionais disfuncionais. A ausência de um repertório para lidar com esses sentimentos provindos de uma zona de conflito traumática pode ter conduzido esse indivíduo a corresponder à necessidade pulsional representada na consciência como desejo, fazendo-o repetir o que outrora fora fonte de extremo prazer. Ao mesmo tempo que essa atuação impulsiva e sem controle lhe propicia uma sensação de prazer, ela é efêmera porque, ao impedi-lo de acessar as zonas de conflitos traumáticas, sua repetição nada mais faz que retroalimentá-lo e mantê-lo à distância da possibilidade de enfrentamento, tornando-o cada vez mais “refém dele mesmo” e de uma atuação desenfreada que lhe dê uma sensação, embora passageira, de bem-estar. Esta atuação impulsiva seria a forma que esse indivíduo teria de suprir suas necessidades pulsionais e de se manter “equilibrado” momentaneamente; como observado nesta pesquisa, porém, esse processo não o poupou de intensas angústias e sofrimentos.

### **As substâncias psicoativas**

Neste estudo, as substâncias psicoativas estiveram entre os principais desencadeadores do comportamento sexual impulsivo, contribuindo para a omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais. O uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais foi detectado em 49.5% (frequente = 28.7%, às vezes = 14.6%, PNR = 6.2%: TA-1); e constatado através das estratificações TA-2.A, TA-2.B, TA-3.A, TA-3.B, TA-4.A, TA-4.B, TA-5.A, TA-5.B, TA-7, TA-8.A, TA-8.C, TA-9.A, TA-11.A, TA-12.A, TA-12.B, TA-13.A; com maior prevalência de álcool (26.4%), seguido de cocaína (6.7%) e maconha (5.6%)<sup>91</sup>. Os relatos do subitem I/2.3.3 evidenciaram enormes vulnerabilidades, tais como a extrema permissividade e

---

<sup>91</sup> TA-1: Caracterização da Amostra T.

falta de autocontrole dos comportamentos sexuais desprotegidos, conforme detectado também nas pesquisas de Von Diemen (2006), Semple *et al.* (2006), Guerra, (2012) e Nelson (2015). Os relatos do uso de cocaína chamaram atenção no que diz respeito ao rebaixamento do juízo crítico para a tomada de decisões, corroborado pelas pesquisas de Moeller *et al.* (2001), Patkar *et al.* (2004), Wit (2009) e Kjome *et al.* (2010): [...] *you se droga e não se conhece mais, perde o controle da situação e da gente mesmo*. A vulnerabilidade detectada na recusa do uso do preservativo, caracterizada pela entrega deliberada ao desejo sem mensurar o seu potencial de risco (subitens III/2.4.2, III/2.5.3, e 7.2.2.2) foi também corroborada pelas pesquisas de Halkitis *et al.* (2003), Marshall *et al.* (2011), Rocha (2014), Carlini & Sanchez (2014), Balán *et al.* (2013), Yadav *et al.* (2014), Liao *et al.* (2014) e Kim *et al.* (2015), que demonstraram os danos gravíssimos aos envolvidos (UNIFESP, 2011; AMORIM, 2013; RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE DROGAS, 2014).

Na presente pesquisa, o uso de substâncias psicoativas evidenciou forte potencialização da correspondência dos indivíduos à excitação, ocasionando uma liberação dos precários limites de contenção existentes. Esta permissividade acarretada em decorrência do uso funcionou como um dos grandes fatores que contribuíram para o comportamento de omissão e/ou recusa do uso do preservativo em HSH (subitens I/2.3.3, III/2.4.1, II/5.2.1), também corroborado pelas pesquisas de Wit (2009) e Silva *et al.* (2014). As inúmeras consequências aos envolvidos acarretadas por essa situação, como advertido nos estudos de Bancroft *et al.* (2003), colaboraram ainda mais para o enfraquecimento das defesas, o aumento das suscetibilidades e a hipervigilância.

Conforme analisado no subitem I/2.3.3, para compreendermos a extensão da influência do uso de substâncias psicoativas no comportamento sexual impulsivo, a ordem do que o desencadearia e/ou potencializaria, futuras pesquisas teriam que ser desenvolvidas. Por outro lado, os elevados indicadores desse uso constatados neste estudo parecem apontar para mais uma estratégia imediatista de gratificação nos entrevistados. Não temos dados que nos permitam estabelecer uma relação de causa; entretanto, diante dos resultados do item e subitem I/2.3, que apontam enormes consequências, em especial emocionais (prática sexual de alto risco, múltiplas parcerias, sexo casual, DSTs, falta de controle da impulsividade sexual e uso de substâncias psicoativas, isolamento, ideação suicida e histórico de abuso sexual), confirmadas, inclusive, pela subamostra S-2: subitem I/2.3.2 (sexo casual, DSTs, falta de controle da impulsividade sexual e uso de substâncias, indicadores de culpa e medo); e somadas aos relatos do subitem I/2.3.3: *Com álcool você quer sexo, não está preocupado com o preservativo. A gente já age por impulso no sexo quando bebe você não controla, você se*

*entrega*; fica demonstrada, portanto, a sua influência e potencial destrutividade nesses comportamentos. O uso das substâncias psicoativas, por sua vez, pode ter mobilizado os indivíduos a uma dinâmica de pensamento operatório, de características muito primárias e com precárias defesas emocionais de enfrentamento, produzindo uma sensação de permissividade, indestrutibilidade e onipotência. Dominados pela hiperexcitação, possivelmente não tiveram a percepção e a consciência esperada sobre os processos destrutivos; ao contrário, a dinâmica psíquica sensorial os retroalimentou.

Um exemplo da gravidade desse quadro pode ser observado nas características do grupo de indivíduos que apresentaram comportamento de negligência do uso do preservativo com parcerias circunstanciais (105= 59.5% da amostra T)<sup>92</sup>. Dentre eles, destacamos os que tinham conhecimento do diagnóstico do HIV há menos de 1 ano (25.7%) que, possivelmente mobilizados pela impulsividade da excitação sexual (42.9%), apresentaram tais comportamentos autodestrutivos (uso frequente de substâncias psicoativas durante as relações sexuais, frequência sexual de sexo de alto risco motivada pela aparência, e confiança na parceria por medo de perdê-la). Este quadro foi potencialmente mais preocupante quando observado de forma aprofundada (S-2)<sup>93</sup>, em cuja detecção no grupo que negligenciou o uso do preservativo (83%) destacamos a influência do uso de substâncias psicoativas (62.7%) e sua falta de controle, indícios de ideação suicida e admissão unânime (100%) de que a situação de omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais acontece, inclusive frequentemente, em suas experiências. Dessa forma, observamos a influência do uso de substâncias psicoativas nesses comportamentos, desencadeando inúmeras consequências emocionais, conforme demonstração mais aprofundada a seguir.

### **Consequências emocionais**

No que diz respeito às **consequências emocionais** observadas no contexto desta pesquisa, destacamos sua elevada influência no comportamento de omissão e/ou recusa do uso do preservativo, dentre elas: os altos indícios de **ideação suicida** (TA-2.B, TA-3A, TA-4.A, TA-12.A, I/2.2.3, II/2.2.1, III/2.4.1, III/2.4.2, III/2.6.2); **isolamento** (TA-3A, TA-4.A, I/2.2.3, I/2.3.3, II/2.2.4, II/3.1.3); **solidão** (TA-7, II/3.1.3); **culpa** (TA-4.B, TA-8.A); **inúmeros medos** (TA-2.A, TA-3.B, TA-4.A, TA-4.B, TA-5.A, TA-5.B, TA-6.B, TA-8.A, TA-9.A, TA-9.B, TA-11.A, TA-13.A, II/2.2.1, I/2.2.3, II/2.3.1, I/2.3.3, I/2.4.3, I/2.5.3, II/3.1.3, I/4.1.1, II/3.3.1, II/3.3.2, II/4.2.1, II/4.2.2, II/5.2.1, II/5.3.1, II/5.4.1, III/2.2.2, 7.2.4.1); **desejo**

<sup>92</sup> TA-2.A Tabela de estratificação “uso do preservativo” (Amostra T=178).

<sup>93</sup> TA-2.B Tabela de estratificação “uso do preservativo” (S-2 =81).

**de ser amado** (TA-8.A); **depressão** (I/4.1.1, II/2.2.1, II/3.1.3) e **hipervigilância** (II/5.2.1, I/2.2.3, II/2.2.3, II/2.2.1, II/2.3.1, II/5.2.1). O isolamento e a autodepreciação desencadearam sentimentos de menos-valia e consequentes comportamentos autodestrutivos (VIRTUAL CONGRESS HIV/AIDS, 2008) e os sexualmente arriscados (GUERRA, 2012), acarretando baixa autoestima que, por sua vez, os expôs a maior vulnerabilidade (BARAKA, 2013), contribuindo gravemente para a sustentação do segredo do diagnóstico em função do estigma e discriminação (KAHHALE *et al.*, 2010). Assim sendo, as consequências emocionais estão entre os principais fatores que podem ter contribuído para os inúmeros sofrimentos observados neste estudo, que afetam diretamente a comunidade LGBT (SMIT; BRADY; THOMPSON, 2002), e acarretam seriíssimas implicações aos envolvidos, dentre elas a negligência ao uso do preservativo e o comportamento sexual arriscado (itens e subitens I/4.1.3, I/4.1.4, I/5.1, II/2.4, II/3.4, II/4.3, II/5.5, e III/2, III/3, III/4, III/5, respectivamente).

### **Estigmas**

Outra questão de extrema influência nesses comportamentos, a ser considerada neste estudo, foram os **estigmas e discriminações** associados à **orientação sexual** e ao **diagnóstico do HIV**, conforme dinâmica estabelecida no levantamento a seguir: (a) entre os 178 entrevistados, 28.1% não conversam sobre sexo com ninguém, e dos 52.8% que declararam ter companheiro(a) fixo(a), somente 29.2% revelaram o HIV<sup>94</sup>; (b) dos 126 entrevistados que declararam nunca usar substâncias psicoativas durante as relações sexuais, somente 35.7% revelaram o diagnóstico às parcerias<sup>95</sup>; 32 dentre os 81 entrevistados não revelaram o diagnóstico a ninguém, e 65.6% não conversam sobre sexualidade com ninguém<sup>96</sup>; 35.7% de 14 afirmaram que sentimentos de baixa autoestima são acarretados por serem homossexuais<sup>97</sup>, 31.7% não revelaram o HIV a ninguém; destes, 47.6% têm parcerias sorodiscordantes e 12.7% soroconcordantes<sup>98</sup>, e ainda, dos 42 dentre os 81 entrevistados que declararam ter tido DST após o diagnóstico, 33.3% moram com a esposa<sup>99</sup>.

Ampliando este levantamento no que tange à **revelação do HIV**, foram detectados elevados índices de estigma internalizado entre os entrevistados, sendo seu principal indicador a constatação dos que **omitiram o uso do preservativo com parcerias circunstanciais e ao mesmo tempo se recusaram a usá-lo com suas parcerias estáveis**.

Nesta dinâmica, ao observamos nesta amostra o **comportamento de omissão do uso do preservativo com as parcerias circunstanciais**, destacamos que, dos 178 entrevistados,

---

<sup>94</sup> TA-1 (T); <sup>95</sup> TA-4.A (T); <sup>96</sup> TA-3.B (S-2); <sup>97</sup> TA-2.B (S-2); <sup>98</sup> TA-5.A (T); <sup>99</sup> TA-5.B (S-2).

52.8 % têm parceria fixa, 21.9% são casados, e dentre eles, 37 não revelaram o diagnóstico a ninguém<sup>100</sup>. Além disso, dos 105 que declararam não usar o preservativo com parcerias circunstanciais, 41% utilizam a internet frequentemente para busca de parcerias sexuais, 22% praticam sexo de alto risco, e 16.2% praticam sexo frequentemente, tendo como motivação principal dessa escolha a aparência (35.2%), cujas justificativas foram a característica superficial dessas relações (8.6%), a confiança na parceria (23.8%), o medo de perdê-la (21.9%) e, por fim, sentir-se na obrigação em corresponder com ela (16.2%)<sup>101</sup>. Aprofundando estes dados, ao entrevistarmos os 81 participantes da subamostra S-2, 32 não revelaram o diagnóstico a ninguém, 65.6% não conversam sobre sexualidade com ninguém, 100% disseram que as situações de omissão do uso do preservativo acontecem com frequência<sup>102</sup>; os 67 que declararam não usar preservativo com parcerias circunstanciais justificaram tal conduta pela influência das substâncias psicoativas (62.7%), impulsividade da excitação sexual (61.2%) e por serem homossexuais (4.5%)<sup>103</sup>. Do total de entrevistados, 35.4% declararam ter tido DST após o diagnóstico do HIV (subitem I/2.4), cuja análise das seriíssimas consequências a si e aos envolvidos, e como estes a perceberam, pode ser observada no subitem I/2.4.3. Esse contexto de negligência ao preservativo, envolvendo múltiplas parcerias em curto espaço de tempo e suas consequências aos envolvidos, foi constatado também nas pesquisas de Andrade *et al.* (2007), Pereira (2007), Pascom *et al.* (2008), Veras (2012), Antunes & Paiva (2013), Da Fonte *et al.* (2013) e Secretaria de Estado da Saúde (2015).

Quando relacionamos a dinâmica acima ao contexto da **recusa do uso do preservativo com as parcerias estáveis**, averiguamos: (a) um **sentimento de “pavor” de levantar suspeitas de relações sexuais extrarrelacionamento com as parcerias estáveis** (consubstanciado pela análise do subitem II/2.4); (b) a **falta de coragem em revelar o diagnóstico do HIV à parceria estável** (consubstanciada pela análise do subitem II/3.4); (c) a **difficuldade em negociar o preservativo por medo da rejeição e perda de sua parceria** (consubstanciada pela análise do subitem II/4.3); e (d) a **recusa dos HSHM em usá-lo, justificado pela revelação de o diagnóstico estar associado ao temor de que suas parcerias descubram suas relações homossexuais** (consubstanciada pela análise do subitem I/5.5). Esta dinâmica foi corroborada pelas pesquisas realizadas, apontando que mais de 40% dos HSH jovens não usam preservativos regularmente (PARADA DO ORGULHO LGBT, 2013); complementadas por Takiuti (2013) ao afirmar que, entre os homens, o principal

<sup>100</sup> TA-3A (T); <sup>101</sup> TA-2.A (T); <sup>102</sup> TA-3.B (S-2); <sup>103</sup> TA-2B (S-2).

motivo para não usar o preservativo é ter parceria fixa – aumentando significativamente as chances de transmissão horizontal de infecção de DST/Hepatites/HIV.

Por outro lado, essa dificuldade da revelação do diagnóstico às parcerias foi distinguida pelos elevados sofrimentos acarretados, evidenciados pelos altos índices de estigma percebidos nos contextos que envolvem as estigmatizações do HIV/Aids e das sexualidades não heteronormativas que vêm sendo (re)produzidas por décadas, conforme detectado pelos pesquisadores Smit, Brady & Thompson (2002), Suit & Pereira (2008), Kahhale *et al.* (2010) e Baraka (2013). Estas situações são ambivalentes e angustiantes. Na visão de Cavalcanti (2010), na lógica binária e sexista de nossa cultura, o comportamento bissexual é associado a infidelidade e promiscuidade. Este estigma sofrido traz enormes consequências ao indivíduo, dentre elas a resignação (SEFFNER, 2004) e o isolamento, muitas vezes buscando esconder informações para evitar a discriminação social (KAHHALE *et al.*, 2010), estimulando os segredos e o silêncio, comuns no campo da sexualidade (FREIRE [1970]1987).

A **percepção dos múltiplos estigmas** nesta pesquisa (subitens I/2.2.3, II/2.2.4, II/3.1.3, II/4.2, II/4.2.2, II/5.1.1, II/5.4.2, 7.2.1) acarretou impactos diretos na vida dos envolvidos. Dentre as inúmeras implicações emocionais oriundas desses contextos estigmatizantes situados no âmbito das relações estáveis, constatamos que, em decorrência do medo da rejeição da parceria (conforme resultados e análises dos subitens II/4.2, II/4.2.1), e do medo de perdê-la (subitem II/4.2.2), o impacto emocional foi tamanho que esses indivíduos afirmaram **preferir desistir de suas relações estáveis a revelar o diagnóstico do HIV** (conf. subitem II/5.1.1); ou **omiti-lo para manter o relacionamento** (conf. resultado e análise do subitem II/2.2.4); ou **nunca revelá-lo a parceria estável** (conf. resultado e análise do subitem II/3.2.1); e ainda, em um comportamento mais extremo, demonstraram **falta de comprometimento pela traição** (conf. resultado e análise do subitem II/3.3.2).

### **Sexismo e Homofobia**

Outra característica detectada na dinâmica destas relações foi o **sexismo**, possivelmente empregado como autodefesa (conf. detecções nas estratificações TA-2.A, TA-5.A, TA-5.B, TA-9.A, TA-9.B): *Isso é pra quem trai, eu sou casado, honesto, homem... não preciso me preocupar. Se eu saiu com alguém não é traição, primeiro por que não tenho envolvimento nenhum, isso não é adultério [...]* A elucidação mais aprofundada desse comportamento carece de futuras pesquisas; entretanto, neste contexto a potência demonstrada com relação à percepção do estigma fomentado em nossa cultura sexista e

heteronormativa foi tão grande a ponto do indivíduo “sustentar-se” em uma situação extremamente destrutiva, passando a reproduzi-la sem se aperceber das questões auto e heterodestrutivas. Dentre estas, destacamos: (a) a **vulnerabilidade emocional, física e social** (BRIGNOL, 2013; Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, 2014; ONU, 2015); (b) as implicações envolvidas na **percepção de rejeição e exclusão** (UNAIDS, 2010), principalmente direcionadas à comunidade LGBT (BARKER, 2000; SMIT, BRADY; THOMPSON, 2002), demonstrando o quanto esse processo pode refletir negativamente nas **possibilidades do enfrentamento** dos envolvidos (SUIT; PEREIRA, 2008), nas **dificuldades emocionais que envolvem a sua adaptação** (RAMOS, 2006) e nos **comportamentos disfuncionais e não produtores de saúde**, como o policonsumo abusivo das substâncias psicoativas (análise acima), os relacionamentos sexuais frequentes e o sexo de alto risco, dentre outros.

Por outro lado, a sustentação da ideia hegemônica apoiada na hierarquia das masculinidades, que é produzida e reproduzida nas interrelações sociais e culturais (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013) e apoiada na força e resistência (MACIEL JR, 2006), não deixa espaços para diferenças e demandará dos indivíduos, conseqüentemente, sua reprodução incessante para se defenderem das pressões que eles próprios sustentam: *Eu sou homem né... dificilmente me encontraria numa situação assim, sou casado, fiel, tenho minha esposa [...]* Assim sendo, esta dinâmica de auto e hétero imposição de subjugos é, possivelmente, o que potencializaria ainda mais o comportamento sexista (subitens II/5.3 e II/5.4), conforme constatado nos relatos dos que desistiriam da relação a terem que revelar o diagnóstico (subitem II/5.1.1), e no medo de levantar suspeitas da própria sexualidade em suas parcerias estáveis (subitens II/5.2 e II/5.2.1).

Dessa forma, essa percepção estigmatizante que possivelmente os conduziu a manifestar um **comportamento sexista** (subitem II/5.4.1), provavelmente para lidar com as percepções de seus próprios conteúdos homossexuais, acarretou aumento da agressividade, hostilidade e elevados posicionamentos homofóbicos (subitens II/5.1.1 e II/5.4.1); e, finalmente, os levou ao comportamento sexualmente arriscado, conforme também detectado nos estudos de Barker (2000), Scott *et al.* (2004), Apostolopoulos *et al.* (2010), Cavalcanti (2010) e Diehl & Vieira (2013). As características desse comportamento foram reportadas por uma assimetria hierárquica das relações com o intuito da potencialização da figura masculina autoritária e superior, possivelmente para defender-se psiquicamente das “ameaças” da própria homossexualidade internalizada (subitens II/5.4.1 e 7.3.1.2): *Eu sou homem né... dificilmente me encontraria numa situação assim, sou casado, fiel, tenho minha esposa.... Sou*

*contra falar em preservativo. É incitar ao sexo, fazer apologia da traição [...], cujo contexto está de acordo com o exposto por Kimmel (1998), Carvalho Filho (2008), Boris et al. (2012) e Connell & Messerschmidt (2013).*

Cabe ressaltar que, por detrás desses comportamentos, existe uma complexidade envolvida que demonstra como as polaridades podem se atrair, e como tais comportamentos extremos, que envolvem subjogos e autoridades, se interpõem e complementam: *Eles não tem muita vergonha, quando você menos espera, eles tão lá te pegando... depois não quer que tenham preconceito... eles são mais rápidos, não fazem questão de nada, quando você tá lá entende... Pra isso, esses gays são tinhosos né... coitados, tenho pena, mas tem um fogo que... te deixa triscando de tesão né... (risos).* Nesta dinâmica, observamos que a figura sexista e autoritária, apesar de atrativa: *[...] um homem hétero, porque homem é tudo, não é?* também foi percebida por suas parcerias como “fracos” e “enrustidos”: *Metete a mão que eles gostam... Coitados, são casados e essas ‘rachas’ não fazem nada, só reclamam e querem transar de luz apagada e de roupa. ... eles têm medo de contar sobre sua vadiagem... são casados, tem filhos e têm uma relação homossexual.* Assim, notamos que essas relações são caracterizadas por uma complexa ambiguidade; e que, a despeito do sexismo empregado com hostilidades e menosprezos, mobilizado pelos ditames rigorosos da heteronormatividade (BUTLER, 2012): *[...] puta e travesti que sabe que tem que usar [preservativo] pra te fazer uma chupeta... tem que ser da zona mesmo... Mulher tem que se prevenir... mulher, viado não quer saber disso não cara... esquece [...];* são também sentidas ora como atrativamente incontroláveis, ora como “desprezíveis”, conforme elucidado por Jiménez (1998): *Um cara de 1,90m, totalmente passivo... Uma pessoa normal não vai ter sexo com camisinha, só se for louco, viado [...]* (conf. relatos e análises dos subitens III/2.8.2 e II/5.4.1, respectivamente).

Dessa forma, observamos que tais comportamentos homofóbicos puderam ser facilmente acionados, ao se sentirem “atraídos” ou de certa forma mobilizados por um outro “inqualificável” (GOFFMAN, 2008), “abjeto” (MISKOLCI, 2007), inferior e “anormal” (BORRILLO, 2001); aqueles que tanto os menosprezaram foram, neste caso, justamente quem os atraíram (subitem II/5.1.1). Nesses ambíguos e complexos mecanismos, envolvendo atração e mobilização da homofobia internalizada, notamos que um dos facilitadores que os poderia “liberar”, tornando-os mais permissivos à realização de seus desejos, foi o policonsumo de substâncias psicoativas

No entanto, essa excitação pode ter sido tão potente que desencadeou o comportamento sexual desprotegido e arriscado, sem que houvesse espaço para reflexão sobre a importância dos cuidados e proteção do uso do preservativo (conf. relatos e análises dos

subitens III/2.8.2, III/3.2, III/4.2.1), cuja vulnerabilidade foi também detectada e advertida no Relatório de Ontário (2006) e em diversas outras pesquisas (HALKITIS *et al.*, 2003; TIKANEN; ROSS, 2004; DEWA; CHANEYB, 2005; HALKITIS *et al.*, 2005; BANCROFT *et al.*, 2005; ANDRADE *et al.*, 2007; GROV *et al.*, 2007; MARSHALL *et al.*, 2011; KLEIN; TILLEY, 2012; SILVA *et al.*, 2014). Sob este ponto de vista, a **homofobia** acarretou danos emocionais a ambos os envolvidos (conf. relatos e análises dos subitens II/5.1.1 e II/5.4.1), sendo também detectada nas pesquisas de Arend (2005) e Logie *et al.* (2012), além de advertida no LGBT Brasil (2012), Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil (2014) e ONU (2015), interferindo na autopercepção negativa (BRAH, 2006) e comprometendo diretamente a autoestima (SIMÕES; FRANÇA, 2005).

Esta situação torna-se potencialmente mais complexa porque, além de não terem sido detectadas **redes de apoio**, conforme revelado na estratificação de revelação do diagnóstico a ninguém (TA-3.A), houve elevadas percepções de dificuldades em lidar com a família controladora e preconceituosa (conf. relatos e análises dos subitens II/2.2.3, II/3.1.4, II/3.3.1): *Me afastei... para lidar com essa situação o melhor seria não conviver e sair de casa... você vê que até a família tem preconceito nessa hora, aliás a maioria esconde da própria família justamente porque a família é a primeira a julgar. Às vezes, a família por menos até coloca pra fora de casa, com aids então!*

### **O comportamento sexual compulsivo**

No que diz respeito ao **comportamento sexual compulsivo** abordado neste estudo, embora os resultados da ECS tenham se mostrado dentro da média (amostra T e S-1), foram detectados indícios de compulsividade para a amostra S-2<sup>104</sup>. Na análise dos indivíduos que pontuaram acima dos escores de ambas as escalas (amostra T, TA-3), foram também observados indícios de compulsividade expressiva (23%) e muito expressiva (13%) para ECS, corroborando assim os indicativos de compulsividade da análise anterior. Desta forma, nestes indicadores, tanto com relação à amostra T como à subamostra S-2, foram detectados indícios significativos de comportamento compulsivo.

Dentre as variáveis que estariam associadas ao comportamento sexual compulsivo, foram percebidos nesse contexto: a procura por múltiplas parcerias (47.4%)<sup>105</sup> / (40%)<sup>106</sup>, frequência sexual diária (23.3%)<sup>107</sup> / (25%)<sup>108</sup>, uso de objetos sexuais nas relações (47.4%)<sup>109</sup>

<sup>104</sup> Tabela 1 – Resultados das escalas BIS-11 (fator único e subitens) e ECS.

<sup>105</sup> TA-2.5.1; <sup>106</sup> TA-2.6.1; <sup>107</sup> TA-12.A; <sup>108</sup> TA-13.A; <sup>109</sup> TA-11.A.

/(43.3%)<sup>110</sup> /(10.7%)<sup>111</sup>, nunca usar o preservativo (42.1%)<sup>112</sup>, uso frequente da internet na busca por parcerias sexuais (63.2%)<sup>113</sup> /(53.6%)<sup>114</sup>, uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais (89.5%)<sup>115</sup> /(46.7%)<sup>116</sup> /(46.4%)<sup>117</sup> em especial a cocaína (21.4%)<sup>118</sup> /(16.1%)<sup>119</sup>, falta de controle das substâncias psicoativas durante as relações sexuais (93.3%)<sup>120</sup>, histórico de vitimização de abuso sexual (36.8%)<sup>121</sup> /(32.1%)<sup>122</sup>, DSTs após o diagnóstico do HIV(53.3%)<sup>123</sup> /(53.6%)<sup>124</sup>, ideação suicida (26.7%)<sup>125</sup>, prática de sexo de alto risco (32.1%)<sup>126</sup>, altos índices de impulsividade da excitação sexual (53.6%)<sup>127</sup>, identificação com o comportamento sexual compulsivo (91.4%)<sup>128</sup>, e desejo incontrolável, vício e entrega total (77.8%)<sup>129</sup>. Para integrar este quadro, outras variáveis associadas ao comportamento sexual compulsivo também foram detectadas nos resultados das estratificações: III/2.1, III/2.2, III/2.3, III/2.3.1, III/2.3.2, III/2.5, III/2.5.1, III/2.5.2, III/2.6, III/2.6.1, III/2.6.2, III/2.7, III/2.7.1, III/2.7.2; teste binomial: III/3; APLN: III/4; e DSCs: III/2.4.1, III/2.4.2, III/2.5.3, III/2.6.2.1, III/2.8.1, III/2.8.2, III/3.1, III/3.2, III/4.1, III/4.1.1, III/4.1.2, III/4.2, III/4.2.1, III/4.2.2, III/4.2.3 e III/4.2.4.

Em um levantamento aprofundado da dinâmica deste comportamento observou-se o envolvimento com **múltiplas parcerias sexuais**, conforme também citado nas pesquisas de BRASIL (2013c), e **sem necessariamente com o uso do preservativo** (ANDRADE *et al.*, 2007), acarretando inúmeras consequências aos envolvidos (subitens III/2.4.1, III/2.4.2, III/2.8.1) – dentre elas, **DSTs e o HIV** (KO *et al.*, 2006; DODGE *et al.*, 2008), **medos, depressão, hipervigilância, isolamento e solidão** – subitens estes analisados anteriormente nas consequências emocionais –, **falta de controle da excitação** (subitens I/2.1.1b, I/2.1.2, I/2.2.3, I/2.3, I/4.1.1, I/5.1, II/3.2.1) e **raiva** (subitem I/4.1.3, II/3.3.2, II/4.2.2, II/5.1.1, II/5.4.1, III/2.6.2.1), dentre outras. Assim sendo, parece tratar-se de um quadro sindêmico, como explicado por Parson *et al.* (2012), cujos prejuízos à qualidade emocional e social relacionados à adicção foram manifestados como meio de fuga ou como forma de lidar com os eventos estressantes, conforme advertido por Guerra (2012).

Outra característica do comportamento sexual compulsivo que chamou atenção neste estudo foram **a identificação e o prazer pelo risco** (subitens III/4.2.1, III/4.2.2, III/4.2.3), corroborado nas pesquisas de Cooper *et al.* (2000), Grov *et al.* (2010) e Scanavino *et al.* (2012, 2014), apresentando, entre outras questões, indícios de **hipersexualidade** (KLEIN; TILLEY, 2012) e **sexo desprotegido** (subitem III/3), também constatado nas pesquisas de

<sup>110</sup> TA-12.A; <sup>111</sup> TA-13.A; <sup>112</sup> TA-11.A; <sup>113</sup> TA-11.A; <sup>114</sup> TA-13.A; <sup>115</sup> TA-11.A; <sup>116</sup> TA-12.A; <sup>117</sup> TA-13.A; <sup>118</sup> TA-13.A; <sup>119</sup> TA-8.C; <sup>120</sup> TA-12.A; <sup>121</sup> TA-11.A; <sup>122</sup> TA-13.A; <sup>123</sup> TA-12.A; <sup>124</sup> TA-13.A; <sup>125</sup> TA-12.A; <sup>126</sup> TA-13.A; <sup>127</sup> TA-13.A; <sup>128</sup> TA-3.3; <sup>129</sup> TA-8.C.

Parsons & Bimbi (2007) e Scanavino *et al.* (2012); **com o conhecimento do risco de infecção pelo HIV das parcerias circunstanciais** (subitem III/2.4.1), item este bastante preocupante se pensarmos na potencialidade destrutiva envolvida. Nesta dinâmica foi marcante a presença das **substâncias psicoativas** e do **uso da internet** como principais desencadeadores e facilitadores desse comportamento sexual arriscado.

Conforme analisado anteriormente nesta discussão, a presença das substâncias psicoativas, quando associadas ao comportamento sexual de risco, potencializou sobremaneira as vulnerabilidades dos indivíduos envolvidos (subitens TA-1, I/2.3.3, II/4.2.2, II/5.2.1, III/2.4.2, III/4.1.2, 7.2.2.2, 7.2.4.1), dinâmica esta também constatada por Halkitis *et al.* (2003), Colfax *et al.* (2005), Von Diemen (2006), Pantalone *et al.* (2008), Poulouse & Srinivasan (2009), Guerra (2012), Marshall *et al.* (2011), Rocha (2014), Carlini & Sanchez (2014), Balán *et al.* (2013), Yadav *et al.* (2014) e Liao *et al.* (2014); e alertada acerca de suas consequências por Brasil (2009), Unifesp (2011) e o Relatório Mundial sobre Drogas (2014).

Em análise um pouco mais aprofundada sobre esses **desencadeadores e facilitadores**, no âmbito dos comportamentos sexuais compulsivos associados à identificação e ao prazer pelo risco, destacamos ainda as práticas sexuais arriscadas em:

(a) **darkrooms** (subitem II/5.1.1, III/2.1, III/2.5.2, III/3, III/4.1.1, III/4.2.4), onde a detecção do comportamento de recusa do preservativo, conforme constatado por Antunes & Paiva (2013) e Carlini & Sanchez (2014), contou com elevados índices de **uso de substâncias psicoativas** justificados pela **extrema excitação** envolvida (KELLY; KALICHMAN, 1998; GONDIM; KALICHMAN, 2000; BANCROFT *et al.*, 2003; BARLOW; DURANT, 2011; BANCROFT; VUKADINOVIC, 2004); a **falta de controle das fantasias sexuais** sendo potencializada pela compulsão e pensamentos repetitivos e centralizadores (FACURE, 2009; CORLEY, 2013; BALLONE [s.d.]). Não obstante, foram também reportados **expressivos sofrimentos** desencadeados por elevados **prejuízos a regulação afetiva e instabilidades emocionais**, conforme corroborado por Abdo & Scanavino (2008);

(b) **“cruising areas”** (subitem III/4.1.1), demonstrando a vulnerabilidade dos entrevistados (SOMLAI *et al.* (2001); KO *et al.* (2006); GROV *et al.*, (2007); APOSTOLOPOULOS *et al.* (2010); REISEN *et al.* (2010); BRIGNOL; DOURADO (2011), ANTUNES; PAIVA (2013); SILVA *et al.* (2014)), com a presença do **policonsumo de substâncias psicoativas**, conforme DSC III/2.4.1, e pesquisas de Colfax *et al.* (2005), Parsons & Bimbi (2007), Pantalone *et al.* (2008), Poulouse & Srinivasan (2009) e Grov *et al.* (2010);

(c) **comportamento barebacking**, apresentando maior potencial destrutivo (OLTAMARI, 2005; BERG *et al.*, 2013) devido à **identificação e prazer com o sexo de risco deliberadamente sem o uso de preservativos**, conforme subitens III/4.2 e III/2.4.1; configurando um comportamento de difícil controle mediado por um **veículo de extrema abrangência, a internet**, como já alertado pelas pesquisas de Cooper *et al.* (2000), Elford *et al.* (2001), Ewksbury (2003), Dewa & Chaneyb (2005), Tikanen & Ross (2004), Boding *et al.* (2004), Shernoff (2005), Oltamari (2005), McKirnan *et al.* (2007), Blackwell (2007), Grov *et al.* (2007), Mckirnan *et al.* (2007), Berg (2008), Abdo & Scanavino (2008), Rosser *et al.* (2009), De Paula (2010), Brignol & Dourado (2011), Downing Jr. (2012), Guerra (2012), Wei *et al.* (2012a, 2012b), Klein & Tilley (2012), Robinson & Moskowitz (2013) e Rosser *et al.* (2013).

### **O uso da Internet**

A utilização da internet foi um elemento significativo na dinâmica desses comportamentos, caracterizando-se como o principal veículo de exercício de fantasias na busca por parcerias sexuais: *Sou obsessivo por sexo... no mínimo uma vez por dia... na imaginação já vira um filme pornô... Você fica caçando na internet horas, dias... teu pensamento te deixa louco, você começa a pensar em tudo que vai encontrar... e aí cara é muito tesão... você não dorme, come e nem trabalha direito... fica com o pensamento naquilo... é o melhor da festa! Quando vc chega na 'bagaça' aí tá a mil e quer fazer tudo que vc pensou... ai cara, tá no inferninho, tem que se jogar... Não pensa em mais nada... é por isso que te leva pro buraco, porque amanhã você quer mais e mais... não tem fim*; apontando, entre outras questões, **indícios de “fuga cognitiva” e compensação de diversos sofrimentos** (subitem III/2.8.1), elementos estes também observados por McKirnan *et al.* (2007). Neste sentido, é importante ressaltar que a dissonância não é somente cognitiva, ela é sobretudo emocional e caracterizada por uma cisão, na qual observamos uma dissociação que impede o indivíduo de reconhecer as questões destrutivas envolvidas e o leva a somente enxergar a gratificação e a busca desmedida por prazer sexual. Para suportar a angústia e a elevada carga de excitação, este idealiza compulsivamente rituais cada vez mais “arriscados”, cujo perigo e riscos envolvidos são o motivo maior do seu prazer (FERRAZ, 2010).

A internet, configurada como a “fórmula eficaz e funcional” presente na operacionalização desses comportamentos, conforme também detectado nas pesquisas de Tewksbury (2003), Shernoff (2005), Abdo & Scanavino (2008), De Paula (2010) e Rosser *et al.* (2009, 2013), é uma poderosa e abrangente ferramenta de enorme potencial para a prática

sexual de risco (BODING *et al.*, 2004; MCKIRNAN *et al.*, 2007; BRIGNOL; DOURADO, 2011; DOWNING JR., 2012), sendo aqui caracterizada como o **principal fator facilitador para operacionalizar esta prática sexual de risco** por possibilitar aos envolvidos a socialização das informações e a agilização de seus encontros, como também corroborado pelas pesquisas de Boding *et al.* (2004), Tikanen & Ross (2004), Santos (2004), Oltamari (2005), McKirnan *et al.* (2007) e Klein & Tilley (2012).

Além da internet e do policonsumo de substâncias psicoativas associadas a esse comportamento sexual compulsivo, o histórico de **abuso sexual** (16.9 %, TA-1) foi aqui identificado como outro elemento altamente significativo, demonstrando-se como um componente emocional com elevado potencial destrutivo (subitem III/2.6.2.1), cujas características da dinâmica detectada no subitem TA-12.A demonstraram que 23.3% têm frequência sexual diária, 40% com múltiplas parcerias, 43.3% às vezes usam objetos sexuais nas relações, e 46.7% usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais; em outro momento da entrevista esta constatação alcançou os 93.3%, dos quais o crack representa 6,7%; 53.3% já tiveram DSTs após o diagnóstico do HIV, 30% fazem tratamento psiquiátrico, 26.7% reportaram conteúdos de ideação suicida e apresentaram significativos indicadores para impulsividade na BIS-11, confirmados unanimemente inclusive na análise do subgrupo (S-2, TA-12.B). Outras características foram também detectadas, dentre elas a permissividade acarretada, possivelmente, pela baixa autoestima (subitens I/2.4.3 e I/5.1), também identificada nas pesquisas de Houston *et al.* (2012) e Klein (2013); inseguranças, medos e hipervigilância (subitens I/2.5.3, II/2.2.1, II/5.4, III/2.4.2, III/4.1.1), corroboradas pelas pesquisas de McKirnan *et al.* (2007); e relatos de ideação suicida (TA-2.B, TA-3A, TA-4.A, TA-12.A, I/2.2.3, II/2.2.1, III/2.4.1, III/2.4.2, III/2.6.2).

Outros indícios do comportamento sexual compulsivo e arriscado de elevado potencial destrutivo, e que exporia os indivíduos a inúmeras vulnerabilidades, foram também identificados através dos subitens I/4, III/2.6.2 e III/2.6.2.1, respectivamente intitulados como **também passei a enganar** e **vingança**, possivelmente mobilizados por inconformidade e raiva. Esses comportamentos, caracterizados por uma “forma erótica do ódio” segundo elucidado por Stoller (1975), correspondem a uma dinâmica transgressiva e autodestrutiva (SANTOS, 2004; OLTAMARI, 2005; DE PAULA, 2009), alimentada possivelmente pela revivência de uma cena sexual traumática (FERRAZ, 2015) na qual a “fantasia erótica” (FRAILICH, 2009) potencializa o investimento de horas de “planejamento” para que este consiga reproduzir a cena e possibilite um triunfo outrora vencido (FERRAZ, 2010). A

configuração deste comportamento nos revela vários indícios de um quadro conhecido em psicanálise como **dinâmica psíquica perversa**.

Segundo Stoller (2015), esse comportamento apresenta um elemento bastante peculiar, a **hostilidade**, também detectado neste estudo através dos subitens I/4.1.4, III/2.4.2, III/2.5.3, III/2.6, III/3.1, III/3.2, III/4.2.1 e III/4.2.4, pelo qual, na dinâmica do comportamento perverso, o indivíduo assume uma **fantasia da vingança** (subitens III/2.6.2.1). Tal fantasia pode ser observada nesta pesquisa inclusive nos relatos de quem se sentiu vítima dessa vingança (subitens II/5.4.1, II/3.3.2, II/4.2.1), apresentada sob forma de ato arriscado, e cujo prazer extremo exigirá repetição para lidar com sua natureza hiperexcitativa, conforme constatado (a) pela frequência sexual dos que praticam sexo diariamente (TA-1=19, 10.7%), e em 81 (45.5%) dos que o fazem de 1 a 3 vezes por semana; e subitens III/2.5, III/2.5.1, III/2.5.2, III/2.6, III/2.7, 7.2.5; e (b) na característica da prática sexual arriscada aqui constatada pelos que praticam sexo de alto risco (TA-1=78, 43.8%), dos que o praticam frequentemente (27, 15.2%); e subitens III/2.5.2, III/2.5.3, III/2.8.1, III/2.8.2, III/4.1, III/4.1.1, III/4.1.2, III/4.2, III/4.2.1, III/4.2.2, III/4.2.3, III/4.2.4).

Dentre os elementos identificados nesses comportamentos sexuais deliberadamente arriscados, destacamos:

a) a **onipotência narcísica**: [...] *you are desired, important, everyone wants you... you choose, you command*. Conforme explicado por Moreira (2009), este superinvestimento libidinal direcionado ao próprio eu poderia potencializar os estados de onipotência, rompendo assim com o estado de equilíbrio do aparelho psíquico que, contrariando o fluxo das pulsões, as levaria a retroceder contra o próprio indivíduo, potencializando-as ainda mais;

b) a elevada **carga de excitação**: *It is a diabolical pleasure, not real*. Ainda segundo Moreira (2009), a ausência de percepção do outro reforçaria um estado narcísico, impedindo que o indivíduo desenvolvesse um processo de reconhecimento e percepção em relação a um outro objeto que não ele mesmo. Isto poderia potencializar ainda mais o estado de excitação, que por sua vez necessitaria ser “descarregado” a qualquer custo, podendo assim desencadear comportamentos impulsivos e compulsivos;

c) a **identificação e prazer pelo risco extremo**: *If it is dangerous it is more tasty*; apresentando fortes indicadores de descarga de ódio como tentativa de vencer os conteúdos da zona conflitiva traumática (FERRAZ, 2015): [...] *A situation like this happens because it is extremely pleasurable... because I have this fantasy too, I have... but I won't touch anyone to do a certain type of abuse, right?*;

d) a **ação destrutiva, transgressiva e audaciosa** (subitem III/4.2.2), cuja carga de excitação está associada ao extremo prazer pelo risco e isenção de intimidade como recusa de enfrentamento do sofrimento (STOLLER, 1998): *Festa Coringa... você vai na festa, num ambiente, num apartamento, num espaço alugado para exatamente isso e é contratada uma pessoa soropositiva para estar no meio daquela festa, muitas vezes é algo que não aparenta de nenhuma maneira, alguém com uma ótima aparência... e a regra é realmente você não usar preservativo. E ali você vai ter relação com qualquer um daquela festa, e pode correr o risco de ter a relação com o coringa que é essa pessoa soropositiva que nem sabe quem é, somente quem organizou a festa sabe;*

e) a **elevada carga de excitação** provinda possivelmente dessa zona conflitiva traumática, produtora de enorme angústias e ansiedades que, segundo Ferraz (2010), corresponderia a comportamentos idealizados e ritualizados compulsivamente mobilizados pelas fantasias eróticas (subitem III/2.4.1): *As pessoas são movidas pela adrenalina, de estar ali, estar correndo o risco de estar sendo infectada, mas não saber por quem, não saber quem realmente foi, então isso existe... acho que a adrenalina, o prazer!;*

f) a possibilidade do indivíduo de **recriar o conteúdo da cena sexual traumática** (subitem III/4.2.4), cujo intuito seria o de triunfar e então “vencer” as elevadas cargas de angústia providas dessa zona conflitiva traumática (FERRAZ, 2010): *[...] Você fica com o pensamento naquilo... é o melhor da festa! Quando vc chega na ‘bagaça’ aí tá a mil e quer fazer tudo que vc pensou... ai cara, tá no inferninho, tem que se jogar... Não pensa em mais nada.... é por isso que te leva pro buraco, porque amanhã você quer mais e mais... não tem fim.*

Caracterizados por uma dinâmica psíquica de características muito primitivas, sem ressignificações, muito associadas a planos sensoriais: *[...] contato pele com a pele da pessoa, pelos, e carne entende [...], e potencialmente destrutivas* (subitem III/4.2.4), nestes comportamentos sexualmente arriscados e sem limites de contenção parece não haver defesas emocionais. O paradoxo aqui é que o objeto de investimento das pulsões não é o mundo externo, mas o próprio ego do indivíduo, pois a **gratificação é autoerótica** (GARCIA-ROZA, [1936]1985), não havendo lugar ao outro, visando assim somente a gratificação imediata: *[...] as pessoas querem saber de sexo somente, nem vê o outro. Quanto mais quantidade melhor [...]* A ação é direcionada ao próprio eu, potencializando **estados megalômanos e de onipotência** que, por sua vez, retroalimentam ainda mais a zona conflitiva traumática (MOREIRA, 2009) e, portanto, a adicção e a compulsão: *[...] Saímos com várias pessoas, gostamos de transar a 3, 4 pessoas. Sempre transamos muito... dentro e fora de casa...*

*transamos todo dia.* Nota-se, nesse processo, que conforme explicado acima por Moreira (2009), a falta de alteridade desencadearia um superinvestimento libidinal autoerótico representado pelo “desejo”, que por sua vez faria com que este não se percebesse nesse processo, potencializando, assim, a autodestrutividade: *O desejo sexual sempre será mais forte que a consciência... Desejo... tesão não dá pra controlar [...], e falta de percepção da autodestrutividade: Nós somos como animais entendeu, não há o que se possa fazer, o tesão é mais forte!... a pessoa acaba se entregando... é uma dependência. As pessoas não tem reserva, se dão totalmente.... se entregam para o outro fazer o que quiser... é excitante [...].* Observamos, portanto, que nessa falta de um processo de alteridade, o não reconhecimento do outro, e sim um superinvestimento em si, em busca de proteção e segurança para lidar com a sensação de vazio e aniquilamento (MCDUGALL, 1997), não existe a consciência dos prejuízos e sofrimentos envolvidos, e sim unicamente uma atuação desmedida e transgressiva sob a sensação de ter sido vítima (FERRAZ, 2015).

A repetição demonstrada nesse comportamento sexual compulsivo, distante de ser uma tentativa de estes indivíduos acessarem uma zona traumática, constroem um repertório de defesas de enfrentamento e lidarem com essas potentes cargas de excitação, provavelmente representaria uma dinâmica muito primitiva, de níveis sensoriais e corpóreos, marcados pela ausência de representações simbólicas e de indelévels comprometimentos ao funcionamento psíquico. Trata-se de uma atuação em que “não há espaço para simbolizar verbalmente a dor emocional; daí ela ser vivida corporalmente” (RAMOS, 2006), o que explicitaria a tentativa desses indivíduos de reviver os conteúdos ameaçadores contidos nas “feridas narcísicas” marcadas por profundos sofrimentos (ANDRADE, 2013) e, portanto, de repará-las e aliviá-las (ABDO; SCANAVINO, 2008).

Sob outro importante ponto de vista de análise, o da psicopatologia, outras características envolvidas foram detectadas no comportamento sexual compulsivo neste estudo, dentre elas a: (a) **busca incessante por material pornográfico associada à masturbação** (ABDO; SCANAVINO, 2008): *[...] Penso muito em sexo, sou dependente... o tempo todo penso em sexo, sou impulsivo, compulsivo. Fico o dia todo no computador me masturbando, falando com muitos caras e ainda assim tenho que transar de manhã e a noite. Por mais que me masturbo não consigo me controlar, meu pensamento é só sexo, sexo, sexo;* e (b) **falta de controle dos impulsos**, que potencializaria ainda mais a incapacidade de resistir ao desejo de realizar atos sexuais e sucessivos com múltiplas parcerias sexuais (APA, 2002): *Eu já fiquei com mais de 100 caras... o homem por si só, ele já tem uma predisposição a gostar mais de sexo, e dois homens juntos...homem tem essa coisa do sexo, da carne, do*

gozo... não mede consequências, não quer saber. Neste contexto, esses comportamentos também podem ser observados sob o ponto de vista de indícios de **práticas sexuais parafilicas** (TAVARES; ALARCÃO, 2008), cujos conteúdos destacamos:

a) **dupla penetração:** *Com a gente não é DR (discussão da relação) é DP (dupla penetração);*

b) **bukakke:** *[...] muitos gozando na cara, no peito, agachado, pendurado, de quatro, de cinco, de dez... e no modo avião, na calda, laterais, frente...(risos) tudo!!;*

c) **masturbação coletiva e relacionamentos sexuais em grupo:** *Junto e misturado... não importa quem está ali, e sim quantos estão ali... não importa quem seja, mas se faz, chega junto e te tira deste planeta, te tira de órbita, te faz ir... ir e não voltar... Animal cara! Não é humano!!!;*

d) **ass-to-mouth:** *[...] Quem não gosta d'uma 'peta', de por um pau num buraco e ser chupado por um estranho, de comer um cara, de enterrar no rabo de alguém;*

e) **fisting:** *[...] pau, mão, pau de borracha... uma mão biônica todo mundo enlouquece, ninguém rejeita! É animal cara, é muito excitante...;*

f) **masoquismo/sadismo:** *[...] dá uma porrada que o cara já goza de tesão; e*

g) **glory hole:** *[...] você vê todo mundo indo pro buraquinho da alegria.*

Nesse contexto, os resultados deste estudo demonstraram estar em consonância com os de Parsons & Bimbi (2007), cujos indicadores do comportamento de prática parafilica apontam para servidão e humilhação, engolir urina, rituais fetichistas e masturbatórios em grupo e presença do sexo anal intencionalmente desprotegido; com os de Kelin (2012), pela introdução de objetos no ânus; com os de Barlow & Durant (2011) ao afirmarem os indícios incontroláveis e a extrema excitação sexual; e com os de Kafka & Prentky (1997) ao demonstrarem que esses comportamentos associados à parafilia são predominantemente caracterizados como distúrbios sexuais egodistônicos, envolvendo masturbação compulsiva, associação com promiscuidade prolongada, dependência de drogas, uso de acessórios como objetos sexuais e histórico de abuso sexual, com prevalência de abuso de substâncias psicoativas, em especial o de álcool.

Com base nas análises dos comportamentos de omissão e de recusa do uso do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup>, pudemos constatar as complexidades envolvidas e a necessidade urgente de (re)pensarmos ações interdisciplinares que contribuam para o autocuidado, proteção e enfrentamento, levando-se em consideração os fatores psicodinâmicos e psicossociais observados em profundidade nos contextos emocional, sexual e social dos envolvidos; caso contrário, não os mobilizaremos e nos distanciaremos cada vez mais. A

perda dessa conexão, a falta de entendimento e a não decodificação dos elementos envolvidos, que se interpõem muitas vezes como uma “barreira”, podem significar uma omissão por parte dos gestores que acarretará inúmeras consequências, uma apatia e retrocesso em um dos modelos de tratamento de referência mundial, sem falar de uma sensação de “abandono” e de “indiferença” aos envolvidos, retroalimentando ainda mais os comportamentos destrutivos. Nesse sentido, este estudo também avaliou um dos cartazes de Campanha Nacional do uso do preservativo (2014), conforme breve discussão a seguir.

### **Campanha Nacional do uso do preservativo (2014)**

Conforme conclusão do item e subitens 7.2, referentes à análise do Cartaz de Campanha Nacional do uso do preservativo (2014), constatamos que, segundo os entrevistados, este **não comunicou com clareza o seu objetivo, não havendo portanto, funcionalidade da Campanha**. Consubstanciado segundo os resultados do teste binomial (TA-14), itens e subitens dos DSCs e estratificação TA-11.B, este estudo evidenciou a importância de pesquisas científicas, com instrumentos que possibilitem o aprofundamento e o entendimento necessários dos contextos envolvidos, para utilização em futuras campanhas.

Nesta análise, cabe destacar algumas importantes detecções que poderão contribuir para futuras campanhas e ações de prevenção e promoção à saúde no contexto dos HSH, levando-se em consideração:

a) as **influências projetivas presentes nos comportamentos sexuais impulsivos e compulsivos de HSH**, e os **fatores desencadeantes e facilitadores** que influenciam diretamente na apreensão dos contextos pelos envolvidos, conforme apontado nos subitens 7.2.2.1, 7.2.2.2, 7.2.2.3 e 7.2.5; necessitando que haja um trabalho prévio sobre como foram entendidas as informações (conf. advertido por FREIRE, [1970]1987) e permitindo que os conteúdos abordados propiciem e mobilizem uma conscientização por parte dos envolvidos, conforme citado por Vera *et al.* (2012);

b) a importância da compreensão **dos contextos emocionais, sexuais e sociais de cada população-chave**, como apontado no subitem 7.2.4.1; e conforme amplamente advertido e orientado pelo CREPOP (2008) e pela ABIA (2008);

c) a importância de utilizar o **veículo da internet** já que, como demonstrado neste estudo, muito do comportamento de omissão e/ou recusa ao uso do preservativo é mediado através dele, cuidando porém de desconstruir a ideia associada à percepção de massificação de informações voltadas exclusivamente aos HSH, conforme explicado por Balán *et al.* (2013); e considerando a necessidade de novas estratégias para atingir determinados

comportamentos, como alertado por Schiavo (2013), tais como os de prática sexual arriscada, conforme abordado por Parsons & Bimbi (2007) e Padilha Netto & Cardoso (2013); e, ainda, os casos de comportamentos sexuais mais extremos, como explicitado por Kafka & Prentky (1997), Parsons & Bimbi (2007), Dalgarrondo (2008), Barlow & Durant (2011), Do Amaral & Scanavino (2012) e Forlenza & Miguel (2012);

d) a importância da **desconstrução dos estigmas** envolvidos no uso do preservativo, que ainda permanecem associados a tabus e ao sexismo cultural, conforme elucidado por Jeolás (1999) e Kahhale *et al.* (2010);

e) o **combate veemente ao estigma e à discriminação** associados aos **direitos sexuais e de cidadania**, conforme alertado por Brasil (1993), Mott & Cerqueira (2001), Mott (2006), Plano de Enfrentamento Nacional (2007), ONU (2009), Agência Brasil (2011), Bento (2011), Martins (2012), Padilha (2012), Kahhale *et al.* (2013) e ONUSIDA (2015).

Um item que nos atraiu a atenção foi a proposição dos entrevistados em favor de campanhas com imagens impactantes, com pessoas adoecendo gravemente de aids, conforme já amplamente divulgado em campanhas anteriores, com terríveis consequências, de acordo com Ayres (2003) e Oliveira (2012). Nesta direção, temos que considerar as importantes questões levantadas por: (a) Lefevre (1999) ao apontar a pretensão orientada por uma lógica sanitário-epidemiológica e por um discurso subliminar intimista de campanhas do medo; (b) Garcia *et al.* (2011) ao relembrem as repercussões desastrosas ao relacionar o pânico, o medo e a morte ao controle da sexualidade; (c) Kahhale *et al.* (2013) ao demonstrarem a enorme influência dessas questões estigmatizantes na qualidade de vida de PVHIV; e (d) Ayres (2003) ao apontar as consequências negativas dessas campanhas, que fragmentaram a sociedade e o indivíduo e estimularam ainda mais o estigma e a discriminação.

Entretanto, apesar de o histórico inicial das campanhas nos mostrar seus “desserviços” e as consequências negativas envolvidas, como analisado acima, não podemos deixar de considerar quais os significados contidos nessa proposição dos entrevistados. Uma das possibilidades seriam as dificuldades e consequências envolvidas na falta de controle observada nos comportamentos sexuais impulsivos e compulsivos, conforme amplamente discutido nesta pesquisa, e que exercem tamanha influência na omissão e recusa do uso do preservativo, acarretando enormes sofrimentos aos envolvidos, tais como a culpa por “não terem sido fortes o suficiente para se controlar” e a raiva por se encontrarem nessa situação, além de vergonha, hipervigilância e isolamento, dentre tantos outros demonstrados neste estudo.

Dessa forma, conviria aproveitarmos a proposição dessa antiga fórmula baseada no medo e no pavor associados ao HIV/aids e revertermos esses elementos de tamanha consequência e sofrimentos emocionais, propiciando espaços de discussão em que os indivíduos pudessem ressignificá-los de outras formas. Nesse sentido, para finalizar este capítulo, trataremos a seguir de como os participantes desta pesquisa avaliaram este espaço oferecido.

### **A entrevista: um espaço aglutinador dos conteúdos abordados**

Possibilitar um espaço de discussão e encerramento nesta pesquisa foi vital para o processo, conforme reportado e analisado nos itens e subitens 7.3 e 7.3.2 (conclusão). Afora as etapas cuidadosamente planejadas que mediaram a funcionalidade de todo o processo da pesquisa, os inúmeros conteúdos mobilizados necessitaram de um espaço para integração e entendimento (subitens 7.3, 7.3.1, 7.3.1.1 e 7.3.1.2), e esta possibilidade permitiu que os indivíduos: (a) se identificassem com as situações atualizadas e mobilizadas durante as entrevistas, estabelecendo assim um paralelo com o momento atual; (b) refletissem e integrassem os conteúdos que muitas vezes apareciam fragmentados e, na medida do possível, os ressignificassem; e (c) lidassem com esses conteúdos manifestados e os reconstituíssem de outras formas, fortalecendo-se emocionalmente e desenvolvendo um repertório essencial para o enfrentamento.

### **Método de análise misto**

Até onde se sabe, o método misto é muito pouco usado, quase não havendo precedentes de seu emprego em pesquisas de HIV/aids. Além da importância desta complementaridade, alguns pesquisadores argumentaram ainda que a utilização conjunta de métodos qualitativos e quantitativos poderia contribuir para a compreensão em profundidade das áreas que envolvem o trabalho em promoção de saúde e prevenção (NELSON *et al.*, 2005; POLLINI *et al.*, 2010; TESTA; LIVINGSTON; VANZILE-TAMSEN, 2011; WAGNER *et al.*, 2011).

As evidências encontradas neste estudo foram possibilitadas em grande parte pela escolha do método misto, cuja análise fundida e combinada evidenciou que indicadores iniciais, que poderiam ser determinantes para os contextos aqui estudados, posteriormente demonstraram-se contraditórios. Dadas as discrepâncias entre os conteúdos colhidos nas diferentes etapas desta pesquisa, a utilização do método misto evidenciou a necessidade de aprofundamento na checagem dos dados, cuja cautela demonstrou-se fundamental para a complexidade, entendimento e interpretação demandadas pela análise desses fenômenos, e o

quanto este processo poderá contribuir para futuras pesquisas que poderiam servir como referência em novos direcionamentos e ações, orientações clínicas e de políticas públicas.

O método misto é considerado de extrema importância para os futuros estudos em HIV/Aids, não somente para validar os dados coletados na etapa quantitativa, mas também para que sejam realizados os “fatores de correção” apreendidos durante o processo, pois do contrário poderíamos incorrer em interpretações e direcionamentos equivocados e ineficientes, conforme apontamentos amplamente explorados no artigo de Garcia, Ramos e Silva (2016)<sup>130</sup>.

### **Limitações do estudo**

Não obstante o exposto acima, temos que levar em conta duas possibilidades que podem ter interferido nos resultados e, conseqüentemente, nas contradições encontradas: (a) o fato de a população da Amostra S-1 ter sido entrevistada em sala de espera, e a população da S-2 em sala individual; e (b) a não randomização da S-2 ter sido realizada simultaneamente com a amostra mista, devido à demanda logística do local onde foi realizada a pesquisa.

Outra limitação deste estudo a ser considerada deve-se ao fato de a amostra utilizada não ter sido aleatória, e sim de conveniência, constituída por pacientes em tratamento em um centro especializado (CRT/DST/HIV/AIDS). Para reduzir a influência dessa limitação, exploramos ao máximo a etapa qualitativa com o elevado número de entrevistados. Vale ressaltar que esses achados deverão ser bastante significativos para o âmbito da instituição onde foi realizada a pesquisa, não nos permitindo, portanto, outras generalizações. Para que estes achados possam ser generalizados, serão necessárias futuras pesquisas com metodologias, amostragens e procedimentos específicos.

---

<sup>130</sup> GARCIA, R; RAMOS, D.; SILVA, M. H. **Don't trust what I tell you in a questionnaire:** A mixed methods study on contradictions regarding preservative use between statements from HIV positive men who have sex with men in quantitative surveys versus in-depth qualitative interviews. 2016. Atualmente sob análise para fins de publicação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o HIV/aids, doença sexualmente transmissível que tem afetado milhões de pessoas em todo o mundo, observamos sua especial ascensão entre HSH (RELATÓRIO DE ONTÁRIO, 2006) e complexas consequências (VIRTUAL CONGRESS HIV/AIDS, 2008). Assim sendo, esta pesquisa se propôs a investigar fatores implicados nos comportamentos de omissão e recusa do preservativo de HSH HIV<sup>+</sup>.

No que tange ao comportamento de **omissão do uso do preservativo com parcerias circunstanciais**, este estudo comprovou a hipótese de que o comportamento sexual impulsivo é determinante. Por meio de uma análise minuciosa foram detectados indicadores de impulsividade para BIS-11 (amostra T): Fator Único e Falta de Planejamento; e compulsividade expressiva e muito expressiva para ECS. Estes resultados foram também constatados de forma aprofundada (S-2) com base nos relatos dos DSCs e nas diversas estratificações. Os indicadores encontrados, de comportamento sexual impulsivo que muitas vezes potencializava sua manifestação através do comportamento sexual compulsivo, foram explicados por Freud ([1914-6]1987) e corroborados pelas pesquisas de EVENDEN (1999) ao afirmar que a precipitação sexual impulsiva é caracterizada pela incapacidade de resistir ao desejo (BARLOW; DURANT, 2011), acarretando enormes prejuízos emocionais aos envolvidos (ABDO; SCANAVINO, 2008; AMORIM, 2013), e conforme constatado nas pesquisas de Andrade *et al.* (2007), Pascom *et al.* (2008), Santos, 2010, Veras (2012), Antunes & Paiva (2013), Da Fonte *et al.* (2013), PCAP (2013) e Secretaria de Estado da Saúde (2015). Dentre as principais justificativas apresentadas encontram-se a impulsividade sexual, a falta de controle da excitabilidade sexual e a sedução pela aparência.

Nesse sentido, dentre os principais achados que influenciaram diretamente esses comportamentos de negligência ao uso do preservativo, destacamos a potencialidade dos elevados indicadores de uso de substâncias psicoativas, agindo como facilitadora, conforme observado no item e subitens I/2 deste trabalho e corroborado pelas pesquisas de Moeller *et al.* (2001), Patkar *et al.* (2004), Von Diemen (2006), Semple *et al.* (2006), Wit (2009), Kjome *et al.* (2010), Guerra (2012), Balán *et al.* (2013), Yadav *et al.* (2014) e Nelson (2015). Assim sendo, além de funcionar como um desencadeador potencial da prática sexual arriscada, o uso abusivo de substâncias psicoativas está relacionado a múltiplos fatores, e essa associação pode comprometer vários aspectos da vida afetiva, sexual e profissional do indivíduo e fragilizar substancialmente as possibilidades de enfrentamento por PVHIV. Suas implicações

psíquicas são significativas, reduzindo os recursos defensivos do indivíduo e tornando-o cada vez mais vulnerável a situações de risco.

A dinâmica detectada, de falta de limite e contenção atribuída a dificuldade de controle, falta de domínio e de recursos emocionais para lidar com a hiperexcitação e a luta por gratificação imediatista, sem medir consequências, demonstra que não estamos diante de questões conscientes e racionais, portanto na esfera do domínio do indivíduo, cujo “desejo” seria aqui representado por uma necessidade inconsciente (GARCIA-ROZA, [1936]1985) que o “induziria” a reproduzir uma experiência de satisfação vivida, em tempos remotos, de enorme prazer (ANDRADE, 2013); sentimentos estes manifestados devido aos precários recursos de defesa observados e pela falta de um equacionamento emocional entre a demanda interna e a adaptação externa (RAMOS, 2006). Essa falta de domínio sobre os impulsos sexuais constantes acarretou prejuízos e sofrimentos emocionais, conduzindo os indivíduos a comportamentos sexuais arriscados (GUERRA, 2012), que por sua vez amortizaram a pressão e o desconforto emocional (GUERRA, 2012; RAMOS, 2013). Nesse contexto, observa-se que não houve espaço para simbolizar verbalmente a dor emocional; daí ser ela vivida corporal e sexualmente (RAMOS, 2006).

Desta forma, as complexidades aqui constatadas foram também corroboradas pelas pesquisas de Malloy-Diniz *et al.* (2010), Vasconcelos (2012) e Forlenza & Miguel (2012). A negligência no uso do preservativo, observada nesses comportamentos, por si só já demonstra potencial vulnerabilidade aos que os praticam – conforme os elevados índices de DSTs verificados no item e subitens I/2.4. Assim sendo, os comportamentos impulsivos e compulsivos ao contexto sexual específico dos HSH tornam-se potencialmente mais destrutivos quando o uso do preservativo é negligenciado, ou quando existe a procura intencional pelo sexo sem proteção. Potencialmente, este contexto se apresenta ainda mais preocupante para os que mantêm parcerias estáveis, cuja recusa do uso do preservativo poderia acarretar a horizontalização e verticalização do vírus, sem contar os enormes prejuízos e sofrimentos emocionais daí decorrentes.

No que diz respeito ao comportamento de **recusa do uso do preservativo com parcerias estáveis**, este estudo também comprovou as hipóteses aventadas; entretanto, em relação à primeira delas, em vez de “medo” foi detectada uma expressiva acentuação deste, demonstrada por um sentimento de “pavor” de levantar suspeitas sobre relações sexuais extrarrelacionamento. Nas demais hipóteses constatamos: (a) a dificuldade em negociar o preservativo por medo da perda; (b) o medo da rejeição; e (c) o temor da descoberta de relações com homens, no caso HSHM. Tais achados são confirmados na literatura – mais de

40% dos HSH jovens não usam preservativos regularmente (PARADA DO ORGULHO LGBT, 2013) – e complementados por Takiuti (2013) ao sustentar que, entre os homens, o principal motivo para o não uso do preservativo é a parceria fixa – aumentando significativamente as chances de transmissão horizontal de infecção de DST/Hepatites/HIV.

Dentre as principais questões mobilizadoras para esse comportamento destacamos o estigma e a discriminação, cuja situação foi de igual forma observada pelas pesquisas de Smit, Brady & Thompson (2002), Suit & Pereira (2008), Kahhale *et al.* (2010) e Baraka (2013). A percepção dos múltiplos estigmas aqui detectados acarretou impactos diretos e inúmeras implicações à vida dos envolvidos – em destaque, foi imenso o impacto emocional de ser rejeitado e perder a parceria. Esta percepção foi tamanha que eles preferiram desistir de suas relações estáveis a ter que revelar o diagnóstico do HIV, ou omiti-lo para manter o relacionamento, ou nunca revelá-lo; e, em uma conduta ainda mais extrema, optaram por trair a parceria, demonstrando assim uma absoluta falta de comprometimento e um comportamento de alto potencial destrutivo.

Para que esta difícil e complexa dinâmica da recusa do uso do preservativo com parcerias estáveis fosse sustentada, observou-se a manifestação de sexismo e homofobia nos comportamentos, possivelmente como uma defesa contra seus próprios desejos homossexuais. Este estigma internalizado sustenta-se hegemonicamente na hierarquia das masculinidades, que é produzida e reproduzida nas interrelações sociais e culturais (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013) e escorada na força e resistência (MACIEL JR, 2006). Tal estigma é extremamente danoso aos próprios indivíduos, na medida que os deixa potencialmente mais vulneráveis emocional, física e socialmente (BRISTOL, 2013; RELATÓRIO SOBRE VIOLÊNCIA HOMOFÓBICA NO BRASIL, 2014; ONU, 2015), refletindo negativamente nas suas possibilidades de enfrentamento (SUIT; PEREIRA, 2008) e adaptação (RAMOS, 2006); e, conseqüentemente, potencializando ainda mais a baixa autoestima, isolamento, vergonha e culpa e resultando no afastamento de sua rede de apoio, de igual forma percebida como controladora e preconceituosa (subitens II/2.2.3, II/3.1.4, II/3.3.1).

No que diz respeito à **recusa deliberada e intencional do uso do preservativo**, os achados deste estudo comprovaram a hipótese de que o comportamento sexual compulsivo e a identificação e prazer pelo risco são decisivos. Afora os indicadores constatados na análise da ECS, o comportamento sexual compulsivo emergiu dos relatos de procura por múltiplas parcerias, frequência sexual diária, uso de objetos sexuais nas relações, recusa no uso do preservativo, uso frequente da internet na busca por parcerias sexuais, uso de substâncias

psicoativas durante as relações sexuais (em especial a cocaína), falta de controle das substâncias psicoativas durante as relações sexuais, histórico de vitimização de abuso sexual, DSTs após o diagnóstico do HIV, ideação suicida, prática de sexo de alto risco, altos índices de impulsividade da excitação sexual, identificação com o comportamento sexual compulsivo, desejo incontrolável, adicção e entrega total. Similarmente, o comportamento sexual compulsivo foi apontado pelos resultados das estratificações e dos DSCs. A dinâmica desse comportamento é avaliada pela APA (2010), conforme lembrado por Guerra (2012); e contextualizada nas pesquisas de Ko *et al.* (2006), Andrade *et al.* (2007), Dodge *et al.* (2008) e Brasil (2013c). Parson *et al.* (2012) ressaltaram o caráter sindêmico dessa dinâmica, ao passo que Guerra (2012) chamou atenção para os elevados prejuízos à qualidade emocional e social relacionados à adicção.

Com referência ao prazer pelo risco identificado neste estudo, e conforme as pesquisas de Cooper *et al.* (2000), Grov *et al.* (2010) e Scanavino *et al.* (2012, 2014), constatamos indícios de hipersexualidade (também citados na literatura por KLEIN; TILLEY, 2012) e sexo desprotegido (PARSONS; BIMBI, 2007; SCANAVINO *et al.*, 2012). Cabe observar que esse comportamento se dá muitas vezes com o conhecimento do risco de infecção pelo HIV, fato bastante preocupante se pensarmos na potencialidade destrutiva envolvida.

Esta prática do comportamento sexual compulsivo associado ao prazer pelo risco foi também verificada por meio dos relatos em:

1 – *darkrooms*, cujas características demonstraram: (a) a recusa do preservativo (ANTUNES. PAIVA, 2013; CARLINI; SANCHEZ, 2014); (b) os elevados índices de uso de substâncias psicoativas justificados pela extrema excitação envolvida (KELLY; KALICHMAN, 1998; GONDIM; KALICHMAN, 2000; BANCROFT *et al.*, 2003; BANCROFT; VUKADINOVIC, 2004; BARLOW; DURANT, 2011); (c) a falta de controle das fantasias sexuais sendo potencializada pela compulsão e pensamentos repetitivos e centralizadores (FACURE, 2009; CORLEY, 2013; BALLONE [s.d.]); e (d) os expressivos sofrimentos desencadeados por elevados prejuízos à regulação afetiva e instabilidades emocionais (ABDO; SCANAVINO, 2008).

2 – *cruising areas*, evidenciando: (a) a vulnerabilidade, apontada na literatura por Somlaia *et al.* (2001); Ko *et al.* (2006); Grov *et al.*, (2007); Apostolopoulos *et al.* (2010); Reisen *et al.* (2010); Brignol & Dourado (2011), Antunes & Paiva (2013) e Silva *et al.* (2014); e (b) a presença do policonsumo de substâncias psicoativas (COLFAX *et al.*, 2005; PARSONS; BIMBI, 2007; PANTALONE *et al.*, 2008; POULOSE; SRINIVASAN, 2009; GROV *et al.*, 2010).

Outro comportamento encontrado nesta pesquisa foi o *barebacking*, com maior potencial destrutivo (OLTAMARI, 2005; BERG *et al.*, 2013) devido à identificação e ao prazer com o sexo de risco feito deliberadamente sem o uso de preservativos, caracterizado por uma dinâmica de policonsumo de substâncias psicoativas, histórico de abuso sexual (16.%) – item altamente significativo devido ao componente emocional com elevado potencial destrutivo –, frequência sexual diária, múltiplas parcerias, uso de objetos sexuais nas relações – dentre eles o crack e as DSTs após o diagnóstico do HIV. Desse universo, 30% fazem tratamento psiquiátrico, e 26.7% reportaram conteúdos de ideação suicida e apresentaram expressivos indicadores para impulsividade na BIS-11. A elevada permissividade sexual acarretada, possivelmente, por baixa autoestima, foi identificada nas pesquisas de Houston *et al.* (2012) e Klein (2013); inseguranças, medos e hipervigilância corroboradas pelas pesquisas de McKirnan *et al.* (2007); e elevados relatos de ideação suicida.

A prática desses comportamentos foi mediada por um veículo de extrema abrangência, a internet, como apontado nas pesquisas de Cooper *et al.* (2000), Elford *et al.* (2001), Tewksbury (2003), Tikanen & Ross (2004), Bolding *et al.* (2004), Dewa & Chaneyb (2005), Shernoff (2005), Oltamari (2005), McKirnan *et al.* (2007), Blackwell (2007). Grov *et al.* (2007), Berg (2008), Abdo & Scanavino (2008), Rosser *et al.* (2009) De Paula (2010) Brignol & Dourado (2011), Downing Jr. (2012), Guerra (2012), Wei *et al.* (2012a, 2012b), Klein & Tilley (2012), Robinson & Moskowitz (2013) e Rosser *et al.* (2013), demonstrando a inacessibilidade e extrema dificuldade para possíveis ações de prevenção e promoção à saúde.

Nesta dinâmica foi marcante a presença das substâncias psicoativas, potencializando ainda mais a adicção e, conseqüentemente, as vulnerabilidades, também constatadas por Halkitis *et al.* (2003), Colfax *et al.* (2005), Von Diemen (2006), Pantalone *et al.* (2008), Poulouse & Srinivasan (2009), Guerra (2012), Marshall *et al.* (2011), Rocha (2014), Carlini & Sanchez (2014), Balán *et al.* (2013), Yadav *et al.* (2014) e Liao *et al.* (2014); e alertadas acerca de suas possíveis conseqüências por Brasil (2009), Unifesp (2011) e o Relatório Mundial sobre Drogas (2014).

Cabe ressaltar que, apesar dos fortes indícios de compulsão sexual encontrados nos indivíduos que recusaram deliberadamente o uso do preservativo e que apresentaram comportamento sexual excessivo e adicto, múltiplas parcerias sexuais, policonsumo de substâncias psicoativas, consumo exacerbado por literatura erótica, uso compulsivo da internet, masturbação compulsiva e em grupo, indícios de práticas parafilicas, prejuízos emocionais e sociais, e falta de controle da excitação sexual, dentre outros (SCANAVINO *et*

*al.*, 2015), serão necessárias futuras pesquisas com metodologias e atuações interdisciplinares para que possamos afirmar se efetivamente estamos diante de um quadro de transtorno mental. Entretanto, podemos concluir que, quanto maior a exposição do indivíduo, troca e número de parcerias, cresce a sua probabilidade de exposição a DST/HIV/Hepatites, entre outras doenças sexualmente transmissíveis.

Dentre as principais consequências emocionais constatadas nesta pesquisa, cujos elevados índices influenciaram diretamente nos comportamentos de omissão e/ou recusa do uso do preservativo, destacamos a ideação suicida, isolamento, solidão, culpa, inúmeros medos, desejo de ser amado, depressão e hipervigilância, que – mobilizados pela autodepreciação e baixa autoestima – contribuem diretamente para os comportamentos autodestrutivos (VIRTUAL CONGRESS HIV/AIDS, 2008), sexualmente arriscados (GUERRA, 2012), maior vulnerabilidade (BARAKA, 2013) e, conseqüentemente, a sustentação do segredo do diagnóstico em função do estigma e discriminação percebidas (KAHHALE *et al.*, 2010).

Considerando o uso do preservativo, uma das mais importantes ferramentas de combate à não disseminação de DST/HIV/Aids (se não a mais importante delas), os índices detectados revelaram-se elevados (os declarados somaram 59%, TA-1). Na análise qualitativa, tais dados tornaram-se potencialmente maiores e mais evidentes, conforme demonstrado nos itens e subitens I/2, I/3, I/4 e I/5, que apontaram que o comportamento sexual impulsivo foi determinante para a **omissão do uso do preservativo** com parcerias circunstanciais; os itens e subitens II/1, II/2, II/3, II/4 e II/5, para a **recusa** do uso do preservativo com as parcerias estáveis; e os itens e subitens III/1, III/2, III/3 e III/4, para o comportamento sexual compulsivo e o prazer pelo risco como determinantes para a **recusa incondicional** do uso do preservativo. Esses indicadores elevados situaram-se próximos aos constatados nas pesquisas de Andrade *et al.* (2007), Antunes & Paiva (2013), PCAP (2013) e Da Fonte *et al.* (2013); e superiores aos de Pascom *et al.* (2008), Veras (2012), Brasil (2015) e Secretaria de Estado da Saúde (2015).

Neste contexto, se resgatarmos um dos pressupostos da psicanálise que afirma que a saúde psíquica de um indivíduo está associada a um equacionamento pulsional funcional, a falta da modulação da excitação – nos casos dos comportamentos sexuais impulsivos e/ou compulsivos aqui investigados –, se caracterizaria como uma disfuncionalidade. Em outras palavras, esta dinâmica faz com que esses indivíduos sejam extremamente reativos ao comando de um núcleo altamente excitado, que demanda uma busca desmedida por gratificação imediata de suas necessidades pulsionais. Este processo acarreta seriíssimas

consequências aos envolvidos, dentre elas sentimentos de desamparo, inúmeros medos, hipervigilância, culpas, angústias, isolamento e (as de maior gravidade) ideação suicida e dissociação.

No que diz respeito a dissociação, observamos que os elementos de defesa do ego – entre eles os racionais, de contenção e de juízo crítico –, não são suficientes para modular a excitação e controlar as tomadas de decisão e as ações. Ao contrário, esta “falha” da modulação da excitação é muitas vezes potencializada pela dinâmica de um pensamento operatório e/ou de negação, que possivelmente estaria a serviço da busca por satisfação de suas necessidades pulsionais, nomeadas conscientemente como um desejo incontrolável e irrepreensível.

Essa dinâmica, possivelmente associada a um núcleo de conflito traumático, precisa ser entendida como uma forma de retroalimentação. Assim sendo, entre os elementos contidos nesse processo, percebidos neste estudo, destacamos: (a) a deficiência na modulação da excitação de um núcleo que se encontra extremamente estimulado; (b) os sucessivos pensamentos intrusivos que reverberam constantemente e que acarretam a falta de controle nos comportamentos de impulsividade/ compulsividade sexual e prazer sexual do risco; (c) a destrutividade envolvida; e, principalmente, (d) a utilização de mecanismos de defesa para evitar o contato com inúmeros sofrimentos.

Nessa dinâmica, observamos ainda que, para se sentirem mais livres e empoderados, esses indivíduos fizeram uso de substâncias psicoativas para se anestesiarem e se potencializarem ainda mais, de forma a corresponder com a demanda desse núcleo – retroalimentando-o, portanto. Assim, na ausência de mecanismos racionais e emocionais mais estruturados que pudessem contê-los, pudemos observar indivíduos reféns de seus desejos, a serviço de elementos sensoriais de características bastante arcaicas – dentre eles, os narcísicos e os megalômanos.

Por conseguinte, nesta atuação de característica bastante regressiva, possivelmente estimulada por um núcleo traumático que demanda gratificação constante, constatamos a potencialização dos comportamentos dissociados, transgressivos, onipotentes, e de uma invencibilidade imaginária. Ao evitar a dor e os possíveis conflitos dessa recusa inconsciente em lidar com esses núcleos traumáticos potencialmente excitados, estes indivíduos são pressionados a corresponder com suas necessidades pulsionais, que por sua vez os conduzem a um descontrole desenfreado e a uma destrutividade cujo desfecho pode ser a constatação de DSTs, a falência diagnóstica no tratamento, ou mesmo a procura da morte como “saída” inconsciente para lidar com tamanha dor.

Assim sendo, ao identificarmos e compreendermos os fatores envolvidos na omissão e/ou recusa do uso do preservativo, este estudo evidencia uma população enferma que clama por ajuda, e também por um espaço no qual possam expor sofrimentos emocionais profundos que paulatinamente lhes subtraem defesas e possibilidades de enfrentamento.

Esses dados expressivos tornam-se ainda mais preocupantes com a análise de um **Cartaz de Campanha Nacional para uso do preservativo – 2014**, ao constatarmos que, na percepção dos entrevistados, seu objetivo não foi comunicado com clareza, o que resultou em não funcionalidade da campanha. Consubstanciado segundo o teste binomial (TA-14), itens e subitens dos DSCs e estratificação TA-11.B, este estudo evidenciou a importância de que futuras pesquisas científicas direcionadas para ações e campanhas levem em consideração:

a) as influências projetivas presentes nos comportamentos sexuais impulsivos e compulsivos de HSH, e os fatores desencadeantes e facilitadores que influenciam diretamente na apreensão dos contextos pelos envolvidos;

b) o aprofundamento na compreensão dos contextos emocionais, sexuais e sociais de cada população-chave, como apontado no subitem 7.2.4.1, conforme amplamente advertido e orientado pelo CREPOP (2008) e pela ABIA (2008) e constatado nas pesquisas de Barker (2000), Mello (2006) e por Fonte *et al.* (2013);

c) a importância de utilizar o veículo da internet já que, como demonstrado neste estudo, muito do comportamento de omissão e/ou recusa ao uso do preservativo é por ele mediado, cuidando porém de desconstruir a ideia associada à percepção de massificação de informações voltadas exclusivamente aos HSH, conforme explicado por Balán *et al.* (2013); e considerando a necessidade de novas estratégias para atingir determinados comportamentos (SCHIAVO, 2013), tais como os de prática sexual arriscada (PARSONS; BIMBI, 2007; PADILHA NETTO; CARDOSO, 2013); e, ainda, os casos de comportamentos sexuais excessivos mais extremos (KAFKA; PRENTKY, 1997; PARSONS; BIMBI, 2007; DALGALARRONDO, 2008; BARLOW; DURANT, 2011; FORLENZA; MIGUEL, 2012);

d) a relevância da desconstrução dos estigmas envolvidos no uso do preservativo, que ainda permanecem associados a tabus e ao sexismo cultural (JEOLÁS, 1999; KAHHALE *et al.*, 2013);

e) o combate veemente ao estigma e à discriminação associados aos direitos sexuais e de cidadania (BRASIL, 1993; MOTT; CERQUEIRA, 2001; MOTT, 2006; PLANO DE ENFRENTAMENTO NACIONAL, 2007; MISKOLCI, 2007, 2009, 2012; ONU, 2009; AGÊNCIA BRASIL, 2011; BENTO, 2011; MARTINS, 2012; PADILHA, 2012; KAHHALE *et al.*, 2013; ONUSIDA, 2015);

f) as discrepâncias entre o que é dito e o que é observado. Este estudo nos mostra que atrás do que é declarado, como por exemplo, “*O HIV não mata, tem tratamento, porquê se controlar?*”, esconde-se um pedido de socorro tendo em vista os inúmeros sofrimentos emocionais vivenciados e que foram aqui detectados; e.

g) a ineficácia da insistência e repetição infrutífera sobre a necessidade do uso do preservativo. Para que haja o reconhecimento da importância deste faz-se necessário, além do já apontado no item (d), propiciar a construção de novos registros positivos associados a auto e heteroproteção e ao cuidado do uso do preservativo. Neste sentido, para que ocorra a assimilação da importância de seu uso, é essencial que esta informação seja constantemente trabalhada e confrontada, visto que os indivíduos provêm de culturas diferentes e, conseqüentemente, assimilam informações de maneiras distintas. É indispensável, portanto, que sejam criados debates, discussões e mecanismos informativos que levem as pessoas a se sentirem mais à vontade para procurar ajuda com profissionais habilitados.

Não podemos presumir que esse processo aconteça naturalmente, pois deverá ser aprendido e apreendido como um valor à vida. Para tanto, a responsabilidade não pode ser atribuída somente ao indivíduo, visto ser ela também social. Se não houver campanhas reforçando a importância no respeito às diferenças individuais e ao combate aos estigmas, continuaremos presenciando intolerâncias e barbáries relacionadas a casos de racismo, xenofobia, violência sexual, homofobia e tantas outras discriminações oriundas de uma herança sexista.

Antes de concluirmos, apontamos dois itens considerados importantíssimos no contexto deste estudo:

1 - a importância do **fechamento da entrevista de pesquisa**, possibilitando um espaço de discussão e encerramento, vital para o processo, permitindo que os indivíduos

- a) se identificassem com as situações atualizadas e mobilizadas durante as entrevistas, estabelecendo assim um paralelo com o momento atual;
- b) refletissem e integrassem os conteúdos que muitas vezes apareceram fragmentados e, na medida do possível, os ressignificassem;
- c) lidassem com esses conteúdos manifestados e os reconstituíssem de outras formas, fortalecendo-se emocionalmente e desenvolvendo um repertório essencial para o enfrentamento.

2 - **Método de análise misto**: afóra a importância desta análise conjunta de métodos qualitativos e quantitativos contribuir para a compreensão em profundidade das áreas que envolvem o trabalho em promoção de saúde e prevenção (NELSON *et al.*, 2005; POLLINI *et*

*al.*, 2010; TESTA; LIVINGSTON; VANZILE-TAMSEN, 2011; WAGNER *et al.*, 2011), as evidências encontradas neste estudo foram possibilitadas em grande parte pela escolha do método misto, cuja análise fundida e combinada evidenciou que indicadores iniciais, que poderiam ser determinantes para os contextos aqui estudados, se demonstrassem posteriormente contraditórios. Dadas as discrepâncias entre os conteúdos colhidos nas diferentes etapas desta pesquisa, a utilização do método misto mostrou a necessidade de aprofundamento na checagem dos dados, cuja cautela revelou-se fundamental para a complexidade, entendimento e interpretação demandadas pela análise desses fenômenos, e o quanto este processo poderá contribuir para futuras pesquisas que poderão servir como referência em novos direcionamentos e ações, orientações clínicas e de políticas públicas.

Considerando as limitações identificadas neste estudo, e a impossibilidade das generalizações apontadas no capítulo de discussão, esperamos que esta pesquisa possa contribuir para a melhoria das ações de promoção à saúde e prevenção e, principalmente, para a desconstrução de estigmas que geram tamanho sofrimento e consequências aos HSH que vivem com HIV.

Finalizando, cabe ressaltar que, acima de tudo, este estudo: (a) possibilitou dar “voz” a pessoas que, muitas vezes, não encontram um espaço para manifestar seus sofrimentos emocionais; (b) revelou tratar-se de uma população que necessita de ajuda, de tratamento multidisciplinar, pois encontra-se emocionalmente sofrida e enferma, sem controle dos próprios atos e sem a devida percepção da destrutividade envolvida em seus comportamentos; (c) demonstrou a necessidade de constantemente (re)pensarmos novas formas de atuação profissional, considerando que, na grande maioria das vezes, somos a única rede de apoio desses indivíduos; e (d) evidenciou a urgência na atenção e cuidados psicoterapêuticos que propiciem a esses indivíduos a construção de novos registros emocionais que possam alicerçá-los em seu bem-estar físico, emocional e social. Nesse processo, eles teriam a oportunidade de (re)construir outros modelos mais estruturados de relação, e paulatinamente começar a perceber a existência de um espaço de acolhimento aos seus sofrimentos emocionais, espaço esse capaz de recepcioná-los e ajudá-los a controlar suas fantasias e sensações de ameaças iminentes. A partir daí, esses indivíduos poderiam experimentar, através da construção de relações mais sólidas e confiáveis, outros processos que os auxiliariam a lidar com a complexidade envolvida nesses sofrimentos emocionais, e que poderiam romper com um ciclo de tamanha destrutividade.

## REFERÊNCIAS

- ABDALLA, R. R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 1, p. 297-301, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24455783>>.
- ABDO, C. H. N. **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. 4. ed. atualizada. São Paulo: Leitura Médica, 2012.
- ABDO, C. H. N.; SCANAVINO, M. de T. Compulsão sexual. In: ABREU, C. N.; TAVARES, H.; CORDÁS, T. A. (Org.) & Col. **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Levantamento de necessidades em HIV/AIDS na população homossexual do Grande Rio**: jovens de 18 a 24 anos e homens soropositivos. Rio de Janeiro, 2008. <<http://www.abia.org.br/>>.
- \_\_\_\_\_. **Prevenção Positiva**: estado da arte. In: RAXACH, J. C. *et al.* (Orgs.) Rio de Janeiro: ABIA, 2009 (Coleção ABIA. Políticas Públicas). ISBN 978-85-88684-39-3.
- ACOSTA, F.; ANDRADE FILHO, Antonio; BRONZ, Alan. **Conversas homem a homem**: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004. ISBN 85-86132-09-8.
- AGÊNCIA LGBT BRASIL. **Homossexualidade é ilegal em 78 países e punida com pena de morte em 5**. 2012. Disponível em: <<http://agencialgbt.com.br/homossexualidade-e-ilegal-em-78-paises-e-punida-com-pena-de-morte-em-5.html>>. Acesso em: 7 mar. 2014.
- AMORIM, C. **Impulsividade, Autocontrole e TDAH**. 2013. Disponível em: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/artigos/auto-controle.html>>.
- ANDRADE, S. M. O. A.; TAMAKI, E. M.; VINHA, J. M.; POMPILIO, M. A.; PRIETO, C. W.; BARROS, L. M. de; LIMA, L. B. de; CHAGURI, M. C.; POMPILIO, S. A. L. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 2, 2007, p. 479-482. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200027>>.
- ANDRADE, V. M. **Sexo e vida em Freud**: a sexualidade infantil e o conceito freudiano de ego total. Rio de Janeiro: Imago, 2013.
- ANTUNES, M. C.; PAIVA, V. S. F. Territórios do desejo e vulnerabilidade ao hiv entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000300019&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000300019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 31 ago. 2015.
- APA – Associação Psiquiátrica Americana. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Texto revisado (DSM-IV-TR). Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APOSTOLOPOULOS, Y.; SÖNMEZ, S.; SHATTELL, M.; ROTHENBERG, R.; WEITZ, R.; SMITH, J. Infection Risk Along U.S. Highways? The Case of a ‘Truckchaser’ Cruising for Truckers. **International Journal of Sexual Health**, v. 22, n. 4, 2010, p. 262-271.

ARAÚJO, J. B. de. **A (des)construção do discurso do corpo homossexual masculino**: uma trajetória histórica da desnaturalização dos dispositivos de poder. Salto, SP: Schoba, 2012.

AREND, E.D. The politics of invisibility: homophobia and low-income HIV-positive women who have sex with women. **Journal of Homosexuality**, v. 49, n. 1, p. 97-122, 2005. Artigo no MEDLINE | ID: 16048887.

ASSIS, E. M. “Fazendo a linha”: masculinidade(s) e desejo pelo mesmo sexo nas experiências de vida de homens que fazem sexo com outros homens em Pouso Alegre, sul de Minas Gerais. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 19, n. 2, dez. 2008. ISSN 1413-4519.

AYALA, G.; BINGHAM, T; KIM, J; WHEELER, D.P. MILLETT, G. A. Modeling the impact of social discrimination and financial hardship on the sexual risk of HIV among Latino and Black men who have sex with men. **American Journal of Public Health**, v. 102, Supl. 2, p. 242-9, maio 2012. MEDLINE | ID: 22401516.

AYRES, J. R. C. M. Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p.113-28, 2003.

BALÁN, I.C.; CARBALLO-DIÉGUEZ, A, VENTUNE, A. C.; REMIEN, R. H., DOLEZAL, C., FORD, J. Are HIV-negative men who have sex with men and who bareback concerned about HIV infection: Implications for HIV risk reduction interventions. **Archives of Sexual Behavior**, v. 42, n. 2, p. 279-89, fev. 2013. DOI: 10.1007/s10508-011-9886-2.

BALLONE, G. **Comportamentos Compulsivos**. Mente e Cérebro. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n15/diseases/compulsive.html>>.

BANCROFT, J.; CARNES, L.; JANSSEN, E.; Unprotect Anal intercourse in HIV-Positive and HIV-Negative Gay Men: The Relevance of Sexual Arousability, Mood, Sensation Seeking, and Erectile Problems. **Archives of Sexual Behavior**, v. 34, n. 3, p. 299-305, jun. 2005.

BANCROFT, J.; JANSSEN, E.; STRONG, D.; CARNES, L.; VUKADINOVIC, Z.; LONG, J. S. Sexual risk-taking in gay men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. **Archives of Sexual Behavior**, v. 32, n. 6, p. 555-572, 2003.

BANCROFT, J.; VUKADINOVIC, Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction, Indiana University, Bloomington, IN 47405-3700, USA. **Journal of Sex Research**, v. 41, n. 3, p. 225-34, agos. 2004. PMID: 15497051 [PubMed – indexado p/MEDLINE].

BARAKA, C. HIV-related stigma within communities of Gay Men. **Revista Maisha**. 11 June, 2013. Available at: <<http://maishablogger.wordpress.com/2013/06/11/hiv-related-stigma-within-communities-of-gay-men/>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BARKER, G. **AIDS: o que os homens têm a ver com isso?** 2000. Disponível em: <<http://www.promundo.org.br/materia/resources/files/download/AIDS-oqueehomentemaver.doc>>. Acesso em 20 jan. 2015.

BARLOW, D. H; DURANT, M. R. **Psicopatologia** – uma abordagem integrada. Tradução Roberto Galman. São Paulo: Cengage, 2011.

BAUERMEISTER, J. A. Romantic Ideation, Partner-Seeking, and HIV Risk Among Young Gay and Bisexual Men. **Archives of Sexual Behavior**, v. 41, p. 431-440, 2012.

BENTO, B. **Heterossexualidade e poder**. Publicado em: 02/06/2011 Disponível em: <<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=8204&sid=4>>.

BERG, R. C. Barebacking among MSM Internet users. **AIDS and Behavior**, v. 12, n. 5, p. 822-33, 2008. MEDLINE | ID: 17676278.

BERG, R. C.; TIKKANEN, R.; ROSS, M. W. Barebacking among men who have sex with men recruited through a Swedish website: associations with sexual activities at last sexual encounter. **Euro Surveill**, v. 18, n. 13, 2013. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20438>>.

BERGERET, J. **A Personalidade Normal e Patológica**. Manuais Universitários 2, 3. ed. Lisboa: Climepsi, 2000.

BERGAMO, M. **Casos de HIV crescem 6% em um ano no Brasil**. 01 dez. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2015/12/1713176-casos-de-hiv-crescem-6-em-um-ano-no-brasil.shtml>>.

BLACKWELL, C. W. Men Who Have Sex With Men and Recruit Bareback Sex Partners on the Internet: Implications for STI and HIV Prevention and Client Education. 2007. **American Journal of Men's Health**, dez. 2008, v. 2, 4. ed., p. 306-313. DOI: 10.1177/1557988307306045.

BOLDING, G.; DAVIS, M.; SHERR, L.; HART, G.; ELFORD, J. Use of gay Internet sites and views about online health promotion among men who have sex with men. **AIDS Care**, v. 16, n. 8, 2004, p. 993-1001.

BORIS, G. D. J. B; BLOC, L. G.; TEÓFILO, M.C.C. Os rituais da construção da subjetividade masculina. **O público e o privado**, n. 19, jan-jun. 2012.

BORRILLO, D. **L'homophobie**. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, v. 26. Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp, 2006, p. 329-376.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 out. 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. Secretaria da Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Controle de DST e Aids**. Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, 1993.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1643-7.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Muitos Homens, Muitas Vozes – 3MV** Estratégia de Prevenção para as DST-HIV. Manual de Intervenção, Brasília, 2011. Tradução autorizada de material produzido pelo CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DEBI – DIFUSION OF EFFECTIVE BEHAVIOR INTERVENTION. 2011. p.13.

\_\_\_\_\_. **DST no Brasil**. 2013a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 29 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS**. Brasília – 2013b. Ano II - nº 01 até semana epidemiológica 26<sup>a</sup>, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/\\_p\\_boletim\\_2013\\_internet\\_pdf\\_p\\_\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Aids no Brasil, 2013c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. 2014. Ano III - nº 1 - 27<sup>a</sup> a 52<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013. Ano III - nº 1 - 01<sup>a</sup> à 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. Brasília – 2014. ISSN: 1517-1159.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico**. Vamos todos divulgar o laço vermelho em dezembro. 26 nov 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2015/vamos-todos-divulgar-o-laco-vermelho-em-dezembro>>.

BRIGNOL, S. M. Silva. **Estudo Epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no Município de Salvador, BA**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I. Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 423-434, Sept. 2011.

BUTLER, J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? **Cadernos Pagu**, n. 21, Campinas, 2003.

\_\_\_\_\_. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução Renato Aguiar. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CANEVACCI, M. (Org.). **Dialética da Família**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CARBALLO-DIEGUEZ, A.; BAUERMEISTER, J. “Barebacking”: Intentional condomless anal sex in HIV-risk contexts. Reasons for and against it. **Journal of Homosexuality**, v. 47, 1. ed., p. 1-16, 2004. DOI: 10.1300/J082v047n01\_01.

CARLINI, C.; SANCHEZ, Z. Environmental Factors in Brazilian Nightclubs Associated with Sexual Risky Behavior and Sexual Assaults: A Qualitative Study. **International Journal Of Qualitative Methods**, v. 13, n. 5, p. 217. Canada: Univ. Alberta, Canada, 2014.

CARVALHO, L. A. V. **O conceito de pulsão em psicanálise**. 2004. Disponível em: <<http://www.cos.ufrj.br/~alfredo/classnotes/LUIS%20ALFREDO%20TEORIA%20DA%20PULSAO.pdf>>.

CARVALHO FILHO, S. de A. **A Masculinidade em Connell**: os mecanismos de pensamento articuladores de sua abordagem teórica. In: IDENTIDADES: XIII ENCONTRO DE HISTÓRIA, Anpuh-Rio, 2008.

CASTILHO, E. É necessário entender a aids. **Jornal do Ponto**, edição de 11 a 17 de agosto, 1997.

CAVALCANTI, C. D. Práticas Bissexuais: uma nova identidade ou uma nova diferença? Labore – Laboratório de Estudos Contemporâneos. **POLÊM!CA Revista Eletrônica**, v. 9, n. 1, p. 79-83, jan-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2710/1858>>.

CELANTANO, F. **As pulsões e seus destinos**. Disponível em: <<http://metapsicologia.net/2011/12/06/as-pulsoes-e-seus-destinos/>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

CHAMBERLAIN, S. R.; SAHAKIAN, B. J. [2007] The neuropsychiatry of impulsivity. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 255-61, maio 2007.

CHOI, K. H.; PAUL, J.; AYALA, G.; BOYLAN, R.; GREGORICH, S. E. Experiences of discrimination and their impact on the mental health among African American, Asian and Pacific Islander, and Latino men who have sex with men. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 868-74, maio 2013. MEDLINE | ID: 23488483.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da Classificação Internacional de Doenças**. Descrições Clínicas e Diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CLÉSIO, F. **Algoritmos, Datasets, Mineração de Dados, Paper, Regressão Linear**. 2012. Disponível em: <<https://mineracaodedados.wordpress.com/2012/03/13/maximal-information-coefficient-mic-detecting-novel-associations-in-large-data-sets/>>.

COCHRAN, S. D.; MAYS, V. M. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. **American Journal of Epidemiology**, v. 151, n. 5, p. 516-523, 2000.

COLFAX, G.; COATES, T. J.; HUSNIK, M. J.; HUANG, Y.; BUSHBINDER, S.; KOBLIN, B.; CHESNEY, M. The role of poli-substance use in high-risk sex. longitudinal patterns of mathamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior

among a cohort of san francisco men who have sex with men. **Journal of Urban Health**. Bulletin of the New York, Academic of Medicine, v. 82, n. 1, 2005. Supplement 1. DOI. 10.1093/jurban/jti025.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 424, jan-abr. 2013.

COOPER, A.; DELMONICO, D. L; BURG, R. Cybersex users, abuse, and compulsives: new findings and implications. **Sexual Addiction & Compulsivity**, v. 7, n. 1-2, p. 5-30, 2000.

CORLEY, M. D.. **Is Sexual Addiction a Real Addiction?** 2013. Pathways Institute assessment & treatment for addiction & learning and attention differences. Disponível em: <<http://www.pathwaysinstitute.net/?p=1776>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

COSTA, A. H. C. **Homem com H**: uma etnografia sobre os homens que fazem sexo com homens – HSH na cidade de Fortaleza. Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23-26 ago. 2010. In: ANAIS ELETRÔNICOS. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277837700\\_ARQUIVO\\_textofinal\\_fazendogenero.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277837700_ARQUIVO_textofinal_fazendogenero.pdf)>.

COUTINHO, E. K. **A separação judicial litigiosa como drama social**: narrativas, versões e motivos à crise conjugal em Montes Claros – MG. 136f. Viçosa, 2007. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, MG.

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e Aids**. Conselho Federal de Psicologia (CFP), Brasília, 2008. p. 137. 94p. ISBN: 978-85-89208-07-9.

CYMROT, P. **Elaboração psíquica**: teoria e clínica psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1997.

DA FONTE, V. R. F.; PINHEIRO, C. D. P.; BARCELLOS, N. S.; FRANCISCO, M. T. R.; COSTA, C. M. A. **Fatores Associados ao uso do preservativo entre HSH, jovens adultos, frequentadores de boates gays no município do Rio de Janeiro**. 17º SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Natal – RN, 2013.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

DEL PORTO, J. A. Compulsões e impulsos: cleptomania, jogar compulsivo, comprar compulsivo, compulsões sexuais. In: MIGUEL, E. C.. **Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

DE PAULA, P. S. R. **Barebacking sex**: discursividades na mídia impressa brasileira e na internet. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

\_\_\_\_\_. **Barebacking sex**: a roleta russa da AIDS? Sexualidade, sexo e risco na mídia impressa e na internet. Rio de Janeiro: Multifoco, 2010.

DEVEREUX, G. **From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences**. Haia/Paris: Mouton, 1967.

DEWA, B. J.; CHANEYB, M. P. The Relationship Among Sexual Compulsivity, Internalized Homophobia, and HIV At-Risk Sexual Behavior in Gay and Bisexual Male Users of Internet Chat Rooms. **Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention**, v. 12, n. 4, 2005.

DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. (Orgs). **Sexualidade do prazer ao sofrer**. São Paulo: Roca, 2013.

DIEMEN, L.; SZOBOT, C. M.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 2, 2007, p. 153-6.

DO AMARAL, M. L. S. **Impulso sexual excessivo e comportamento *barebacking* em homens que fazem sexo com homens**. 2014. Dissertação Mestrado em Ciências). Programa de Fisiopatologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, 2014.

DO AMARAL, M. L. S.; SCANAVINO, M. T. Comportamentos sexuais compulsivos graves: relato de dois casos em tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 2, São Paulo, jun. 2012, p. 213-6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200015>>.

DODGE, B.; REECE, M.; HERBENICK, D.; FISHER, C.; SATINSKY, S.; STUPIANSKY, N. Relations between sexually transmitted infection diagnosis and sexual compulsivity in a community-based sample of men who have sex with men. **Sexually Transmitted Infections**, v. 84, p. 324-327, 2008. DOI: 10.1136/sti.2007.028696.

DOLL, L.S.; BEEKER, C. Male bisexual behavior and HIV risk in the United States: synthesis of research with implications for behavioral interventions. **AIDS Education and Prevention**, v. 8, p. 205-225, 1996.

DOWNING JR, M. Is Using the Internet in Pursuit of Public Sexual Encounters. Frequency of Use Associated With Risk Behavior Among MSM? **Am J Mens Health**, v. 6, n. 1, January 2012, p. 18-27.

EATON, L. A.; KALICHMAN, S. C.; CHERRY, C. Sexual partner selection and HIV risk reduction among Black and White men who have sex with men. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 3, p. 503-9, mar. 2010. MEDLINE | ID: 20075328.

ELFORD, J.; BOLDING, G; SHERR, L. Seeking sex on the Internet and sexual risk behavior among gay men using London gyms. **AIDS**, v. 15, p. 1409-15, 2001.

EVENDEN, J. L. Varieties of impulsivity. **Journal of Psychopharmacology**, Berlin, v. 146, n. 4, p. 348-61, out. 1999.

FACURE, N. O. **Transtorno Obsessivo Compulsivo**. Instituto do Cérebro Prof. Dr. Nubor O. Facure, 24 fev. 2009. Disponível em: <<http://nuborfacure.blogspot.com.br/2009/02/transtorno-obsessivo-compulsivo-1.html>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

FERRAZ, F. C. **Perversão**. 5 ed. rev. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010 (Coleção Clínica Psicanalítica).

\_\_\_\_\_. Prefácio à edição brasileira. In: STOLLER, R. J. **Perversão: a forma erótica do ódio**. Trad. Maria Lúcia Lopes da Silva. 1. ed. São Paulo: Hedra, 2015.

FIELDS, E. L.; BOGART, L. M.; GALVAN, F. H.; WAGNER, G. J.; KLEIN, D. J.; SCHUSTER, M. A. Association of discrimination-related trauma with sexual risk among HIV-positive African American men who have sex with men. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 875-80, maio 2013. MEDLINE | ID: 23488499.

FORLENZA, O. V. ; MIGUEL, E. C. (Eds.) **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade do saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRAILICH, R. **Motivations for bug chasing: moving towards a model of social exclusion as a factor in self-harm**. Dissertation in Medicine. ProQuest Dissertations and Theses. 2009. Available in: <<http://udini.proquest.com/view/motivations-for-bug-chasing-moving-pqid:1917290641/>>.

FREIRE, P. [1970] Educação bancária. In: \_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE COSTA, J. **A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FREUD, S. [1900-1901]. **A interpretação de sonhos (parte II) e Sobre os sonhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Revisão Dr.<sup>a</sup> Vera Ribeiro, v. V, 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

\_\_\_\_\_. [1901-1905]. **Um Caso de Histeria** – Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Revisão Dr.<sup>a</sup> Vera Ribeiro, v. VII, 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

\_\_\_\_\_. [1906-1908]. **‘Gradiva’ De Jensen e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Revisão Dr.<sup>a</sup> Maria Ribeiro. v. IX, 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

\_\_\_\_\_. [1914-1916]. **A História do movimento psicanalítico**. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Revisão Dr.<sup>a</sup> Vera Ribeiro, v. XIV, 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

\_\_\_\_\_. [1925-1926]. **Um estudo autobiográfico**. Inibições, Sintomas e Ansiedade. A questão da análise leiga e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas

Completas de Sigmund Freud. Revisão Dr.<sup>a</sup> Vera Ribeiro, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GARCIA, L. M.; BELLINI, M.; PAVANELLO, R. M. Análise Retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros Países. INSS 1983-7011. **REMPEC** – Ensino, Saúde e Ambiente, v. 4, n. 1, p. 76-99, 2011.

GARCIA, R. **A Experiência de Estigma e Discriminação em Homem que faz Sexo com Homens (HSH) vivendo com HIV**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. São Paulo, 2012.

GARCIA-ROZA, L. A. [1936]. **Freud e Inconsciente**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. ISBN 978-85-7110-003-9.

GLIEM, J. A.; GLIEM, R. R. **Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales**. Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, The Ohio State University, Columbus, OH, Oct. 2003. Disponível em: <<http://www.ssnpstudents.com/wp/wp-content/uploads/2015/02/Gliem-Gliem.pdf>>.

GOFFMAN, E. [1922-1982]. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução Márcia Bandeira M. L. Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, G. Os Dois Conceitos Freudianos de Trieb. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 3, set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v17n3/8815.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2014.

GONDIM, R. C.; KALICHMAN, L. R. S. Homo/Bissexualidade masculina: um estudo sobre as práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 1-3, abr-dez. 2000.

GONTIJO, F. Imagens Identitárias Homossexuais, Carnaval e Cidadania. In: RIOS, L. F. *et al.* **Homossexualidade**: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

GRECO, M.; SILVA, A. P.; MERCHÁN-HAMANN, E.; JERONYMO, M. L.; ANDRADE, J. C.; GRECO, D. B. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900017&lng=pt&nrm=iso)>. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900017>>. Acessos em: 29 set. 2013.

GROV, C.; PARSONS, J. T.; BIMBI, D. S. Sexual Risk Behavior and Venues for Meeting Sex Partners: An Intercept Survey of Gay and Bisexual Men in LA and NYC. **AIDS and Behavior**, v. 11, p. 915–926, 2007. DOI 10.1007/s10461-006-9199-y. Online: 8 January 2007 Spring Science + Business Media, LLC 2007.

\_\_\_\_\_. Sexual Compulsivity and Sexual Risk in Gay and Bisexual Men. **Archives of Sexual Behavior**, v. 39, n. 4, p. 940-949, agos. 2010. Publicação online 2009 March 24. doi: 10.1007/s10508-009-9483-9.

GUERRA, L. S. de M. **Preditores da compulsividade sexual**: afeto, impulsividade e alexitimia. Trad. Joana Carvalho e Pedro Nobre. Universidade de Aveiro, Portugal, 2012.

HALKITIS, P. N. An exploration of perceptions of masculinity among gay men living with HIV. **Journal of Men's Studies**, v. 9, n. 3, p. 413-429, 2001.

\_\_\_\_\_. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the Internet. **AIDS Care**, v. 15, p. 367-78, 2003.

HALKITIS, P. N.; PARSONS, J. T.; WILTON, L. An Exploratory Study of Contextual and Situational Factors Related to Methamphetamine Use among Gay and Bisexual Men in New York City. **Journal of Drug Issues**, v. 33, n. 2, April 2003, p. 413-432.

HALKITIS, P. N.; WILTON, L.; GALATOWITSCH, P. "What's in a Term?" How gay and bisexual men understand barebacking. In: HALKITIS, P.; WILTON, L.; DRESCHER, J. **Barebacking**. Binghamton, NY: Haworth Press, 2005. p. 35-48.

HAYDÉE, G. A psicanálise e os modernos movimentos de "afirmação homossexual". **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 19, n. 2, 1999. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931999000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 dez. 2012.

HEILBORN, M. L. "Ser ou Estar Homossexual: dilemas de construção da identidade social". In: PARKER, R.; BARBOSA, R. **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996, p. 136-145.

HOUSTON, E.; SANDFORT, T.; DOLEZAL, C.; CARBALLO-DIÉGUEZ, A. Depressive Symptoms Among MSM Who Engage in Bareback Sex: Does Mood Matter? **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 8, p. 2209-15, nov. 2012.

JEOLÁS, L. S. **Os jovens e o imaginário da aids**: entre o risco e a prevenção. 1999. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v2n1\\_aids.htm#vnota2](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_aids.htm#vnota2)>.

JIMÉNEZ, R. Ser Homem Homossexual no Chile. In: VALDÉS, T.; OLAVARRIA, J. **Masculinidades y equidad de gênero en América Latina**. Santiago, Chile: FLASCO, 1998.

JOHNSON, W. D.; HEDGES, L. V.; DIAZ, R. M. Interventions to modify sexual risk behaviors for preventing HIV infection in men who have sex with men. **Cochrane Database System Review**, v. 1, 2003. CD001230. PUBMED.

JORGE, M. A. C. [1952]. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**, v. 2: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

KAFKA, M. P.; PRENTKY, R. A. Compulsive Sexual Behavior Characteristics. **The American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 11, 1997.

KAHHALE, E. M. P. Histórico do Sistema Conselhos de Psicologia e a interface com as questões LGBTs. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Orgs.). **Psicologia e diversidade sexual**. Caderno Temático 11. São Paulo: CRPSP, 2011.

\_\_\_\_\_. **Seminários de Pesquisa: Saúde e Sexualidade.** PUC-SP. Setembro 2013.

KAHHALE, E. P.; CHRISTOVAM, C.; ESPER, E.; SALLA, M.; ANÉAS, T. HIV-AIDS: enfrentando um sofrimento psíquico. In: BOCK, Ana M. B. (Coord.). **HIV-AIDS: enfrentando um sofrimento psíquico** (Coleção Construindo o Compromisso Social da Psicologia). São Paulo: Cortez, 2010.

KALICHMAN, S. C.; ROMPA, D. Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Reliability, Validity, and Predicting HIV Risk Behaviors. **Journal of Personality Assessment**, v. 65, p. 586-602, 1995. Trad. Joana Carvalho e Pedro Nobre (In: GUERRA, 2012).

\_\_\_\_\_. The sexual compulsivity scale: further development and use with HIV-positive persons. **Journal of Personality Assessment**, v. 76, n. 3, p. 379–395, 2001. Disponível em: <[http://doi.org/10.1207/S15327752JPA7603\\_02](http://doi.org/10.1207/S15327752JPA7603_02)>.

KELIN, H. Felching among men who engage in barebacking (unprotected anal sex). **Archives of Sexual Behavior**, v. 41, n. 2, p. 377-84, abr. 2012. DOI: 10.1007/s10508-011-9770-0.

KELLY, J. A.; KALICHMAN, S. C. Reinforcement value of unsafe sex as a predictor of condom use and continued HIV/AIDS risk behavior among gay and bisexual men. **Health Psychology**, v. 17, p. 328-335, 1998.

KERNBERG, O. F. **Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KIM, E.J.; HLADIK, W.; BARKER, J.; LUBWAMA, G.; SENDAGALA, S.; SSENKUSU, J. M.; OPIO, A.; SERWADDA, D. Sexually transmitted infections associated with alcohol use and HIV infection among men who have sex with men in Kampala, Uganda. **Sex Transmitted Infections**, 2015. Doi:10.1136/sextrans-2015-052034.

KIMMEL, M. S. Masculinidades y equidad de género en América Latina. In: VALDÉS, T.; LAVARRIA, J. **Masculinidades y equidad de gênero em América Latina.** Santiago, Chile: FLASCO, 1998.

KJOME K. L.; LANE, S. D.; SCHMITZ, J.M; GREEN, C., MA L. S.; PRASLA I.; SWANN, A.C.; MOELLER, F. G. Relationship between impulsivity and decision making in cocaine dependence. **Psychiatry Research**, v. 178, n. 2, 30 jul. 2010, p. 299-304.

KLEIN, H. Mental health functioning among men who use the Internet specifically to find partners for unprotected sex. **Mental Illness**, v. 5, n. 1, 2013.

KLEIN, H.; TILLEY, D. L. Perceptions of HIV Risk Among Internet-Using, HIV-Negative Barebacking Men. **American Journal of Men's Health**, v. 6, 4. ed., p. 280-293, jul. 2012. DOI: 10.1177/1557988311434825.

KO, N.; LEE, H.; CHANG, J.; LEE, N.; CHANG, C.; LEE, M.; LIN, Y.; LAI, K.; KO, W. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Infections and

Risky Sexual Behaviors Among Men Visiting Gay Bathhouses in Taiwan. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 33, n. 8, 2006, p. 467-473.

KOBNER, S. O. **As relações familiares ao longo da história**. Material Didático-Pedagógico elaborado para definir diretrizes de ação do Programa de Desenvolvimento Educacional – PDE. Secretaria de Estado da Educação – Paraná, 2008.

KUHN, M.; JOHNSON, K. (n.d.). **Applied predictive modeling**. 2013. New York: Springer. ISBN-978-1-4614-6849-3.

LABOISSIÈRE, P. **Aids**: quatro em cada dez jovens dispensam uso de camisinha em relacionamento estável (2012). Agência Brasil. Disponível em: <<http://blogentrens.wordpress.com/2012/12/01/aids-quatro-em-cada-dez-jovens-dispensam-uso-de-caminsinha-em-relacionamento-estavel/>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

LEFEVRE, F. AIDS (por exemplo): o que quer dizer “eu tenho informação”? **Interface**, Botucatu, v. 3, n. 4, fev. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432831999000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432831999000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 out. 2013. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831999000100021>>.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Principais conceitos. 2. ed. Caxias do Sul: Educus, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo. A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília: Liber Livro, 2010.

LÉOBON, A.; FRIGAULT, L. **La sexualité bareback**: d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque. 2005. Disponível em: <[http://www.gaystudies.org/article\\_leobon\\_bareback.pdf](http://www.gaystudies.org/article_leobon_bareback.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2012.

LÉOBON, A.; FRIGAULT, L.; LEVY, J. **Les usages sociosexuels d'Internet & le développement d'une culture du risqué au sein de la communauté homosexuelle**. 2003. Disponível em <<http://www.gaystudies.org>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

LIAO, M.; DIANMIN, K.; XIAORUN, T. *et al.* Alcohol Use, Stigmatizing/Discriminatory Attitudes, and HIV High-Risk Sexual Behaviors among Men Who Have Sex with Men in China. **BioMed Research International**, v. 2014 (2014), Article ID 143738, 8 pages. <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/143738>>.

LOGIE, C. H; LLANA J; THARAO V; LOUFTY M.R. “We don’t exist”: a qualitative study of marginalization experience by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto- Canada. **Journal of the International AIDS Society**, v. 15, n. 2, 2012. 10.448/IAS:15.2.17392.

LOPES, A. G. Algumas considerações sobre o conceito de libido em Freud e Lacan. **Letra Freudiana**, ano XI, n. 10-12, 2012. Disponível em: <<http://www.escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/artigos/letra1012/045.pdf>>.

MACIEL JR, P. de A. “**TORNAR-SE HOMEM** – O projeto masculino na perspectiva de gênero”. Resumo. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/ SP. 2006.

MALLOY-DINIZ, L. F.; MATTOS, P.; LEITE, W. B.; ABREU, N.; COUTINHO, G.; DE PAULA, J. J.; TAVARES, H.; VASCONCELOS, A. G.; FUENTES, D. Tradução e adaptação cultural da *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 99-105, 2010.

MARSHALL, B. D.; WOOD, E.; SHOVELLER, J. A.; PATTERSON, T. L.; MONTANER, J. S.; KERR, T. Pathways to HIV risk and vulnerability among lesbian, gay, bisexual, and transgendered methamphetamine users: a multi-cohort gender-based analysis. **BMC Public Health**, v. 11, n. 20, 2011. DOI:10.1186/1471-2458-11-20

MARTINS, R. B. **O Programa de DST/Aids e a formação em psicologia**: determinações e contradições para o trabalho do psicólogo. 2012. 229f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade de São Paulo, SP, 2012.

MCDOUGALL, J. **As múltiplas faces de Eros**: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. Prefácio. Tradução Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MCKIRNAN, D.; HOUSTON, E.; TOLOU-SHAMS, M. Is the Web the culprit? Cognitive escape and Internet sexual risk among gay and bisexual men. **AIDS and Behavior**, v. 11, n. 1, p. 151-60, jan. 2007. PUBMED.

MEIRELES, A. C. P. Excerto da dissertação de Mestrado **Níveis de prevenção**: conceito e contributo do médico de saúde pública. Administração Regional de Saúde do Norte, IP, no âmbito do Internato Médico de Saúde Pública. Portal de Saúde Pública, 2008. Disponível em: <<http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

MEIRELES, S. N. **Eros e Thanatos**: um Paradoxo Lógico. Disponível em: <[http://trieb-escritos.blogspot.com.br/2010/05eros-thanatos-um-paradoxo-logico\\_9001.html](http://trieb-escritos.blogspot.com.br/2010/05eros-thanatos-um-paradoxo-logico_9001.html)>.

MELLO, L. N. **Perfil de comportamento de risco para HIV/DST em homens que fazem sexo com homens (HSH) a partir do uso da técnica de amostragem Time Space Sampling (TSS)**. UFRGS. Porto Alegre, 2006.

MEZAN, R. **O troco e os ramos**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

MIMIAGA, M. J.; REISNER, S. L.; CRANSTON, K.; ISENBERG, D.; BRIGHT, D.; DAFFIN, G.; BLAND, S.; DRISCOLL, M. A.; VANDERWARKER, R.; VEGA, B.; MAYER, K. H. Sexual mixing patterns and partner characteristics of black MSM in Massachusetts at increased risk for HIV infection and transmission. **Journal of Urban Health**, v. 86, n. 4, p. 602-23, jul. 2009. MEDLINE | ID: 19466554.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Questão das Diferenças: por uma analítica da normalização. In: 16º CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL, 2007, Campinas. **Anais Eletrônicos do 16º Congresso de Leitura do Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2007.

Disponível em: <[http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes\\_anteriores/anais16/prog\\_pdf/prog03\\_01.pdf](http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais16/prog_pdf/prog03_01.pdf)>. Acesso em: 6 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normatização. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 150-182, jan-jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Teoria Queer**. Um aprendizado pelas diferenças. Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

MOELLER, F. G.; DOUGHERTY, D. M.; BARRATT, E. S.; SCHMITZ, J. M.; SWANN, A. C.; GRABOWSKI, J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, n. 4, p. 193-8, dez. 2001. PUBMED.

MOREIRA, J. de O. Revisitando o conceito de eu em Freud: da identidade à alteridade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 1, n. 1, p. 233-247, 1º semestre 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a18.pdf>>. ISSN: 1808-4281.

MOSKOWITZ, D. A.; ROLOFF, M. The Ultimate High: Sexual Addiction and the Bug Chasing Phenomenon. **Sexual Addiction & Compulsivity**, v. 14, p. 21-40, 2007. ISSN: 1072-0162 print / 1532-5318 online DOI: 10.1080/10720160601150121.

MOTA, M. P. Análise de metodologia de investigação: homossexualidade. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. (Orgs.) **Aids: Pesquisa Social e Educação. Saúde em Debate**, v. 83, Série Didática São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MOTT, L. **HSH** – Um conceito equivocado e homofóbico que perpetua a conspiração do silêncio contra o “amor que não ousava dizer o nome”. 2001. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/luizmott/mott3.html>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Homossexualidade: mitos e verdades**. 1 ed. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2003.

\_\_\_\_\_. **Homossexualidade, Direitos Humanos, Inquisição, Etno-História da Sexualidade no Brasil Colonial, História de Sergipe e Piauí**. 2006. Disponível em: <<http://luiz-mott.blogspot.com.br/>>.

MOTT, L.; CERQUEIRA, M. **Causa mortis: homofobia** (Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil, 2000). Bahia: Grupo Gay da Bahia, 2001. Disponível em: <[www.ggb.org.br/causa\\_mortis.doc](http://www.ggb.org.br/causa_mortis.doc)>.

NELSON, B. S. **A Proposed EEG Study of Anabolic Androgenic Steroid-Treated HIV Patients to Examine Dose Timing-Related Effects on Impulsivity**. 2015. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/278418284\\_A\\_Proposed\\_EEG\\_Study\\_of\\_Anabolic\\_Androgenic\\_Steroid-Treated\\_HIV\\_Patients\\_to\\_Examine\\_Dose\\_Timing-Related\\_Effects\\_on\\_Impulsivity](http://www.researchgate.net/publication/278418284_A_Proposed_EEG_Study_of_Anabolic_Androgenic_Steroid-Treated_HIV_Patients_to_Examine_Dose_Timing-Related_Effects_on_Impulsivity)>.

NELSON, B. D.; DIERBERG, K.; SĆEPANOVIĆ, M.; MITROVIĆ, M.; VUKSANOVIĆ, M.; MILIĆ, L.; VANROOYEN, M. J. Integrating quantitative and qualitative methodologies for the assessment of health care systems: Emergency medicine in post-conflict Serbia. **BMC**

**Health Services Research**, v. 5, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://doi.org/10.1186/1472-6963-5-14>>. DOI: 10.1186/1472-6963-5-14

NUNAN, A. **Homossexualidade**: do preconceito aos padrões de consumo. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.

OLIVEIRA, Analice. **A abordagem para a adesão do uso do preservativo no âmbito da atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids**: uma prevenção mais que positiva. Monografia (Medicina Preventiva). Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids – NEPAIDS, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/oliveira\\_aa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/oliveira_aa.pdf)>.

OLTAMARI, L. C. Barebacke: roleta russa ou a ética sadeca? **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 72, 2005. ISSN 1678-7730.

ONTARIO HIV PREVENTION STRATEGY GAY MEN'S GAY, BI, MSM. Men identifying themselves with barebacking have some shared beliefs and assumptions that distinguish them from other gay and bisexual men around them... **Situation Report**, p. 16, nov. 2006. Disponível em: <[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/ontario\\_gay\\_men\\_hiv\\_prevention\\_strategy\\_gay\\_bi\\_msm\\_sit.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/ontario_gay_men_hiv_prevention_strategy_gay_bi_msm_sit.pdf)>.

PAATERO, P.; TAPPER, U. Positive Matrix Factorization: a non-negative factor model with optimal utilization of error estimates of data values. **Environmetrics**, v. 5, n. 2, p. 111–126, 1994.

PADILHA NETTO, N. K; CARDOSO, M. R. Colapso de Eros nas adições sexuais. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, dez. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382013000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 maio 2014.

PANTALONE, D. W.; BIMBI, D. S.; PARSONS, J. T. Motivations for the recreational use of erectile enhancing medications in urban gay and bisexual men. **Sexually Transmitted Infections**, v. 84, 6. ed., p. 458-462, nov. 2008. DOI: 10.1136/sti.2008.031476.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. **Cidadania e Direitos**, Rio de Janeiro, n. 1, 2001.

PARKER, R.; DANIEL, H. **Aids**: a Terceira Epidemia – ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

PARSONS, J. T.; BIMBI, D. S. Intentional unprotected anal intercourse among sex who have sex with men: barebacking – from behavior to identity. **AIDS and Behavior**, v. 11, n. 2, p. 277-87, 2007. PMID: 16775771 [PubMed – indexed for MEDLINE].

PARSONS, J. T.; GROV, C. G.; GOLUB, S. A. Sexual Compulsivity, Co-Occurring Psychosocial Health Problems, and HIV Risk Among Gay and Bisexual Men: Further Evidence of a Syndemic. **American Journal of Public Health**: January 2012, v. 102, n. 1, p. 156-162. doi: 10.2105/AJPH.2011.300284.

PASCOM, A. R. P.; FERRAZ, Dulce A. S.; ARRUDA, Marcela R. de; BRITO, Ivo. Conhecimentos e práticas sexuais de risco associados ao HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 101-11, 2010. INS1982-8829. 2008.

PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRATT, E. S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. **Journal of Clinical Psychology**, v. 51, n. 6, 1995, p. 768-74.

PATKAR, A. A.; MURRAY, H. W.; MANNELLI, P.; GOTTHEIL, E.; WEINSTEIN, S. P.; VERGARE, M. J. Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine-dependent patients. **Journal of Addictive Diseases**, v. 23, n. 2, p. 109-22, 2004. PUBMED.

PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRATT, E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **Journal of Clinical Psychology**, 51, 768-774, 1995.

PEREIRA, H. Determinantes do risco e implicações para a saúde nas práticas sexuais de homens que têm sexo com homens. **Análise Psicológica** [online]. 2007, vol. 25, n. 3, p. 517-527. ISSN 0870-8231.

PEREIRA, I. Identidades em rede: construção identitária e movimento associativo. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n. 40, set. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-65292002000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2013.

PISETTA, M. A. A. de M. Considerações sobre as teorias da angústia em Freud. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000200014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 set. 2013.

PLANO DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AIDS E DAS DST ENTRE GAYS, HSH E TRAVESTIS. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano\\_hsh\\_pdf\\_25272.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2008/40373/plano_hsh_pdf_25272.pdf)>.

POLLINI, R. A.; LOZADA, R.; GALLARDO, M.; ROSEN, P.; VERA, A.; MACIAS, A.; PALINKAS, L. A.; STRATHDEE, S. A. Barriers to pharmacy-based syringe purchase among injection drug users in Tijuana, Mexico: A mixed methods study. **AIDS and Behavior**, v. 14, n. 3, p. 679–687, 2010. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s10461-010-9674-3>>.

POULOSE, B.; SRINIVASAN, K. High risk behaviours following alcohol use in alcohol dependent men. **Indian Journal of Medical Research**, v. 129, p. 376-381, abr. 2009.

QUINET, A. **As homossexualidades na Psicanálise**: na história de sua despatologização. In: QUINET, A.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). São Paulo: Segmento Farma, 2013.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo**: a dimensão simbólica da doença. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus, 2006.

\_\_\_\_\_. A psicoterapia junguiana e a reconstrução dos circuitos neuronais. In: XI SIMPÓSIO DO NÚCLEO DE ESTUDOS JUNGUIANOS. **Trauma e superação no indivíduo e na cultura**. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Outubro de 2013.

REISEN, C. A.; IRACHETA, M. A.; ZEA, M. C.; BIANCHI, F. T.; POPPEN, P. J. Sex in public and private settings among Latino MSM. **AIDS Care**, v. 22, n. 6, p. 697-704, 2010. DOI:10.1080/09540120903325433.

ROBINSON, B. A.; MOSKOWITZ, D. A. The eroticism of Internet cruising as a self-contained behaviour: a multivariate analysis of men seeking men demographics and getting off online. **Culture Health & Sexuality**, v. 15, 5. ed., p. 555-569, maio 2013. DOI: 10.1080/13691058.2013.774050.

ROCHA, G.M. **Comportamento sexual de risco entre homens que fazem sexo com outros homens no Brasil**. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-9JNGUU>>.

RODRIGUES, R. de C. C. Homofilia e homossexualidades: recepções culturais e permanências. **História**, Franca, v. 31, n. 1, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-90742012000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742012000100018&lng=en&nrm=iso)>.

ROSENBERG, E. S.; KHOSROPOUR, C. M.; SULLIVAN, P. S. High prevalence of sexual concurrency and concurrent unprotected anal intercourse across racial/ethnic groups among a national, Web-based study of men who have sex with men in the United States. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 39, n. 10, p. 741-6, out. 2012. MEDLINE | ID: 23001260.

ROSENTHAL, R. J. **Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, supl. 1, p. S41-S50, May 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2015.

ROSSER, B. R. S.; MINER, M. H.; BOCKTING, W. O.; ROSS, M. W.; KONSTAN, J.; GURAK, L.; STANTON, J.; EDWARDS, W.; JACOBY, S.; CARBALLO-DIÉGUEZ, A.; MAZIN, R.; COLEMAN, E. HIV risk and the internet: results of the Men's Internet Sex (MINTS) Study. **AIDS and Behavior**, v. 13, n. 4, p. 746-56, aug. 2009. MEDLINE | ID: 18512143.

ROSSER, B. R. S.; SMOLENSKI, D. J.; ERICKSON, D.; IANTAFFI, A.; BRADY, S. S.; GREY, J. A.; HALD, G. M.; HORVATH, K. J.; KILIAN, G.; TRAEEN, B.; WILKERSON, J. M. The Effects of Gay Sexually Explicit Media on the HIV Risk Behavior of Men Who Have Sex with Men. **Aids and Behavior**, v. 17, 4. ed., p. 1488-98, maio 2013. DOI: 10.1007/s10461-013-0454-8.

ROWEL, M. H. **Pagina de Freud**. III. Teoria Psicanalítica Clássica. Disponível em: <<http://www.freudpage.info/freudpsicoteoria2.html>>. Acesso em: 14 set. 2013.

SANDFORT, T. G.; MELENDEZ, R. M.; DIAZ, R. M. Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in latino gay and bisexual men. **Journal of Sex Research**, v. 44, n. 2, mai. 2007. MEDLINE | ID: 17599275

SANTOS, D. R. M. **Análise das Características Sócio-Econômicas e Comportamentais entre os Homossexuais, Bissexuais e outros Homens que Fazem Sexo com Homens na cidade do Recife**, 2010. Disponível em: <<http://www.revistacienciasmedicaspe.com.br/site/index.php/revistacienciasmedicaspe/article/view/200/168>>.

SANTOS, L. H. S. Educação e Pesquisa de Práticas Sexuais de Risco (barebacking sex). In: RIOS, L. F. *et al.* (Orgs.). **Homossexualidade: Produção cultural, Cidadania e Saúde**. 1. ed. p. 69-81. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. Disponível em: <[http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/anais%20homossexualidade.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20homossexualidade.pdf)>.

SCANAVINO, M. de T.; MESSINA, B.; ABDO, C. H. N. Compulsão sexual. In: ABDO *et al.* **Psiquiatria, saúde mental e a clínica da impulsividade**/ editores Herculano Tavares... [et al.]. – Barueri, SP: Manole, 2015.

SCANAVINO, M. de T.; VENTUNEAC, A.; RENDINA, H. J.; ABDO, C. H. N.; TAVARES, H.; DO AMARAL, M. L. S. Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, and Hypersexual Disorder Screening Inventory: Translation, Adaptation, and Validation for Use in Brazil. **Archives of Sexual Behavior**, v. 45, n. 1, Oct. 2014. Springer Science+Business, Media New York, 2014. DOI: 10.1007/s10508-014-0356-5.

SCHIAVO, M. Positive HIV: the preventive and education legacy. In: 1ST CONGRESS OF THE WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. **Sexual Issues Straight From the Heart**. Porto Alegre, Brasil, 2013.

SCOTT, S. D.; PRINGLE, A.; LUMSDAINE, C. **Sexual Exclusion** – Homophobia and health inequalities: a review of health inequalities and social exclusion experienced by lesbian, gay and bisexual people, 2004. The UK Gay Men's Health Network. Disponível em: <[http://www.glhv.org.au/files/gmhn\\_report.pdf](http://www.glhv.org.au/files/gmhn_report.pdf)>.

SEFFNER, F. Masculinidade bissexual e violência estrutural: tentativas de compreensão, modalidades de intervenção. In: UZIEL, Anna Paula; RIOS, Luís Felipe; PARKER, Richard Guy (Orgs.). **Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade, IMS/UERJ e ABIA, 2004, p. 85-104.

SHEA, J.; WILSON, J. K.; RANALLI, P.; PAULAITIS, C.; CASTAGNA, L.; RAABE, H.; LAFRANCE, W. A. **A Medicina e o comportamento sexual** (2011) Disponível em: <<http://darwinismo.wordpress.com/2011/01/13/a-medicina-e-a-normalidade-do-comportamento-homossexual>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

SEMPLE, S. J.; ZIANS, J.; GRANT, I.; PATTERSON, T. L. Methamphetamine Use, Impulsivity, and Sexual Risk Behavior Among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men. **Journal of Addictive Diseases**. v. 25, n. 4, 2006.

SHERNOFF, M. **Without Condoms: Unprotected sex, gay men, and barebacking**. New York: Routledge, 2005.

SHOPTAW, S.; REBACK, C. J. Associations between Methamphetamine Use and HIV among Men Who Have Sex with Men: A Model for Guiding Public Policy. **Journal of Urban Health**, v. 83, n. 6, Nov. 2006, p. 1151-57.

SHOPTAW, S.; WEISS, R.E.; MUNJAS, B.; HUCKS-ORTIZ, C.; YOUNG, S. D.; LARKINS, S.; VITORIANNE, G. D.; GORBACH, P. M. Homonegativity, substance use, sexual risk behaviors, and HIV status in poor and ethnic men who have sex with men in Los Angeles. **Journal of Urban Health**, v. 86, Suppl. 1, p. 77-92, jul. 2009. MEDLINE | ID: 19526346.

SILVA, A. P.; GRECO, M.; FAUSTO, M. A.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Risk Factors Associated with HIV Infection among Male Homosexuals and Bisexuals Followed in an Open Cohort Study: Project Horizonte, Brazil (1994-2010). **Plos One**, v. 9, p. 1-8, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4184869/>>.

SILVA, F. F. **A Sexualidade Masculina e a Perversão**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Núcleo de Psicanálise. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. 2012.

SILVEIRA FILHO, D. X. **Pathological gambling, sexual compulsion and eating disorders**: OCD related disorders or addictive behaviors? São Paulo: Departamento de Psiquiatria da FMUSP, 1997.

SIMÕES, J. A.; FRANÇA, I. L. Do Gueto ao mercado. In: GREEN, James N.; TRINDADE, Ronaldo (Orgs.). **Homossexualismo em São Paulo e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2005.

SMIT, P. J.; BRADY, M.; [...], THOMPSON, M. HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review. **AIDS CARE**, v. 24, n.3-4, p. 405-12, 2012.

SOMLAIA, A. M.; KALICHMAN B, S. C.; BAGNALLB, A. HIV risk behaviour among men who have sex with men in public sex environments: An ecological evaluation. **AIDS CARE: Psychological and Socio-medical Asp.**, v. 13, n. 4, 2001.

SPIKES, P. S.; PURCELL, D. W.; WILLIAMS, K. M.; CHEN, Y.; DING, H.; SULLIVAN, P. S. Sexual risk behaviors among HIV-positive black men who have sex with women, with men, or with men and women: implications for intervention development. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 6, p. 1072-8, jun. 2009. MEDLINE | ID: 19372509.

STEIN, D. J.; HOLLANDER, E. **The spectrum of obsessive-compulsive related disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

STOLLER, R. J. **Perversion: The Erotic Form of Hatred**. Nova York: Pantheon, 1975.

\_\_\_\_\_. **Observando a imaginação erótica**. Trad. Raul Fiker e Márcia Epstein Fiker. Rio de Janeiro: Imago, 1998. 224 p.

\_\_\_\_\_. **Perversão: a forma erótica do ódio**. Trad. Maria Lúcia Lopes da Silva. 1ª ed. São Paulo: Hedra, 2015.

SUIT, D.; PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Revista Psicologia USP**, v. 19, n. 3, p. 317-340, set. 2008. INDEXPSI | ID: 41564.

SZPACENKOPF, M. I. O. **Perversão Social e reconhecimento na atualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

TAVARES, H.; ALARCÃO, G. Psicopatologia da impulsividade. In: ABREU, C.N.; TAVARES, H.; CORDÁS, T. A. (Org.) & Col. **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TESTA, M.; LIVINGSTON, J. A.; VANZILE-TAMSEN, C. Advancing the study of violence against women using mixed methods: Integrating qualitative methods into a quantitative research program. **Violence Against Women**, v. 17, n. 2, p. 236–250, 2011. Disponível em: <<http://doi.org/10.1177/1077801210397744>>.

TEWKSBUY, R. Bareback Sex and the Quest for HIV: Assessing the Relationship in Internet Personal Advertisements of Men Who Have Sex With Men. **Deviant Behavior**, v. 24, p. 467-483, 2003.

TIKKANEN, R.; ROSS, M. W. Looking for Sexual Compatibility: Experiences among Swedish Men in Visiting Internet Gay Chat Rooms. **CyberPsychology & Behavior**. v. 3, n. 4, July 2004, p. 605-616.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, 2007, p. 349–357. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> 349-357.

VASCONCELOS, A. G. **Adaptação cultural e investigação das propriedades psicométricas da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)**. 2012. Doutorado (Tese em Neurociências) – Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-94MHEJ>>.

VENTURI, G. **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil**. Intolerância e respeito às diferenças sexuais. 2010. Disponível em <<http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/apresentacao-4>>. Acesso em: 4 jan. 2013.

VERA, P; PUPO, L.R; SEFFNER, F (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos** – prevenção e promoção em saúde: pluralidade de vozes e inovação de práticas – Livro III. / Curitiba: Jurubá, 2012.

VERAS, M. A. **Mais da metade dos HSH que frequentam o centro de SP não usou camisinha nas últimas relações sexuais**. Disponível em: <<https://palavrasdenana.wordpress.com/2012/11/27/mais-da-metade-dos-hsh-que-frequentam-o-centro-de-sp-nao-usou-camisinha-nas-ultimas-relacoes-sexuais-revela-estudo/>>. Acesso em: 10 maio 2014.

VIEIRA DE JESUS, D. S. Sobre homens, cavalos e corações selvagens: a “civilização” e a masculinidade hegemônica na identidade dos estados unidos na guerra do Iraque. **Gênero**, Niterói, v. 12, n. 2, p. 187-205, 1º. Semestre 2012.

VILLARINHO, L.; BEZERRA, I.; LACERDA, R.; LATORRE, M. R. D. de O.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, supl. 0, São Paulo, ago 2002, p. 61-67.

VON DIEMEN, L. **Associação entre impulsividade, idade do primeiro consumo de álcool e abuso de substâncias psicoativas em adolescentes de uma região sul do Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/10073>> e em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10073?show=full>>.

WAGNER, K. D.; LANKENAU, S. E.; PALINKAS, L. A.; RICHARDSON, J. L.; CHOU, C. P.; UNGER, J. B. The influence of the perceived consequences of refusing to share injection equipment among injection drug users: Balancing competing risks. **Addictive Behaviors**, v. 36, n. 8, p. 835-842, 2011. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.03.014>>.

WEI, C.; GUADAMUZ, T. E.; LIM, S. H.; KOE, S. Sexual transmission behaviors and serodiscordant partnerships among HIV-positive men who have sex with men in Asia. **Sexually Transmitted Diseases**. v. 39, n. 4, p. 312-5, abr. 2012a. MEDLINE | ID: 22421700.

\_\_\_\_\_. HIV disclosure and sexual transmission behaviors among an Internet sample of HIV-positive men who have sex with men in Asia: implications for prevention with positives. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 7, p. 1970-8, out. 2012b. MEDLINE | ID: 22198313.

WILSON, P. A.; DÍAZ, R. M.; YOSHIKAWA, H.; SHROUT, P. E. Drug use, interpersonal attraction, and communication: situational factors as predictors of episodes of unprotected anal intercourse among Latino gay men. **AIDS and Behavior**, v. 13, n. 4, p. 691-9, ago. 2009. MEDLINE | ID: 18985447.

WIT, H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. **Addiction Biology**, v. 14, n. 1, p. 22-31, jan. 2009.

YADAV, D.; CHAKRAPANI, V.; GOSWAMI, P.; RAMANATHAN, S.; RAMAKRISHNAN, L.; GEORGE, B.; SEN, S.; SUBRAMANIAN, T.; RACHAKULLA, H.; PARANJAPE, R. S. Association between alcohol use and HIV-related sexual risk behaviors among men who have sex with men (MSM): findings from a multi-site bio-behavioral survey in India. **AIDS and Behavior**, v. 18, n. 7, July 2014, v. 18, n. 7, p. 1330-8.

YOUNG, R. M.; MEYER, I. H. The trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the sexual-minority person in public health discourse. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 7, p. 1144-49, jul. 2005.

ZELLNER, J. A.; MARTÍNEZ-DONATE, A. P.; SAÑUDO, F.; FERNÁNDEZ-CERDEÑO, A.; SIPAN, C. L.; HOVELL, M. F.; CARRILLO, H. The interaction of sexual identity with sexual behavior and its influence on HIV risk among latino men: results of a community survey in northern San Diego County, California. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 125-32, jan. 2009. MEDLINE | ID: 19008512.

## ANEXO 1 – Caracterização da Amostra

### Aspectos Sociodemográficos e Socioeconômicos

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) Cor: Preta( )      Branca( )      Parda( )      Outras( )

3) Estado Civil: Solteiro( )      Casado( )      Separado( )      Viúvo( )      União Estável( )

4) Você tem companheiro(a) fixo(a)? Sim( )      Não( )      Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

5) Ele(a) sabe que você tem HIV?      Sim( )      Não( )      Não quer responder( )

6) Ele(a) também é soropositivo(a)?      Sim( )      Não( )      Não quer responder( )

7) Você mora com quem? \_\_\_\_\_

8) Até que ano você estudou?

1) Nunca fui à escola mas sei ler e escrever ( )

2) Não sei ler e escrever ( )

3) 1ª a 4ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental Incompleto) ( )

4) 5ª a 8ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental Completo) ( )

5) 2º Grau Incompleto (Ensino Médio) ( )

6) 2º Grau Completo (Ensino Médio) ( )

7) 3º Grau Incompleto (Ensino Superior) ( )

8) 3º Grau Completo (Ensino Superior) ( )

9) Pós-Graduação (Completa ou Incompleta) ( )

9) Você está trabalhando? Sim( )      Não( )      Em quê? \_\_\_\_\_

10) Qual a sua renda familiar em Salários Mínimos?

sem renda( )      sem renda com benefícios (bolsa família, renda cidadã)( )

até 1 SM ( )      até 1 SM com benefícios( )      entre 1 e 3 SM( )

entre 3 e 6 SM( )      mais que 6 SM( )      não quer responder( )

11) Há quanto tempo você sabe que é soropositivo?

menos de 1 ano( )      mais de 1 ano( )      2 a 4 anos( )      5 a 7 anos( )      8 a 10 anos( )

11 a 15 anos( )      16 ou mais( )      Prefiro não responder( )

12) A quem você revelou que é soropositivo?      Amigos( )      Parceiro(a)( )

Familiares( )      Ninguém( )      Prefiro não responder( )

13) Com relação às suas práticas sexuais você:

a) se relaciona com: Homem( )      Mulher( )      Transexual( )      Travesti( )

Prefiro não responder( )

b) se relaciona com que frequência: Diariamente ( ) Raramente ( )  
 1 a 3 vezes por semana( ) 1 a 3 vezes por mês ( ) Prefiro não responder ( )

c) tem preferência por: um parceiro(a)( ) dois parceiros(as)( )  
 múltiplos parceiros(as)( ) Prefiro não responder ( )

d) como você escolhe suas parcerias sexuais: Aparência( ) Atração Sexual( )  
 Circunstância( ) Afinidade( ) Outros:( ) \_\_\_\_\_

e) faz uso do preservativo? Sempre( ) Às vezes( ) Nunca ( )  
 Prefiro não responder ( )

f) faz uso de algum objeto, como consolo, brinquedos sexuais, entre outros: Sempre( )  
 ) Às vezes( ) Nunca( ) Prefiro não responder ( )

g) faz uso de álcool ou drogas antes, durante ou depois a relação sexual? Sim( ) Às  
 vezes( ) Nunca( ) Prefiro não responder( ) Se sim qual(is)?\_\_\_\_\_

h) após o diagnóstico de HIV você teve alguma Doença Sexualmente Transmissível? Sim( )  
 ) Não( ) Prefiro não responder( ) Se sim, qual(is)?\_\_\_\_\_

i) utiliza a Internet para buscar parcerias? Sim ( ) Não ( ) Frequentemente ( )  
 Às vezes( ) Nunca( ) Prefiro não responder ( )

j) já teve alguma experiência sexual arriscada? Sim ( ) Não ( ) Frequentemente ( )  
 Às vezes( ) Nunca( ) Prefiro não responder ( ) Se sim, qual(is)?\_\_\_\_\_

k) conversa a respeito de sua sexualidade com: Amigos( ) Parceiro(a)( )  
 Familiares( ) Ninguém( ) Prefiro não responder( )

14) Alguma vez você foi vítima de abuso sexual? Sim ( ) Não ( ) Prefiro  
 não responder( )

15) Você faz tratamento psiquiátrico? Sim( ) Não( ) Já fiz, mas atualmente não( )  
 Nunca ( ) Prefiro não responder( )

16) Você faz tratamento psicológico? Sim ( ) Não ( ) Já fiz, mas atualmente não ( )  
 Nunca ( ) Prefiro não responder ( )

17) Qual sua opinião sobre o uso do preservativo nas relações sexuais?

18) Gostaria de falar um pouco sobre sua vida sexual?

19) Como é o seu relacionamento com sua família?

20) O que o HIV mudou com respeito a sua visão sobre si mesmo? Qual o significado do HIV  
 hoje em sua vida?

## ANEXO 2 – Entrevista Individual: Casos fictício-projetivos

### Caso A: OMISSÃO CIRCUNSTANCIAL DO USO DO PRESERVATIVO

... Numa festa, Carlos e João sentiram-se profundamente atraídos um pelo o outro. João, que é HIV<sup>+</sup>, ofereceu carona a Carlos, e durante o caminho o convidou para ir a sua casa. Lá chegando, beberam, namoraram e começaram a transar. Quando Carlos percebeu que João o penetraria sem camisinha, hesitou. João disse que não gostava de usá-la, e que falar nisso naquele momento era demonstrar falta de confiança. Disse a Carlos que ambos eram bonitos, saudáveis, e que nunca transaria com ele se o achasse uma pessoa promíscua. Carlos, sentindo-se muito dividido, e hesitando insistir no uso da camisinha, por temer que João ficasse “magoado”, cedeu. Foi uma longa transa, e após beberem mais e mais, João se sentindo mais à vontade, deixou-se também ser penetrado por Carlos, dizendo corresponder à prova de “confiança” que Carlos lhe dera. “Entregaram-se mutuamente àquela excitante situação”<sup>100</sup>

#### Perguntas:

- 1) Vc acha que esta situação acontece?
- 2) O que fez com que Carlos confiasse tanto e se entregasse dessa forma a João?
- 3) O que levaria João, sendo HIV<sup>+</sup>, a fazer isso com Carlos?
- 4) Vc já se viu em uma situação semelhante onde não conseguiu se controlar? Conte-me sobre isso.

### Caso B: RECUSA DO USO DO PRESERVATIVO EM PARCERIA ESTÁVEIS DE HSHM

Carlos, sabendo que ficou HIV<sup>+</sup>, com união estável, ao se relacionar sexualmente com sua parceria, não consegue propor o uso do preservativo. Isso lhe dá culpa, e o deixa muito angustiado. Mas ele pensa: “Se eu propuser o preservativo, ele(a) pode desconfiar que eu andei ‘pulando a cerca’. Se eu argumentar e insistir, vá saber, ele(a) pode até desconfiar que eu tive uma relação extra. Então, por mais ‘risco’ que envolva esta situação, o melhor é manter o relacionamento ‘sem desconfianças’, pois as pessoas com quem eu saí, nunca poderiam ter HIV. Por que abrir esta brecha de desconfianças em meu relacionamento?”

#### Perguntas:

- 5) Você acha que esta situação acontece?
- 6) Por que Carlos, sabendo que ficou HIV<sup>+</sup>, não quer usar o preservativo com sua parceria?
- 7) Essa situação também é muito difícil para Carlos por envolver muitas questões. O que você faria no lugar dele?

### Caso C: RECUSA DELIBERADA DO USO DO PRESERVATIVO

... Max gasta horas na internet à busca de sexo, a ponto de ter já faltado ao trabalho e inclusive ter desmarcado compromissos. Ele reconhece ser uma situação em que não tem controle, como se fosse uma dependência. Certa vez ele foi convidado por um colega da

<sup>100</sup> Material da dissertação de mestrado: GARCIA (2012).

*internet, para uma “festinha”. Disse iriam 15 pessoas, todos de bom nível social, a maioria inclusive, com nível superior. Entre eles, haveriam convidados que são HIV<sup>+</sup>. Eles se encontrariam em um apartamento para se “curtirem” com absoluto “sigilo”. A única regra era não usar camisinha, e quem quisesse, poderia usar uma “máscara de zorro”, fazer uso de quaisquer substâncias para “quebrar” a inibição inicial. Quando Max adentrou na sala quase que completamente escura, viu que todos estavam se “pegando”, excitou-se e também se entregou totalmente sem pensar em mais nada.*

**Perguntas:**

- 1) Você acha que esta situação acontece?
- 2) O que você acha do comportamento de Max?

**Avaliação do Cartaz de Campanha Nacional (HIV) 2014.**

**Perguntas:**

- a) Olhando este cartaz, para estes personagens, o que você sente, o que lhe inspira?
- b) O que você proporia ser usado numa campanha para incentivar o uso da camisinha?

**Fechamento da entrevista:**

- c) Estamos terminando a entrevista. Falamos de várias situações de pessoas que se infectaram com o HIV. Se você tivesse que dizer a alguém o que poderia impedir de correr o risco de pegar o HIV, o que você diria?
- d) Como você se sentiu ao responder esta pesquisa? Gostaria de dizer mais alguma coisa?

**ANEXO 3 – Cartaz da Campanha Nacional de Combate à AIDS – 2014**

**Proteja-se. Use sempre camisinha.**

Não importa a balada, nem onde, nem com quem. O importante é sempre usar camisinha. Porque apesar de existir tratamento, a aids ainda não tem cura. Retire gratuitamente o seu preservativo em uma unidade de saúde e aproveite para fazer os testes de sífilis, vírus e hepatites B e C.

Saiba mais: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

SUS + Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL **BRASIL**

136 **136** 136

136 **136** 136

136 **136** 136

## **ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Título da Pesquisa: ***O COMPORTAMENTO DO USO DO PRESERVATIVO  
EM HOMENS VIVENDO COM HIV***

Convidamos você a participar desta pesquisa desenvolvida pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, e que tem como objetivo compreender como as pessoas vivendo com HIV percebem e enfrentam situações que envolvem a prevenção e o uso do preservativo em suas experiências.

Você será entrevistado sobre questões relativas ao cotidiano de vida, respondendo individualmente às questões elaboradas e restritas a este estudo; bem como convidado a responder a um formulário e preencher duas escalas, às quais declara ter tido acesso antes de assinar este TCLE.

O tempo total previsto para esta entrevista é de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas serão gravadas, e as fitas serão mantidas em local seguro, sob o cuidado do pesquisador responsável; após a transcrição, serão totalmente destruídas.

Sua participação é LIVRE e VOLUNTÁRIA, o que quer dizer que caso você concorde em participar deste estudo, não haverá custos nem benefícios financeiros, podendo a qualquer momento desistir de responder às questões sem que haja qualquer tipo de prejuízo ao seu atendimento ou à continuação de seu tratamento.

Suas respostas serão totalmente sigilosas. Elas serão unidas às de outros participantes da pesquisa para serem analisadas dentro de um conjunto, sem que em nenhum momento ocorra a identificação dos entrevistados. Seu nome será codificado assim que você aceitar participar deste estudo, e somente o pesquisador terá acesso e conhecimento desse código. Não importam ao pesquisador as respostas individuais ao formulário, e sim o somatório e qualidade dessas respostas. Dessa forma, sua identidade será mantida em total sigilo, e será usado um sistema de identificação em código (letras ou números) para que não haja identificação em qualquer forma de comunicação ou divulgação dos resultados da pesquisa: publicações, congressos, artigos, entre outros, garantindo desta forma o total anonimato dos

participantes. Ressaltamos que todas as informações colhidas aqui serão usadas somente para fins científicos.

A pesquisa apresenta um risco mínimo, podendo gerar sentimentos ou desconforto aos participantes. Caso isso ocorra, você poderá interrompê-la em qualquer ponto, sem que lhe cause nenhum prejuízo; e ainda, se achar necessário, será disponibilizado apoio e acompanhamento psicológico com a equipe da saúde mental do CRT, durante o tempo que for necessário.

A sua participação é importantíssima para a melhoria do atendimento dos profissionais de saúde e de prevenção dos envolvidos, junto a outras pessoas que vivem com HIV. Em caso de quaisquer dúvidas sobre a entrevista ou projeto, disponibilizamos abaixo os contatos da orientadora, pesquisador e órgãos responsáveis:

Orientadora responsável pela pesquisa:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Gimenez Ramos - PUC/SP

deniseramos@uol.com.br

Pesquisador Responsável:

Roberto Garcia – PUC-SP

robgarc@uol.com.br tel:(11) 99103-0467

Você também poderá dirigir-se ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, à Rua Ministro de Godói, 969 sala 63/C, Térreo, Perdizes. São Paulo-SP. tel: (11) 3670-8466.

Declaro estar de acordo em participar desta entrevista, tendo o entrevistador esclarecido todas as minhas dúvidas acerca do estudo. Declaro também estar recebendo uma via original deste documento, assinada pelo entrevistador e por mim rubricada.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **A N E X O 5**

### **TABELAS QUALIQUANTITATIVAS (TAs)**

TABELA TA-1: Caracterização da Amostra

Caracterização da amostra	Total ( 178 )
<b>Variáveis</b>	<b>Total ( 178 )</b>
<b>Raça:</b> branca	104 ( 58.4 % )
: parda	44 ( 24.7 % )
: negra	25 ( 14 % )
: outras	4 ( 2.2 % )
: PNR	1 ( 0.6 % )
<b>Estado civil:</b> solteiro	104 ( 58.4 % )
: separado	11 ( 6.2 % )
: casado	39 ( 21.9 % )
: união estável	23 ( 12.9 % )
: viúvo	1 ( 0.6 % )
<b>tem companheira(a) fixo(a):</b> não	79 ( 44.4 % )
: sim	94 ( 52.8 % )
: PNR	3 ( 1.7 % )
<b>companheiro(a) sabe do HIV:</b> não	28 ( 15.7 % )
: sim	82 ( 46.1 % )
: PNR	9 ( 5.1 % )
parceiro(a) sorodiscordante	64 ( 36 % )
parceiro(a) sorocordante	39 ( 21.9 % )
PNR	14 ( 7.9 % )
<b>mora com:</b> família	62 ( 34.8 % )
: a esposa	23 ( 12.9 % )
: os filhos	6 ( 3.4 % )
: sozinho	40 ( 22.5 % )
: o companheiro	27 ( 15.2 % )
: amigos	3 ( 1.7 % )
: a companheira	3 ( 1.7 % )
: o irmão	2 ( 1.1 % )
: o filho	4 ( 2.2 % )
: a filha	4 ( 2.2 % )
: a enteada	1 ( 0.6 % )
: PNR	16 ( 9 % )
: a mãe	1 ( 0.6 % )
<b>Grau de instrução:</b> 2º Grau Completo	68 ( 38.2 % )
1ª a 4ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental I Completo)	9 ( 5.1 % )
3º Grau Incompleto (Ensino Superior)	22 ( 12.4 % )
2º Grau Incompleto (Ensino Médio)	11 ( 6.2 % )
1ª a 4ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental I Incompleto)	12 ( 6.7 % )
3º Grau Completo (Ensino Superior)	42 ( 23.6 % )
Pós-Graduação (Completa ou Incompleta)	7 ( 3.9 % )
5ª a 8ª série do 1º Grau (Ensino Fundamental II Completo)	4 ( 2.2 % )
PNR	3 ( 1.7 % )
<b>Rendimentos:</b> desempregado	53 ( 29.8 % )
empregado	122 ( 68.5 % )
PNR	3 ( 1.7 % )
aposentado	2 ( 1.1 % )
ganha de 3 a 6 SM	39 ( 21.9 % )
não tem renda	23 ( 12.9 % )
ganha de 1 a 3 SM	57 ( 32 % )
ganha 1 SM	14 ( 7.9 % )
salário sem benefícios	8 ( 4.5 % )
ganha mais de 6 SM	21 ( 11.8 % )
PNR	19 ( 10.7 % )
ganha 1 SM com benefícios	2 ( 1.1 % )
<b>revelou o HIV:</b> à família	78 ( 43.8 % )
: pelo adoecimento	2 ( 1.1 % )
: a amigos	60 ( 33.7 % )
: a ninguém	37 ( 20.8 % )
: ao companheiro(a)	52 ( 29.2 % )
: PNR	15 ( 8.4 % )
comportamentos sexual HSH	126 ( 70.8 % )
comportamento sexual HSHM	61 ( 34.3 % )
PNR	12 ( 6.7 % )
<b>frequência sexual:</b> 1 a 3 /semana	81 ( 45.5 % )
: diária	19 ( 10.7 % )
: 1 a 3 /mês	33 ( 18.5 % )
: raramente	30 ( 16.9 % )
: PNR	15 ( 8.4 % )
<b>prefere relacionar-se com:</b> múltiplas parcerias	30 ( 16.9 % )
: duas parcerias	16 ( 9 % )
: uma parceria	116 ( 65.2 % )
: pela atração	1 ( 0.6 % )

: PNR	14 ( 7.9 % )
<b>Motivo escolha da parceria:</b> atração	44 ( 24.7 % )
: aparência	54 ( 30.3 % )
: circunstância	8 ( 4.5 % )
: afinidade	64 ( 36 % )
: outros	17 ( 9.6 % )
: ocasional	1 ( 0.6 % )
: PNR	12 ( 6.7 % )
<b>usa preservativo:</b> nunca	31 ( 17.4 % )
: às vezes	65 ( 36.5 % )
: sempre	73 ( 41 % )
: PNR	9 ( 5.1 % )
<b>usa objeto sexual nas relações:</b> às vezes	46 ( 25.8 % )
: nunca	119 ( 66.9 % )
: sempre	4 ( 2.2 % )
: PNR	10 ( 5.6 % )
<b>usa substâncias psicoativas nas relações sexuais:</b> sim	51 ( 28.7 % )
: nunca	89 ( 50 % )
: às vezes	26 ( 14.6 % )
: PNR	11 ( 6.2 % )
: álcool	47 ( 26.4 % )
: maconha	10 ( 5.6 % )
: crack	2 ( 1.1 % )
: cocaína	12 ( 6.7 % )
: heroína	1 ( 0.6 % )
: ecstasy	5 ( 2.8 % )
: poppers	1 ( 0.6 % )
: PNR	18 ( 10.1 % )
não teve DST após o diagnóstico do HIV	104 ( 58.4 % )
teve DST após o diagnóstico do HIV	63 ( 35.4 % )
PNR	10 ( 5.6 % )
<b>DSTs :</b> Toxoplasmosis	1 ( 0.6 % )
: Cancro	1 ( 0.6 % )
: Hepatite B	5 ( 2.8 % )
: Hepatite C	11 ( 6.2 % )
: HPV	6 ( 3.4 % )
: Hepatites	19 ( 10.7 % )
: HerpesZoster	1 ( 0.6 % )
: Gonorreia	3 ( 1.7 % )
: Sífilis	32 ( 18 % )
: Condiloma	2 ( 1.1 % )
: Herpes	2 ( 1.1 % )
: PNR	8 ( 4.5 % )
<b>usa a internet para relações sexuais:</b> frequentemente	49 ( 27.5 % )
: sim	26 ( 14.6 % )
: às vezes	24 ( 13.5 % )
: não	61 ( 34.3 % )
: nunca	8 ( 4.5 % )
: PNR	10 ( 5.6 % )
<b>pratica sexo alto risco:</b> frequentemente	27 ( 15.2 % )
: sim	78 ( 43.8 % )
: às vezes	14 ( 7.9 % )
: não	41 ( 23 % )
: PNR	18 ( 10.1 % )
: nunca	4 ( 2.2 % )
<b>conversa sobre sexo:</b> com ninguém	50 ( 28.1 % )
: com amigos	87 ( 48.9 % )
: com família	26 ( 14.6 % )
: com companheiro(a)	39 ( 21.9 % )
: PNR	9 ( 5.1 % )
Não foi vítima de abuso sexual	139 ( 78.1 % )
foi vítima de abuso sexual	30 ( 16.9 % )
PNR	9 ( 5.1 % )
faz tratamento psiquiátrico	28 ( 15.7 % )
não faz tratamento psiquiátrico	132 ( 74.2 % )
PNR	7 ( 3.9 % )
faz tratamento psicológico	45 ( 25.3 % )
não faz tratamento psicológico	111 ( 62.4 % )
já fez tratamento psicológico	14 ( 7.9 % )
PNR	7 ( 3.9 % )
nunca fez tratamento psicológico	1 ( 0.6 % )

<b>TA-2.A Tabela de estratificação “uso do preservativo” (Amostra T =178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 2.A-2: usam às vezes, nunca usam e PNR = 105</b>	<b>Grupo 2.A-1: sempre usam preservativo = 73</b>	<b>p</b>
Tempo de diagnóstico do HIV:				0.015
• 11 a 15 anos	24 (13.5%)	10 (9.5%)	14 (19.2%)	
• 16 anos ou mais	18 (10.1%)	11 (10.5%)	7 (9.6%)	
• PNR	8 (4.5%)	3 (2.9%)	5 (6.8%)	
• 2 a 4 anos	35 (19.7%)	17 (16.2%)	18 (24.7%)	
• 5 a 7 anos	16 (9%)	8 (7.6%)	8 (11%)	
• 8 a 10 anos	10 (5.6%)	5 (4.8%)	5 (6.8%)	
• Mais de 1 ano	23 (12.9%)	15 (14.3%)	8 (11%)	
• Menos de 1 ano	31 (17.4%)	27 (25.7%)	4 (5.5%)	
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais:				
• Sim	51 (28.7%)	45 (42.9%)	6 (8.2%)	< 0.001
• Às vezes	26 (14.6%)	10 (9.5%)	16 (21.9%)	0.033
• PNR	18 (10.1%)	8 (7.6%)	10 (13.7%)	< 0.001
• Álcool	47 (26.4%)	41 (39%)	6 (8.2%)	0.018
Uso da internet para busca de parcerias sexuais:				< 0.001
• Frequentemente	49 (27.5%)	43 (41%)	6 (8.2%)	
• Nunca	8 (4.5%)	4 (3.8%)	4 (5.5%)	
• Não	61 (34.3%)	26 (24.8%)	35 (47.9%)	
• PNR	10 (5.6%)	7 (6.7%)	3 (4.1%)	
• Às vezes	24 (13.5%)	15 (14.3%)	9 (12.3%)	
• Sim	26 (14.6%)	10 (9.5%)	16 (21.9%)	
Frequência sexual:				< 0.001
• 1 a 3/mês	33 (18.5%)	10 (9.5%)	23 (31.5%)	
• 1 a 3/semana	81 (45.5%)	55 (52.4%)	26 (35.6%)	
• Diariamente	19 (10.7%)	17 (16.2%)	2 (2.7%)	
• PNR	15 (8.4%)	9 (8.6%)	6 (8.2%)	
• Raramente	30 (16.9%)	14 (13.3%)	16 (21.9%)	
Motivo escolha da parceria:				0.001
Aparência	45 (25.3%)	37 (35.2%)	8 (11%)	
Circunstância	7 (3.9%)	5 (4.8%)	2 (2.7%)	
Atração	44 (24.7%)	17 (16.2%)	27 (37%)	
Sexo de Alto Risco: frequente	27 (15.2%)	24 (22.9%)	3 (4.1%)	0.001
Questão 20: Relacionamento superficial	9 (5.1%)	9 (8.6%)	0 (0%)	0.026
Questão 17: falta de controle do uso de substâncias psicoativas	13 (7.3%)	12 (11.4%)	1 (1.4%)	0.025
Questão 17: falta de controle da excitação sexual	27 (15.2%)	23 (21.9%)	4 (5.5%)	0.005

Questão 17: confiança na parceria	28 (15.7%)	25 (23.8%)	3 (4.1%)	< 0.001
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	56 (31.5%)	45 (42.9%)	11 (15.1%)	< 0.001
Questão 17: medo da perda da parceria	28 (15.7%)	23 (21.9%)	5 (6.8%)	0.012
Questão 17: perda da sensibilidade pelo uso do preservativo	32 (18%)	27 (25.7%)	5 (6.8 %)	0.002
Questão 17: Sexismo	16 (9 %)	14 (13.3%)	2 (2.7%)	0.03
Questão 18: obrigação em corresponder com a parceria	19 (10.7%)	17 (16.2%)	2 (2.7%)	0.009
Questão 19: dificuldades com a família controladora	17 (9.6%)	16 (15.2%)	1 (1.4%)	0.005

**TA-2.B Tabela de estratificação “uso do preservativo” (S-2 =81)**

Variável	Total (81)	Grupo 2.B-2: usam às vezes, nunca usam e PNR (67)	Grupo 2.B-1: sempre usam preservativo (14)	p
BIS-11 Fator Único	67.16(+6.94%)	68.12 (+ 6.64%)	62.57 (+ 6.69%)	0.011
BIS Motor	14.93 (+3.55%)	15.61 (+ 3.32%)	11.64 (+ 2.71%)	< 0.001
BIS Atencional	8.07 (+ 2.85%)	8.43 (+ 2.8%)	6.36 (+ 2.56%)	0.013
Frequência sexual: 1 a 3/mês	10 (12.3 %)	4 (6 %)	6 (42.9 %)	< 0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	45 (55.6 %)	42 (62.7 %)	3 ( 21.4 %)	0.011
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	45 (55.6 %)	41 (61.2 %)	4 (28.6 %)	0.053
Questão 20: ideação suicida	4.47 (+-17.8%)	5.33 (+ 19.48 %)	0.36 (+ 1.34 %)	0.043
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	37 (45.7 %)	36 (53.7 %)	1 (7.1 %)	0.004
Questão 17: não gosta de usar o preservativo	2.9 (+ 6.61%)	3.48 (+ 7.13 %)	0.14 (+ 0.53 %)	< 0.001
Questão 17: falta de controle no uso de substâncias psicoativas	1.56 (+-4.25%)	1.85 (+ 4.62 %)	0.14 (+ 0.53 %)	0.004
Caso A: Acontece	81 (98.8 %)	66 (98.5 %)	14 (100 %)	< 0.001
Caso A: Vc já se viu em uma situação semelhante em que não conseguiu se controlar?	80 (98.8 %)	66 (98.5 %)	14 (100 %)	< 0.001
Caso A: Por ser homossexual	8 (9.9 %)	3 (4.5 %)	5 ( 35.7%)	0.002

<b>TA-3.A Tabela de estratificação “revelação do diagnóstico” (Amostra T = 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 3.A-2: revelou o diagnóstico a Amigos, Parceiro(a), Familiares, e PNR = 141</b>	<b>Grupo 3.A-1: não revelou o diagnóstico ninguém = 37</b>	<b>p</b>
Mora sozinho	40 (22.5%)	25 (17.7%)	15 (40.5%)	0.006
Frequência sexual: 1 a 3/semana	81 (45.5%)	57 (40.4%)	24 (64.9%)	0.013
Número de parcerias: duas	16 (9 %)	9 (6.4%)	7 (18.9%)	0.042
Motivação escolha parceiros: outros	17 (9.6%)	9 (6.4%)	8 (21.6%)	0.013
Questão 17: uso do preservativo: às vezes	65 (36.5%)	43 (30.5%)	22 (59.%)	0.002
Questão 17: uso do preservativo: sempre	73 (41%)	66 (46.8%)	7 (18.9%)	0.004
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	46 (25.8%)	27 (19.1%)	19 (51.4%)	< 0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	51 (28.7%)	28 (19.9%)	23 (62.2%)	< 0.001
Uso de álcool durante as relações sexuais	47 (26.4%)	26 (18.4%)	21 (56.8%)	0.035
Doença Sexualmente Transmissível: sim	63 (35.4%)	43 (30.5%)	20 (54.1%)	0.015
Doença Sexualmente Transmissível: Hepatite B	5 (2.8%)	1 (0.7%)	4 (10.8%)	0.039
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	31 (22%)	18 (48.6%)	0.002
Sexo de Alto Risco: frequente	27 (15.2%)	15 (10.6%)	12 (32.4%)	0.002
Conversa sobre sexualidade: com ninguém	50 (28.1%)	28 (19.9%)	22 (59.5%)	< 0.001
Questão 17: não gosta de usar o preservativo	27 (15.2%)	16 (11.3%)	11 (29.7%)	0.012
Questão 17: falta do preservativo	6 (3.4%)	2 (1.4%)	4 (10.8%)	0.021
Questão 17: falta de controle da excitação sexual	27 (15.2%)	16 (11.3%)	11 (29.7%)	0.012
Questão 17: falta de controle do uso de substâncias psicoativas	13 (7.3%)	5 (3.5%)	8 (21.6%)	< 0.001
Questão 17: confiança na parceria	28 (15.7%)	16 (11.3%)	12 (32.4%)	0.004
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	56 (31.5%)	38 (27 %)	18 (48.6%)	0.02
Questão 18: corresponder às demandas da parceria	22 (12.4%)	13 (9.2%)	9 (24.3%)	0.028
Questão 20: Sexo casual	11 (6.2%)	5 (3.5%)	6 (16.2%)	0.014
Questão 20: ideação suicida	2.12 (+-12.19%)	1.28 (+- 5.21%)	5.3 (+- 24.73%)	0.033
Questão 20: isolamento	15 (8.4%)	8 (5.7%)	7 (18.9%)	0.025

**TA-3.B Tabela de estratificação “revelação de diagnóstico” (S-2 =81)**

Variável	Total (81)	Grupo 3.B-2: dos que revelaram o diagnóstico a amigos, parceiro(a), familiares e PNR = 49	Grupo 3.B-1: dos que não revelaram o diagnóstico = 32	p
Motivo escolha da parceira: outros	7 (8.6%)	1 (2%)	6 (18.8%)	0.027
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	45 (55.6%)	22 (44.9%)	23 (71.9%)	0.031
Conversa sobre sexualidade: com ninguém	36 (44.4%)	15 (30.6%)	21 (65.6%)	0.004
Conversa sobre sexualidade: com a família	9 (11.1%)	9 (18.4%)	0 ( 0% )	0.027
Questão 17: medo de ser ridicularizado	0.74 (+-2.97%)	1.22 (+-3.75%)	0 (+- 0% )	0.027
Questão 20: aumento da desconfiança/hipervigilância	1.75 (+-3.93%)	2.37 (+-4.59%)	0.81 (+-2.42%)	0.05
Revelação do HIV: família	20 (24.7%)	20 (40.8%)	0 ( 0% )	< 0.001
Revelação do HIV: amigos	18 (22.2%)	18 (36.7%)	0 ( 0% )	< 0.001
Revelação do HIV: parceria	16 (19.8%)	16 (32.7%)	0 ( 0% )	< 0.001
Caso A: Acontece	1.56 (+-4.25%)	1.85 (+- 4.62%)	0.14 (+-0.53%)	0.004
Caso A: Não quer pensar no assunto	3.49 (+-9.04%)	4.94 (+-11.15%)	1.28 (+-3.23%)	0.035
Caso C: Acontece devido ao uso das substâncias psicoativas	4.04(+-12.93%)	6.2 (+-16.11%)	0.72 (+-3.27%)	0.025

<b>TA-4.A Tabela de estratificação “substâncias psicoativas” (Amostra T = 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 4.A-2: nunca usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais, às vezes usam, PNR = 126</b>	<b>Grupo 4.A-1: sempre usam substâncias psicoativas durante ou após as relações sexuais = 51</b>	<b>p</b>
Raça Branca	104 (58.4%)	66 (52.4%)	37 (72.5%)	0.022
Sorodiscordantes: parceiro não HIV	64 (36%)	44 (34.9%)	20 (39.2%)	0.037
Mora com esposa	23 (12.9%)	12 (9.5%)	11 (21.6%)	0.056
Revelação do HIV: família	78 (43.8%)	62 (49.2%)	16 (31.4%)	0.046
Revelação do HIV: amigos	60 (33.7%)	51 (40.5%)	9 (17.6%)	0.006
Revelação do HIV: parceria	52 (29.2%)	45 (35.7%)	7 (13.7%)	0.006
Homem que faz sexo com Homem e Mulher (HSHM)	61 (34.3%)	34 (27%)	26 (51%)	0.004
Frequência sexual: 1 a 3/semana	81 (45.5%)	50 (39.7%)	31 (60.8%)	0.017
Número de parcerias: múltiplas	30 (16.9%)	14 (11.1%)	16 (31.4%)	0.003
Número de parcerias: duas	16 (9%)	6 (4.8%)	10 (19.6%)	0.005
Número de parcerias: uma	116 (65.2%)	91 (72.2%)	25 (49%)	0.004
Motivo escolha da parceria: aparência	54 (30.3%)	32 (25.4%)	22 (43.1%)	0.032
Questão 17: uso do preservativo: às vezes	65 (36.5%)	33 (26.2%)	32 (62.7%)	< 0.001
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	46 (25.8%)	20 (15.9%)	26 (51%)	< 0.001
Uso de álcool durante as relações sexuais	47 (26.4%)	8 (6.3%)	39 (76.5%)	< 0.001
Doença Sexualmente Transmissível: sim	63 (35.4%)	31 (24.6%)	32 (62.7%)	< 0.001
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: não	61 (34.3%)	54 (42.9%)	6 (11.8%)	< 0.001
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	22 (17.5%)	27 (52.9%)	< 0.001
Sexo de Alto Risco: frequente	27 (15.2%)	12 (9.5%)	15 (29.4%)	0.002
Vítima de Abuso Sexual: sim	30 (16.9%)	16 (12.7%)	14 (27.5%)	0.032
Tratamento Psiquiátrico: sim	28 (15.7%)	15 (11.9%)	13 (25.5%)	0.044
Questão 17: medo da perda da parceria	28 (15.7%)	12 (9.5%)	16 (31.4%)	< 0.001
Questão 17: não gosta de usar o preservativo	27 (15.2%)	9 (7.1%)	18 (35.3%)	< 0.001
Questão 17: falta de controle da excitação sexual	27 (15.2%)	14 (11.1%)	13 (25.5%)	0.029
Questão 17: falta de controle do uso de substâncias psicoativas	13 (7.3%)	2 (1.6%)	11 (21.6%)	< 0.001
Questão 17: confiança na parceria	28 (15.7%)	15 (11.9%)	13 (25.5%)	0.044

Questão 17: perda da sensibilidade pelo uso do preservativo	32 (18%)	13 (10.3%)	19 (37.3%)	< 0.001
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	56 (31.5%)	28 (22.2%)	28 (54.9%)	< 0.001
Questão 20: Sexo casual	11 (6.2%)	2 (1.6 %)	9 (17.6%)	< 0.001
Questão 20: isolamento	15 (8.4%)	7 (5.6%)	8 (15.7%)	0.058
Questão 20: ideação suicida	18 (10.1%)	6 (4.8%)	12 (23.5%)	< 0.001

<b>TA-4.B Tabela de estratificação “substâncias psicoativas” (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 4.B-2: nunca usam substâncias psicoativas durante as relações sexuais, às vezes usam, PNR=36</b>	<b>Grupo 4.B-1: sempre usam substâncias psicoativas durante ou após as relações sexuais = 45</b>	<b>p</b>
Revelação do HIV: amigos	18 (22.2%)	13 (36.1%)	5 (11.1%)	0.016
Questão 17: uso do preservativo: às vezes	42 (51.9%)	13 (36.1%)	29 (64.4%)	0.021
Questão 17: uso do preservativo: sempre	14 (17.3%)	11 (30.6%)	3 (6.7%)	0.011
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	37 (45.7%)	11 (30.6%)	26 (57.8%)	0.026
Uso de álcool durante as relações sexuais	41 (50.6%)	2 (5.6%)	39 (86.7%)	0.05
Doença Sexualmente Transmissível: sim	42 (51.9%)	11 (30.6%)	31 (68.9%)	0.001
Questão 20: Culpa	4.96(+15.27%)	1.86 (+-5.38%)	7.44 (+-19.66%)	0.074
Questão 20: Medo	0.65 (+-2.05%)	1.25 (+-2.83%)	0.18 (+-0.86%)	0.034
Questão 20: Sexo casual	1.65 (+-4.46%)	0.58 (+-2.47%)	2.51 (+-5.45%)	0.038

<b>TA-5.A Tabela de estratificação “DSTs após o diagnóstico de HIV” (Amostra T = 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 5.A-2: não teve DST após o diagnóstico de HIV = 114</b>	<b>Grupo 5.A-1: teve DST após o diagnóstico de HIV = 63</b>	<b>p</b>
Sorodiscordantes: parceiro não HIV	64 (36%)	34 (29.8%)	30 (47.6%)	0.003
Soroconcordantes: parceiro HIV	39 (21.9%)	31 (27.2%)	8 (12.7%)	0.046
Mora com esposa	23 (12.9%)	8 (7%)	15 (23.8%)	0.003
3°. Grau Completo (Ensino Superior)	42 (23.6%)	33 (28.9%)	9 (14.3%)	0.044
Revelação do HIV: a ninguém	37 (20.8%)	17 (14.9%)	20 (31.7%)	0.015
Frequência sexual: 1 a 3/semana	81 (45.5%)	45 (39.5%)	36 (57.1%)	0.036
Número de parcerias: múltiplas	30 (16.9%)	14 (12.3%)	16 (25.4%)	0.046
Número de parcerias: duas	16 (9%)	6 (5.3%)	10 (15.9%)	0.039
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	46 (25.8%)	20 (17.5%)	26 (41.3%)	0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	51 (28.7%)	19 (16.7%)	32 (50.8%)	< 0.001
Uso de álcool nas relações sexuais	47 (26.4%)	17 (14.9%)	30 (47.6%)	0.003
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	25 (21.9%)	24 (38.1%)	0.034
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: às vezes	24 (13.5%)	10 (8.8%)	14 (22.2%)	0.023
Sexo de Alto Risco: frequente	27 (15.2%)	12 (10.5%)	15 (23.8%)	0.033
Sexo de Alto Risco: PNR	18 (10.1%)	16 (14%)	2 (3.2%)	0.042
Vítima de Abuso Sexual: sim	30 (16.9%)	14 (12.3%)	16 (25.4%)	0.044
Tratamento Psiquiátrico: sim	28 (15.7%)	13 (11.4%)	15 (23.8%)	0.051
Tratamento Psicológico: sim	45 (25.3%)	23 (20.2%)	21 (33.3%)	0.079
Questão 17: medo da perda da parceria	28 (15.7%)	10 (8.8%)	18 (28.6%)	0.001
Questão 17: medo de ser ridicularizado	7 (3.9%)	1 (0.9%)	6 (9.5%)	0.015
Questão 17: falta de informação	19 (10.7%)	7 (6.1%)	12 (19%)	0.016
Questão 17: Sexismo	16 (9%)	5 (4.4%)	11 (17.5%)	0.009
Questão 20: Sexo casual	11 (6.2%)	2 (1.8%)	9 (14.3%)	0.003

<b>TA-5.B Tabela de estratificação "DSTs após o diagnóstico de HIV" (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 5.B-2: dos que não tiveram DST após o diagnóstico de HIV = 39</b>	<b>Grupo 5.B-1: dos que declararam DST após o diagnóstico de HIV = 42</b>	<b>p</b>
BIS-11 Fator Único	67.16 (+6.94%)	66.44 (+7.34%)	67.83 (+6.56%)	0.37
ECS	24.41 (+8.72%)	22.26 (+8.16%)	26.4 (+8.84%)	0.031
Estado civil: solteiro	46 (56.8%)	27 (69.2%)	19 (45.2%)	0.051
Mora com esposa	17 (21%)	3 (7.7%)	14 (33.3%)	0.011
3º. Grau Completo Ensino Superior	20 (24.7%)	14 (35.9%)	6 (14.3%)	0.046
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	37 (45.7%)	13 (33.3%)	24 (57.1%)	0.054
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	45 (55.6%)	14 (35.9%)	31 (73.8%)	0.001
Questão 17: Medo da perda da parceria	2.94 (+5.72%)	1.69 (+3.49%)	4.1 (+7.05%)	0.054
Questão 17: Falta de informação	1.28 (+2.89%)	0.59 (+1.8%)	1.93 (+3.53%)	0.034
Questão 17: Sexismo	5.54 (+17.87%)	1.74 (+7.34%)	9.07 (+23.38%)	0.059

<b>TA-6.A Tabela de estratificação “desempregados e sem renda” (Amostra T = 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 6.A-2: desempregados, que ganham até 1SM, entre 1 e 3SM, entre 3 e 6 SM, mais que 6SM e PNR (= 154)</b>	<b>Grupo 6.A-1: sempre desempregados e sem renda (=23)</b>	<b>p</b>
BIS-11 Fator Único	65.73 (+-11.27%)	65.35 (+- 11.54%)	69.13 (+-8.06%)	0.057
Mora com a família	62 (34.8%)	60 ( 39% )	2 (8.7%)	0.009
2º. Grau Incompleto (Ensino Médio)	11 (6.2%)	7 (4.5%)	4 (17.4%)	0.055
Frequência sexual: diária	19 (10.7%)	12 (7.8%)	7 (30.4%)	0.004
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	38 (24.7%)	11 (47.8%)	0.039
Conversa sobre sexualidade: com ninguém	50 (28.1%)	38 (24.7%)	12 (52.2%)	0.014
Questão 18: corresponder às demandas da parceria	22 (12.4%)	15 (9.7%)	7 (30.4%)	0.014

<b>TA-6.B Tabela de estratificação “Desempregados e sem renda” (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 6.B-2: dos que estão desempregados, que ganham até 1SM, entre 1 e 3SM, entre 3 e 6SM, mais que 6SM e PNR=64</b>	<b>Grupo 6.B-1: dos que declararam estar desempregados sem renda = 17</b>	<b>p</b>
Sexo de Alto Risco	27 (33.3%)	21 (32.8%)	6 (35.3%)	0.026
Frequência sexual				0.017
• Frequência sexual: 1 a 3/mês	10 (12.3%)	7 (10.9%)	3 (17.6%)	
• Frequência sexual: 1 a 3/semana	46 (56.8%)	42 (65.6%)	4 (23.5%)	
• Frequência sexual: diária	17 (21%)	10 (15.6%)	7 (41.2%)	
Caso A: Acontece	80 (98.8%)	63 (98.4%)	17 (100 %)	< 0.001
Caso A: Vc já se viu em situação semelhante em que não conseguiu se controlar?	80 (98.8%)	63 (98.4%)	17 (100 %)	< 0.001
Caso A: Medo da perda da parceria	23 (28.4%)	22 (34.4%)	1 (5.9%)	0.041
Caso A: Excitação Sexual/ Impulsividade	41.3 (+-56.73%)	46.55 (+-62.1%)	21.53 (+-19.44%)	0.007

<b>T-7 Tabela comparativa das principais significâncias identificadas a partir da Amostra T (= 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Amostra Total (178)</b>	<b>Grupo 7.2: Quantitativo (S-1 = 97)</b>	<b>Grupo 7.1: Quantitativo + Qualitativo (S-2 = 81)</b>	<b>p</b>
BIS Motor	12.81 (+-4.89%)	11.05 (+- 5.17%)	14.93 (+- 3.55%)	< 0.001
BIS Atencional	7.48 (+- 3.93%)	6.99 (+- 4.6%)	8.07 (+- 2.85%)	0.056
ESC Escore	20.82 (+-8.93%)	17.8 (+- 7.97%)	24.41 (+- 8.72%)	< 0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	51 (28.7%)	6 (6.2%)	45 (55.6%)	< 0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais: às vezes	26 (14.6%)	23 (23.7%)	3 (3.7%)	< 0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais: PNR	18 (10.1%)	17 (17.5%)	1 (1.2%)	< 0.001
Uso de álcool durante as relações sexuais	47 (26.4%)	6 (6.2%)	41 (50.6%)	< 0.001
Uso de cocaína durante as relações sexuais	12 (6.7%)	0 ( 0%)	12 (14.8%)	0.019
Uso da internet para busca de parcerias sexuais:				< 0.001
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	0 ( 0%)	49 (60.5%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: não	61 (34.3%)	54 (55.7%)	7 (8.6%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: PNR	10 (5.6%)	10 (10.3%)	0 ( 0%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: às vezes	24 (13.5%)	11 (11.3%)	13 (16%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: sim	26 (14.6%)	14 (14.4%)	12 (14.8%)	
Frequência sexual:				< 0.001
• Frequência sexual: 1 a 3/mês	33 (18.5%)	23 (23.7%)	10 (12.3%)	
• Frequência sexual: 1 a 3/semana	81 (45.5%)	35 (36.1%)	46 (56.8%)	
• Frequência sexual: diária	19 (10.7%)	2 (2.1%)	17 (21%)	
• Frequência sexual: PNR	15 (8.4%)	15 (15.5%)	0 ( 0%)	
• Frequência sexual: raramente	30 (16.9%)	22 (22.7%)	8 (9.9%)	
Motivo escolha da parceria:				< 0.001
• Motivo escolha da parceria: afinidade	53 (29.8%)	32 (33%)	21 (25.9%)	
• Motivo escolha da parceria: aparência	45 (25.3%)	13 (13.4%)	32 (39.5%)	
• Motivo escolha da parceria: circunstância	7 (3.9%)	2 (2.1%)	5 (6.2%)	
• Motivo escolha da parceria: outros	16 (9%)	9 (9.3%)	7 (8.6%)	
• Motivo escolha da parceria: PNR	12 (6.7%)	12 (12.4%)	0 ( 0%)	

• Motivo escolha da parceria: atração	44 (24.7%)	29 (29.9%)	15 (18.5%)	
Questão 17: Falta de controle do uso de substâncias psicoativas	13 (7.3%)	0 ( 0%)	13 (16%)	< 0.001
Questão 20: Relacionamento superficial	9 (5.1%)	1 ( 1%)	8 (9.9%)	0.019
Questão 17: Falta de controle da excitação sexual	27 (15.2%)	4 (4.1%)	23 (28.4%)	< 0.001
Questão 17: Confiança na parceria	28 (15.7%)	2 (2.1%)	26 (32.1%)	< 0.001
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	56 (31.5%)	11 (11.3%)	45 (55.6%)	< 0.001
Questão 18: Solidão	33 (18.5%)	12 (12.4%)	21 (25.9%)	0.034

<b>TA-8.A Teste binomial: história fictícia Caso A (S-2 = 81)</b>			
Variável	Variável que não emergiu entre os entrevistados	Variável que emergiu entre os entrevistados	p
1) Você acha que esta situação acontece?	0 ( 0% )	81 (100%)	< 0.001
2) O que fez com que Carlos confiasse tanto e se entregasse dessa forma a João?			
• Impulsividade na excitação sexual	10 (12.34%)	71 (87.66%)	< 0.001
• Por ser homossexual	73 (90.13%)	8 (9.87%)	< 0.001
• Foi seduzido pela aparência	52 (64.2%)	29 (35.8%)	0.014
• Carência: querer ser amado	58 (71.61%)	23 (28.39%)	< 0.001
3) O que levaria João, sendo HIV+, a fazer isso com Carlos?			
• Por direito sobre o seu corpo e seus atos	53 (65.44%)	28 (34.56%)	0.007
• As circunstâncias do momento	70 (86.42%)	11 (13.58%)	< 0.001
• Medo da perda da parceria	58 (71.61%)	23 (28.39%)	< 0.001
• Por se sentir culpado	49 (60.5%)	32 (39.5%)	0.044
• Falta de caráter	57 (70.37%)	24 (29.63%)	< 0.001
• Não querer pensar no assunto	63 (77.78%)	18 (22.22%)	< 0.001
4) Você já se viu em uma situação semelhante onde não conseguiu se controlar? Conte-me sobre isso.			
• Você já se viu em uma situação semelhante?	1 (1.23%)	80 (98.7%)	< 0.001
• Por ter sido enganado, passei a enganar.	76 (93.83%)	5 (6.17%)	< 0.001
• Pela influência de substâncias psicoativas	36 (43%)	46 (57%)	< 0.001
• Me culpo por ter confiado	69 (85.18%)	12 (14.82%)	< 0.001
• Lidaria ou revelaria minha situação	57 (70.37%)	24 (29.63%)	< 0.001

TA-8.B Teste binomial: história fictícia Caso B (S-2 = 81)			
Variável	Variável não emergente	Variável emergente	p
1) Você acha que esta situação acontece?	9 (12.12%)	72 (88.88%)	< 0.001
2) O que fez com que Carlos confiasse tanto e se entregasse dessa forma a João?			
• Para preservar a relação	72 (88.89%)	9 (11.11%)	< 0.001
• Falta de informação	75 (92.59%)	6 (7.40%)	< 0.001
• Falta de assistência e ajuda profissional	79 (97.53%)	2 (2.46%)	< 0.001
• Por ter algum problema emocional	68 (83.95%)	13 (16.05%)	< 0.001
3) Essa situação também é muito difícil para Carlos por envolver muitas questões. O que você faria no lugar dele?			
• Desistiria da relação	71 (87.65%)	10 (12.35%)	< 0.001
• Omitiria o HIV para manter o relacionamento	67 (82.72%)	14 (17.28%)	< 0.001
• Nunca revelaria o HIV	65 (80.25%)	16 (19.75%)	< 0.001

TA-8.C Teste binomial: história fictícia Caso C (S-2 = 81)			
Variável	Variável não emergente	Variável emergente	p
1) Você acha que esta situação acontece?	7 (8.6%)	74 (91.4%)	< 0.001
2) Locais de práticas sexuais de risco (sem o uso do preservativo)			
• <i>Darkroom</i>	58 (71.6%)	23 (28.40%)	< 0.001
• Cinemas, parques, shoppings, swings... Pegação	70 (86.42%)	11 (13.58%)	< 0.001
• Convites através da internet	55 (68%)	26 (32%)	< 0.001
3) O que você acha do comportamento de Max?			
• É um direito da pessoa... Não podemos julgar	59 (72.8%)	22 (27.2%)	< 0.001
• É um comportamento absurdo, "doentio", irresponsável, criminoso	53 (65.4%)	28 (34.6%)	< 0.001
• Um desejo incontrolável, um vício, total entrega	18 (22.2%)	63 (77.8%)	< 0.001
• Acontece devido ao uso das substâncias psicoativas	68 (83.9%)	13 (16.1%)	< 0.001
• HIV não mata, tem tratamento, por que se controlar?	70 (86.4%)	11 (13.6%)	< 0.001
• É preciso estar sempre atento para não se deixar levar	73 (90.1%)	8 (9.9%)	< 0.001
• É preciso estar ciente das consequências	71 (87.6%)	10 (12.4%)	< 0.001

<b>TA-9.A Tabela de estratificação “Homem que faz sexo com homem e mulher” (HSHM) – Amostra T (= 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 9.A-2: fazem sexo com homens e mulheres (= 117)</b>	<b>Grupo 9.A-1: fazem sexo com mulheres (= 61)</b>	<b>p</b>
Estado civil: casado	39 (21.9%)	12 (10.3%)	27 (44.3%)	< 0.001
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	51 (28.7%)	25 (21.4%)	26 (42.6%)	0.004
Frequência sexual:				0.011
• Frequência sexual: 1 a 3/mês	33 (18.5%)	22 (18.8%)	11 (18%)	
• Frequência sexual: 1 a 3/semana	81 (45.5%)	45 (38.5%)	36 (59%)	
• Frequência sexual: diária	19 (10.7%)	11 (9.4%)	8 (13.1%)	
• Frequência sexual: PNR	15 (8.4%)	13 (11.1%)	2 (3.3%)	
• Frequência sexual: raramente	30 (16.9%)	26 (22.2%)	4 (6.6%)	
Questão 17: Falta de confiança na parceria	9 (5.1%)	2 (1.7%)	7 (11.5%)	0.014
Questão 17: Medo de ser ridicularizado	0.74 (+- 2.97%)	1.22 (+- 3.75%)	0.2 (+- 0%)	0.027
Questão 17: Sexismo	16 (9%)	5 (4.3%)	11 (18%)	0.006
Questão 18: corresponder às demandas da parceria	22 (12.4%)	8 (6.8%)	14 (23%)	0.004
Questão 19: Dificuldades com a família controladora	17 (9.6%)	1 (0.9%)	16 (26.2%)	< 0.001
Questão 19: Dificuldades com a família preconceituosa	56 (31.5%)	46 (39.3%)	10 (16.4%)	0.003

<b>TA-9.B Tabela de Estratificação “Homem que faz sexo com Homem e Mulher” (HSHM) – (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 9.B-2: fazem sexo com homens e mulheres (=46)</b>	<b>Grupo 9.B-1: fazem sexo com mulheres (=35)</b>	<b>p</b>
Estado civil: casado	19 (23.5%)	4 (8.7%)	15 (42.9%)	< 0.001
Uso da internet para busca de parcerias sexuais:				0.037
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (60.5%)	33 (71.7%)	16 (45.7%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: não	7 (8.6%)	4 (8.7%)	3 (8.6%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: às vezes	13 (16%)	3 (6.5%)	10 (28.6%)	
• Uso da internet para busca de parcerias sexuais: sim	12 (14.8%)	6 (13%)	6 (17.1%)	
Questão 17: Sexismo	15 (18.5%)	4 (8.7%)	11 (31.4%)	0.02
Questão 18: Corresponder às demandas da parceria	20 (24.7%)	7 (15.2%)	13 (37.1%)	0.045
Questão 19: dificuldades com a família controladora	17 (21%)	1 (2.2%)	16 (45.7%)	< 0.001
Questão 19: dificuldades com a família preconceituosa	37 (45.7%)	28 (60.9%)	9 (25.7%)	0.003
Caso A: Por direito sobre o seu corpo e sobre os seus atos	28 (34.6%)	21 (45.7%)	7 (20%)	0.037
Caso A: Medo da perda da parceria	23 (28.4%)	18 (39.1%)	5 (14.3%)	0.033
Caso B: Medo de levantar suspeitas	38 (46.9%)	26 (56.5%)	12 (34.3%)	0.078
Caso B: Revelaria o HIV e assumiria as consequências	37 (45.7%)	26 (56.5%)	11 (31.4%)	0.043
Caso C: Um comportamento absurdo, "doentio", irresponsável, criminoso	27 (33.3%)	20 (43.5%)	7 (20%)	0.057

TA-10 Tabela de estratificação "Raça Branca" (S-2 = 81)				
Variável	Total (81)	Grupo 10.2: Raça negra, parda, outros (25)	Grupo 10.1: Raça branca (56)	p
Raça Branca	56 (69.1 %)	0 (0 %)	56 (100 %)	< 0.001
Raça Parda	9 (11.1 %)	9 (36 %)	0 (0 %)	< 0.001
Raça Negra	15 (18.5 %)	15 (60 %)	0 (0 %)	< 0.001
Sem Renda	17 (21 %)	9 (36 %)	8 (14.3 %)	0.055
Frequência sexual: 1 a 3/semana	46 (56.8 %)	8 (32 %)	38 (67.9 %)	0.006
Frequência sexual: diária	17 (21 %)	9 (36 %)	8 (14.3 %)	0.055
Conversa sobre Sexualidade: com amigos	36 (44.4 %)	6 (24 %)	30 (53.6 %)	0.026
Caso A: Acontece	80 (98.8 %)	25 (100 %)	55 (98.2 %)	< 0.001
Questão 17: Falta de controle do uso de substâncias psicoativas	1.56 (+- 4.25 %)	0.52 (+-1.56 %)	2.02 (+- 4.96%)	0.044
Caso C: <i>Darkroom</i>	7.12 (+-18.14 %)	17.08 (+-28.95 %)	2.68 (+- 6.92 %)	0.021

<b>TA-11.A Tabela de estratificação “Frequência sexual diária” (Amostra T = 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 11.A-2: 1 a 3/ semana, Raramente 1 a 3/mês e PNR (159)</b>	<b>Grupo 11.A-1: frequência sexual diária (19)</b>	<b>p</b>
Estado civil: casado	39 (21.9%)	31 (19.5%)	8 (42.1%)	0.05
Mora com a esposa	23 (12.9%)	16 (10.1%)	7 (36.8%)	0.003
Mora com os filhos	6 (3.4%)	2 (1.3%)	4 (21.1%)	< 0.001
2º. Grau Incompleto (Ensino Médio)	11 (6.2%)	7 (4.4%)	4 (21.1%)	0.019
Sem renda	23 (12.9%)	16 (10.1%)	7 (36.8%)	0.004
Número de parcerias: múltiplas	30 (16.9%)	21 (13.2%)	9 (47.4%)	< 0.001
Questão 17: uso do preservativo: nunca	31 (17.4%)	23 (14.5%)	8 (42.1%)	0.007
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	46 (25.8%)	37 (23.3%)	9 (47.4%)	0.047
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	37 (23.3%)	12 (63.2%)	< 0.001
Vítima de Abuso Sexual: sim	30 (16.9%)	23 (14.5%)	7 (36.8%)	0.032
Tratamento Psiquiátrico: sim	28 (15.7%)	21 (13.2%)	7 (36.8%)	0.019
BIS-11 Fator Único	65.73 (+-11.27%)	65 (+- 11.47%)	71.84 (+- 7.07%)	< 0.001
Questão 17: medo da perda da parceria	28 (15.7%)	21 (13.2%)	7 (36.8%)	0.019
Questão 17: não gosta de usar o preservativo	27 (15.2%)	19 (11.9%)	8 (42.1%)	0.002
Questão 17: falta de controle da excitação sexual	27 (15.2%)	19 (11.9%)	8 (42.1%)	0.002
Questão 17: Confiança na parceira	56 (31.5%)	46 (39.3%)	10 (16.4%)	0.003
Questão 18: ofertas constantes de sexo	7 (3.9%)	4 (2.5%)	3 (15.8%)	0.029
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	56 (31.5%)	45 (28.3%)	11 (57.9%)	0.018
Questão 18: corresponder às demandas da parceria	22 (12.4%)	16 (10.1%)	6 (31.6%)	0.02
Questão 18: uso de substâncias psicoativas	173 (97.2%)	156 (98.1%)	17 (89.5%)	0.002

<b>TA-11.B Tabela de estratificação “Frequência sexual diária” (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 11.B-2: 1 a 3/semana, Raramente, 1 a 3/mês, e PNR (64)</b>	<b>Grupo 11.B-1: dos que declararam ter frequência sexual diária (17)</b>	<b>p</b>
BIS-11 Fator Único	67.16 (+- 6.94%)	66.05 (+- 6.68%)	71.35 (+- 6.42%)	0.006
ESC Escore	24.41 (+- 8.72%)	23.2 (+- 8.38%)	28.94 (+- 8.71%)	0.023
Caso A: Acontece	80 (98.8%)	63 (98.4%)	17 (100%)	< 0.001
Caso A: Você já se viu em situação semelhante em que não conseguiu se controlar?	80 (98.8%)	63 (98.4%)	17 (100%)	< 0.001
Caso A: Por direito sobre o o seu corpo e sobre os seus atos	10.19 (+- 22.61%)	11.94 (+- 24.83%)	3.59 (+- 8.42%)	0.028
Caso A: Não quer pensar no assunto	3.49 (+- 9.04%)	4.08 (+- 9.99%)	1.29 (+- 3.14%)	0.061
Caso C: <i>Darkroom</i>	23 (28.4%)	13 (20.3%)	10 (58.8%)	0.005
Proporia imagens impactantes com pessoas gravemente doentes com Aids	22.21 (+- 53.39%)	27.59 (+- 58.88%)	1.94 (+- 7.04%)	0.001

<b>TA-12.A Tabela de Estratificação “Vítimas de Abuso Sexual” (Amostra T = 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 12.A-2: Não vítimas de abuso sexual e PNR (139)</b>	<b>Grupo 12.A-1: Vítimas de abuso sexual (30)</b>	<b>p</b>
2º. Grau Completo (Ensino Médio)	68 (38.2%)	50 (33.8%)	18 (60%)	0.013
Aposentado	2 (1.1%)	0 (0%)	2 (6.7%)	0.028
Frequência sexual: diária	19 (10.7%)	12 (8.1%)	7 (23.3%)	32
Número de parcerias: múltiplas	30 (16.9%)	18 (12.2%)	12 (40%)	< 0.001
Uso de objetos nas relações sexuais: às vezes	46 (25.8%)	33 (22.3%)	13 (43.3%)	0.03
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais: sim	51 (28.7%)	37 (25%)	14 (46.7%)	0.032
Uso de crack durante as relações sexuais	2 (1.1%)	0 (0%)	2 (6.7%)	0.049
Doença Sexualmente Transmissível: sim	63 (35.4%)	47 (31.8%)	16 (53.3%)	0.044
Tratamento Psiquiátrico: sim	28 (15.7%)	19 (12.8%)	9 (30%)	0.038
BIS-11 Fator Único	65.73 (+- 11.27%)	64.92 (+- 11.4%)	69.73 (+- 9.83%)	0.022
Questão 17: falta do preservativo	172 (96.6%)	144 (97.3%)	28 (93.3%)	0.057
Questão 17: falta de controle da excitação sexual	27 (15.2%)	17 (11.5%)	10 (33.3%)	0.006
Questão 18: uso de substâncias psicoativas	173 (97.2%)	145 (98%)	28 (93.3%)	0.032
Questão 20: ideação suicida	18 (10.1%)	10 (6.8%)	8 (26.7%)	0.003

<b>TA-12-B Tabela de estratificação “Vítimas de Abuso Sexual” (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 12.B-2: Não vítimas de abuso sexual e PNR (65)</b>	<b>Grupo 12.B-1: Vítimas de abuso sexual (16)</b>	<b>p</b>
Caso A: Acontece	80 (98.8%)	64 (98.5%)	16 (100%)	< 0.001
Caso A: Você já se viu em situação semelhante em que não conseguiu se controlar?	80 (98.8%)	64 (98.5%)	16 (100%)	< 0.001
Caso C: Acontece devido ao uso de substâncias psicoativas	4.04 (+- 12.93%)	5.03 (+- 14.28%)	0 (+- 0%)	0.006

<b>TA-13.A Tabela de estratificação “Fazem Tratamento Psiquiátrico”</b>				
<b>Amostra T (= 178)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (178)</b>	<b>Grupo 13.A-2: Não fazem tratamento psiquiátrico, Já fizeram mas não atualmente, Nunca e PNR (150)</b>	<b>Grupo 13.A-1: Fazem tratamento psiquiátrico (28)</b>	<b>p</b>
Mora sozinho	40 (22.5%)	29 (19.3%)	11 (39.3%)	0.038
3º. Grau Incompleto (Ensino Superior)	22 (12.4%)	15 (10%)	7 (25%)	0.057
Aposentado	2 (1.1%)	0 ( 0%)	2 (7.1%)	0.021
Sexo com Homem	126 (70.8%)	99 (66%)	27 (96.4%)	0.002
Frequência sexual: diária	19 (10.7%)	12 (8%)	7 (25%)	0.019
Questão 17: uso do preservativo: sempre	73 (41%)	68 (45.3%)	5 (17.9%)	0.012
Uso de objetos nas relações sexuais: sempre	4 (2.2%)	1 (0.7%)	3 (10.7%)	0.009
Uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais	51 (28.7%)	38 (25.3%)	13 (46.4%)	0.044
Uso de cocaína durante as relações sexuais	12 (6.7%)	6 (4%)	6 (21.4%)	0.036
Doença Sexualmente Transmissível: sim	63 (35.4%)	48 (32%)	15 (53.6%)	0.051
Uso da internet para busca de parcerias sexuais: frequente	49 (27.5%)	34 (22.7%)	15 (53.6%)	0.002
Sexo de Alto Risco: frequente	27 (15.2%)	18 (12%)	9 (32.1%)	0.015
Vítima de Abuso Sexual: sim	30 (16.9%)	21 (14%)	9 (32.1%)	0.038
Tratamento Psicológico: sim	45 (25.3%)	26 (17.3%)	19 (67.9%)	< 0.001
BIS-11 Fator Único	65.73 (+-11.27%)	64.95 (+- 11.63%)	69.93 (+- 8.06%)	0.008
Questão 17: Medo de ser ridicularizado	7 (3.9%)	3 (2%)	4 (14.3%)	0.011
Questão 18: impulsividade da excitação sexual	56 (31.5%)	41 (27.3%)	15 (53.6%)	0.012

<b>TA-13-B Tabela de estratificação "Fazem Tratamento Psiquiátrico" (S-2 = 81)</b>				
<b>Variável</b>	<b>Total (81)</b>	<b>Grupo 13.B-2: Não fazem tratamento psiquiátrico, Já fizeram mas não atualmente, Nunca e PNR (62 =26.05%)</b>	<b>Grupo 13.B-1: Fazem tratamento psiquiátrico (19 = 23.05%)</b>	<b>p</b>
BIS-11 Fator Único	67.16 (+- 6.94%)	65.95 (+- 6.65%)	71.11 (+- 6.51%)	0.005
ESC Escore	24.41 (+- 8.72)	22.31 (+- 7.93%)	31.26 (+- 7.74%)	< 0.001
Caso A: Acontece	80 (98.8%)	61 (98.4%)	19 (100%)	< 0.001
Caso A: Você já se viu em situação semelhante em que não conseguiu se controlar?	80 (98.8%)	61 (98.4%)	19 (100%)	< 0.001

<b>TA-14 Teste binomial: levantamento das principais significâncias de variáveis emergentes e não emergentes relativas a campanhas (S-2 = 81)</b>			
<b>Variáveis qualitativas</b>	<b>Conceito não emergente</b>	<b>Conceito emergente</b>	<b>p</b>
Alusão a substâncias psicoativas	58 (71.6%)	23 (28.4%)	< 0.001
Não vejo nenhuma associação ao uso do preservativo	45 (55.6%)	36 (44.4%)	0.2664
Não transmite nada	55 (68%)	26 (32%)	< 0.001
Alusão a festa, carnaval, bagunça, prazer, transa, sexo...	5 (6.2%)	76 (93.8%)	< 0.001
Alusão ao uso do preservativo	55 (68%)	26 (32%)	0.001
Proporia imagens de pessoas saudáveis, bonitas...	77 (92.6%)	6 (7.4%)	< 0.001
Proporia campanhas mais informativas, claras, diretas e objetivas sobre o preservativo, HIV,	72 (88.9%)	9 (11.1%)	< 0.001
ao público em geral	27 (33.3%)	54 (66.7%)	< 0.001
aos HSH	78 (96.3%)	3 (3.7%)	< 0.001
ao combate do estigma e da discriminação	76 (93.83%)	5 (6.17%)	< 0.001
aos caminhoneiros	79 (97.54%)	2 (2.46%)	< 0.001
aos usuários das internet	78 (96.3%)	3 (3.7%)	< 0.001
aos jovens	73 (90.1%)	8 (9.9%)	< 0.001
Se compará-las com as experiências que observei no Exterior, eu diria que...	79 (97.54%)	2 (2.46%)	< 0.001
Proporia imagens impactantes com pessoas adoecendo gravemente de aids	53 (65.5%)	28 (34.5%)	0.007

<b>TA-15 Teste binomial: tabela de variáveis emergentes e não emergentes do estudo qualitativo relativo ao fechamento da entrevista (S-2 = 81)</b>			
<b>Variáveis qualitativas</b>	<b>FALSE (Conceito não emergente)</b>	<b>TRUE (Conceito emergente)</b>	<b>p</b>
Deveria haver mais campanha e espaços de conscientização	65 (80.23%)	16 (19.77%)	< 0.001
Não falaria nada	73 (90.1%)	8 (9.9%)	< 0.001
Nunca confie sua vida a ninguém	62 (76.6%)	19 (23.4%)	< 0.001
Preserve-se. Cuide-se. Use o preservativo sempre	20 (24.6%)	61 (75.4%)	< 0.001
Esteja atento, pense muito antes de entregar-se aos seus desejos	49 (60.4%)	32 (39.6%)	0.074
Tome cuidado com as substâncias psicoativas	67 (82.7%)	14 (17.3%)	< 0.001
Eu mudei muito com esta experiência... Espero conseguir superar...	67 (82.7%)	14 (17.3%)	< 0.001
Foi tranquilo participar. Me senti muito bem	22 (27.2%)	59 (72.8%)	< 0.001
É muito bom saber que posso colaborar	68 (83.9%)	13 (16.1%)	< 0.001
Ótimo ter alguém com quem conversar	55 (67.9%)	26 (32.1%)	0.001
Não. Já falei tudo que gostaria	55 (67.9%)	26 (32.1%)	< 0.001

### TAs-16 Gráficos DSCs\*

\* N° de Entrevistados Quali: 81. Um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

N° de Entrevistados Quanti: 97. Um entrevistado pode ter emitido mais de uma ideia central.

#### Questão 17 (formulário): Qual a sua opinião sobre o uso do preservativo nas relações sexuais?

As opiniões foram manifestadas através de crenças e dificuldades.

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
a) As crenças no uso do preservativo foram pautadas:				
a1) na importância do uso	17	16	62	62
a2) nas desinformações e distorções	17	17	3	3
a3) no sexismo	29	16	1	1
a4) no direito de não querer e não gostar de usá-lo	26	25	3	3

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
b) As <b>dificuldades</b> foram relacionadas:				
b1) ao medo de perder a parceria circunstancial	33	28	0	0
b2) ao medo de ser ridicularizado "brochar"	7	7	0	0
b3) ao estigma do HIV	24	17	0	0
b4) ao estigma do preservativo	11	11	0	0
b5) à perda de sensibilidade/ incômodo	31	30	2	2
b6) à má qualidade do preservativo distribuído no CRT.	16	13	0	0
b7) à dúvida de sua eficácia	2	2	0	0
b8) à falta do preservativo no momento da relação sexual	6	6	0	0
b9) à falta de controle pelo uso de substâncias psicoativas	15	13	0	0
b10) à falta de controle da excitação sexual	33	23	4	4
b11) às desconfianças da parceria estável	9	9	0	0
b12) por confiar na parceria	27	26	2	2

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
c) Prefiro não responder	0	0	22	22

### Questão 18 (formulário): Gostaria de falar um pouco sobre sua vida sexual:

Os contextos sexuais, emocionais e sociais e suas influências no enfrentamento do HIV.

#### a) Contextos Sexuais

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
a1) De boa qualidade	16	15	16	16
a2) Reportaram dificuldades em se controlar devido:				
a.2.1) à excitação sexual/ impulsividade	64	45	13	12
a.2.2) ao uso de substâncias psicoativas	5	5	0	0
a.2.3) às ofertas constantes de sexo	5	5	2	2
a.2.4) a não ter dotes atrativos	1	1	0	0
a.2.5) às disfunções sexuais	3	3	0	0
a.2.6) a ter sido iniciado precocemente	3	3	1	1

#### b) Contextos Emocionais

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
b1) Reportaram dificuldades emocionais devido a:				
b.1.1) falta de apoio dos familiares	6	5	0	0
b.1.2) obrigação de ter que corresponder com a parceria fixa	23	19	0	0
b.1.3) limitação acarretada pela doença	20	17	3	3
b.1.4) hipervigilância	12	10	0	0
b.1.5) solidão	31	21	13	12
b.1.6) orientação sexual	9	8	2	2
b.1.7) ter sido abusado sexualmente	1	1	0	0
b2) Reversão positiva das dificuldades	11	9	2	2

c) Contextos Sociais

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
c1) Foram associados a dificuldades:				
c.1.1) do estigma do HIV	22	19	2	2
c.1.2) em ter que corresponder com a parceria fixa	28	20	2	2

<i>d) PNR</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
PNR	7	7	52	52

**Questão 19 (formulário): Como é o seu relacionamento com sua família?**

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
a) Relacionamento bom	14	14	55	55
b) As dificuldades de relacionamento foram justificadas devido à característica familiar	19	17	0	0
b.1) As dificuldades do relacionamento foram justificadas devido à característica familiar preconceituosa	45	39	19	19
c) Relacionamento superficial, distante (principalmente por intolerância sexual e com o HIV)	41	40	5	5
d) PNR	0	0	18	18

**Questão 20 (formulário): O que o HIV mudou com respeito à sua visão sobre si mesmo? Qual o significado do HIV hoje em sua vida?**

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
a) Mudanças e significados foram percebidos de forma <b>negativa</b> , devido a:				
a.1) limitação em decorrência do HIV	16	13	7	6
a.2) aumento da desconfiança / hipervigilância	19	19	5	5
a.3) afastamentos e relacionamentos superficiais	9	8	1	1
a.4) sexo sem envolvimento	13	11	0	0
a.5) estigma e discriminação	63	34	7	7
a.6) efeitos corporais associados ao tratamento do HIV	6	6	1	1
a.7) não mudou nada	18	18	12	12

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
b) Mudanças e significados foram percebidos de forma <b>positiva</b> devido a:				
b.1) Esperança de seguir uma vida normal	6	6	11	11
b.2) Aumento do auto e hetero cuidado	21	21	25	24

c) PNR	0	23
--------	---	----

**Aspectos Emocionais:**

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Quantitativas N. Participantes</i>
d) As principais <b>consequências emocionais</b> observadas foram:				
d.1) Ideação suicida	27	16	2	2
d.2) Desesperança	57	38	24	22
d.3) Culpa	24	19	10	10
d.4) Medo	10	9	1	1
d.5) Isolamento	18	11	4	4
d.6) "Aliança" com a vida	21	19	19	19

## CASO A: OMISSÃO CIRCUNSTANCIAL DO USO DO PRESERVATIVO

Você acha que esta situação acontece?

<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>PNR</i>
81 - (100%)		

5) O que fez com que Carlos confiasse tanto e se entregasse dessa forma a João?

<i>Variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
Excitação sexual/ impulsividade	302	71
Carência: querer ser amado	46	23
Foi seduzido pela aparência	64	29
Influência de substâncias psicoativas	117	46
Por ser homossexual	25	8

6) O que levaria João, sendo HIV+, a fazer isso com Carlos?

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
Falta de caráter	34	24
Medo da perda	45	23
Vingança/ Traição	84	46
Não querer pensar no assunto	22	18
Por se sentir culpado	63	32
As circunstâncias do momento	12	11
Dificuldade de revelar pelo estigma	88	37
Por direito sobre o seu corpo e seus atos	52	28

7) Vc já se viu em uma situação semelhante onde não conseguiu se controlar?  
Conte-me sobre isso.

<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>PNR</i>
80		1

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
Por ter sido enganado, passei a enganar	5	5
Me culpo por ter confiado	13	12
Lidaria ou revelaria minha situação	30	24

## CASO B: RECUSA DO USO DO PRESERVATIVO COM PARCERIA ESTÁVEL

### 1) Você acha que esta situação acontece?

<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>PNR</i>
72	5	4

### 2) Por que Carlos, sabendo que ficou HIV+, não quer usar o preservativo com sua parceria?

<i>Variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
Medo de perder a parceria	49	33
Medo de ser rejeitado pelo estigma do HIV	79	36
Medo de levantar suspeitas	77	38
Para preservar a relação	15	9
Traição, falta de comprometimento	81	38
Falta de informação e orientação	6	6
Falta de assistência e ajuda profissional	8	2
Por ter algum problema emocional	16	13

### 3) Essa situação também é muito difícil para Carlos por envolver muitas questões. O que você faria no lugar dele?

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
Desistiria da relação	18	10
Omitiria o HIV para manter o relacionamento	20	14
Nunca revelaria o HIV	18	16
Revelaria o HIV e assumiria as consequências	58	38

## CASO C: RECUSA DELIBERADA DO USO DO PRESERVATIVO

### 1) Vc acha que esta situação acontece?

<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>PNR</i>
74	5	3

### 2) Locais de práticas de risco (sem o uso do preservativo)

<i>Variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
Darkrooms (boates/ saunas)	37	23
Cinemas, parques, shoppings, swings... Pegação	16	11
Convites através da internet	44	26

### 3) O que você acha do comportamento de Max?

<i>Descrição das variáveis</i>	<i>Frequências</i>	<i>Entrevistas Qualitativas N. Participantes</i>
É um direito da pessoa... Não podemos julgar.	38	22
É um comportamento absurdo, "doentio", irresponsável, criminoso.	34	28
É um desejo incontrolável, um vício, total entrega.	226	63
Acontece devido ao uso das substâncias psicoativas	25	13
HIV não mata, tem tratamento, por que se controlar?	20	11
É preciso estar sempre atento para não se deixar levar	13	8
É preciso estar ciente das consequências	12	10