

O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual

The management of risk in the aids scenario: strategies adopted by men who have sex with men in casual partnerships

George Moraes De Luiz; Mary Jane Spink

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, george_psico@yahoo.com.br

Historia editorial

Recibido: 26/09/2011

Aceptado: 28/09/2013

Palabras clave

Gestão de riscos

Aids

Homens que fazem sexo com homens

Estilo de vida arriscado

Resumen

Este estudio teve como foco as estratégias de gestão de riscos no cenário da aids. Com esse objetivo, elegemos estudar as práticas sexuais entre homens que fazem sexo com homens em parceira casual. O referencial teórico-metodológico que sustenta este trabalho está baseado na noção de estilos de vida arriscados em interface com a abordagem da promoção da saúde. Para tanto, por meio da técnica snowball, foram localizados dez participantes com os quais realizamos uma entrevista, analisadas usando aportes da análise de discurso. Os resultados sugerem que, em todos os casos, as informações sobre riscos de infecção por HIV/DST derivadas de fontes diversas foram incorporadas como repertórios para dar sentido aos riscos. Conclui-se que essas informações servem como “cintos de segurança”, os quais permitem aos HSH arriscarem-se dentro de uma margem de segurança, mesmo que diante de um cenário de incertezas.

Abstract

Keywords

Risk management

Aids

Men who have sex with men

Risky life styles

The focus of this study was on risk management strategies used in the aids scenario. For this purpose the chosen scenario was the sexual practices of men who have sex with other men in casual partnerships. Theoretically, the study was based on the notion of risky life styles in its interface with the health promotion framework. By means of a snowball strategy we located ten men who agreed to be interviewed. These interviews were analyzed using discourse analysis techniques. The results suggest that in all cases information about risk for infection by HIV/STD derived from a diversity of sources were used as repertoires for making sense of risks. The analysis led us to propose that information serves as a safety belt that allows risk taking within a certain margin of safety, even though within a scenario of uncertainty.

Apresentação

Este artigo resulta de pesquisa cujo objetivo era entender como homens que fazem sexo com homens (HSH) gerenciam a opção por estilos de vida arriscados no cenário da aids (De Luiz, 2011). Mais especificamente, o estudo focalizou as práticas sexuais sem uso de preservativo, que implicam exposição à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou a reinfecção pelo HIV. Nesta discussão, interessa abordar a relação entre estilos de vida e a gestão dos riscos.

Em sua associação com probabilidade, a partir do século XVII, o cálculo de riscos tornou-se uma poderosa estratégia para o governo de populações (Foucault, 1999/2005; Hacking, 1991; Spink, 2001).

De Luiz, George Moraes y Spink, Mary Jane (2013). O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. *Athenea Digital*, 13(3), 39-56. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n3.950>

Também na área da saúde o cálculo de riscos veio a tornar-se ferramenta fundamental para a elaboração de política pública. Essa centralidade ferramental tem sua história longa nas estatísticas de mortalidade e morbidade que passaram a ser sistematizadas no final do século XVIII e começo do XIX e que levaram à configuração do sanitarismo europeu. Mas a história interna da formalização do cálculo de riscos na área da saúde tem por foco a emergência da representação matemática do risco. Relatada por José Ricardo Ayres (1997), ela possibilita entender a progressiva formalização do risco que tem lugar após a Segunda Guerra Mundial e que vai dar à epidemiologia um lugar proeminente nas decisões políticas sobre saúde populacional.

Porém, essa estratégia de governo que tem a população por foco não implicou o desaparecimento das modalidades anteriores voltadas à disciplinarização dos corpos. Nesse sentido, Michel Foucault argumenta que:

Uma tecnologia de poder não exclui a primeira, que não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia (Foucault, 1999/2005, p. 289).

Ou seja, as estratégias de governamentalidade que têm como ferramentas o cálculo de riscos em uma perspectiva populacional são necessariamente complementadas por estratégias que têm foco nos modos de ser de casa pessoa. Na área da saúde, na contemporaneidade, essas estratégias voltadas aos indivíduos integram os dispositivos de promoção de saúde.

A promoção da saúde, segundo Márcia Westphal (2009), atualmente utiliza como modelo a perspectiva socioambiental, em substituição às vertentes biomédica e comportamental. Por esse novo viés o conceito de saúde está relacionado ao “estado positivo”, ao bem-estar biopsicossocial e espiritual, à realização de aspiração pessoal e ao atendimento de necessidades da população. Assim, os determinantes da saúde seriam decorrência de condições biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticos e ambientais.

Westphal (2009) afirma que a perspectiva socioambiental é uma nova abordagem; um conceito positivo que serve às atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e de assistência em longo prazo, tendo como princípios: I) uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença; II) a equidade como princípio e como conceito; III) a intersetorialidade; IV) a participação social; e V) a sustentabilidade.

A autora postula que a noção de saúde na atual conjuntura social é abordada a partir de dois focos. O primeiro associa a saúde aos fatores macroestruturais que influem a qualidade de vida, como boa alimentação, saneamento, habitação, qualidade de trabalho, educação, apoio social da família e do Estado. O segundo concerne à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando seus estilos de vida por meio de programas ou atividades educativas relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças. É nessa segunda dimensão que vemos emergir a noção de estilos de vida saudáveis.

Vale apontar que tal noção não é circunscrita à área da saúde. Ao contrário, ela é proveniente da sociologia que, segundo Luiz Castiel e Carlos Alvarez-Dardet (2007), pode ser traçada a partir de Max Weber e, mais recentemente, remete às teorizações de Pierre Bourdieu sobre o *habitus*. Nesses enquadres, portanto, são modos de vida de um determinado segmento da população. Contudo, a noção parece ter sido importada à área da saúde em um enquadre mais individualista, no qual estilo de vida passa a ser entendido como a possibilidade que cada um de nós temos de tomar decisões racionais

sobre o que comemos e bebemos, sobre o exercício que fazemos e as substâncias tóxicas que ingerimos.

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

Mary Jane Spink (2007a), por sua vez, alerta que essa abordagem tende a ser altamente prescritiva e tem sido bastante utilizada para configurar conhecimentos e práticas na perspectiva neoliberal e conservadora, estimulando a livre escolha a partir de uma lógica de mercado. O discurso neoliberal conflui para práticas que têm como objetivo o bem-estar físico e social por meio de escolhas individualizantes pautadas em estilos de vida saudáveis.

Essas prescrições, frequentemente, tendem também a demonizar práticas que não se enquadram no perfil de propiciadoras de “saúde”. Para Spink (2007b), a noção de risco, que foi apropriada pela educação em saúde, tem posicionado as pessoas de duas formas: *estar em risco* ou *correr riscos*. A autora afirma que essas noções são fundamentadas a partir do grau de controle pessoal na exposição aos riscos. Assim, para algumas situações, as pessoas teriam menor controle sobre os riscos e, portanto, *estariam em risco*, por exemplo, diante de ameaças ambientais, como terremotos e enchentes, ou expostas a riscos oriundos da constituição genética de cada um de nós. Em contraste, os riscos relacionados ao estilo de vida seriam passíveis de controle, desde que a pessoa possuísse certo nível de informação e motivação pessoal para mudança de comportamento. Nesse contexto, tais riscos estariam relacionados à opção individual e, portanto, as pessoas que optam por *correr riscos*, a despeito da informação disponível, se enquadrariam em estilos de vida denominados “arriscados”. A Tabela 1, descrito a seguir, retrata essa relação entre a posição de pessoa, a linguagem dos riscos e as formas de intervenção adequadas a cada situação.

Posição de pessoa	Fatores de riscos	Intervenção	
Estar em risco <i>(baixo grau de controle)</i>	externo interno	ambiental social biológico	Informação <i>Empowerment</i> <i>Screening/diagnóstico</i>
Correr risco <i>(alto grau de controle)</i>	estilo de vida		mudança de comportamento

Tabela 1. Risco e posições de pessoa.
Fonte: Spink (2007b, p. 261).

Elaborada em diálogo com o conceito de gestão dos riscos relacionado ao processo saúde-doença, a noção de estilo de vida herda a conotação negativa de risco como perda. Porém, autores como Spink (2001), Leila Jeolás (1999) e David Le Breton (1991) argumentam que em certos domínios de saber-fazer o risco

tem conotações positivas. É o caso dos fundos de investimentos na economia, dos esportes de aventura e das pesquisas científicas em novas fronteiras do conhecimento. É no enquadre da positividade dos riscos que podemos falar de estilos de vida arriscados.

Para Castiel e Alvarez-Dardet (2007) estilos de vida arriscados constituem uma dimensão presente em nosso cotidiano, sendo vivenciada de formas distintas. Nos ajudam a lidar com a vida tal como ela se

apresenta a cada um de nós. Ou seja, nem todos os riscos cotidianos são passíveis de controle, como, por exemplo, o crime, a corrupção e as armas nucleares. Castiel (1996) postula, assim, que as pessoas, em seus cotidianos, incorporam em algum momento de suas vidas a ideia de viver o risco. Segundo o autor, elas assumem estilos de vida arriscados “na suposição, possivelmente, de possuir imunidades imaginárias” (Castiel, 1996, p. 237). A noção de imunidade imaginária está relacionada à maneira como as pessoas constroem suas crenças e seus valores. Por exemplo, os textos que compõem a edição dos *Cadernos Pela Vida*, publicada em 2006, indicam que sucessivos testes para HIV com resultados negativos podem levar as pessoas a pensarem que são imunes ao vírus.

Partimos, portanto, do pressuposto de que há pessoas que optam por estilos de vida arriscados, incluindo aí o não uso do preservativo em relações sexuais com parceiros casuais. Procuramos entender, no caso específico de homens que fazem sexo com homens, como o risco de uma possível infecção pelo HIV ou outras DST é gerenciado nesses contextos.

Sobre os procedimentos de pesquisa

A pesquisa teve início em 2009, quando buscamos, por meio da internet, ter acesso aos homens que optam por manterem práticas性uais sempre ou ocasionalmente sem preservativo com parceiros casuais.

A internet tem sido configurada como uma ferramenta importante para mediar pesquisas relacionadas ao tema da sexualidade, sobretudo quando focam assuntos polêmicos que geram controvérsias entre os distintos segmentos sociais (Silva, 2008), tais como prostituição, aborto e prática sexual consentida sem preservativo (Hine, 2006).

Nessa perspectiva, criamos um *email* denominado projetoeva@hotmail.com.br e consultamos alguns sites de relacionamentos voltados aos HSH. Nos sites www.manhunt.net e www.bareback.rt – localizados por meio dos descritores *bare*, *bareback*, *barebacking*¹ – conseguimos encontrar alguns homens que se autoidentificavam com a prática sexual sem preservativo, para os quais enviamos um *email* convidando-os para um bate-papo sobre essa temática. Vinte homens aceitaram o convite; trocamos informações com eles durante cerca de seis meses, via *email* e/ou pelo messenger (MSN), criado especialmente para facilitar a discussão. Nesse período, preservamos o anonimato dos participantes e deixamos claro que aquela etapa da pesquisa era informal, não consistindo em produção de informações, uma vez que o projeto encontrava-se em fase inicial, sendo necessário, primeiramente, seu envio e sua aprovação pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Após o período de conversas via MSN, convidamos formalmente os participantes para uma entrevista face a face. Esse convite foi divulgado pelo método *snowball* (bola de neve), técnica pela qual estabelecemos o contato inicial, via *email*, com todos os integrantes da lista do pesquisador, convidados, por sua vez, a reencaminhar o mesmo *email* aos seus respectivos contatos e assim sucessivamente. Com isso, a rede de possíveis participantes foi ampliada. Autores como Jean Faugier e Mary Sargeant (1997) e Katherine Browne (2005) afirmam que esse método é eficiente para alcançar populações em situações de “ocultamento social”, caso das práticas sexuais sem preservativo com parceiro casual, que tendem a ser relatadas apenas para amigos ou outros adeptos, em função de preconceitos sociais que os associam à “promiscuidade”.

¹ A prática do *barebacking* geralmente é entendida como relação sexual anal intencional sem preservativo entre HSH (Berg, 2009).

Em seguida, entramos em contato com as pessoas que se encaixaram no perfil deste estudo, convidando-as para a próxima etapa do projeto. A partir das respostas positivas recebidas via *email* ou MSN os participantes foram convidados para uma entrevista face a face, com base nos seguintes critérios: a) afirmar manter relação sexual sem preservativo com parceiro casual; b) residir na cidade de São Paulo ou no Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2009 e março de 2010, nas duas cidades, que apresentam o maior número de casos de aids no Brasil (Dias & Nobre, 2001).

No início da entrevista foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, sob o registro 332/2009, respeitando a Resolução número 1 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1996), que normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos. Foram entrevistados dezoito homens a fim de se conhecer as estratégias de gestão dos riscos no contexto de práticas sexuais sem preservativo. Desse total, oito entrevistas não foram utilizadas pelos seguintes motivos: a) manter relação sexual desprotegida apenas com parceiro fixo; b) encontrar-se em estado emocional abalado; c) não concordar em assinar o TCLE.

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

Tabela 2. Caracterização dos participantes.

A seguir, apresentamos a Tabela 1 com a caracterização dos participantes. Tais informações facilitarão a compreensão dos argumentos discutidos no próximo item. Omitem-se dados que possam identificá-los, inclusive seus nomes, que passam a ser fictícios, de acordo com a escolha feita por cada um deles.

Como fonte de material discursivo, optamos pelas entrevistas, as quais foram registradas por meio de um gravador de áudio e em diário de campo. Após a explicitação dos objetivos da pesquisa e da assinatura do TCLE, iniciou-se a entrevista.

Quanto à análise, ela se inicia com uma imersão no conjunto de

informações produzidas, procurando nos familiarizar com os argumentos antes de estruturá-los em temas (Spink & Lima, 2000). Primeiramente, foi feita a transcrição integral das entrevistas utilizando as convenções sugeridas no *Jeffersonian Transcription Notation* (Jefferson, 1984). Em seguida, realizou-se a transcrição sequencial, que consiste em um resumo que obedece a sequência da interação estabelecida entre pesquisador e pesquisado. Essa forma sintética ajuda a entender as temáticas mais relevantes da entrevista, de acordo com os objetivos propostos na pesquisa.

Posteriormente, foram elaborados mapas dialógicos para identificar os principais temas presentes nas narrativas dos participantes. A elaboração desses mapas, de acordo com Mary Jane Spink e Vera Menegon (1999), ajuda a sistematizar o conteúdo para análise das práticas discursivas em busca dos elementos formais do processo de interação dialógica, dos repertórios usados nessa construção

discursiva e da dialogia implícita na produção de sentidos. Os mapas permitem maior visualização do material a ser analisado e apresenta duplo objetivo: auxiliar no processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos ligados ao processo interpretativo.

Os mapas são construídos da seguinte maneira: a partir da transcrição sequencial são definidos os principais temas de análise que refletem os objetivos da pesquisa, sem tentar esgotar as possibilidades de sentidos dos discursos. Busca-se compreender a interanimação dialógica; para tanto, o diálogo é transrito em sua íntegra, sem a omissão de qualquer palavra. Com as colunas predefinidas, usa-se o programa Word for Windows para a digitação de toda a entrevista. Cada trecho é “cortado” e “colado” na coluna que corresponde ao seu tema, produzindo um efeito escada das falas, respeitando a ordem dos discursos (Ramiro, 2009).

Após a construção dos mapas foram utilizados trechos para tecer a linha argumentativa, procurando dialogar com os objetivos e com o referencial teórico. Neste artigo, dentre as diversas temáticas abordadas nas entrevistas, a discussão foca o gerenciamento dos riscos em práticas sexuais nas quais não é feito uso do preservativo, com ênfase nas “imunidades imaginárias” (Castiel, 1996) na interface com o uso de informações que são disponibilizadas nas interações com profissionais de saúde e por meio do acesso à literatura científica sobre o tema.

Gerenciamento dos riscos nas práticas sexuais entre HSH

No Brasil, sobretudo na área da saúde, ocorrem confecção e distribuição de programas de prevenção visando estimular estilos de vida saudáveis e, assim, reduzir as práticas arriscadas da população. Porém, Castiel (1996) ressalta que a incorporação das mensagens sobre os riscos pode variar entre acatar e desafiar o risco. No primeiro caso ocorre a mudança do estilo de vida – por exemplo, adotar alimentação saudável, evitar bebida alcoólica e usar preservativo durante as práticas sexuais; no segundo a pessoa assume estilos de vida arriscados, incluindo a criação de “imunidades imaginárias”.

Em primeiro lugar, a questão da posição ocupada nas práticas sexuais de HSH constitui o argumento mais discutido pelos homens nesta pesquisa. Essa temática é recorrente nos estudos antropológicos (entre eles, Braz, 2010; Fry, 1982) e tem sido foco de trabalhos da psicologia em interface com a saúde coletiva e antropologia (por exemplo, Silva, 2008). Os estudos na área da psicologia em suas interfaces enfatizam que, seja por experiências pessoais e relatos de médicos, seja por dedução ou intuição, boa parte dos participantes pensa estar mais seguro em função das posições sexuais ocupadas. Nesse sentido, para Castiel e Alvarez-Dardet (2007) esses gostos estão atrelados às escolhas que as pessoas fazem cotidianamente e dizem respeito ao nosso estilo de vida. Assim, vários aspectos, como a educação que se recebe, a mídia que se lê ou assiste e os valores sociais que se adquirem, compõem elementos importantes daquilo que se tornará o estilo de vida da população.

Além disso, a posição sexual assumida por homens nesta investigação é um dos fatores que circunscreve e caracteriza as experiências ora descritas. Uma delas é trazida por Agileu, ao falar sobre as possibilidades de risco, por firmar-se como praticante insertivo, ao menos na maioria das vezes. Ele explica:

“É::é tipo 99% das relações性uais eu sou ativo, então (x) existe uma tendência maior de passar mais do (x) >ativo para o passivo< do que ao contrário.” (Agileu, entrevista pessoal, 30 de março de 2010).

Agileu adota uma postura de cálculo de riscos. Como em 99% de vezes ele esteve na posição insertiva, considera que tem uma margem alta de segurança. Percebe-se ainda que ele reconhece o risco

existente na sua opção quando apresenta o residual de 1%, que o faz pensar que existem chances ínfimas de risco. Ele tenta explicar seu sentimento de segurança ao afirmar sua posição sexual, mas, ao mesmo tempo, nota-se que possui chances altas de infectar o parceiro – o receptivo.

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

“então eu opto por (...) por fazer uma redução de riscos, que é se eu transar sem preservativo com essa pessoa por eu ser ativo (...) eu não ↓ gozo dentro. Então eu (...) transo sem o preservativo, mas não até o final.” (Cristian, entrevista pessoal, 13 de março de 2010).

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

Esse estilo de vida arriscado ancora-se, muitas vezes, na noção da intuição, como relatado por Yuri²:

Eu sabia que as chances de ter infectado eram ínfimas, pois sou ativo (...). Porém, parece-nos se tratar de uma intuição-dedutiva: é facilmente dedutível. Não sei quando fiquei sabendo que não havia transmissão sem ruptura de vasos. Lembro-me que foi um alívio. A partir desse conceito, ficou claro pra mim que as chances de contágio não poderiam ser sequer próximas entre ativo e passivo. Na verdade, tenho a impressão de poder saber se o atrito está demais, e existe risco de ralar. Na verdade gozei dentro do homem uma vez só. Nessa que o cara pediu. (Yuri, entrevista pessoal, 17 de março de 2010).

A ideia de intuição-dedutiva é reforçada quando Yuri diz não se lembrar da origem dessa informação. Em acréscimo, cita ter a capacidade de perceber o nível de atrito entre o pênis e o reto do parceiro e, dessa forma, consegue gerir seus riscos. Sua intuição-dedutiva produz a sensação de alívio, e isso o conforta. É como se Yuri precisasse de uma explicação que o colocasse em uma margem de segurança. Por esse viés, ele também encontra no distanciamento do parceiro sexual, do receptivo, o sentido para sua própria segurança; a questão de o parceiro estar em maior risco pode explicar o motivo de ele ter menos chances de infecção.

Em seguida, Yuri desloca ao parceiro a responsabilidade por ter gozado dentro, afinal, foi porque “o cara pediu”. Nesse caso, diante da possibilidade de infecção, de acordo com Anthony Giddens (1991), ocorre a necessidade do desenvolvimento de elementos para um senso de segurança existencial. Ela é a crença que os seres humanos têm diante da angústia, ansiedade, do medo, do outro/estrano, na elaboração de ideias de autoconfiança, nesse caso, a de quem ficou sabendo que não havia transmissão sem ruptura de vasos.

A busca de segurança existencial no âmbito do estilo de vida arriscado é tematizada por Gabriel, quando discorre sobre a percepção dos riscos. Para ele, a mera exposição não se configura como prática de risco; é necessário um machucado para permitir a troca de fluidos entre os pares e, consequentemente, o contato com a pessoa. Gabriel diz:

² Yuri não autorizou o uso de gravador para registrar a entrevista. As informações foram anotadas em diário de campo. Por isso, não foi possível utilizar as convenções sugeridas no *Jeffersonian Transcription Notation*.

Para haver uma contaminação (.) causada pelo atrito ↓ eu teria que ter = (x) ou a pessoa que estiver fazendo sexo comigo, ter algum machucado (x) na mucosa anal, (x) que permita um sangramento ou um contato com essa pessoa. (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

De acordo com Gabriel, a ideia de “contato com a pessoa” só pode ser alcançada mediante uma porta de entrada, a qual se configura, nesse caso, pela presença de algum “machucado”. Tal informação atua como um “casulo protetor” e garante a sensação de segurança. Adiante, para dar legitimidade à sua fala, ele descreve a fonte dessa informação:

“porque eu conversei com uma amiga minha que é professora (.) de bioquímica (.) [de uma renomada faculdade de medicina].”³ (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

Posteriormente, Gabriel ratifica o seu conhecimento:

Dela ter me explicado que tem aí uma coisa que é básica. O fato de eu ser apenas ativo faz com que o contato da minha mucosa com a mucosa da outra pessoa seja menor. E aí a possibilidade do contato da mucosa dela com a minha mucosa interna é <muito menos> ↓ relevante (x) do que se eu fosse só passivo durante a relação = quando não há o uso do preservativo e a ejaculação faça com que eu tenha (x) o sêmen, que eu tenha o esperma é:::é (x) dentro do meu reto, que pode estar danificado, ↑ por causa com o atrito durante a relação. No caso do ativo isso é <muito menos> provável que isso aconteça. (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

Nesse segundo relato ele acrescenta outra preocupação no que se refere às possibilidades de transmissão: o sêmen. Entretanto, pelo fato de ocupar o papel insertivo na relação, Gabriel sofre menos atrito e, segundo sua versão, é “muito menos provável que isso aconteça”. Vale ressaltar o emprego da palavra “provável”, que remete diretamente à ideia de probabilidade. Há, portanto, uma aposta na incerteza, na chance de que não irá ocorrer uma ruptura de vasos. Para reduzir a possibilidade de atrito, ele relata que usa a estratégia da saliva para massagear a região anal do parceiro e lubrificá-la:

“Saliva. Na grande maioria das vezes eu utilizo saliva.” (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

E acrescenta ser necessário bastante dela:

Mas é sempre em grande quantidade. Assim: a partir do momento que tu trabalhas ((risos)) (...) toda a questão da massagem do local, e isso entra nas minhas preliminares, porque isso me excita muito, ((risos)) tu vais trabalhando toda a questão (.) e tu vais fazendo isso (.) com a saliva. É:::É (x) a saliva acaba ocupando o seu papel. (...). É:::É assim, via de regra, é a própria saliva. E como eu salivo muito, é sempre em abundância, ela acaba dando conta de diminuir muito o atrito, é:::é (x). (...) Então é:::é acaba sendo muita saliva, muita massagem com o dedo, com os dedos = eu coloco um, depois eu coloco dois, dentro do possível eu coloco três. (...) Mas é a noção de eu sentir com o dedo uma região que já está relaxada e lubrificada. (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

³ Opta-se por não citar o nome da universidade por questões éticas.

Pela transcrição, nota-se que não basta usar apenas a saliva, ela precisa ser em abundância para conseguir reduzir o atrito. Além disso, o momento da penetração com menor risco para Gabriel decorre do “relaxamento da região anal”, que também é preparada com a ajuda dos dedos. Verifica-se a presença de um ritual no sentido de preparar o parceiro para a prática sexual de menor risco. Porém, no caso de pessoas que vivem com HIV e dizem ocupar o papel insertivo na relação essa lógica pode inverter-se, e o preservativo pode ser usado como forma de não expor o parceiro ao risco. Diz Caio:

“principalmente quando eu vou ser ativo (x) na relação, eu (.) procuro >sempre usar camisinha<.” (Caio, entrevista pessoal, 22 de dezembro de 2009).

Ademais, mesmo ao saber da sorologia do parceiro, há momentos em que as pessoas pedem para que ela não seja usada, como narra:

↑ Mas se o cara não fizer questão = como eu já encontrei caras que pediram para eu botar camisinha e caras que pediram para tirar, aí eu continuo sem. Então, quando eu sou ativo eu sei que eu tenho mais risco de contaminar alguém. Então, aí eu fico um pouco mais preocupa::::do. Mas, se eu for passivo na relação e o cara quiser transar sem camisinha, eu vou sem camisinha. (Caio, entrevista pessoal, 22 de dezembro de 2009).

Mais uma vez, a preocupação maior é atribuída ao outro. Parece que por já estar infectado Caio torna-se alheio aos outros possíveis riscos, como as DST e as hepatites virais. É como se o homem ativo fosse o responsável pela gestão dos riscos nas relações, lógica confirmada quando ele muda sua posição e já não faz mais questão da camisinha: “mas, se eu for passivo na relação e o cara quiser transar sem camisinha, eu vou sem camisinha” (Caio, entrevista pessoal, 22 de dezembro de 2009). O sentido de sua preocupação com o outro foi constatada e confirmada pelo médico e por outras pessoas:

O meu médico já falou isso (.) E::::e >isso todo mundo fala<. Quando você é passivo, principalmente se a pessoa gozar dentro, o risco de contaminação é muito grande porque dizem que tem muito vírus no esperma do homem. Então, por isso que o pessoal fala que o risco do passivo é maior. Inclusive aconteceu comigo de eu ser ativo várias vezes com o cara que me contaminou e nunca peguei; depois de três meses, quando ele gozou dentro é que eu acabei me contaminando. ↑ Fui enganado pela foto.⁴ (Caio, entrevista pessoal, 22 de dezembro de 2009).

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

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

Então eu evito práticas hum::::m que (x) eu chamaria de exageradas de (x) sexo sem preservativo. Hum = explicando melhor, eu evito ao máximo, se eu sei, né? Se é

⁴ A expressão “fui enganado pela foto” refere-se à percepção de Caio baseada no aspecto físico do parceiro que o infectou. Durante a entrevista, disse que seu parceiro era muito bonito e não apresentava sinais de uma pessoa doente – ideia que o levou a pensar que o rapaz não possuía sorologia positiva para o HIV.

consciente isso, de transar com pessoas que não têm critérios para fazer sem preservativo. Ou seja, que transa com qualquer um, em qualquer situação. Que transe em (x) saunas, em clubes, em cinemas sem preservativo. Aí eu evito transar com essa pessoa. (Cristian, entrevista pessoal, 13 de março de 2010).

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

Essas experiências, que perpassam a vida cotidiana desses homens, constituem algumas das estratégias usadas por eles para dar sentido à gestão dos riscos implicados na prática sexual sem preservativo. Relatos que, muitas vezes, estão ligados à intuição e ao uso de informações que circulam entre as pessoas, algumas das quais ratificadas por médicos e pela literatura científica.

Continuaremos agora a analisar outras experiências apresentadas pelos participantes deste trabalho.

O não uso do preservativo pode, ainda, estar relacionado à produção simbólica do HIV. Entre aqueles que iniciaram suas práticas durante a infância ou adolescência com “homens mais velhos”, “ativos” e “heterossexuais” há uma tendência à sensação de segurança diante da possibilidade de não infecção, como é o caso de Flávio e Rony. Diz Flávio:

“E eu me sentia seguro por sair com pessoas mais velhas”. (Flávio, entrevista pessoal, 19 de março de 2010).

Supostamente, isso pode ser explicado pelo fato de o homem mais velho e ativo dominar a situação⁵, como afirma Rony:

Mas porque o ativo, o meu parceiro, no caso assim dizendo, ele já vinha dominando a situação. E eu, por ser mais suscetível, mais:::s liberal (...) ao meu parceiro (...) >que estava dominando a situação<, eu acabava deixando ele fazer aquilo que agradava a ele, porque com certeza agradaria a mim também. Então (x) muitas vezes ele acaba (...) <fazendo sexo, penetração e a ejaculação> ↑ sem o preservativo. (Rony, entrevista pessoal, 18 de março de 2010).

Nesse caso, o homem passivo e mais novo se vê como “suscetível” na relação. Ou seja, incapaz de negociar o uso do preservativo. A ideia de dominação é reforçada pela elevação do tom da voz de Rony, quando fala sobre o assunto: “>que estava dominando a situação<;” porém, fala mais baixo quando afirma que acabava “<fazendo sexo, penetração e a ejaculação>” sem preservativo.

Outra informação diz respeito à satisfação sexual na busca pelo prazer. Para Rony a realização incluía satisfazer os desejos sexuais do parceiro, que era alcançado quando permitia ao homem ativo ejacular dentro de si. Há, assim, uma ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que espera do companheiro o cuidado com a sua saúde, demonstra satisfação ao realizar o desejo dele. Nesse caso, a gestão dos

⁵ De acordo com Camilo Braz (2010), o fato de o homem ser “passivo” e “dominado” não implica necessariamente desconstrução da masculinidade e nem mesmo posicionamentos sexuais rígidos. A construção da sexualidade compõe-se por meio de relações fluidas e flexíveis.

riscos é atribuída ao *homem mais velho*. A proteção dos possíveis agravos à saúde é de responsabilidade do adulto, o que remete mais uma vez à imagem contraditória da “criança indefesa” e do “homem cuidador”. Mesmo que esses jovens já não sejam mais crianças, essa noção parece perdurar no presente e configurar parte de suas experiências sexuais. Nota-se, ainda, a construção de uma relação de completude entre Rony e seu parceiro na opção pelo risco, à medida que a prática sexual que culmina com o gozo do parceiro dentro dele visa a agradar os dois.

Em seguida, Flávio relata que a aids parecia ser uma “lenda urbana”, informação que acabou por constituir uma barreira de proteção contra o vírus, ao menos no plano simbólico. Ele fala:

“Parece que eu não acreditava, sabe? Parece que = meio uma lenda urbana ((risos)). Aí, você sabe ((engasgo)), mas não usava preservativo.” (Flávio, entrevista pessoal, 19 de março de 2010).

Flávio se contradiz ao usar as expressões: “não acreditava” e “Aí, você sabe”, porém, usa a conjunção adversativa “mas”, de oposição, para contrapor a sua primeira afirmação e relata: “não usava preservativo”. Em um primeiro momento, diz que não acreditava na existência do vírus, mas, em seguida, afirma que sabia.

Cabe, nesse momento, a retomada da relação entre a idade de Flávio e a configuração de suas práticas sexuais. Essa questão merece destaque por ser ele um jovem de 21 anos e, portanto, não viveu no período em que a aids não tinha as formas de tratamento atuais. Nesse ínterim, não conviveu com as pessoas acometidas pelo vírus HIV. Portanto, a imagem do homem infectado do início da epidemia – esquelético e com sinais da síndrome de Kaposi – não se faz presente no cotidiano da maioria das pessoas da sua faixa etária.

Assim, em função dos avanços científicos e do acesso aos antirretrovirais, Flávio não convive com pessoas nas quais a materialidade da doença se faz notar fisicamente. Por isso, sua construção de risco ao HIV não passava de uma “*lenda urbana*”, objetivada apenas quando se descobriu infectado. Argui:

“<Entã::::o> hu:::m infecção? ((risos))... como assim? ((risos)) e:::u (x) >já peguei<. Já tem dois anos que <eu já sei disso>.” (Flávio, entrevista pessoal, 19 de março de 2010).

Para além dessa questão, Gabriel se coloca em um grupo de pessoas com características específicas que, segundo ele, por possuírem uma membrana celular capaz de impedir a penetração do HIV, seriam imunes ao vírus. Diz ele:

“E aí eu não sei se eu entro naquele quase 1% de brancos >caucasianos< = que tem uma superespecífica = membrana celular (.) que não permite a entrada do HIV, que são as pessoas imunes”. (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

Vale ressaltar o emprego dos descriptores “1%”, “super” e “específica”, que refletem a complexidade desse suposto fenômeno, capaz de tornar “imunes” ao vírus da aids apenas “1%” da população. No entanto, como condição para isso, faz-se necessário que sejam “brancos >caucasianos<”.

Ao partir novamente do pressuposto de que pode ser imune, Gabriel acrescenta outra informação. Em uma conversa sobre o seu posicionamento durante as práticas sexuais, ele diz que opta pela prática insertiva em contraposição à receptiva. Em acréscimo, fala sobre a possível relação entre a sua posição nas atividades性uais e os riscos nela implicados. Ao discutir acerca do atrito entre seu pênis e o ânus do parceiro, faz a correlação entre o seu posicionamento de insertivo e, portanto, de quem sofre menos atrito durante as relações, e o de uma mulher lésbica. Em seus dizeres:

"E, aí, uma coisa muito interessante = que nesse caso meu posicionamento é quase como o posicionamento de uma lésbica." (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

Essa comparação está relacionada diretamente à ideia de imunidade. Em função da quase inexistência de informações epidemiológicas sobre a infecção de mulheres lésbicas às DST, HIV/aids seus corpos foram considerados "imunes", principalmente por não ocorrer penetração entre pênis e vagina e, portanto, não haver troca de secreções (Almeida, 2005) .

Gabriel também adentra a esfera da espiritualidade ao falar sobre as maneiras como gera seus riscos. Pensa existir uma força sobrenatural que permitiria um contato entre ele e o mundo espiritual, por meio da qual receberia sinais capazes de despertá-lo para a interrupção da prática sexual com o parceiro. Diz ele:

Existe, em último caso, uma coisa na qual eu não acredito muito, mas não sei o porque acontece de vez em quando = ↑ eu olho para a cara da pessoa, e num primeiro momento, eu fico afim = e do nada ↓ eu perco a vontade. Talvez, para alguns espiritualistas = alguma coisa do tipo = poderia chamar isso de sexto sentido (.) e de que alguém no mundo espiritual e não no mundo material avisou alguma coisa e fez com que eu parasse e que poderia acontecer alguma coisa = (...). (Gabriel, entrevista pessoal, 02 de fevereiro de 2010).

Trata-se, a nosso ver, de uma crença de gestão de riscos pautada pelos valores simbólicos, místicos e religiosos, nesse caso, em uma vertente *espiritualista*. Comumente, apesar de ciência e religião apresentarem versões distintas para as questões ora discutidas, Gabriel, durante nossas discussões, acaba por aproximar-as. Isso porque usa uma fala focada em diversos saberes científicos, dentre os quais a biomedicina, embora, em outro momento, recorra a fontes místicas para dar sentido à sua prática sexual sem preservativo.

Assim que o AZT começou a ser utilizado no tratamento para as pessoas que viviam com HIV e estavam em fase de adoecimento, percebeu-se que o medicamento provocava mudanças no corpo, chamadas de lipodistrofia. Essas transformações tinham como principal consequência a perda de gordura principalmente da face, das pernas e dos braços, deslocada então para outras regiões do corpo, como barriga, abaixo do queixo e nuca (Dutra & Libonati, 2008), além de provocar o aumento das veias. Isso levou à crença de que seria possível identificar as pessoas acometidas pela aids, e, consequentemente, evitar qualquer contato sexual sem preservativo como maneira de gerir os possíveis riscos de infecção pelo HIV. No entanto, com a universalização da testagem sorológica e a descoberta de novos coquetéis antirretrovirais esses efeitos passaram a ser questionados. Isso porque, ao se diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV, é possível controlar a doença com acompanhamento multidisciplinar, podendo a pessoa infectada não apresentar sinais aparentes de lipodistrofia⁶.

Não obstante, as pessoas infectadas, sobretudo na manifestação da aids, ainda podem apresentar sinais de lipodistrofia, noção que ainda continua a despertar a atenção da população como forma de gerir tais riscos⁷. É o caso de Aristóteles, que descreve suas práticas sexuais sem preservativo tendo como critério a aparência física dos parceiros. Ele diz:

⁶ Diante dos avanços científicos no campo da estética corporal, e ao levarmos em consideração o incentivo aos "cuidados do corpo saudável" (Ramiro, 2009), podemos dizer que a própria noção de estilo de vida, ao defender esse argumento como meta, acaba por contribuir para a produção de estilos de vida arriscados. Isso porque, relata Luis Silva (2008), na presença de um homem "sedutor", cujo corpo seja "provocante", o tesão pode falar mais alto e culminar na prática sexual sem preservativo.

⁷ A aparência física como critério para aproximar ou refutar pares em trocas sexuais também apareceu nas discussões de Silva (2008). Para esse autor, a aids ainda se materializa no corpo e desloca olhares para a imagem das pessoas que viviam com HIV no início da epidemia. Em acréscimo, tais correlações nem sempre ecoam os fatos, pois existem outros fatores que podem levar as pessoas a estados de debilidade física, tais como a anemia, anorexia, depressão.

Agora, apesar de eu fazer sexo sem preservativo, não significa que eu (...) só faço sexo sem preservativo = ou que eu faça sexo com qualquer pessoa. Hâ:::ã mesmo quando eu vou a uma festa de suruba = orgia = se tiver uma pessoa que (...) ↓ fisicamente (...) hâ:::ã (x) demonstre (...) minimamente sinais de que esteja em estágio avançado da doença = mesmo que eu saiba que ela faça tratamento, eu prefiro não transar com ela. É:::é (x) eu me dou o direito de recusar o ato sexual = eu só faço sexo com as pessoas que eu considero minimamente saudáveis. O que seria hu::::m (x) para mim (...) sinais de uma pessoa saudável? Visualmente ter uma estrutura física hâ:::ã (x) compatível com a idade e peso etc., hâ:::ã (x) não apresentar sinais de:::e (x) lipodistrofia, não apresenta::::r aquelas veias ressaltadas que são muito comuns principalmente nas pessoas que tomam o AZT (...) por muito tempo. A minha cabeça, por ter um pouco de conhecimento sobre o assunto, é::::é as pessoas que tomam antirretroviral, >principalmente as pessoas que são só da época do AZT<, as veias são mui::::to ressaltadas, é um remédio que dilatada muito as veias, ficam muito visíveis nas pernas, nos braços dessas pessoas, aquela barriga muito inchada, aquelas (...) marcas faciais que ficam muito aprofundadas no rosto. Então = sinceramente = nesse tipo de pessoa eu não sinto tesão. (Aristóteles, entrevista pessoal, 15 de fevereiro de 2010).

Embora Aristóteles faça restrições a parcerias fundamentadas na aparência física, ele reduz o tom da voz no momento em que dá essa explicação: “(...) hâ:::ã mesmo quando eu vou a uma festa de suruba = orgia = se tiver uma pessoa que (...)↓ fisicamente (...) hâ:::ã (x) (...)” (Aristóteles, entrevista pessoal, 15 de fevereiro de 2010). Portanto, não parece ser tranquilo ter de discorrer sobre um assunto que tende a ser visto como sinal de preconceito. Vale destacar também a sua própria condição sorológica e a de quem já tomou o AZT, mas não apresenta sinais de lipodistrofia. A ausência de transformações corporais ajuda a entender seu posicionamento como uma pessoa “saudável”.

Para ele, viver com aids e, assim, estar doente, acarreta mudanças físicas, perceptíveis pelo olhar. Entretanto, nem sempre sinais como aprofundamento da face, barriga inchada, braços e pernas finas são sinais de lipodistrofia. E uma pessoa que está com aids e não toma o coquetel antirretroviral pode infectar o parceiro, a despeito de não apresentar alterações no corpo. Além disso, nem todas as pessoas acometidas pela doença provocada pelo vírus HIV e que fazem uso desse medicamento apresentam mudanças físicas.

Presentifica-se, ainda, na experiência de Aristóteles aquilo que Silva (2008) denominou de “pacto intelectual”. Ou seja, há um acordo tácito entre ele e seus parceiros segundo o qual todos realizam práticas sexuais sem proteção. Esse autor atribui ao “pacto intelectual” a ideia de prática muitas vezes coletiva – “uma festa de suruba = orgia (...)” –, na qual as pessoas compartilham os mesmos interesses.

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

A única situação em que eu opto por transar com preservativo ↓ é quando eu noto (x) que existe alguma doença no parceiro = que antes tinha combinado de transar sem preservativo. Tipo, eu chego lá o cara tem condiloma⁸, e aí eu não vou transar com ele

⁸ Apesar de ser pouco conhecido pelo fato da baixa taxa de ocorrência, o condiloma acuminado, causado pelo vírus do papiloma humano (HPV), também pode ser transmitido por via oral. Diante da prática sistemática do sexo oral sem preservativo, já ocorrem relatos científicos da instalação da infecção pelo HPV na cavidade oral (Castro & Duarte, 2004).

sem preservativo. Se ele não quiser, aí a gente não transa. (Daniel, entrevista pessoal, 25 de fevereiro de 2010).

A doença citada é mais conhecida como “couve-flor” ou “crista de gallo” em função das verrugas que aparecem no corpo, geralmente na glande do pênis ou na região anal, em formatos que lembram as duas figuras. Ademais, nem sempre os sinais e sintomas do condiloma são aparentes, o que o torna muitas vezes imperceptível, pois a pessoa pode estar infectada sem que apareçam sinais da doença. Essa ideia pode fazer sentido nas práticas de Daniel, haja vista que ao falar dessa percepção ele baixa o tom da voz e coloca em “xeque” se de fato consegue ter tal agudeza: “↓ é quando eu noto (x) que existe alguma doença no parceiro (...). (Daniel, entrevista pessoal, 25 de fevereiro de 2010).

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

Eu faço parte de uma elite de classe média, de uma elite intelectual, vamos dizer assim. Eu tenho nível superior, procuro pessoas que tenham o mesmo nível de formação ou aproximado. Eu:::u = >normalmente< = raramente:::e eu transei com pessoas com nível escolar muito abaixo do meu, com nível cultural muito abaixo do meu. Se isso aconteceu foi um desvio padrão da regra. A regra são pessoas com certa formação e:::e (x) cultural, de forma hâ:::ã as pessoas saberem o que elas estavam fazendo = embora não fosse explícita, verbalizada, fosse uma coisa implícita, que as pessoas sabiam o que estavam fazendo e o risco que estavam correndo. (Aristóteles, entrevista pessoal, 15 de fevereiro de 2010).

Ele enfatiza a palavra “nível” para equiparar os possíveis riscos encontrados nas diversas camadas da sociedade. Assim, aquelas “pessoas que tenham o mesmo nível de formação ou aproximado” do nosso interlocutor corresponderiam à população de menor risco para ele. Esse raciocínio é apresentado como uma expressão matemática, nesse caso, pela fala: “desvio padrão da regra”.

Nota-se ainda a acentuação da pronúncia das palavras “elite” e “nível”. Grosso modo, a primeira expressão se relaciona à noção genérica de pequeno grupo cujo posicionamento em relação a um determinado assunto se distingue dos demais. Nesse caso, ao ser ressignificado no campo da sexualidade, o termo “elite” passa a dizer respeito a um determinado grupo que se apresenta como alternativa mais “segura” na vivência do risco exacerbado. Isso pode ser mais bem explicitado à medida que a circulação desses homens se daria apenas entre um grupo cujos membros são “distintos” dos demais. É como se questões econômicas produzissem uma barreira contra possíveis agravos à saúde, e isso daria uma maior sensação de segurança para arriscar. Retoma-se aqui a noção de “pacto intelectual” (Silva, 2008). No caso de Aristóteles, ao afirmar “eu faço parte de uma (...) elite intelectual, vamos dizer assim” ele acredita que as práticas sexuais arriscadas se dão entre homens cuja capacidade reflexiva é definida pelo meio social (Lévy, 1988).

Em resumo, este artigo tratou de repertórios que circulam no cotidiano de nossos interlocutores, e constituem informações usadas na construção de sentidos na gestão dos riscos das DST, HIV/aids. Dentro as dimensões possíveis, abordou-se: a noção de posição sexual, os locais para práticas sexuais, a criação de “imunidades imaginárias” como a lenda urbana, o homem mais velho como protetor, o homem branco caucasiano e sua membrana super-resistente ao vírus, o sexto sentido, o posicionamento lésbico. Além disso, ganhou destaque a aparência física associada aos sinais de lipodistrofia, o fator socioeconômico e o grau de escolaridade.

Considerações finais

Como os homens que fazem sexo com homens quando optam pelo não uso do preservativo em parceria casual gerenciam os riscos de infecção por DST, HIV e/ou a reinfecção pelo HIV em suas práticas sexuais? Essa foi a questão norteadora deste artigo.

O tema mais presente nas entrevistas foi a posição sexual como estratégia de gestão dos riscos. Esse resultado aproxima-se de outras pesquisas na área da antropologia (Braz, 2010) e da psicologia em suas interfaces (Silva, 2008). Por ocupar a posição insertiva nas práticas sexuais, a maioria dos participantes se considera em uma zona de segurança maior do que os parceiros receptivos.

Nessa direção, chamou a nossa atenção o caso de um participante jovem que, por não ter convivido com pessoas que materializaram a aids nos corpos marcados pelos sinais de lipodistrofia, falou da doença como uma “lenda urbana”, algo que ouviu dizer, mas que parecia distante de seu cotidiano. No entanto, a lenda se tornou realidade no dia em que ele se viu infectado pelo HIV. Para o então chefe do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, Dirceu Greco, há um aumento da incidência da aids entre os jovens entre 13 e 24 anos provocado, supostamente, pela diminuição do debate público sobre os riscos da doença.

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

Há ainda quem pense possuir o dom de perceber nos traços físicos dos parceiros suas condições de saúde, questão que legitimaria a possibilidade de ocorrência de práticas sexuais sem preservativo. Somado a isso, questões socioeconômicas e o nível cultural também apareceram como critérios e possibilidades de se gerir os riscos de uma infecção. Assim, um homem de classe média alta, com nível de escolaridade elevado, relata que ao manter relações性uais apenas com pessoas do mesmo nível que o seu estaria gerindo possíveis riscos.

Todavia, até o presente momento, apesar dos esforços de pesquisadores ao redor do mundo, não há cura para a doença. Porém, com o advento das novas tecnologias na área da aids, as quais permitiram o desenvolvimento de novos medicamentos que possibilitaram o prolongamento da sobrevida de pessoas que vivem com HIV, criou-se um cenário de amenização dos efeitos que a doença provoca na vida das pessoas.

Em contrapartida, em entrevista realizada em 2010, Mauro Schechter relata o aparecimento dos efeitos do uso em longo prazo dos antirretrovirais (Schechter citado por Cupani, 2010). Segundo ele, as pessoas que vivem com HIV estão morrendo mais de doenças relacionadas a infarto, diabetes e câncer do que de causas relacionadas à aids. Dentre as primeiras, o número de óbitos subiu 8%, enquanto no segundo grupo não chegou a 3%. No que se refere às doenças relacionadas ao coração, esse número foi ainda maior: 8% no primeiro grupo e 0,8%, no segundo. O pesquisador ainda alerta para a atenção dada à saúde das pessoas que vivem com HIV, pois parte dessa questão deve-se à visão médica que está direcionada apenas ao HIV, enquanto se deveria fazer um trabalho integrado com vistas a discutir

os estilos de vida das pessoas. Acrescente-se a essas questões o aumento no número de câncer anal provocado pelo HPV e de câncer de pulmão (Pela Vidda, 2009).

Talvez Spink (2007a) nos dê pistas para refletirmos sobre esse tema. A autora reconhece que vivemos experiências arriscadas cotidianamente, seja em nível individual ou coletivo. Daí a importância de se desenvolver estratégias de gestão de risco.

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

Em síntese, procuramos examinar nesta pesquisa as estratégias de gestão de riscos adotadas por HSH. Percebemos que, cada vez mais, eles desenvolvem suas autonomias, apropriam-se de informações do cotidiano, de valores, de crenças, e constroem distintas maneiras de gerir os riscos para DST, HIV/aids. Dessa forma, notamos que tais estratégias, frequentemente, seguem uma lógica individual e não reproduzem o modelo adotado nas políticas de prevenção do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Almejamos que essas informações fortaleçam o debate sobre prevenção na área da aids, levando em consideração a complexidade da sexualidade humana, sem cair em medidas prescritivas e de viés normativo.

Referencias

- Almeida, Gláucia (2005). *Da invisibilidade à vulnerabilidade. Percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS*. Tese de Doutorado inédita, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Ayres, José Ricardo (1997). *Sobre o risco. Para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Berg, Rigmor (2009). Barebacking. A review of the literature. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 754-764.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9462-6>
- Brasil (1996). *Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Retirado em 20 de setembro de 2008, de <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
- Braz, Camilo (2010). *À meia-luz... Uma etnografia imprópria em clubes de sexo masculinos*. Tese de Doutorado inédita, Programa de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.
- Browne, Katherine (2005). Snowball sampling. Using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 47-60.
<http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000081663>
- Castiel, Luis David (1996). Vivendo entre exposições e agravos. A teoria da relatividade do risco. *História, Ciências. Saúde-Manguinhos*, 3(2), 237-264.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701996000200003>
- Castiel, Luis David & Alvarez-Dardet, Carlos (2007). *A saúde persecutória. Os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Castro, Therezita & Duarte, Maria Luisa (2004). Condiloma lingual. Relato de caso clínico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(4), 565-568.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992004000400021>
- Cupani, Gabriela (2010). *Soropositivos morrem mais de doença do coração do que de Aids*. Retirado em 07 de janeiro de 2011, de <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/776910-soropositivos-morrem-mais-de-doenca-do-coracao-do-que-de-aids.shtml>
- De Luiz, George Moraes (2011). *A gestão dos riscos no cenário da aids. Um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual*. Dissertação de Mestrado inédita, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Dias, Paulo Dias & Nobre, Flávio Fonseca (2001). Análise dos padrões de difusão dos casos de AIDS por estados brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, 17(5), 1173-1187.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000500018>
- Dutra, Claudia & Libonati, Rosana (2008). Abordagem metabólica e nutricional da lipodistrofia em uso da terapia anti-retroviral. *Revista Nutrição*, 21(4), 439-446.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000400008>
- Faugier, Jean & Sargeant, Mary (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 790-797. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x>
- Foucault, Michel (1999/2005). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fry, Peter (1982). *Para inglês ver. Identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Hacking, Ian (1991). How should we do the history of statistics? In Graham Burchell, Colin Gordon e Peter Miller (Eds.), *The Foucault effect. Studies in governmentality* (pp. 181-195). Chicago: University of Chicago Press.
- Hine, Christine (2006). *Virtual methods. Issues in social research on the internet*. New York: BERG.
- Jefferson, Gail (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. Em Maxwell Atkinson e John Heritage (Eds.), *Structures of social action. Studies in conversation analysis* (pp.346-369). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jeolás, Leila (1999). *O jovem e o imaginário da Aids. O bricoleur de suas práticas e representações*. Tese de doutorado inédita, Programa de Doutorado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Le Breton, David (1991). *Passions du risque*. Paris: Métallisé.
- Lévy, Bernard-Henri (1988). *Elogio dos intelectuais*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Pela Vidda (2006). Homossexuais e Aids, a epidemia negligenciada. *Cadernos Pela Vidda*, 16(42), 1-29.
- Pela Vidda (2009). Vinte anos depois. *Cadernos Pela Vidda*, 18(47), 1-31.
- Pela Vidda (2010). O melhor remédio. *Cadernos Pela Vidda*, 19(48), 1-30.
- Ramiro, Adriane (2009). *Estratégias de governamentalidade no âmbito da promoção da saúde. O controle do peso corporal como estilo de vida saudável*. Tese de Doutorado inédita, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Silva, Luis Augusto Vasconcelos da (2008). *Desejo à flor da tel@. A relação entre risco e prazer nas práticas de Barebacking*. Tese de Doutorado inédita, Programa de Estudos Pós-graduandos em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

- Spink, Mary Jane (2001). Trópicos do discurso sobre risco. Risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Caderno de Saúde Pública*, 17(6), 1277-1311.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600002>
- Spink, Mary Jane (2007a) Sobre a Promoção da Saúde. Tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. Em Leny Sato e Ana Jacó-Vilela (Orgs.), *Diálogos em Psicologia Social* (pp.345-360). Porto Alegre: Editora Evangraf.
- Spink, Mary Jane (2007b). Posicionando pessoas por meio da linguagem dos riscos. Reflexões acerca do desenvolvimento de 'habilidades' como estratégia de promoção da saúde. Em Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão e Alexandre Palma (Orgs.), *A saúde em debate na educação física* (v. 3, pp. 253-273). Ilhéus: Editus.
- Spink, Mary Jane & Lima, Helena (2000). Rigor e visibilidade. A explicitação dos passos da interpretação. Em Mary Jane Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas* (pp.93-122). São Paulo: Cortez.
- Spink, Mary Jane & Menegon, Vera Mincoff (1999). A pesquisa como prática discursiva. Superando os horrores metodológicos. Em Mary Jane Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas* (pp.63-92). São Paulo: Cortez.
- Westphal, Márcia (2009). Promoção da saúde e prevenção de doenças. Em Gastão Wagner Campos, Maria Cecilia de Souza, Marco Akerman, Marcos Drumond e Yara Maria de Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp.635-668). Rio de Janeiro: Friocruz.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas. No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)