

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA

**PRESERVATIVOS MASCULINO E FEMININO:
NOVAS E VELHAS NEGOCIAÇÕES**

Maria Amélia Lobato Portugal

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro
2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS SAMUEL PESSOA

**PRESERVATIVOS MASCULINO E FEMININO:
NOVAS E VELHAS NEGOCIAÇÕES**

Maria Amélia Lobato Portugal

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro
2003

A todos que batalham para manter acesa
a emoção da utopia da prevenção as DST/aids.

AGRADECIMENTOS

À Elizabeth Moreira dos Santos, orientadora e parceira de reflexões, leituras e avanços. A confiança depositada e as críticas foram relevantes neste processo.

À Ângela Nobre de Andrade, segunda orientadora, pessoa que prontamente aceitou com delicadeza o convite para colaborar com um processo já bastante consolidado. Sua participação foi de grande importância.

Aos membros da banca que generosamente colaboraram para o aprimoramento deste produto, para minhas reflexões e (auto)críticas. A competência e rigor das leituras críticas valorizaram meu texto.

Aos sujeitos da pesquisa que aceitaram os riscos e benefícios das entrevistas. As trocas estabelecidas foram preciosas e frutíferas. Em mim, “verdades” da prevenção foram revisadas em versão carne e osso. A eles meu respeito e solidariedade.

A todos que compreenderam e colaboraram.

À minha “anja” alegremente presente quando necessário.

À equipe do Centro de Referência DST/aids da Prefeitura Municipal de Vitória (ES) pelo apoio institucional, acolhida e colaboração.

À Coordenação Estadual de DST/aids do Espírito Santo pelo apoio e acessos disponibilizados.

À CAPES pela bolsa concedida.

“É aquele cara saudável, bonitinho e tal, saradinho, aquela menina a mesma coisa: no primeiro momento é exatamente isso, você não conhece ninguém! E dizer para a pessoa: ‘assim como você deve ter lá no fundo um segredo, ultraguardado, que você não vai falar para ninguém, nem para o seu marido! Eu também tenho os meus que eu não vou falar para ninguém, nem para minha mulher quando eu tiver. Esse segredo pode ser isso! Então, use camisinha’” (Gilson).

“Você só dizer ‘eu só fico com você’, não é o suficiente para não usar mais [camisinha]. Tem que ter uma certeza de como é que está a sua saúde. (...) Igual no caso meu com meu parceiro, nós fizemos o processo ao contrário. Nós teríamos que ter feito essa pesquisa de saúde primeiro, para depois suspender” (Valdete).

“O certo seria em todas as relações” (Rosana).

“Ninguém usa camisinha porque gosta, usa por proteção” (Rose).

“Não, sem camisinha não! Tem que ser com camisinha! O mundo está de cabeça para baixo!” (Eveline).

RESUMO

Esta tese tem por objetivo identificar e analisar aspectos decorrentes da introdução do preservativo feminino na complexa dinâmica da negociação da prevenção da transmissão heterossexual das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e em especial do vírus HIV. Buscou-se responder a questões, como por exemplo, se o dispositivo influencia (ou não) as negociações sexuais entre homens e mulheres, e de que maneira(s) isso ocorre. Visa-se explorar o possível potencial do produto para comunicação e negociação, investigando-se até que ponto trata-se de um artefato tecnológico que cria condições favoráveis à adoção de práticas sexuais seguras. O preservativo feminino, único método de barreira de dupla proteção, ou seja, contraceptivo e preventivo à transmissão das DST controlado, ou iniciado pelas mulheres, configura avanço dentro da pequena disponibilidade existente de métodos de prevenção. O produto vem sendo comercializado no país desde 1997, e distribuído gratuitamente em diversos Estados desde 2000, por iniciativa da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN DST/aids). A pesquisa de campo teve por instrumento entrevistas individuais semi-estruturadas com homens e mulheres usuários, ou não, de preservativos femininos e masculinos em Vitória (ES), sendo a maioria deles participante dos serviços de distribuição de preservativos, e suas redes de sociabilidade (indicações de sujeitos para novas entrevistas). Podemos caracterizar para efeito de análise, três tipos de situações interativas nos encontros eróticos e sexuais: 1. Relações onde um dos indivíduos, ou ambos, consideram a prevenção como um compromisso e valor fundamental do qual não abrem mão; 2. Relações onde um, ou ambos os envolvidos, tem iniciativa de negociar as práticas a serem adotadas, ou seja, há uma atitude baseada na autonomia, mas não necessariamente assume-se um compromisso consistente com a prevenção; 3. Relações onde um dos indivíduos (em geral a mulher) se submete ao desejo do outro, não havendo consenso mútuo. Artefatos tecnológicos podem meramente gerar efeitos pontuais, caso não ocorram mudanças estruturais estratégicas. As escolhas sobre uso de método de proteção envolvem inúmeras dimensões que vão desde a relação entre desejo e risco, até a problematização do controle da sexualidade do outro. Busca-se tanto compreender os múltiplos significados das práticas sexuais humanas, como contribuir para ações que efetivamente possam controlar a epidemia mantendo a ética e a solidariedade.

Palavras chaves:

Preservativo feminino; representações simbólicas; prevenção DST/aids; sexualidade; relações de gênero

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to identify and analyze relating aspects of the introduction of the female condom in the complex negotiation of preventing STD transmission, HIV in especial, among heterosexual relationships. The aim is to answer questions such as if the device influences, or not, erotic and sexual negotiations between men and women, and if so, how such things occur. Another point is to explore the potential of the product relating to communication and negotiation, trying to find out to which extent this technological device provides conditions to safer sexual practices. The female condom, the only method that offers double protection, which means protection against conception as well as STD transmission, controlled and initiated by woman, is a great progress considering the few prevention methods available. The device has been commercialized in this country since 1997, and distributed for free in several Brazilian states since 2000 by the National STD Coordination. The field research was conducted in Vitória (ES) through personal semi structured interviews with different men and women who made use, or not, of male and female condoms. The majority of the interviewed persons participate of this free preservative distribution, as well as their social relationship network (pointing out people for new interviews). As result of analysis procedures we can identify three different types of interactive situations within erotic and sexual negotiations: 1. Relationships when one or both partners consider prevention as a commitment and crucial value that will not be neglected; 2. Relationships when one or both partners initiate negotiation but prevention is not necessarily a commitment; 3. Relationships when one partner, usually the woman, is subdued to the other's desire, therefore mutual consensus does not occur. Technological devices can create specific effects if strategic structural changes don't occur. Choosing prevention methods involves several dimensions from relation between desire and risk, to control of partner's sexuality. The aim is to understand the broad meaning of human sexual practices and to contribute to effective ways to control the epidemic under ethical and supportive aspects.

Key words:

Female condom; symbolic representations; STD/aids prevention; sexuality; gender relations

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
18	1. DE QUE SEXUALIDADE ESTAMOS FALANDO?	
	1.1 Sexualidades	18
	1.2 Produção ou repressão: sexualidades e sociedades disciplinares	22
	1.3 Sexualidade feminina, teoria marxista e capitalismo	27
	1.4 As várias epidemias	33
	1.5 Orgulho gay e sexo seguro	39
	1.6 Da inovação ao conservadorismo	42
47	2. O QUE É PRESERVATIVO FEMININO?	
	3. EXPLORANDO O CONCEITO DE NEGOCIAÇÃO	
	3.1 Dádiva e negociação	64
	3.2 Negociação e encontros eróticos e sexuais	69
	4. METODOLOGIA	84
	4.1 Descrição do estudo	84
	4.2 Objetivos específicos	85
	4.3 Sujeitos do estudo	86
	4.4 Técnica de coleta de dados	87
	4.5 Considerações sobre análise dos dados	97
110	5. OS SUJEITOS DA PESQUISA	
	6. NEGOCIAÇÕES: HISTÓRIAS DE VIDA E APOIO SOCIAL	
	119	
	7. NEGOCIAÇÕES: ROMANTISMO E AUTONOMIA	128
	8. NEGOCIAÇÕES: RISCO E PROTEÇÃO	148
	9. NEGOCIAÇÕES: PAPEL DO PRESERVATIVO FEMININO	
	174	
181	CONCLUSÕES E CRÍTICAS	
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	195	
	ANEXOS	

203	ANEXO 1: BREVE PERFIL DOS ENTREVISTADOS
211	ANEXO 2: ROTEIRO BASE PARA ENTREVISTAS
213	ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTRODUÇÃO

Esta investigação visa analisar possíveis mudanças trazidas pela introdução do preservativo feminino em negociações eróticas e sexuais envolvidas nas práticas preventivas à transmissão sexual do HIV e outras DST entre homens e mulheres.

Desde 1991 venho trabalhando no campo da prevenção as DST/aids. Esta trajetória, práticas profissional e militante vem me levando a reflexões acerca do alcance e limites das propostas de prevenção hegemônicas. Basicamente, as dificuldades para negociação de práticas sexuais prazerosas e seguras, dentre outros fatores, motivaram o presente estudo realizado em Vitória (ES), cidade onde leciono (Universidade Federal do Espírito Santo - UFES). Este produto final almeja contribuir na problematização de aspectos “óbvios” e cruciais do cotidiano das trocas eróticas e sexuais.

A pluralidade de significados e a polifonia de sentidos existentes nas práticas eróticas e sexuais demandam construções de alternativas múltiplas. A recomendação para o uso do preservativo (masculino), por exemplo, não parece ser uma prática viável para qualquer sujeito, ainda mais quando se consideram os diversos momentos e contextos nos quais a sexualidade é vivenciada nas histórias de vida.

A emergência e a rápida disseminação do HIV em todo o mundo vem evidenciando nossas ignorâncias a respeito da complexa sexualidade humana. A tradição em teoria e métodos de pesquisas no assunto é considerada por muitos fator de restrição para desenvolvimento de estudos que possibilitem delineamento de estratégias mais eficazes de prevenção (Santos, 1992; Vance, 1995; Schall & Struchiner, 1995; Barbosa, 1997).

O contexto gerado pelo advento da epidemia incentiva a atualização de aspectos específicos das abordagens biomédicas da sexualidade, o que revive e fortalece modelos de sexualidade essencialistas e inadequados (Vance, 1995; Parker 2000). Os modelos utilizados em grande parte das pesquisas se mostram insatisfatórios e carecendo de sustentação teórica e metodológica.

Historicamente os “pioneiros” no tema sexualidade como Havelock Ellis, Kinsey e Masters & Johnson têm o mérito de “desmitificar” e “naturalizar” a sexualidade humana, resposta à sociedade e à ciência da época, possibilitando a abertura do tema como objeto de investigação científica, para além do domínio da religião e da moralidade. Estes autores

descreveram exaustivamente as diversas condutas e formas de expressão da sexualidade, registrando frequências de comportamentos em grupos específicos da população (Robinson, 1977).

Estes estudos podem, a princípio, parecer banais a olhos pouco atentos, mas trata-se na verdade, de uma mudança significativa. A produção científica e os discursos existentes refletem mudanças no pensamento em diferentes momentos históricos. A abordagem biomédica “detém” legitimidade social para tratar o assunto atualmente, como um dia ele foi objeto da religião.

O modelo biomédico nos coloca diante de uma tradição que reduz a sexualidade à reprodução e suas tecnologias, não contemplando seu caráter de prazer e erotismo, além de dicotomizar as mulheres em procriadoras e prostitutas, tratando-as como um problema, ou como uma ameaça (Santos, 1992; Simões Barbosa, 1995). Corre-se o risco da repatologização da sexualidade como no século XIX e início do século XX, quando a discussão pública do sexo era motivada e circunscrita pelos discursos sobre as doenças venéreas, prostituição e masturbação, abrindo portas para intervenção governamental e profissional (Vance, 1995; Carrara, 1996).

Ao mesmo tempo, grande parte das investigações tem o enfoque dirigido aos determinantes individuais das práticas e das mudanças comportamentais, não se atendo aos componentes culturais e ambientais que podem viabilizar, ou não, a adoção de práticas sexuais seguras em tempos de aids.

Práticas sexuais podem ser consideradas como fatores de risco, ou de proteção, na transmissão sexual do HIV. É o que acontece na tradição em pesquisas comportamentais, por exemplo, com destaque para aquelas provenientes da tradição anglo-saxônica. Nesta perspectiva, as práticas sexuais são potencialmente consideradas como processos mórbidos e descritas, analisadas e “controladas” como casos de um dado universo patológico. Os modelos de intervenção daí derivados baseiam-se em medidas focais de controle, tais como, controle de grupos de risco e modificações de determinados comportamentos, padrão tradicional da pesquisa epidemiológica (Santos, 1992 e 1995).

A perspectiva de busca de mudanças dos fatores de risco engendra a necessidade de controle o que, em última instância, sustenta a lógica erotofóbica que retira o foco do estudo das causas dos comportamentos para focar o seu controle. A vida sexual é

identificada com (e reduzida a) relações sexuais e, depois, com dois de seus efeitos socialmente classificados como negativos: gravidez indesejada e DST (Santos, 1992).

Na Antropologia Cultural, Sociologia, Psicologia Social e História, a atenção se volta cada vez mais para os significados das práticas sexuais, descritas como construções sociais, culturais e inseridas numa economia política dos símbolos. Busca-se compreender o caráter multidimensional da sexualidade (significados subjetivos – psicológicos- e intersubjetivos –sociais e culturais), aspectos bastante relevantes e não evidenciados por pesquisas que somente contam o número de atos sexuais e número de preservativos utilizados.

O mundo contemporâneo vive a emergência da *sexualidade plástica* como colocado por Giddens (1993), que significa emancipação e prazer sexual para as mulheres. Além da desvinculação da sexualidade – procriação que vem transformando a intimidade. Espera-se mais da sexualidade hoje, sendo a parceria sexual satisfatória (prazer recíproco) um elemento chave para continuidade ou não da relação. A difusão dos métodos anticoncepcionais “libertou” a sexualidade das necessidades da reprodução, assim como a tecnologia reprodutiva desvincula a reprodução da sexualidade.

Na medida em que se aprofunda a compreensão da sexualidade como fenômeno cultural, um “*dispositivo histórico*” segundo Foucault (1977:100), significados emergem em polifonia, não cabendo classificação do tipo norma e desvio.

As interações e trocas se dão de maneira que a confrontação do próprio lugar de cada indivíduo no interior da estrutura social está incorporada (Bourdieu, 1989). Neste sentido é que se busca compreender também as trocas eróticas e sexuais. Por outro lado, a adoção de medidas de proteção não é resultante do acesso puro e simples à informação, ou da decisão individual, mas sim de processo construído a partir das vivências, visão de mundo e de si próprio (Monteiro & Santos, 2001).

Significados e motivações estão subjacentes aos acordos estabelecidos em contextos e parcerias específicas. Tais acordos relacionam-se ao trabalho incessante de produção e reprodução das relações sociais de poder historicamente datadas. Neste sentido a argumentação apresentada por Bourdieu (1999) sobre a dominação masculina nos pareceu de especial relevância teórica e simbólica. A possibilidade de perpetuação, ou de ruptura, do acordo entre as estruturas mentais e as estruturas objetivas nos possibilita fértil

ferramenta conceitual de compreensão dos embates vivenciados cotidianamente nas negociações eróticas e sexuais. As estruturas mentais são duráveis, mas não eternas. Estas são incorporadas a partir dos grupos nos quais os indivíduos se inserem, sistema de potencialidades que podem reproduzir ou modificar tais estruturas. Para análise dos dados foram utilizados os conceitos de *habitus*, *capital simbólico (ou cultural)* e *hexis corporal* (Bourdieu, 1989, 1996 e 1999). Na maioria das vezes, as práticas adotadas, protegidas ou não, não se dão a partir de uma decisão ou planejamento racional, mas refletem o que foi dialeticamente aprendido e internalizado nas dinâmicas relações sociais vividas pelos indivíduos de carne e osso.

Quanto mais compreendemos a aids como doença crônica (Parker, 2000), mais a prevenção ganha importância tanto para os infectados (reinfecção), quanto para os não infectados. O número de infectados continua aumentando com especificidades em grupos sociais e etários. Prevenir é muito mais do que uma ação teleológica.

Nossa capacidade de prover tratamento e aconselhamento interfere na definição de estilos de vida, e também é oportunidade de intervir no curso epidemiológico da infecção pelo HIV. Há falta de instrumentação teórica na formação dos profissionais que, em geral, não contempla a sexualidade. Além disso, há discrepância entre conhecimento dos meios de proteção e as práticas efetivamente adotadas pelos sujeitos. Estas não são resultantes de decisão ou comportamento racional planejado. A adoção de práticas protegidas consistentes, assim como das habilidades necessárias, têm no acompanhamento e no diálogo aspectos importantes. Sem convencimento mútuo dificilmente se fará uso consistente de proteção. O diálogo entre pares e as trocas de experiências são apontados como fatores que facilitam este processo de mudança almejado em prol dos ideais preventivistas.

A epidemia pelo HIV/aids ultrapassou o tênue limite entre a “imoralidade da rua” e a “segurança da casa”, imiscuindo-se na “sacralidade” das relações conjugais. Trata-se de um retrato possível do descompasso ocasionado por mudanças do perfil inicial da epidemia, fato que passou despercebido e foi desconsiderado por formuladores de políticas públicas. Faz-se necessário o questionamento das moralidades conjugais vigentes e de algumas posturas, como já apontado pelo movimento feminista antes do advento da epidemia.

A recente atenção dispensada ao risco de exposição heterossexual para transmissão do HIV vem aumentando basicamente na medida em que os dados epidemiológicos nacionais e internacionais mostram aumento progressivo e proporcional do número de casos entre mulheres (Bounds, 1997; Barbosa, 2000; Bastos, 2000; Latka, 2001).

A entrada massiva das mulheres nos dados notificados demonstra que a vulnerabilidade feminina desvela uma história marcada tradicionalmente pela subordinação e dominação, pela falta de poder dentro das relações afetivo-sexuais e pela invisibilidade e silenciamento de suas experiências cotidianas mais íntimas. Dentro da dicotomia existente para o universo feminino, as mulheres “de família”, as “decentes”, “direitas”, do lar vêm sendo pouco enfocadas nas pesquisas e intervenções praticadas.

Resumidamente, as estratégias de prevenção da transmissão sexual para a população sexualmente ativa da população enfocam quatro aspectos (Stein, 1990):

- 1). Seleção de parceiros;
- 2). Redução do número de parceiros;
- 3). Seleção de práticas sexuais de menor risco;
- 4). Uso de preservativos.

As quatro estratégias, mesmo consideradas de forma otimista e em conjunto, oferecem oportunidades restritas para prevenção da transmissão sexual do HIV (Latka, 2001), considerando-se que a situação “ideal” (segura) da monogamia mútua entre soronegativos não é experimentada por muitos. Poucos esforços têm sido aplicados na expansão das estratégias preventivas, e há questionamentos acerca das razões de tão pouca atenção ao assunto (Stein, 1990; Gollub & Stein, 1993; Gollub, 1999 e 2000).

Para os não praticantes da abstinência sexual, as alternativas de prevenção são restritas: monogamia mútua entre soronegativos e prática de sexo protegido de forma consistente. As estratégias definidas a partir da repressão à sexualidade demandam controle constante, gerando uma lógica erotofóbica (Santos, 1992 e 1995). Neste contexto inscrevem-se a monogamia mútua exclusiva e a abstinência sexual.

O *sexo mais seguro* (práticas sexuais protegidas) não se resume ao uso de preservativos nas relações penetrativas (vaginal e anal), e foi historicamente uma resposta da sociedade civil organizada e do movimento gay americano às proibições e preconceitos no início da epidemia pelo HIV/aids, na década de 80 (Weeks, 1985; Patton, 1990).

Campanhas a favor do adiamento do início da vida sexual ativa (para jovens), de redução do número de parceiros e da abstinência sexual sofrem críticas de vários setores.

Estudos indicam que o uso consistente do preservativo (masculino) é mais eficaz como método de redução de risco para o HIV do que a restrição do número de parceiros (Kane, 1999). Um(a) único(a) parceiro(a) sexual infectado(a) significa grande probabilidade de transmissão sexual, caso não sejam adotadas medidas preventivas.

A tradição cultural relativa à contracepção busca soluções definitivas, como a laqueadura, e “invisíveis”, como no caso da pílula (Barbosa, 2000). Pesquisa sobre a aceitabilidade de contraceptivos, realizada na Índia, sobre os métodos então em uso corrente, apontou a descontinuidade no uso, passado o período de “novidade”, o que conduz à necessidade de métodos que não tragam incômodos, nem transtornos. A pílula e o DIU cumprem esses requisitos (Simon, 1968).

Em termos do desenvolvimento recente das técnicas contraceptivas, as estratégias privilegiadas foram aquelas inteiramente baseadas na decisão feminina, tais como o anticoncepcional oral, laqueadura e DIU. Todos eles, métodos sob controle da mulher, possivelmente assinalando que negociar decisões e métodos seja difícil nas relações entre homens e mulheres. Questões relativas ao poder e às desigualdades entre os gêneros eram enfocadas na perspectiva individual e sob a ótica da influência da atitude dos homens na escolha e na continuidade do uso do método (Barbosa, 1997).

A idéia que afirma ser a negociação componente da sexualidade e das práticas sexuais não é nova, mas sim, a sua valorização pública e política como nestes tempos de aids. Segundo Barbosa (1999), trata-se de um dispositivo ligado à preservação da saúde, ao direito sexual, à progressiva democratização da sociedade contemporânea. As emergentes necessidades do contexto de enfrentamento da epidemia de HIV/aids trouxeram sua incorporação ao vocabulário da saúde pública e da saúde reprodutiva. Neste contexto, a negociação passa a ser recomendada, independente do método utilizado.

Os preservativos (masculino e feminino) são até o momento os únicos métodos de dupla proteção disponíveis. Método de dupla proteção significa proteção contra gravidez e DST. O preservativo feminino tem sido objeto de controvérsias em relação a sua aceitação. Apesar de dados de estudos observacionais evidenciarem resultados bastante favoráveis ao uso do produto, obstáculos e tabus por parte dos profissionais de saúde e dos planejadores

das políticas públicas têm sido considerados exagerados (Gollub, 2000). Entretanto, esta nova alternativa, tanto para prevenção de doenças, como para contracepção, satisfaz a muitos dos entrevistados, que encontram no método um aliado, ainda que não o considerem ideal (Ministério da Saúde, 1999; WHO & UNAIDS, 2000).

Além do preservativo, outras alternativas também são pesquisadas. O desenvolvimento de uma substância capaz de reduzir substancialmente a transmissão de DST, quando aplicada no interior da vagina (microbicida) poderá vir a proporcionar, no futuro, a vantagem de ser utilizada sem o conhecimento do parceiro, o que não ocorre em relação aos preservativos (Barbosa, 2000; Warren, 2000; WHO & UNAIDS, 2000).

Pode-se afirmar que a preocupação da Coordenação Nacional DST/aids (CN DST/aids) do Ministério da Saúde com a crescente expansão da infecção pelo HIV no grupo das mulheres foi durante anos restrita a grupos especialmente vulneráveis, principalmente profissionais do sexo. Poucos têm sido os trabalhos desenvolvidos em nível nacional que sistematizem os dados sob a ótica da população feminina como um todo (Simões et al., 1998).

A população feminina, fora de sua potencialidade reprodutiva, isto é, de sua potencialidade de gerar crianças infectadas, tem sido pouco contemplada, do ponto de vista dos recursos para investigação. A Rede Nacional de Direitos Humanos da CN DST/aids, apesar de desenvolver importante papel junto a populações específicas, notadamente indígenas e homossexuais, pouco tem feito pela garantia dos direitos femininos. A especificidade da condição feminina coloca na agenda dos programas desde questões como as relacionadas com estupro, aborto, concepção, até aquelas referentes à interação de gênero e acesso e/ou impacto diferenciado de cuidados especializados. A intrínseca interação entre prevenção das DST e direitos, envolvendo a violência contra a mulher na sociedade brasileira, faz com que o acesso ao preservativo masculino deva ser garantido, mas também que alternativas dependentes da mulher sejam desenvolvidas, pesquisadas e adaptadas à realidade do país (Simões, et al., 1998).

Indubitavelmente, o preservativo feminino amplia o leque de opções preventivas disponíveis para o controle do mais importante modo de transmissão do HIV, o sexual (Stein, 1990; Simões et al., 1998; Bastos, 2000; Barbosa, 2000).

Em síntese, a história das tecnologias e das práticas preventivas, tanto para as DST como para a contracepção, não construiu, até aqui, opções ideais. Há obstáculos no que diz respeito ao acesso às alternativas tecnológicas disponíveis para paternidade e maternidade no caso de indivíduos infectados, por exemplo. Tais barreiras não são somente financeiras, mas também culturais.

O preservativo feminino, como artefato tecnológico ainda relativamente pouco conhecido, pode viabilizar alterações no campo simbólico onde acontecem os acordos e trocas eróticas e sexuais. A possibilidade de uma nova atitude e ação femininas, o próprio manuseio do produto, o (auto)conhecimento corporal feminino resultante do uso, o possível aumento do prazer nas relações sexuais e, acima de tudo, uma nova alternativa de dupla proteção distinta do preservativo masculino, podem constituir aspectos relevantes neste contexto.

Este estudo pretende, problematizando a negociação erótica e sexual, ir além da denúncia feminista, definindo um esforço teórico metodológico para compreender tanto os múltiplos significados das práticas sexuais humanas, como contribuir para ações que efetivamente possam controlar a epidemia mantendo presente a ética e a solidariedade. Tanto os conceitos teóricos utilizados, quanto os dados empíricos discutidos, apontam para algumas contradições e nuances presentes no cotidiano das trocas eróticas e sexuais. Diversos são os sentidos que os sujeitos constroem e utilizam no decorrer de suas trajetórias individuais e sexuais. Tal contribuição pode vir a ser útil na revisão de conceitos e problematização de práticas profissionais instituídas. Com estes objetivos foram estruturados os nove capítulos que se seguem.

O primeiro capítulo apresenta problematização dos discursos sobre a sexualidade humana, especialmente as visões essencialista (biologicista) e construtivista. Além disso, tece-se crítica ao enfoque dos determinantes individuais das práticas e das mudanças nas mesmas que não atendem aos componentes culturais. Argumenta-se que práticas sexuais são distintas de processos mórbidos de um universo patológico, e que as estratégias definidas a partir da repressão à sexualidade demandam controle constante, gerando uma lógica erotofóbica (Santos 1992 e 1995). Visa-se ir além de medidas focais de controle, em busca das motivações para as escolhas das práticas adotadas por homens e mulheres.

Procura-se contribuir para a discussão do discurso preventivo na interface entre aids, diversidade cultural, gênero e sexo mais seguro.

No segundo capítulo o tema é o preservativo feminino Reality® (PF). Além de sua descrição, apresentam-se considerações sobre este único método de dupla proteção sob iniciativa feminina disponível até o momento. Ao fabricante está garantido monopólio através de patente, e a produção acontece atualmente em uma única fábrica. São apontadas razões de uso, limites no acesso e pesquisas e desenvolvimento tecnológico que o precederam historicamente. A literatura aponta possíveis mudanças trazidas pela introdução deste artefato nas negociações eróticas e sexuais. Considerando-se a inexistência de método(s) ideal(is), o PF, artefato tecnológico integrante das atuais políticas públicas do Ministério da Saúde, cuja aprovação completou 10 anos, pode ser considerado como um avanço na promoção da saúde.

O terceiro capítulo visa explorar o conceito de negociação e o contexto no qual ele surgiu. O conceito de dádiva, oriundo das Ciências Sociais, também é apresentado, seguido do que se denomina negociação erótica e sexual, na qual a negociação da prevenção entre homens e mulheres, pode, ou não, acontecer. Os conceitos de *habitus*, *hêxis corporal* e *capital cultural* (Bourdieu, 1989; 1996 e 1999) orientam o olhar que compreende os discursos e as práticas humanas como socialmente construídas. Nesta medida, tanto a reprodução, quanto transformação são possíveis, já que as relações sociais são concebidas como históricas e arbitrarias.

No quarto capítulo apresenta-se a abordagem metodológica utilizada. As estratégias utilizadas e o contexto da investigação são descritos. Trata-se da caracterização de particularidades do processo de coleta dos dados, critérios para definição dos sujeitos do estudo e as etapas da análise em busca dos sentidos dos conteúdos encontrados. A análise do conjunto dos dados procurou identificar núcleos simbólicos organizadores do sistema cultural de proteção, visando obter subsídios capazes de orientar os debates sobre possibilidades e limitações de adoção de práticas protegidas.

O capítulo cinco apresenta informações sobre a caracterização do grupo pesquisado: dados sócio-demográficos e vida sexual e reprodutiva. Os resultados da análise das entrevistas estão expostos de forma detalhada nos quatro capítulos seguintes.

O capítulo seis é dedicado ao primeiro dos conjuntos de categorias de análise teórico empíricas definidas: história de vida e apoio social. Estas têm por objetivo serem utilizadas como ferramentas de compreensão dos limites e possibilidades de adoção de práticas seguras. Acredita-se que esta seja uma alternativa de compreensão de alguns dos fatores que viabilizaram, e/ou dificultaram, mudanças em prol da prevenção no cotidiano do grupo pesquisado. Sem convencimento mútuo o uso de proteção não ocorre de forma consistente. A aquisição das habilidades e recursos emocionais necessários para adoção de práticas protegidas tem no acompanhamento, e no diálogo, aspectos cruciais. Onde e com quem os entrevistados aprendem os significados das categorias utilizadas nesta investigação? Qual é (são) a(s) rede(s) de reprodução do(s) sujeito(s)?

O capítulo sete aborda a categoria romantismo e autonomia. Além de sua definição, são também apresentadas falas dos entrevistados a respeito. Tal escolha de apresentação objetiva expor o material analisado a luz da literatura, discutindo seus desdobramentos no que tange a adoção (ou não) de práticas sexuais protegidas.

O capítulo oito apresenta a terceira categoria de análise: risco e proteção, procurando problematizar as discrepâncias entre o conhecimento dos meios de prevenção e as práticas eróticas e sexuais informadas nas relações ocasionais e/ou estáveis. A negociação do prazer de ambos, a iniciativa feminina para uso de métodos de proteção, problemas diversos no uso da camisinha masculina, noções de sujeira, de proteção e de controle do prazer são alguns dos aspectos ressaltados, assim como o papel de experiências negativas anteriores na adoção de práticas protegidas.

O nono e último capítulo problematiza o papel do preservativo feminino nas negociações eróticas e sexuais, possível ferramenta de ampliação das alternativas de adoção de práticas sexuais protegidas em tempos de HIV/aids.

Com base nos resultados, as conclusões apontam para desafios da prevenção as DST/aids entre a população ouvida, buscando sugerir aspectos a serem salientados no seu enfrentamento. São ainda apresentadas algumas considerações críticas à investigação. Acredita-se que os resultados poderão colaborar com os esforços em busca de uma maior eficácia das políticas preventivas em curso.

1. DE QUE SEXUALIDADE ESTAMOS FALANDO?

1.1. Sexualidades

A sexualidade humana na tradição ocidental tem sido secularmente tema de muitos debates, escritos e análises. Nossas raízes calcadas na filosofia greco-romana, no judaísmo e no cristianismo, são oriundas da concepção da sexualidade como essencialmente predefinida (instintiva) com função procriativa e com dominância do masculino.

Tal conceito (sexualidade) foi, na verdade construído. O termo foi historicamente cunhado com o surgimento da ciência positivista dos séculos XVIII e XIX e pressupõe, neste contexto, a existência de universais biológicos. Neste sentido a sexualidade é concebida como possuidora de essência fixa, imutável, asocial e atemporal, variando entre atribuições designadas como “masculinas”, “femininas”, da “criança”, do “homossexual” ou “heterossexual”, todas elas categorias universais, estáticas e permanentes, através das quais poder-se-ia analisar todos os seres humanos em qualquer sociedade, em qualquer tempo. Esta visão de mundo reafirmou a naturalização e determinação biológica do tema através de inúmeras descrições, classificações e disfunções (Robinson, 1977; Weeks, 1985 e 1999; Schiebinger, 1998).

A medicalização da vida humana, pela catalogação e definição das causas das doenças, trouxe a sexualidade como tema para além da poesia, da moral e da religião (Villela, 1999). Havia uma preocupação legitimada pela ciência da época em identificar os fenômenos humanos em termos de forças internas, biológicas e inatas. Se por um lado esta resposta à censura moral da sociedade e ciência vitorianas trouxe reconhecimento do valor do tema e abertura do campo à investigação científica, por outro seu extremo empirismo basicamente registra frequências de comportamento e enfoca os chamados determinantes individuais dos comportamentos sexuais (Parker, 2000).

Este mesmo conjunto de conhecimentos colaborou para a consolidação da família nuclear e o amor materno por meio da Medicina e da Psiquiatria. A beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. O modelo de mãe deveria ser usado para pensar o equilíbrio físico, mental e moral da mulher (Rohden, 2001).

A ênfase na maternidade obscurece outros aspectos da sexualidade, em especial da feminina, assegurando, entretanto, a base discursiva legitimadora para políticas de expansão da população almejada em determinado momento histórico europeu (Lawlor, 1991; Giddens, 1993; Rohden, 2001).

A herança judaico-cristã impôs limites, em especial à sexualidade feminina. Com a equação prazer igual a pecado, o prazer sexual foi reprimido, projetando-se a idéia de que a espiritualidade tem valor maior que a vida física material. A renúncia do desejo sexual conduz, nessa perspectiva, à conquista máxima da humanidade, chave para a virtude e o entendimento maior. O sexo, abordado de maneira negativa, exclui possibilidade de que venha a se constituir em meio de contribuir para transcendência e expansão das formas de viver humanas.

A sexualidade vista como submissa à reprodução, ficaria vinculada a um impulso animal. Tal visão reduz a complexidade do mundo à suposta simplicidade imaginada de suas partes constituintes (Weeks, 1999). Ao homem caberia a força e apetite (atividade) sexual, e à mulher a passividade da procriação. Para elas, a iniciativa no que tange a sexualidade não teria legitimidade, sendo moralmente desejável sua submissão às necessidades e ao desejo masculino e da família - filhos.

Este papel secundário está relacionado à suposta fragilidade feminina, sua dependência em vários níveis. A não observação destes valores significa a impureza, o perigo e a condenação moral e social. Assim, é no contexto do casamento que o prazer era considerado tolerável e redimido. A tradição cristã de São Paulo, por exemplo, considera o sexo inerentemente pecaminoso. Ele é tolerável e redimido no casamento, com finalidade procriadora. Nesta lógica a genitália é considerada parte “inferior” do corpo.

Essas noções ganharam vida própria e não mais dependem da religião. Como resultado desta negatividade atribuída ao sexo, os atos sexuais são interpretados com “*significado excessivo*” (Rubin, 1999), inflando a importância da sexualidade e reforçando a necessidade de controle.

Práticas sexuais não procriativas como masturbação, homossexualismo, assim como frigidez, sadismo e masoquismo foram catalogados como perversões e degenerescências, compondo o rol das doenças mentais (Robinson, 1977; Weeks, 1985; Santos, 1992; Carrara, 1996). Com a consolidação da moral vitoriana, o sexo é considerado um vício e a

castidade é encorajada. Esta atitude é considerada por autores contemporâneos como sendo parte da negatividade atribuída ao sexo, força perigosa e destrutiva (Weeks, 1985), que continua exercendo influências na educação, legislação e práticas médicas (Rubin, 1999).

Na construção médica do corpo feminino, os homens são os construtores e as mulheres as construídas (Treichler, 1988). As doenças venéreas foram historicamente personificadas em mulheres, caracterizações nem sempre explícitas. Várias metáforas são utilizadas pela autora para descrever a sexualidade e a reprodução, tendo as mulheres funções negativas. As vicissitudes do ciclo hormonal feminino, por exemplo, são patologizadas. Segundo a autora, a concepção de que a menopausa seria um colapso da “produção” ou na “autoridade” da mulher seria um exemplo. A menstruação seria o útero que chora pela falta de um bebê, e a tensão pré-menstrual uma função desqualificante. Já as funções masculinas seriam heróicas e cheias de energia (Treichler, 1988).

A relação da ciência ocidental com o estudo da sexualidade humana é complexa e contraditória. Há uma visão cultural ainda presente de que a sexualidade não é uma área inteiramente legítima de estudo, lançando dúvidas sobre a própria pesquisa, seus motivos e sobre o caráter do pesquisador (Carrara, 1994; Vance, 1995). A propagação e continuidade das pesquisas são restritas, o que implica em um esforço extra e muitas vezes solitário por parte dos interessados no tema, tornando difícil a produção de um saber cumulativo (Giami, 1994).

A ausência de uma tradição em teoria e métodos mais amplamente desenvolvidos que possa oferecer aporte às pesquisas sobre sexualidade causa restrições ao desenvolvimento dos estudos no tema (Parker, 2000).

Os estudos elaborados por Foucault foram de crucial importância para criar um ambiente mais favorável a legitimação acadêmica dos estudos sobre sexualidade. Foucault analisa o que denomina *dispositivo sexual*, aspecto intimamente relacionado com a *sociedade disciplinar*, forma moderna de regulação social. Para o autor, a sociedade de vigilância e controle dita normas e procedimentos para administração e cultivo da vida, estabelecendo regras do permitido e do proibido, do saudável e do doentio.

Assim, diz Foucault, em nossa sociedade uma rede complexa de regulação social organiza e modela os corpos e os comportamentos individuais (*biopoder*). Dessa forma, o sexo tem um papel crucial, é o pivô ao redor do qual toda a tecnologia da vida se

desenvolve, uma vez que se trata do meio de acesso tanto à vida do corpo, quanto à vida da espécie; isto é, oferece um meio de regulação tanto dos corpos individuais, quanto do comportamento da população como um todo (Foucault, 1977).

Estes dispositivos implicam de uma forma explícita a heterossexualidade como norma. O desejo sexual pressupõe um direcionamento para o outro sexo, daí a afirmação de Rubin que “*a supressão do componente homossexual da sexualidade humana e como corolário, a opressão dos homossexuais é, portanto, um produto do mesmo sistema cujas regras oprimem as mulheres*” (1993:12). Não é estranho, portanto, a constatação de que há um processo dialético de embates, que de diversas e complexas maneiras alimenta reciprocamente os movimentos gay, feminismo e ativismo das ONG/aids na luta em busca de relações mais igualitárias entre seres humanos mais do que entre os sexos.

Na mesma linha de Foucault, vários autores discutem a sobrevalorização da sexualidade na sociedade contemporânea (Weeks, 1985; Singer, 1993; Rubin, 1993 e 1999; Padgug, 1999). As excessivas atribuições referentes ao núcleo do ser individual privado e íntimo (somos nosso sexo), minimizam as demandas de investimento em outras esferas da vida humana como as sociais e políticas (Singer, 1993).

A sexualidade, por outro lado, é subestimada se reduzida à mera realidade privada, sugerindo impossibilidade de regulação, embates políticos ou possibilidade de mudanças e de ação social pública (Padgug, 1999; Scott, 1999; Rubin, 1999). Assim, esta esfera da vida humana ficaria destacada das realidades de classe, da vida pública, e econômica, que por contraste, são consideradas externas e impostas. Tal raciocínio dicotômico cria entraves e paralisia.

Se a sexualidade é concebida como uma construção abstrata, ganha essência fixa que pode ser identificada como inerente a objetos particulares, como por exemplo, os órgãos sexuais que se tornam a sexualidade em si. Entretanto, a sexualidade também pode ser abordada como um fenômeno humano que transcende o imperativo biológico das espécies sexuadas para procriar.

Contraposto ao essencialismo (ênfase na função reprodutiva), há outra visão que concebe a sexualidade como fenômeno cultural dotado de multiplicidades irreduzíveis a qualquer substrato universal e ou biológico, o chamado construtivismo. Este se nega a reduzir a sexualidade à reprodução da espécie, processo este comum a todas as sociedades

humanas. Como construção cultural historicamente datada, a sexualidade é dotada de significados ligados aos seus contextos específicos de origem, não cabendo classificação do tipo norma e desvio, e certamente incluindo a polifonia da história e da diversidade cultural (Vance, 1995; Rubin, 1999; Heilborn, 1999).

“The forms, content and context of sexuality always differ. There is no abstract and universal category of “the erotic” or the “sexual” applicable without change to all societies. Any view which suggests otherwise is hopelessly mired in one or another form of biologism, and biologism is easily put forth as the basis of normative attitudes toward sexuality, which, if deviated from, may be seen as rendering the deviant behavior “unhealthy” and “abnormal” (Padgug, 1999:20).

O construtivismo busca problematizar a sexualidade no cotidiano, concebida como práxis, fruto da cultura que modifica e transforma a biologia, buscando revelar e discutir os significados dos atos. A sexualidade é interpretada como sistema de construção de identidades, sendo elas a sexual e a de gênero (Rubin, 1993). Trata-se de um fenômeno total, não uniforme, e irreduzível. Não é possível “descascar” a realidade social e se chegar à revelação do homem natural que subjaz sob a “camada social”.

1.2 Produção ou repressão: sexualidades e sociedades disciplinares

Analisando a produção sistematizada sobre a sexualidade, Foucault descreve determinada construção teórica que outros autores identificaram como sendo a *hipótese repressiva*. Nesta perspectiva, a sexualidade é compreendida como construto social resultante da interação de uma força natural com o processo civilizatório, que constantemente tenta suprimi-la. A prescrição de normas austeras para a vida é, portanto, uma pedagogia para uma “sexualidade saudável”.

Para Foucault, a sexualidade é essencialmente produzida e produtora, e essa produção não tem um caráter necessariamente repressivo, daí a construção de um argumento denominado por outros autores como *hipótese produtiva*. O desejo e as práticas sexuais não são entendidos como entidades biológicas e inatas. O biopoder não deve ser concebido como uma força negativa que atua com base na proibição, mas como uma força positiva, preocupada com a administração e o cultivo da vida.

A sexualidade tem papel crucial e é, segundo Weeks (1999), um marcador particularmente sensível de outras relações de poder, como a Igreja e o Estado, instituições que têm um contínuo interesse no modo como nos comportamos ou como (nos) pensamos. Definições podem produzir captura num mundo que pode, entretanto, ser remodelado por nós (Weeks, 1985).

Neste mesmo sentido, Foucault afirma que quando se trata da sexualidade,

“Não se deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder tenta pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar. A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico” (Foucault, 1977:100).

A preocupação social generalizada com o controle da população fez surgir uma preocupação específica com tipos particulares de pessoas, que são simultaneamente evocadas e controladas. Na medida em que este processo se deu, a sociedade se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos, e com as vidas sexuais dos indivíduos por meio do gerenciamento moral, médico, higiênico e legal.

Os pólos de poder sobre a vida nas sociedades modernas estão interligados por múltiplas redes de relações (Foucault, 1977). O primeiro se refere a práticas e discursos sobre o corpo humano. O outro está centrado nos processos biológicos como reprodução, nascimento e morte. Nesta perspectiva, a sexualidade pode ser considerada um campo em que ambos os pólos interagem. Os desdobramentos desta conexão configuram aspectos específicos quanto às doenças, em especial as sexualmente transmissíveis, uma vez que além do impacto social, atingem a vida dos indivíduos concretos.

Fica estabelecida uma relação paradoxal posto que simultaneamente a sexualidade é reprimida e incitada. A chamada “força sexual” oriunda da biologia é, para o construtivismo, socialmente construída e não uma categoria universal biológica.

“Só a espécie humana tem ‘relações sexuais’: relações pessoais intermediadas pelo sexo, que atendem a múltiplas finalidades e sentidos, em função das circunstâncias temporais, históricas, inter e intra-subjetivas em que ocorrem” (Villela, 1999:310).

Assumindo-se que esta produção se inscreve na produção simbólica da sociedade, parece oportuno o trabalho de Santos (1992 e 1995) que utilizando ferramental de Pierre Bourdieu (1989 e 1999), argumenta a favor da concepção das interações sociais como não passíveis de serem reduzidas a descrições de fluidos e circunstanciais encontros individuais. Sugere que indivíduos incorporam, mesmo em suas interações sociais mais efêmeras, suas posições na estrutura social (Bourdieu, 1989). Assim, cada uma dessas interações, desses encontros, representa um *campo* de reconhecimento (confrontação) do próprio lugar (espaço) no interior dessa mesma estrutura social.

A presente proposta compreende a sexualidade como uma elaboração social, que opera dentro dos campos do poder, e não simplesmente como um conjunto de estímulos biológicos que encontram, ou não, liberação direta. Há uma dupla potencialidade na sexualidade como tema, a reprodução biológica e o despertar de paixões, que se relaciona com as interdições, sanções e discursos reguladores socialmente construídos (Villela, 1999). Sexualidade, prazer e erotismo são aqui concebidos como elementos intrínsecos às identidades individuais e coletivas, fatores regeneradores e relacionados com a saúde em sentido amplo.

Nela, há preocupação com a não imposição de normas e regras morais, perigo oriundo da ciência sexual ocidental erotofóbica dos séculos XIX e XX (Santos, 1992 e 1995). Busca-se evitar a contenção e/ou repatologização da sexualidade, como foi feito em relação ao combate à transmissão da sífilis na virada do século XIX e XX (Vance, 1995; Carrara, 1996).

Entende-se por sexualidade um conjunto de discursos técnico-científicos, religiosos, práticas sexuais e trocas de prazeres, presentes na cultura popular, no mundo dos significados eróticos e nas diferenciações de gênero. Trata-se, portanto, de um fenômeno cultural e não simplesmente determinado pela Biologia.

A vida é repleta de variações, tanto biológicas quanto sociais. Conceber a sexualidade como possuidora de padrão único é produzir coação, na medida em que esta lógica não oferece possibilidades para variações sexuais que não venham a ser consideradas como degeneração, por exemplo. Concordando com Weeks (1985), não necessitamos de uma nova moral, mas sim buscar formas de viver que reconheçam diferentes crenças, desejos e moralidades.

Segundo Davenport-Hines & Phipps (1998:429), “*a sexualidade individual é complicada, sem uma correspondência fixa entre os componentes do desejo sexual, prática, identidade assumida e, definição oficial ou estrutura cultural*”. Em outras palavras, a diferença dentro de cada indivíduo pode ser tão importante quanto aquela(s) entre os indivíduos.

Apesar dos inúmeros discursos acumulados, principalmente nestes últimos dois séculos, dicionários e enciclopédias se referem à sexualidade como relativa à divisão (sexual) para reprodução da espécie. A sexualidade humana acaba sendo descrita somente, mas não definida. Descrevem-se as esferas de operação: gênero, reprodução, família, intercuro. Cada uma dessas esferas é pensada como sendo dotada de essência e formas próprias.

Como já discutido, uma definição geral da noção de sexualidade no final do século XX é que ela pertence ao privado, ao individual, contraposto ao público (dicotomia), esfera do trabalho, da produção e da política (Padgug, 1999). Desta forma se configuram outras dualidades significativas: a esfera sexual (privado) seria o reino do psicológico, do consumo, do valor de uso, da “natureza”, do individual e da biologia. É ainda identificado com o “feminino” e com o “homossexual”. Já a esfera pública seria o reino da política, da economia, da produção, do valor de troca, da cultura, da sociedade e da história, sendo identificado com o “masculino” e com o “heterossexual”. Nesta perspectiva, a sexualidade não é legítima, caso não se restrinja a esfera privada, uma vez que está desvinculada do político / esfera pública.

Movimentos sociais recentes como o gay e o feminismo enfatizam que política sem sexualidade está fadada ao fracasso, ou à deformação. O mote feminista que o pessoal e privado é político representa importante passo para outra compreensão da realidade social. Segundo Rubin (1999), a sexualidade, assim como gênero, é política, sendo organizada em sistemas de poder que recompensam e encorajam alguns indivíduos e atividades, ao mesmo tempo em que punem e suprimem outras. O feminismo desempenhou papel fundamental na reconfiguração do discurso público sobre a sexualidade.

“The significance of the demands of the women’s movement and the radical sexual movements as they emerged in the late 1960s and early 1970s is that they put into question relations of power at levels largely unrecognized by the

majority of socialists, and provided radically new insights into the complex and overlapping forms of domination of advanced capitalist societies. They thereby also signaled an enlargement of existing concepts of politics by proposing that what seemed microscopically personal (relations in the domestic sphere, individual sexual harassment at work, sexual practices and preferences, resistance to medicalization or psychiatrisation) were all potentially political and politicisable, both because they were not ultimately personal in any essentialist sense, for they were all products of social process and enmeshed in social relations, and because they engaged people's involvement in a way that conventional politics struggles could not" (Weeks, 1985:255-6).

Rubin considera a sexualidade como sendo um aspecto da vida social e nomeia o "sistema de sexo/gênero" como sendo "*um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas*" (1993:2). Antropologicamente o casamento e as relações de parentesco e de troca de mulheres colocam a opressão das mulheres dentro de sistemas sociais, em lugar de ser parte da biologia. Assim, norma de gênero impostas aos comportamentos e personalidades de homens e mulheres reproduzem o sistema de construção de identidades, engendrando os indivíduos, conforme a concepção produtiva. Esta descrição não encara o sujeito como "sem gênero". Para a autora, o seu sonho mais fascinante é o de uma sociedade sem gênero, mas não sem sexo, na qual a anatomia de cada um é irrelevante para o que cada um é, faz ou com quem faz amor (Rubin, 1993).

Para construção de uma visão histórico-materialista da sexualidade é crucial a compreensão que sexualidade, classe e política não devem ser desvinculadas (Padgug, 1999).

Como argumenta Bourdieu (1989), as diversas interações sociais materializam posições dos indivíduos na estrutura social, o que não se reduz a efêmeras circunstâncias de encontros individuais específicos.

Segundo Giddens (1993), as transformações oriundas das reivindicações femininas de igualdade com os homens fazem emergir a *sexualidade plástica*, que significa emancipação, prazer sexual da mulher, desvinculação progressiva da sexualidade da reprodução (e vice-versa), transformando a intimidade. "*As mudanças que atualmente afetam a sexualidade são, como um todo, na verdade, revolucionárias e muito profundas*" (Giddens, 1993:11). Assim, a igualdade, concepção e reivindicação legítima em

determinadas relações sociais no espaço público, aproxima-se do espaço privado, da intimidade relacional intra e inter pessoal.

1.3 Sexualidade feminina, teoria marxista e capitalismo

Partindo-se do princípio que as instituições do sexo e da família tecem malhas de dominação entre os sexos para cada modo de produção social, encontramos-nos em um período de transformação. Grande parcela das mulheres oriundas de várias classes sociais integra a mão de obra ativa no mercado de trabalho, tem funções no mundo público (material e intelectual) antes domínio masculino (Luz, 1982).

Fugiria aos objetivos deste trabalho o aprofundamento do tema, entretanto, tal fato é importante por seus desdobramentos nas relações entre os gêneros. Tais mudanças estão relacionadas com o fenômeno das duas guerras mundiais, a consolidação da sociedade industrial associada ao capital monopolista internacional, da sociedade de consumo com acelerada urbanização, reivindicações igualitárias oriundas dos movimentos políticos da década de 60 e 70, ativismo feminista e gay, expansão técnica e tecnológica que instrumentaliza a crescente expansão dos meios de comunicações de massas e o processo de globalização (Luz, 1982).

“Toda sociedade constrói, juntamente com seus utensílios de trabalho, com suas maneiras de produzir e distribuir a riqueza social, com suas formas de pensar, os seus modos de ser e de se exprimir nos diversos aspectos do relacionar-se humano. O relacionar-se entre homem e mulher, e deles com sua prole, é parte fundamental desta construção. Na história da humanidade, cada nova forma social organiza paulatinamente e persistentemente as instituições do sexo e da família. Assim, por antigos que sejam o patriarcalismo e a dominação da mulher, é preciso ter em mente que as instituições do sexo e da família tecem, ao longo de cada novo modo de produção social, as malhas da dominação entre os sexos mais adequados àquele modo de produção específico, por contraditória que venha a ser tal dominação para a estrutura social como um todo” (Luz, 1982:11).

A epidemia pela HIV/aids interage com este conjunto de fatores, especialmente através do ativismo das ONG (Singer, 1993; Padgug, 1999).

A chamada “crise dos modelos clássicos de ‘homem’ e ‘mulher’” se expande em modelos alternativos de ser a nível sexual e político. Tem havido uma progressiva diminuição na tutela da mulher por parte do homem, seja ela legal, moral e/ou física.

A mulher enquanto “rainha do lar” fica encarregada da manutenção e educação da prole, e tem por características a simplicidade, fidelidade, recato, asseio, imaginação, compaixão, bondade e pureza (sem desejos). É reprodutora biológica e ideológica da sociedade, podendo ser igualada a um ser “criadeira” e não companheira do homem, um ser com sexo mulher e não pessoa mulher (Luz, 1982).

O homem, soberano, identifica-se com a Razão e a Ordem. O proletário tende a oprimir a mulher vingando-se nela as explorações e humilhações sofridas junto ao patrão, ao Estado e à sociedade. A ele cabe o exercício do poder e a acumulação do saber. Ele é o racional, forte, egoísta e disciplinador, ela a “santa”, sensível, emotiva, generosa e pura. Tal modelo asfixia ambos, homem e mulher.

A teoria marxista não ofereceu grandes avanços na temática da sexualidade, apesar de tentar desnaturalizar a opressão feminina. O marxismo, enquanto teoria social, é relativamente pouco preocupada com o sexo (Rubin, 1993). A relação estabelecida entre propriedade privada, advento do Estado, e seus possíveis efeitos nas relações de gênero não avançam muito na discussão, uma vez que diversas sociedades e momentos históricos da humanidade, outras culturas e sociedades não capitalistas também apresentam situação de hierarquia e dominação entre os gêneros (Vaitsman, 1989; Rubin, 1993 e 1999; Padgug, 1999).

Foge aos objetivos deste trabalho análise detalhada da teoria marxista. Entretanto, parece relevante quando Vaitsman (1989) argumenta que a obra de Engels “A origem da família, da propriedade privada e do Estado” baseia-se em pressupostos evolucionistas e etnocêntricos, universalizando o modelo de desenvolvimento dos países europeus. A autora propõe-se a refletir sobre quais mecanismos históricos fizeram da mulher um ser subordinado ao homem em épocas e sociedades tão diversas. Além disso, questiona quais condições produziram a universalidade da dominação masculina através da história, e porque somente no século XX, e mais precisamente nos países capitalistas mais avançados e nos países socialistas da época, a situação objetiva das mulheres começa a se modificar.

A fertilidade feminina tem sido um importante organizador social e identitário. O fato de procriar torna as mulheres, sob determinadas condições sociais, extremamente vulneráveis, mas ao mesmo tempo extremamente desejáveis. A diferença biológica entre homem e mulher se transformou em diferença social e cultural, mas “*a biologia não é um destino fora da mediação da história*” (Vaitsman, 1989:36).

A história tem mostrado que o sexo serviu de suporte para organização social e para a elaboração de valores. Podemos supor que em épocas ancestrais, em meio hostil, a espécie humana teve que lutar pela sobrevivência usando da agressividade e da força, predominantes nos homens.

As sociedades humanas pré-Estado mantinham-se unidas através da troca de presentes (dádivas), gesto que afirma ou cria vínculo social entre os parceiros da troca (Mauss, sd), estabelecendo relações especiais de confiança, ajuda mútua e solidariedade. À teoria da reciprocidade, discutida por Lévi-Strauss em “Estruturas elementares do parentesco”, acrescenta a idéia de que casamentos são a mais fundamental das trocas de presentes, na qual as mulheres são os mais preciosos deles. As mulheres, bens do grupo social, entram num circuito de circulação contínua. Elas são o dom por excelência. As trocas garantem a sobrevivência do grupo como grupo. A mulher funciona, nesta regra social, como um sinal de sociabilidade, semelhante à linguagem.

Segundo a teoria do incesto, a transição da natureza à cultura se fez pela proibição do incesto, norma e não instinto que existe em todas as sociedades humanas. O parentesco criou a primeira instituição social, e como consequência lógica a exogamia e a troca de mulheres. A opressão feminina remonta, segundo Vaitsman (1989), ao próprio momento em que a cultura foi criada através da troca de mulheres.

O desenvolvimento da agricultura, dos grupos lineares de filiação, de propriedade e do Estado veio reestruturar esta opressão.

“Presentear mulheres tem um resultado mais profundo do que o de outras transações de presentes, porque o relacionamento estabelecido desta forma não é apenas de reciprocidade, mas de parentesco. (...) Se as mulheres são os presentes, então são os homens os parceiros da troca. É aos parceiros da troca, e não aos presentes, que a troca recíproca confere seu poder quase místico de ligação social. As relações deste sistema são tais que as mulheres não estão em posição de aproveitar os benefícios de sua própria circulação” (Rubin, 1993:9).

A sexualidade feminina preferida, neste ponto de vista, seria aquela que corresponda ao desejo dos outros, e não aquela que busca ativamente seu próprio desejo e resposta (Rubin, 1993).

Com o aprofundamento do processo de acumulação dentro do capitalismo industrial, transformações na divisão sexual do trabalho ora em curso têm como alguns dos fatores decisivos: o desenvolvimento sem par das forças materiais de produção e da sociedade de consumo, a elevação do nível educacional e de informação com a consolidação das novas técnicas de comunicação de massa, e a crescente urbanização.

A legitimação da clássica divisão sexual do trabalho (homem no público e a mulher no privado) perde sua força na medida que as práticas concretas se transformam (Vaitsman, 1989). Trata-se possivelmente do início de superação da dicotomia entre público e privado que caracteriza o patriarcado. Segundo Luz (1982), diante da possibilidade de geração de sustento por parte da mulher, o pacto romântico burguês com dominância masculina tem suas condições de sustentação alteradas. Elas passam a também atuar no domínio público e querem dividir o comando. Com a conquista do espaço público “*a contradição entre o caráter mais vez mais público das práticas das mulheres na produção e na política e suas tradicionais funções privadas associadas à reprodução da força de trabalho agudiza-se*” (Vaitsman, 1989:37).

A progressiva urbanização no Brasil fomenta tal processo social complexo. O processo migratório acelerado é fruto das mudanças no modo de produção e traz significativas mudanças de costumes e novos comportamentos individuais, familiares e sociais. As reivindicações que contemplam aspectos tais como igualdade nas relações de trabalho (salários e direitos sociais), direito à instrução, fundação de creches, amparo para crianças pelo Estado ganham força e legitimidade.

Paralelamente, as tecnologias reprodutivas vêm trazendo mudanças na mediação da reprodução biológica pelas relações técnicas e sociais do capitalismo, alterando a condição alicerce da subordinação feminina desde o nascimento da cultura.

“A reprodução biológica da vida permanece um atributo feminino, mas numa época em que é possível o controle técnico da fertilidade, deixa de ser uma imposição da natureza, podendo se transformar em escolha individual legalmente garantida enquanto parte dos direitos de cidadania. A igualdade sexual não é, necessariamente, uma utopia; mas para que essa utopia tenha ao

menos condições de ser um dia realizada, uma vez a biologia domesticada, é preciso, além de se aprofundar as transformações na divisão sexual do trabalho, de um redimensionamento entre público e privado, de forma que o direitos sociais e individuais das mulheres tornem-se parte dos direitos de cidadania” (Vaitsman, 1989:38).

Na medida que o capitalismo vem transformando a reprodução através das tecnologias reprodutivas, as alternativas tecnológicas como ambos os tipos de preservativos (feminino e masculino), inseminação artificial, DIU, dentre outros, são tornadas mercadorias, acessíveis aos que por elas podem pagar. Visa-se tornar a reprodução mais maleável no que diz respeito à sua função demográfica e aos anseios individuais.

Os avanços no projeto Genoma nos oferecem novas e instigantes possibilidades. Há casos em que a intervenção ocorre antes mesmo da concepção. Com a reprodução tecnológica a mulher se desobriga da dependência de qualquer homem, uma vez que ela pode obter o sêmen sem necessariamente ter que lidar com eles (Singer, 1993). Se na década de 60 a sexualidade se libertou da reprodução com os métodos contraceptivos hormonais, estamos diante da possibilidade da reprodução se libertar da heterossexualidade.

Na consolidação da sociedade de consumo, a sexualidade se caracteriza também pelo excesso, tornando-se fonte de lucros, neste caso com especificidades bastante apropriadas ao consumo pela busca de prazer. O sujeito está sempre em “dívida”, sendo estimulado a prosseguir em um ininterrupto ciclo de consumo, buscando o gozo imediato dentro do mito do progresso sem fim, sem limites.

A busca da satisfação imediata estimula a impulsividade e a hiperatividade. Este processo, aliado à progressiva urbanização, gera uma nova ordem e lógica nas relações sociais. Os processos sociais decorrentes da industrialização alteram tradições rurais, familiares e os papéis de gênero vão sendo reformatados, produzindo novas identidades, novas desigualdades sociais e criando novas formas de conflitos políticos e ideológicos (Rubin, 1999). Na contínua expansão do mercado, o erotismo se dirige também para casais visando inclusive as relações estáveis por meio de ofertas de vídeos, revistas, lingerie, viagens, música, e outros. Estes serviços expandem o leque de consumidores, ao mesmo tempo em que normalizam o processo de mercantilização das funções sexuais, integrando mais e mais a sexualidade no sistema de mercado capitalista (Singer, 1993). A tecnologia do sexo simultaneamente reprime e incita.

“The AIDS epidemic was certainly not the first intersection of the medical commodity and sexual market systems. Selling sexual aid and services – contraceptives devices, aphrodisiacs and love portions – has a long history. (...) Whereas the imposition of the medical discourse has had profound effects on the structures of sexuality, I want to concentrate here on those which show how this historical process has helped to manage and transform the social currency of sexual exchange in a way that maximizes profit, both in terms of the consolidation of economic capital, and in terms of social profitability, i.e. its utility. (...) What increases the ideological potency of sexuality, as a mechanism of social control is that regulation ultimately becomes translated into the currency of self regulation because sexuality has already been constructed as that which is or belongs to the realm of the private, i.e., opposed to the social. The regulatory force is represented and enacted through a currency not of coercion but of desire, in a way that encourages its individuation or personalization” (Singer, 1993:58-59).

As campanhas na mídia, assim como a medicalização do erotismo humano progressivamente incutem hábitos e necessidades. Fomentar a motivação para adoção de práticas protegidas demanda disciplinarização voluntária (“auto-regulação”), o que inclui uso de métodos de proteção em algum momento dentro das interações sexuais. Artefatos tecnológicos como o preservativo feminino (dentre outros métodos de barreira), contraceptivos hormonais ou cirúrgicos, além dos tratamentos medicamentosos para DST e para soropositivos (o chamado coquetel), pretendem viabilizar melhor qualidade e expectativa de vida. Considerações sobre acesso a tais tratamentos fogem aos objetivos do presente trabalho, mas não estão sendo desconsiderados em sua importância social, econômica e ética (Davenport-Hines & Phipps, 1998).

Segundo Duarte (1993), são múltiplos os processos sociais que fomentam a individualização progressiva, valor subjacente à chamada democratização da sociedade. Este processo de mudanças originado nos países de primeiro mundo influencia outros contextos sociais como o brasileiro, por exemplo, promovendo a coexistência simultânea de tradições diversas. Veículos de comunicação de massa reproduzem valores relativos ao “sexo livre”, ao mesmo tempo em que a variação sexual é vista como sinônimo de promiscuidade.

Weeks (1985) argumenta que o grande ganho dos movimentos feminista e homossexual é que eles produziram uma visão política pautada nas necessidades individuais, oferecendo possibilidade de ajuda mútua coletiva através da qual algumas

possibilidades de mudança sobre as vidas das pessoas podem ser concretizadas. Não há necessariamente uma demanda destes movimentos para compromissos com mudanças sociais, podendo se tornar porta-voz de novos particularismos acomodados numa sociedade liberal pluralista. Por outro lado, a perspectiva pluralista destes movimentos também oferece oportunidade para realização de uma nova visão da sociedade, onde liberdade e individualidade possam ser garantidas pela autonomia (Weeks, 1985).

Tal análise parece concordar com Singer (1993) que discute o chamado sexo mais seguro, que será mais detalhadamente abordado a seguir. Esta autora é de opinião que o sexo mais seguro parte da estimulação do narcisismo primário e da intensificação do controle sobre o corpo, e não da auto-negação. Trata-se de um movimento de auto-afirmação de comunidades gays.

1.4. As várias epidemias

Para Singer (1993), a aids não é a única causa de ansiedade, mas a circulação do seu significado social confirmou um marco nas questões teóricas e políticas relativas à sexualidade. Treichler (1999) afirma que a aids gera formas de compreensão e entendimento múltiplas, fragmentadas e freqüentemente contraditórias. Segundo esta autora, trata-se simultaneamente de uma epidemia de uma doença transmissível e de uma epidemia de significados, ambas igualmente cruciais.

Um breve retrospecto das nomenclaturas utilizadas (“peste gay”, GRID – Gay Related Immunodeficiency) e das discussões sobre as vias de transmissão do vírus que posteriormente foi denominado HIV nos oferece indícios acerca dos preconceitos da ciência e dos cientistas, tais como homofobia, misoginia e racismo. As hipóteses surgidas para explicar a doença reviveram e reacenderam antigos preconceitos morais (Treichler, 1988 e 1999).

Os gays ameaçam a estrutura social binária da sociedade, como foi no século XIX na Inglaterra a dicotomia entre as mulheres que podiam ter propriedade, as solteiras, e as casadas que não podiam legalmente ter posses. As solteiras não podiam ter atividade

sexual. As prostitutas rompiam esta dicotomia, e por isso eram casos limites, ou seja, contradiziam as concepções existentes, gerando discursos designados a recuperá-la.

O fato, dentre outros, de se resistir a admitir que a epidemia não estava restrita aos homossexuais sugere que o paradigma da epidemia gay direcionava o olhar e a percepção dos dados e impedia outras interpretações. Perguntas modelam respostas.

Fleck (1986) concebe *fato científico* como um processo de construção social em que uma idéia se transforma de acordo com as determinações de cada contexto histórico. Ou seja, os conceitos têm história e trazem consigo uma carga de idéias do passado. Nesta construção, indivíduo e coletividade se envolvem sem que haja neutralidade, pois o olhar do observador depende de sua perspectiva e do *coletivo de pensamento* a que pertence. A construção do *fato científico* reflete o peso da formação recebida através da educação formal, a carga de tradição expressa nos conceitos aceitos e as repercussões do conhecimento, uma vez que este gera limitações no olhar do investigador que pode deixar de perceber aspectos destoantes. O autor avalia ainda que, na maioria das vezes, a teoria do conhecimento comete um erro fundamental ao tomar como fatos comuns apenas os da vida cotidiana, fatos estes naturalmente admitidos como consumados e inquestionáveis.

Herdamos uma série de dicotomias discursivas nas quais a “*aids ganha significado*” (Treichler, 1999:371). Há uma grande familiaridade nestas dicotomias como, por exemplo “eu e outro”, “nós e eles”, “homossexual e heterossexual”, “ativo e passivo”, “culpado e inocente”, “vício e virtude”, “médico e paciente”, “normal e anormal”, “esposa e puta”, “sexo vaginal e sexo anal”, “sexo seguro e sexo bom”, “sexo seguro e sexo ruim”. Esses falsos antagonismos estão na base de sustentação de argumentos equivocados tais como:

- 1) A disseminação do vírus ficaria restrita a determinados grupos sociais como os gays e os usuários de drogas endovenosas, o que não ocorreu;
- 2) Aids não configuraria ameaça para a maioria dos heterossexuais uma vez que se constituiria no preço a ser pago pela prática do sexo anal;
- 3) Mulheres não seriam infectadas porque o vírus não é capaz de penetrar na forte e flexível mucosa vaginal, concebida como tendo sido construída para ser “abusada” por instrumentos como o pênis ou bebês;
- 4) Mulheres não transmitiriam HIV porque seus corpos não têm “capacidade projétil” como o pênis ou seringa;

5) Prostitutas poderiam transmitir o vírus porque seus corpos são reservatórios de micróbios assassinos (Treichler, 1999).

A linguagem exerce grande papel na forma como percebemos o mundo, e no que diz respeito à aids, ajuda a construir a percepção de risco individual e coletiva. Não há como separar as “vítimas” da “população em geral” (Treichler, 1999).

“There is still debate about whether, or to what extent, scientific discourse can be privileged – and relied upon to transcend contradiction. My own view is unequivocal: it cannot be privilege in this way. (...) [AIDS] may require us to relinquish some luxuries of our own: the luxury of accepting without reflection the ‘findings’ science seems to provide us, the luxury of avoiding vigilance, the luxury of hoping it will all go away. Rather, we need to use what science gives us in ways that are selective, self-conscious, and pragmatic (‘as though’ they were true). We need to understand that AIDS is and will remain a provisional and deeply problematic signifier. Above all, we need to resist, at all costs, the luxury of listening to the thousand of language tapes playing in our heads, laden with prior discourse, that tell us with compelling certainty and dizzying contradiction what AIDS ‘really’ means” (Treichler, 1999:373).

Quando as evidências de transmissão entre heterossexuais, especialmente da mulher para o homem se tornaram irrefutáveis, as especulações caminharam para o sentido de que seriam transmissoras as prostitutas, usuárias de drogas injetáveis e mulheres do terceiro mundo, primeiramente as haitianas e da África Central. Diferenças de raça, classe social e nacionalidade tornaram a especulação possível, diferente das feministas americanas de classe média que não estariam em risco.

Queremos, baseado em Singer (1993) e Knauth, Víctora & Leal (1998), argumentar acerca de três saídas, atitudes individuais e coletivas diante do contexto redefinido por força da progressiva disseminação do HIV: 1. atualização da agenda conservadora; 2. banalização da epidemia; 3. ocasião propícia para inovação.

1) Atualização da agenda conservadora através de argumentos que respondam ao pânico com propostas de controle de difusão do vírus HIV, buscando esquemas de regulação sexual, reprodutiva e/ou familiar. Tais medidas não seriam aceitas em outra situação política, sendo justificadas pela legitimidade atribuída à vigilância. Elas reproduzem antigos preconceitos relativos às minorias – profissionais do sexo, gays, usuários de drogas,

indivíduos com vida sexual ativa fora do padrão casal heterossexual, dentre outros. Tal postura não garante, e pior, não fomenta adoção de práticas preventivas uma vez que pode gerar uma falsa sensação de segurança pela dicotomização entre *nós* e *eles* (os outros). Tal atitude não promove envolvimento e/ou reflexão crítica;

2) Banalização da epidemia na medida em que outros temas são considerados ameaças maiores e mais importantes, o que também favorece o processo de disseminação de agentes infectantes, como o HIV. O crescimento da indiferença, ressurgimento da complacência e de outros dispositivos de entorpecimento político, social, institucional, econômico e cultural colaboram. Podemos argumentar acerca do acirramento de desigualdades por ação direta e indireta da epidemia. Além disso, a não correspondência entre a ameaça anunciada “aids e morte” e as experiências com soropositivos sadios desestimulam mudanças de comportamentos (Knauth, Víctora & Leal, 1998), onde a idealização do coquetel de antiretrovirais e sua disponibilização gratuita, infelizmente, podem até estimular fatores de acomodação com desestímulo à prevenção.

A idealização das relações amorosas e sexuais pode negar a possibilidade deste ser amado tornar-se fonte de dor ou perigo. O romantismo e o desejo consciente ou inconsciente de engravidar colaboram para fazer da prevenção um intruso, portanto indesejável. Na verdade podemos analisar a epidemia pelo HIV como configuração de um “fato universal e misterioso”, que ameaçando a todos, não afeta realmente ninguém! Neste sentido, a mensagem que “estamos todos em risco” pode passar a impressão incorreta de que todos estão de igual maneira em risco em curto prazo, o que gera cinismo e complacência, criando resistência à prevenção e sexo mais seguro (Davenport-Hines & Phipps, 1998). É a banalização da situação (Knauth, Víctora & Leal, 1998). A afirmativa de que “todas as mulheres podem pegar aids” é universalizante, e não catalisa identificação (percepção de risco) por parte de pessoas de carne e osso (Guimarães, 1998). A literatura aponta esta estratégia como incapaz de modificar comportamentos de risco (Goldstein, 1996). Parece que os que se sentem atingidos são aqueles diretamente afetados por casos de infecção. Estes deixam de considerar-se fora da questão (um “problema dos outros”), passando a encarar o assunto como algo que lhe diz respeito.

Outra questão é a chamada “transmissão heterossexual”, com a qual, em geral, os indivíduos que praticam sexo com alguém do outro sexo não se identificam. O construto “heterossexual” é muito distante da forma que os indivíduos percebem suas sexualidades (Kane, 1999). Apesar do destaque, tal construto não tem eficácia discursiva, pois não gera nexos entre a linguagem e a vida cotidiana, acionando dispositivos de afastamento dos “novos ameaçados”, em contraposição à concepção de que os homens são os ameaçados - homossexuais, bissexuais, hemofílicos e usuários de drogas (Treichler, 1988 e 1999);

3) A epidemia pelo HIV/aids engendra ocasião propícia para inovação em diversos níveis, seja tecnológica, política e/ou construída através de rede(s) de apoio social. Programas como os de troca de seringas para controle da transmissão do HIV entre usuários de drogas endovenosas configuram um exemplo, onde as ações objeto de grandes polêmicas foram (re)definidas politicamente (Davenport-Hines & Phipps, 1998), e contam com rede de apoio social configurada pelos agentes de saúde que atuam localmente em pontos de uso da droga, ou de convívio de usuários. Por vezes, os agentes de saúde são ex-usuários e/ou membros da comunidade local.

Outra inovação foi o modelo do sexo mais seguro, resposta política das comunidades gays americanas às recomendações médicas de abstinência sexual, quando dos primeiros casos de adoecimento e morte na década de 80 pelo que veio a ser denominado posteriormente como aids. A adoção de práticas sexuais mais seguras pode, ou não, incluir a incorporação de novas alternativas tecnológicas de proteção como o preservativo feminino. Partindo-se da concepção de que o uso do preservativo seja ele qual for, demanda trabalho humano (aquele que ao produzir mudanças – ações – no mundo, muda também o sujeito – agente), pode-se ampliar a visão sobre este tema complexo. Não se trata, portanto, meramente de disponibilidade, acesso ou conhecimento para uso e manuseio do preservativo, seja ele masculino ou feminino. A compreensão de que práticas sociais e sexuais são fruto da cultura (práxis) é um ferramental de crucial importância em sociedades humanas complexas, assunto a ser melhor explorado no capítulo 3.

As respostas à epidemia têm outros aspectos positivos e inovadores. A maior legitimidade atribuída às discussões formais e informais sobre sexualidade pode ser vivenciada como um avanço, ainda que não necessariamente. Diante da epidemia é

possível, como já discutido no item 1 acima, atualização da agenda conservadora na tentativa de regulação da sexualidade. Como bem argumenta Seffner (2002), os bons programas de prevenção não prescindem da informação, entretanto, não a reificam, uma vez que priorizam as trajetórias de vida dos indivíduos, e não as informações técnicas. Segundo este autor, a informação que não vem acompanhada de uma discussão pode até ser pernicioso. Usando a pedagogia de Paulo Freire como referência, ele conceitua que a aprendizagem de modos de prevenção à aids, é na verdade, a apropriação de um novo objeto de conhecimento, ou seja, uma aprendizagem conceitual, e simultaneamente política. As informações discutidas são simultaneamente produto acabado (constatação científica, técnica científica) e processo (modo como ela “entra” na vida do indivíduo).

Pesquisas indicam aumento no uso de preservativos no Brasil, ainda que de forma segmentada em grupos sociais e etários (Badiani et al., 1997; Ministério da Saúde, 2000).

A organização de grupos comunitários, ou não, (redes sociais) pode gerar um ambiente potencialmente propício para crescimento pessoal e coletivo através das trocas estabelecidas.

O aumento no nível de conhecimento sobre o HIV pode oferecer novas possibilidades e alternativas para melhoria na qualidade de vida, seja pela procura e criação de serviços de saúde, seja pelas pressões exercidas pelas organizações civis e/ou indivíduos. A preocupação e o efetivo aumento no controle do sangue, por exemplo, oferece benefícios para a saúde da população como um todo.

Os paradoxos colocados no processo pela epidemia vêm fomentando questionamento e avaliação crítica das práticas médicas e para médicas, tanto no que diz respeito à assistência em si, quanto na formulação de políticas públicas e na (re)definição das linhas de pesquisa (Corrêa, 1994). A histórica situação de falta de visibilidade pública, poucos recursos disponíveis e o baixo status atribuído aos médicos que tratavam as DST, mudaram parcialmente, quando comparados com aqueles envolvidos com a epidemia pelo HIV/aids (Davenport-Hines & Phipps, 1998).

O preservativo feminino, artefato tecnológico ainda relativamente pouco conhecido, viabiliza oportunidade de uso de tecnologia do sexo que pode potencializar alterações no campo simbólico em que acontecem as negociações sexuais e eróticas. Trata-se de produto

de múltiplos significados, invenção (artefato tecnológico), mas não há mágica nem milagre, pois os limites não foram eliminados.

Diante da inexistência de método(s) ideal(is) de proteção, o preservativo feminino, cuja disponibilidade ao público em alguns países já completou 10 anos e encontra-se entre as atuais políticas públicas do Ministério da Saúde, pode ser considerado como um avanço na promoção da saúde.

1.5 Orgulho gay e sexo seguro

Por ocasião dos primeiros anos da epidemia as inúmeras perdas por óbito deram cores de luto e sofrimento ao contexto. Como reação à preconização da abstinência sexual como única forma de garantir a prevenção vinda de especialistas médicos e outras autoridades, a articulação técnica e política de comunidades gays (*orgulho gay*), responderam com uma inovação: o chamado modelo do *sexo mais seguro* (Singer, 1993; Watney, 1999). Muitos membros destas comunidades nos Estados Unidos, por exemplo, eram cientistas, médicos, acadêmicos e membros do governo. “*Era um momento em que a cultura americana estava contestando a autoridade médica e científica*” (Treichler, 1988:245). Segundo Paiva, os ativistas das oficinas (*workshops*), em geral uma proposta de educação dialógica, “*reconhecem sua inspiração na tradição inaugurada por Paulo Freire, de educação como prática da liberdade*” (2003:66).

Abaixo um trecho que expressa a conjuntura e fatos de época:

“It is instructive to remember that gay man invented safer sex long before the identification of HIV or the widespread of HIV antibody testing in the West. Callen’s groundbreaking *How to have sex in an Epidemic* offered both a theory and a practice of risk reduction that has stood the test of time remarkably well, and represents an approach for safer sex education that continues to contrast strongly with the vast majority of UK and US government-funded activities, that might collectively be regarded under the heading: ‘How to give up sex in an Epidemic’ (Callen, 1983)” (Watney, 1999:407).

Os alicerces da cultura gay, principalmente a americana, dotada de agenciamentos materiais, intelectuais e políticos já advogavam a potência da criação e da produção dentro

de uma concepção democrática e individualista, antes mesmo dos primeiros casos de infecção pelo HIV.

Como outros movimentos sociais reivindicatórios, o orgulho gay busca explorar e reforçar potencialidades, advogando os chamados direitos sexuais, em consonância com o movimento feminista e a chamada liberação (revolução) sexual. O feminismo já havia contribuído de forma significativa para a compreensão do gênero como categoria transversal às classes sociais, raça-etnia e às gerações, desnaturalizando aspectos relacionados a tais processos sociais (Giffin, 2002). Além disso, a problematização do modelo biomédico, seus olhares e práticas relativas à saúde sexual e reprodutiva levantam questionamentos e reflexões importantes.

Nestas perspectivas, não há cartilha a ser implementada. Trata-se de reivindicações que pretendem influenciar e fomentar mudanças sociais e culturais no exercício do cotidiano. Discute-se o direito ao prazer e à liberdade de expressão como emancipação psicossocial (Paiva, 2003) e exercício da cidadania. Trata-se de movimentos organizados, que dentre outros, historicamente vêm contribuindo para transformações de relações e de valores através de novos modos de produção coletiva. A compreensão dialética valoriza não só os mecanismos de reprodução de desigualdades e de dominação, como também capta resistências e possibilidades de transformações.

Com o modelo *do sexo mais seguro*, o erotismo foi reforçado em seu sentido emancipatório, como processo gerador de auto-estima, poder e prazer. Erotismo é entendido como prazeres do corpo, baseado no desejo e nas fantasias. Não há demarcações sobre o que é, e o que não é sexual, entre o que pode, e o que não pode ser desejado e experimentado como prazer sexual (Watney, 1999). Enfatiza-se a importância da erotização dos vários contatos possíveis, assim como a exploração das práticas eróticas não penetrativas e masturbação (mútua ou não).

O orgulho gay tem sido importante fator de prevenção à transmissão do HIV ao definir sexo mais seguro como mais do que um conjunto de técnicas, isto é, como um aspecto fundamental das práticas culturais gays. A partir de 1983, com o isolamento do vírus HIV, pode-se chegar aos conjuntos de práticas consideradas como de alto, médio e baixo risco para transmissão.

Na medida que o conhecimento epidemiológico acrescenta suas contribuições a este conjunto, o mesmo tende a ser considerado somente enquanto técnica, ao invés de um estilo de vida, ou uma prática cultural coletiva. Ainda que estes conhecimentos sejam apresentados de forma familiar (culturalmente definida em contextos específicos), é crucial a promoção coletiva de *empoderamento* (empowerment), processo interativo relativo à epidemia neste caso específico (Paiva, 2003). O processo de *empoderamento* resulta em potenciais efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos a partir de mais sentido de controle sobre as próprias vidas (Valla, 1999).

Desde o início, o sucesso do sexo mais seguro está relacionado ao reconhecimento de que o HIV é um assunto comunitário. Assim sendo, diz respeito a todos independentemente da situação sorológica individual exigindo, portanto, resposta de base comunitária. Esta abordagem contrasta com campanhas que, em geral, enfocam sexo mais seguro como prática individual, cuja adoção seria similar à decisão pessoal de usar um determinado produto (Watney, 1999). Segundo o mesmo autor, evidências internacionais vêm demonstrando que as experiências de programas educativos bem sucedidos são aqueles baseados em valores coletivos comunitários.

“For most official HIV/AIDS ‘education’ has only tended to reinforce negative perceptions of safer sex as a system of imposed constraints, that are only able to be complied with reluctantly, from motives of guilt and fear. It is unlikely that significant number of people will be able to sustain safer sex over time from such a perspective. Nor can mechanical behaviorist analyses explain the failure of such campaign, save in terms of individual ‘noncompliance’ or so-called ‘sexual-addiction’. In the meantime, the delusion that HIV is only a risk from extraordinary sources that are external to the lives of decent, ordinary folk is casually reinforced. (...) Safer sex constitutes both an erotics and an ethics; it has established a set of collective cultural practices that combine the affirmation of sexual desire in all its forms with an active, practical commitment to mutual care and responsibility” (Watney, 1999:412-3).

Ao enfatizar as práticas (o que se faz), o foco é transposto dos chamados grupos de risco para práticas de risco, alterando a idéia de que somente alguns são vulneráveis. Não se trata, portanto, de com quem se faz sexo, mas de como evitar os riscos de transmissão. O indivíduo é reafirmado como sujeito voluntário da ação, e a sexualidade, como espaço de

liberdade e de direito ao prazer com minimização dos riscos. Trata-se, portanto, de um movimento de auto-afirmação, e não de auto-negação (Singer, 1993).

Goldstein discute algumas diferenças do sucesso alcançado pela noção de sexo seguro em diferentes grupos populacionais americanos (gays assumidos e mulheres negras em Nova Jersey). Afirma ainda que “*provavelmente não vai ter muito sucesso na terra brasileira*” (1996:140). Argumenta acerca da importância de que “*programas feitos para um grupo norte-americano específico altamente consciente não sejam simplesmente reciclados e transplantados para cá*” (idem). Refere-se às poucas possibilidades de mulheres da população em geral negociar um sexo seguro, em especial a mulher de baixa renda e relação fixa. O que a autora denomina a “*ideologia do sexo seguro*”, construiu a “*alfabetização da camisinha*”, o que tem, a seu ver, vários aspectos positivos, dentre eles estimular o questionamento sobre responsabilidade mútua.

1.6. Da inovação ao conservadorismo

O modelo do sexo mais seguro enfatizou aspectos culturalmente maleáveis da sexualidade, e a campanha organizada pela comunidade *gay* americana foi uma das mais comoventes e eficientes já registradas na história das doenças. Isso sugere a participação ativa na criação e na mudança dos significados culturais e eróticos, em lugar de recebimento passivo de uma socialização sexual estática (Carrara, 1994 e Vance, 1995). Segundo Loyola, os efeitos da participação dos grupos *gays* “*podem trazer a redefinição do campo e das representações sobre a sexualidade, para a própria medicina e para o modelo tradicional de intervenção sanitária*” (Loyola, 1994:15).

A prevenção através do mote *use camisinha* em todos os encontros sexuais não parece ser possível em várias situações (Goldstein, 1996). Tal recomendação segue o modelo etiológico-biológico sem considerar que relações sociais e de gênero estão diretamente imbricadas, e são frequentemente empecilhos para adoção de práticas seguras. As premissas e pressupostos a tal modelo educativo não utilizam o conhecimento da realidade, nem estimulam o desenvolvimento de visão crítica por parte daqueles concebidos

como população-alvo. Além disso, a prática continuada do sexo mais seguro implica, por exemplo, em não procriação, o que pode se configurar em fator de não adoção por muitos.

Na medida que o discurso médico foi se apropriando do modelo do sexo mais seguro, teria este se tornado mais uma norma padronizada, mais uma prescrição racional e lógica desvinculada de contextos específicos? Uma *rotina de condutas* (Seffner, 2002) transferidas de maneira acrítica por profissionais da saúde, por exemplo, sem a problematização da realidade dos participantes (Seffner, 2002)? Discute-se o prazer e a sexualidade? Será mais uma transmissão de normas do que deve, ou não deve ser feito? É possível trabalhar “*com a prevenção da AIDS de forma que reste ao menos a curiosidade de experimentar outra via que não seja a do perigo que o vírus representa*” (Barbosa, 1996:164)?

A masturbação individual ou não, uma prática segura, é, segundo Seffner (2002), interessante exemplo indicativo do grau de tecnificação dos procedimentos adotados em um determinado programa de prevenção, ou da sua politização, na medida que as transformações históricas nos conhecimentos sobre o assunto sejam, ou não, discutidas. Este autor problematiza as propostas preventivas, advogando a importância que as mesmas sejam vistas como ações político-pedagógicas, dentro da proposta de educação de Paulo Freire. Afirma que “*talvez o grosso das campanhas de prevenção tenha visado a formação de consumidores de camisinhas, e não cidadãos educados para a autonomia nas decisões de saúde sexual*” (Seffner, 2002:29).

Como apontado por pesquisa realizada com usuárias do diafragma como método contraceptivo (Kalckmann et al, 1997), possivelmente a readequação das atividades de educação em saúde seja crucial no sentido de possibilitar mais sustentação e apoio à população em geral para uso consistente de métodos de proteção. Por outro lado, diante da situação de crise no sistema público de saúde, diversos são os obstáculos que se colocam (Osis, 1998; Simões-Barbosa, 1999; Giffin, 2002; Paiva, 2003).

Por outro lado, na literatura encontramos muitas queixas sobre o manuseio dos preservativos. Alguns dos entraves para adoção de práticas protegidas são muito anteriores à epidemia pelo HIV/aids, como a valorização do sexo genital penetrativo (vaginal e anal); a resistência e/ou recusa ao uso do condom masculino por parte de um, ou ambos os membros do casal. São argumentos para o não uso do condom: a confiança no(a)

parceiro(a), o grau de compromisso (status) da relação, falta de condições mínimas para negociar, desprezo e apatia diante da possibilidade de infecção, não se acreditar em risco de infecção, medo do desempenho e queda da potência sexual, opção por outros métodos contraceptivos, em especial em parcerias de longa duração (Berquó e Souza, 1994; Cummings et al., 1999; Civic, 1999). Outros motivos frequentes para recusa: quebra do clima erótico, “aperto” no pênis (preservativo masculino), alergias e/ou irritações, estranheza diante da “artificialidade” do método, desconforto durante a relação por causa da fricção interna do látex (pouca lubrificação), e ainda o romantismo que anseia pela fusão rejeitando barreiras entre peles e mucosas, além do desejo consciente, ou não, de engravidar.

Apesar do contínuo aumento do número de mulheres infectadas, principalmente em grupos sociais de menor poder sócio-econômico, a literatura e as pesquisas não vêm priorizando este processo a contento.

A defesa da família monogâmica ganha valor estratégico, o que na realidade é contraditório ao perfil da epidemia no caso brasileiro. Aqui, as mulheres monogâmicas estão significativamente presentes entre os casos, sendo infectadas por seus companheiros, a quem são fiéis.

Campanhas publicitárias erotizam hábitos visando fomentar a venda de produtos, mas não difundem mensagens eróticas de práticas seguras tais como “sexo protegido significa usar camisinha, ou alternativamente adotar práticas que evitem a penetração”. Ou ainda, “reduzir o número de parceiros sexuais é somente uma forma de reduzir os riscos, entretanto, manter atividade sexual com um único parceiro infectado é arriscado”.

Treichler (1988) critica investigações onde as mulheres são consideradas em risco somente em função de seus parceiros sexuais, e não em função da atividade sexual delas próprias. As mulheres não são consideradas como indivíduos, mas para mostrar índices de disseminação do vírus entre heterossexuais, e para prevenção primária em prol da prevenção da transmissão vertical.

“A body of evidence suggests that AIDS is like other sexually transmitted diseases, capable of infecting women and men in equal numbers and now spreading as rapidly by way of heterosexual contact as it once did by way of homosexual contact. (...) My general argument is not that biomedical scientists have been “irresponsible” or that “the media” have created a sense of false

security (or false terror), or that we can never truly know the biological “facts” about AIDS. What is important is that even scientific characterizations of the reality of AIDS are always partly founded upon prior and deeply entrenched cultural narratives (Treichler, 1988:228-9).

A preconização da abstinência sexual atende aos interesses moralistas e fundamentalistas religiosos. Um dos argumentos a seu favor parte da premissa que a proliferação das DST é oriunda do “clima permissivo” que estimularia a promiscuidade. Ora, a sexualidade vem sendo transformada em mercadoria (commodities) de vários tipos na medida em que o discurso erótico é trazido para as famílias e vidas individuais de ambos os sexos. A sociedade de consumo prossegue em seu caminho de expansão de mercado, também através do erotismo (Singer, 1993). Além disso, com a defesa da abstinência, assim como da monogamia exclusiva como métodos de proteção, as pessoas possivelmente perdem oportunidade de aprender e explorar aspectos sobre o sexo mais seguro e o prazer. Caso o desejo chegue a um “ponto de ebulição” tal, possivelmente as regras serão desconsideradas.

“What is new about the new sobriety [safe sex] is that its aesthetic or restraint is not represented in terms of a monastic economy of self-denial or obedience to some authoritative imperative, but is instead presented as a gesture of primary narcissism, away from and about oneself. Liberation, in this context, is relocated in an economy of intensification of control over one’s body and one’s position in sexual exchanges. (...) Rather than depending on a regime of repression, the new discipline operates through a strategy of control by stimulation, which mobilizes energies through anonymous channels of regulation which can also be represented as activities of individuation” (Singer, 1993:123).

Este processo social de criação de marketing para aparatos, serviços sexuais eróticos e contraceptivos, acessórios, produtos de higiene e outros vai paulatinamente normalizando as funções sexuais em mercadorias, integrando a sexualidade no sistema de mercado capitalista (Singer, 1993).

A história da sexualidade nos aponta o fato de sua organização social não ser fixa ou estável, mas sim modelada sob circunstâncias históricas complexas. Os discursos sobre o sexo estão relacionados com controle, mais do que com liberação da sexualidade (Foucault, 1977; Santos 1992 e 1995; Villela, 1999). Sendo assim, a intensa produção atual sobre

esses temas atende à necessidade de adequação das normas de permissão e interdição, aceitação e recusa sexual das demandas dos dias de hoje, quando o imperativo demográfico não é mais a expansão, quando as exigências do mercado substituem a dicotomia produtor e reprodutor pela produtores e consumidores, e as doenças decorrentes da atividade sexual sem proteção representam real ameaça (Villela, 1999).

Para que haja incentivo à adoção de práticas sexuais protegidas por parte dos sujeitos, suas idiossincrasias não de ser reconhecidas e valorizadas em complexo processo intra e intersubjetivo.

Oportunidades para diálogo aberto e não preconceituoso, são peças fundamentais neste quebra cabeça. A literatura reconhece o isolamento como significativo fator de estresse, além de dificultar transformação das relações sociais de dominação que demandam recursos diversos, dentre eles os emocionais, instrumentais e materiais. Diversos atores sociais podem viabilizar, ou não, redes de apoio social que têm potencialmente um papel de inovação e de manutenção da saúde numa concepção holista. Os serviços de saúde têm aqui um campo e oportunidade para exercer seu papel social, o que inclui recursos de diagnóstico, prevenção e tratamento, mas certamente a eles não se reduz.

2. O QUE É PRESERVATIVO FEMININO?

O preservativo feminino *Reality*® (PF) é o único método de barreira de dupla proteção, sob iniciativa (controle) da mulher, uma antiga reivindicação por parte do movimento feminista, atualizada pelos movimentos sociais de luta contra a aids e profissionais da saúde no que se refere à proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (Stein, 1990; UNAIDS/AIDSCAP/FHI, 1993; FHI/AIDSCAP, 1997; WHO, 1997; UNAIDS, 1997).

O PF atende a demandas de proteção eventual e/ou de longo prazo sem efeitos colaterais, e sua disponibilização vem oferecer a primeira alternativa de dupla proteção ao preservativo masculino, opção fora da realidade de muitas mulheres (Gollub & Stein, 1993; WHO & UNAIDS, 2000; Latka, 2001). Segundo Barbosa (2000), os únicos métodos existentes até recentemente, o preservativo masculino e a monogamia mútua, dependiam da cooperação do parceiro.

A força simbólica latente na mudança decorrente do fato do produto ser usado no corpo feminino é tão importante que, para viabilizar a sua aceitação, busca-se na sua apresentação abordá-lo como um método de iniciativa da mulher, e não de controle da mulher (FHI/AIDSCAP, 1997; Stein, 1999). Segundo a literatura, por se tratar de um método novo e, portanto, desconhecido, não seria objeto de preconceitos historicamente associados ao preservativo masculino: promiscuidade e práticas sexuais ilícitas (FHI/AIDSCAP, 1997).

As características desejáveis de um método de prevenção ideal são: eficácia, ausência de efeitos indesejáveis, conveniência e baixo custo (Stein, 1990; WHO, 1997; WHO & UNAIDS 2000). Apesar do PF não ser um método ideal, pode ser considerado um avanço na promoção da saúde. Sua disponibilização amplia as opções de métodos de barreira, e pode vir a diminuir o número de relações sexuais desprotegidas, ainda que com significativas restrições de acesso (custo), de adaptação e de preferências pessoais (Gollub e Stein, 1993; WHO, 1997; Aggleton et al., 1999; Barbosa, 2000).

O PF encontra-se disponível no mercado brasileiro desde dezembro de 1997, e é o único método de dupla proteção comercializado mundialmente que obteve aprovação do FDA até o momento (WHO/UNAIDS, 2000; Barbosa, 2000). Seu registro foi obtido no Brasil em 1997 junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pela DKT do Brasil Produtos de Uso Pessoal Ltda. (Barbosa, 2000). Esta mesma organização, em 1989, em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, elaborou e implementou o primeiro programa de marketing social do preservativo

masculino no país, o então denominado “Programa de Marketing Social de Preservativos Masculinos” (DKT do Brasil, 2000).

A idéia da camisinha feminina não é nova. Versões anteriores foram desenvolvidas nos anos 20 e 60, mas não tiveram grande aceitação (Stopes, 1923 e Consumers Association UK, 1966 *apud* Bounds, 1997). As versões chamadas *Capote Blanco* e *Capote Anglaise* eram disponíveis, e consistiam em tubo de borracha protetor da vagina mantido na posição correta por um anel cheio de ar preso à extremidade aberta do preservativo.

A epidemia de aids trouxe o interesse da indústria para pesquisa e desenvolvimento de novos métodos de barreira. Várias versões, denominadas “revestimento ou bolsa vaginal” (*pouch*), foram inventadas nos últimos anos. Manufaturados a partir do látex, o *Bikini Condom*, *Women’s Choice* e *Janesway* estão quase todos ainda em fases iniciais de desenvolvimento e testes clínicos (Bounds, 1997).

Lasse Hessel, médico dinamarquês, descreveu o preservativo feminino em meados da década de 80 (WHO, 1997), e obteve patentes que foram posteriormente licenciadas. As investigações que frutificaram no *Reality*® foram levadas a cabo pela Female Health Company (FHC), sediada em Chicago, EUA (WHO, 1997; WHO & UNAIDS 2000). A aprovação pelo FDA ocorrida em maio de 1993 demandou estudos de aceitabilidade em mais de 25 países com mais de 1500 casais (WHO, 1997). O *Reality*® é manufaturado com poliuretano, consistindo de bolsa lubrificada de 17 cm de comprimento, com uma extremidade fechada (interna) e outra aberta (externa). O produto tem dois anéis, sendo que o interno fica no fundo (anel de poliuretano flexível e removível), e funciona como âncora na vagina, semelhante ao design do diafragma. A extremidade aberta (anel externo semelhante ao interno, só que fixo) oferece proteção ao recobrir parte da vulva e da base do pênis durante a penetração (Bounds, 1997; WHO/UNAIDS, 2000).

O produto teve seu registro em 1992 na Inglaterra (marca inglesa *Femidom*®), em 1993 nos EUA (Gollub e Stein, 1993; UNAIDS, 1997), e sua patente está protegida até 2007 (Mitchell Warren, FHC, comunicação pessoal, janeiro 2001). Inicialmente a sua produção era pela Wisconsin Pharmacal (EUA), primeiro local inspecionado e aprovado pelo FDA. Atualmente, a única fábrica em atividade está localizada em Londres, a Chartex International, hoje subsidiária da FHC (Bounds, 1997). A capacidade produtiva que já foi de 40 milhões/ano (UNAIDS/FHI/AIDSCAP, 1993),

hoje está em 60 milhões/ano (Mitchell Warren, FHC, comunicação pessoal, janeiro 2001).

Hoje o produto encontra-se disponível em mais de 80 países na África, Ásia e América Latina através do marketing social, e comercialmente em 17 países (FC, 2003). Segundo representante comercial do fabricante, havia estimativa de venda para os anos 1999/2000 de 5.297.000 unidades para o setor público global (Warren, 2000).

A tentativa de criar barreiras a infecções de transmissão sexual também tem contemplado pesquisas de microbicidas de uso local. Os microbicidas, tanto na apresentação em gel, como em creme ou supositório, ao serem aplicados na vagina ou ânus, evitariam a infecção pelo HIV (Gollub, 2000; Barbosa, 2000).

Os possíveis efeitos da camisinha feminina nos encontros sexuais são discutidos por Aggleton et al. (1999). Esses autores afirmam que o artefato viabiliza potencialmente: a) novo meio de fomento do poder de influência feminina nas negociações sexuais (*empowerment*); b) criação de um contexto que diminui os riscos de transmissão do HIV/aids; c) diminuição da resistência masculina ao uso de método de barreira, na medida em que não temos disponível um microbicida idealmente eficaz. Os autores afirmam também que a disponibilidade em si do produto não muda a dinâmica de poder entre homens e mulheres sem que ocorram intervenções de apoio (capacitação social) e acompanhamento em grupo. A estratégia de formação de rede de apoio social e psicológica tem sido apontada como forte fator de sucesso nas intervenções já analisadas (UNAIDS, 1997; WHO/UNAIDS, 2000; Gollub, 2000).

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, o *empowerment* pode ser entendido como envolvendo autonomia na comunicação sexual e na tomada de decisão, baseado na compreensão das opções para prevenção, no contexto de meios para proteção (Aggleton et al., 1999).

ACEITABILIDADE E ACESSO

O preservativo feminino se apresenta como um artefato tecnológico real, e tem sido considerado um pretexto para interação e conversa entre parceiros sexuais, propiciando um novo motivo para diálogo e abordagem de temas sensíveis. É também uma nova alternativa de proteção para indivíduos em tratamentos de DST em geral. O PF tem sido avaliado como uma ferramenta de exploração e descoberta do corpo feminino por ambos os sexos (Gollub, 2000), o que configura uma possível via de

produção de novos significados para práticas sexuais, além de expandir possibilidades de vivências eróticas prazerosas.

Estudos de aceitabilidade deste produto identificam como aspectos favoráveis de seu uso, o fortalecimento da autonomia (feminina); o alto grau de proteção (do produto) quando usado corretamente; sua maciez e conforto (Gollub, 2000). Em alguns casos, os pesquisados relataram ainda, o aumento do prazer com o uso da camisinha feminina, além de sua colocação não necessitar interromper a relação sexual, nem depender da ereção (Ministério da Saúde, 1999). Os mesmos autores relatam como pontos desfavoráveis: a necessidade de prática e treinamento para inserção e uso do produto; o fato de ser visível ao parceiro, e o anel externo. Para vários usuários a camisinha feminina é considerada esteticamente feia e o lubrificante excessivo. A literatura registra queixas de usuárias sobre o barulho e deslocamento durante o ato sexual (Bounds, 1997; Ministério da Saúde, 1999; Gollub, 2000; WHO/UNAIDS, 2000).

O estudo sobre aceitabilidade do método realizado com uma amostra representativa de mulheres no Brasil acompanhou quase 2000 usuárias de serviços de saúde em seis cidades distintas (São Vicente, SP; Rio de Janeiro, RJ; Belo Horizonte, MG; Goiânia, GO; Cabo, PE; e Porto Alegre, RS). Incluindo diferentes regiões do país, evidenciou resultados interessantes (Ministério da Saúde, 1999). Definindo aceitabilidade como a probabilidade de usar, e se manter usando o preservativo, obteve-se ao final de 90 dias da pesquisa uma probabilidade de 70,1% de uso. As principais dimensões associadas ao uso foram: a qualidade dos serviços de saúde e o trabalho educativo (Barbosa, 2000). O incremento obtido na consistência da prática do sexo mais seguro foi significativo: a proporção de relações protegidas definidas como uso de proteção na última relação sexual, dobrou, de 31,2% no início do estudo, para 65,2% no final. Este incremento foi menor entre mulheres com parceiros fixos, incluindo as casadas e usuárias de outros métodos contraceptivos, que não o condom masculino.

“O estudo demonstrou que, do ponto de vista de estratégias de prevenção, não se trata de substituir o preservativo masculino pelo feminino, mas sim de criar formas de intervenção que promovam a ampliação do leque de opções. (...) Promover o uso do condom feminino de maneira positiva e dar suporte à usuária do método foram fatos considerados fundamentais para o resultado obtido” (Barbosa, 2000:21).

Fugiria aos objetivos desta investigação analisar como estão os serviços de saúde neste período de insuficientes investimentos no qual vivemos no país. Presume-se que tal conjuntura afeta a qualidade da assistência prestada à população, podendo, inclusive,

fortalecer o modelo biomédico para a abordagem das questões sexuais e reprodutivas, dentre outros temas da saúde.

A atitude dos profissionais e gestores da saúde pode conter viés contrário a métodos de barreira e ao preservativo feminino. A Organização Mundial da Saúde sugere investimento no sentido de se prevenir tal influência negativa para potenciais usuários através de treinamentos clínicos e programas educacionais para estes profissionais (WHO & UNAIDS, 2000).

Desde as primeiras discussões sobre distribuição e aceitabilidade, mesmo ainda enquanto projeto de pesquisa, o preço do PF tem sido largamente abordado como possível obstáculo para o acesso (Zufferey, 1992; USAID/AIDSCAP/FHI, 1993). A racionalidade da manutenção dos preços nos níveis praticados segue a mesma lógica dos argumentos usados pela indústria de fármacos e equipamentos. Para ela, os custos de um produto refletem a necessidade de recuperação dos investimentos em pesquisa, desenvolvimento, planta de produção, e dos custos da matéria prima. No caso do PF, os custos da mão de obra são relativamente baixos considerando que o processo industrial é mecanizado (UNAIDS/AIDSCAP/FHI, 1993). Segundo Mary Ann Leeper (presidente da FHC):

“O fabricante (FHC) não planeja nenhuma alteração no design do produto. Qualquer mudança no design técnico significaria recomeçar todo o processo de ensaios clínicos e aprovações regulatórias. A companhia está concentrando seus esforços de expansão de mercado no setor público e no mercado comercial” (UNAIDS/AIDSCAP/FHI, 1993:23, tradução nossa).

Especialistas em marketing estimam que o custo de cada PF varia de US\$1,00 à US\$1,50 quando considerados os custos de distribuição, educação e treinamento do usuário, promoção e outras despesas. Assim, para inclusão do PF no conjunto de alternativas preventivas disponibilizadas à população, alguns movimentos foram realizados. Em 1996 a UNAIDS firmou acordo com o fabricante (FHC) para fornecimento do PF para ministérios da saúde, doadores e ONG, incluindo a DKT do Brasil. Dessa maneira a compra se daria ao preço de US\$0.62 a unidade, comparada ao preservativo masculino que custa US\$0.05 (UNAIDS, 1997). Pode-se perceber um nítido paralelo com o processo internacionalizado da indústria farmacêutica global, onde existem conflitos entre metas corporativas das empresas e as prioridades nacionais e/ou locais específicas. Em diversos casos, como este, organismos internacionais atuam como agentes intermediadores. Políticas de saúde não correspondem às políticas industriais, como no caso da definição da política de medicamentos no país (Bermudez,

1992). As discussões relacionadas ao acesso aos cuidados e patentes, no que diz respeito à epidemia de HIV/aids, têm priorizado os anti-retrovirais, relegando os insumos de prevenção a um segundo plano.

Como alternativa para diminuir custos, a reutilização do produto tem sido considerada e já notificada. Recentemente foi realizado estudo na África do Sul com objetivo de investigar o assunto (Beksinska et al., 2001). A integridade do produto foi mantida após lavagem cuidadosa com detergente, seguido de enxágüe, secagem e lubrificação com óleo vegetal. Após várias reutilizações, os preservativos foram enviados ao laboratório do FDA para testes. Entre os 295 PF examinados, somente 5 apresentaram furos após as reutilizações, o que vem a representar 2% do lote (Reproductive Health Matters, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), entretanto, recomenda o uso do PF por uma única vez nos casos de risco de gravidez não planejada e/ou DST, inclusive HIV. Este mesmo organismo internacional está desenvolvendo estudos a respeito da possibilidade da reutilização, considerando-se que o protocolo inicial baseado em evidências disponíveis não foi suficiente para se chegar a resultados conclusivos a respeito do assunto (WHO, 2002).

POLÍTICA DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DO PRESERVATIVO FEMININO NO BRASIL

A Coordenação Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde (CN DST/aids) optou em 1999 pela aquisição e distribuição direcionada de dois milhões de unidades inicialmente, com cobertura geográfica de 19 estados da federação. Os critérios utilizados para caracterização da população-alvo compreenderam profissionais do sexo, mulheres que estão em situação de violência sexual e/ou doméstica, mulheres soropositivas e mulheres usuárias de drogas (Documento da CN DST/aids *apud* Barbosa, 2000). Segundo informação institucional da CN DST/aids, uma nova remessa de mais dois milhões de preservativos femininos foi comprada, e “*o Brasil é o único país do mundo a distribuir o preservativo feminino em programas de prevenção à aids*” (CN DST/aids, 2002b).

A experiência da distribuição na rede pública de saúde é uma iniciativa única em sua dimensão e forma. Como discutido por Barbosa (2000), por se tratar de um produto caro, o acesso ao mesmo é restrito. A distribuição gratuita garante acesso a

peças que não o teriam de outra forma. Segundo a própria CN DST/aids, “*O Brasil está entre os países que mais consome o preservativo no mundo: 33% dos preservativos femininos produzidos mundialmente são vendidos aqui*” (CN DST/aids, 2002c).

Segundo Barbosa (2000), a distribuição gratuita, entretanto, tem obstáculos para sua operacionalização. Entre eles, a estrita dependência da iniciativa governamental. Isto é, ocorrendo possíveis irregularidades ou suspensão da mesma, certamente prejudicará os menos favorecidos que tiverem incorporado o método em seu dia a dia. Outro aspecto discutido pela autora é a capacidade de importação da DKT. Em caso de ampliação de demanda, poderão ocorrer dificuldades no abastecimento dos programas.

A distribuição gratuita junto à rede pública de saúde, seguindo concepções baseadas possivelmente em análises de custo-benefício, reforça a atuação junto à população feminina de maior “vulnerabilidade” (profissionais do sexo, mulheres soropositivas, usuárias de drogas e em situação de violência). Esta estratégia exclui grande parte das mulheres com parceiros fixos, que têm sido apontadas pela literatura como o grupo da população que nem sempre encontra condições favoráveis para negociar práticas protegidas com seus parceiros, ficando a proteção na dependência deles concordarem com o uso de preservativo masculino.

MARKETING SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE DIFUSÃO: DOS CONTRACEPTIVOS AOS PRESERVATIVOS COMO DUPLA PROTEÇÃO

A estratégia utilizada pela CN DST/aids para difusão do preservativo feminino no Brasil pode ser melhor compreendida se examinada sob a ótica multidimensional preconizada pelo marketing social. Seguindo o modelo de experiências internacionais baseadas no marketing social, a entrada do preservativo feminino no Brasil se utilizou, dentre outros, de pesquisas sobre aceitabilidade (Ankrah et al., 1998; Buchalla et al., 1998; Leocádio et al., 1998; Vieira et al., 1999; Ministério da Saúde, 1999), desenho de propostas pedagógicas e de regulação, buscando produzir aderência cultural.

Do ponto de vista simbólico, a estratégia de difusão privilegia aspectos não defensivos, mas produtivos de significados e sentidos. Reapropria aspectos do movimento feminista e recria significados, como, por exemplo, quando enfatiza a decisão de uso e controle feminino das condições de proteção. Da mesma forma, otimiza o produto em termos de valores de mercado, comodidade e ampliação de alternativas de escolha de métodos de dupla proteção.

Segundo Kotler (1971), a concepção de marketing social é muito mais ampla do que propaganda e comunicação. Ela envolve tanto o desenho, como a implementação e o controle de programas calculados para influenciar na aceitação de concepções culturais relacionadas ao planejamento do produto, preço, e vice-versa. Necessita assim de contribuições da comunicação, distribuição, pesquisa de opinião, e de mercado. A Associação de Marketing Americana criou condições favoráveis para o marketing social, na medida que expandiu a definição de marketing incluindo a promoção de idéias (Walsh et al., 1993).

Técnicas de marketing são mecanismos de união entre a simples posse de um conhecimento, e a implementação socialmente útil que aquele conhecimento permite (Kotler & Zaltman, 1971). Segundo estes autores, há uma grande mudança na orientação quando se passa da venda, que é a busca de compradores para um produto já existente, para o marketing, que investiga os desejos e necessidades do público alvo, e cria produtos e serviços que os satisfaçam. Em termos sociais, sustenta-se que a filosofia do marketing restaura a soberania do consumidor (Kotler & Zaltman, 1971).

As mudanças sócio-demográficas e ecológicas ocorridas no século XX e o progressivo acúmulo de estudos epidemiológicos identificando relações entre estilo de vida e doenças, criaram condições favoráveis para convergência entre marketing comercial e saúde pública. O marketing social vem se tornando foco de interesse e atenção para estudiosos da saúde na medida em que cada vez mais são descritas associações entre hábitos (estilo de vida) com a saúde individual e coletiva. Inúmeros programas de vacinação, planejamento familiar, reformas agrícolas e nutricionais foram conduzidos na África, Ásia, América Latina durante os anos 60 e 70, através de agências internacionais como USAID, Fundação Ford, Populational Council, fazendo uso de técnicas de propaganda veiculadas através de meios de comunicação de massa. De fato, ainda hoje, as mais importantes pesquisas e desenvolvimento das aplicações do marketing social estão dentro do planejamento familiar (Walsh et al., 1993).

A disseminação do vírus HIV engendrou contextos onde o marketing social da camisinha (inicialmente a masculina) passou a ser considerado como importante estratégia de prevenção. Promover o uso correto e consistente do preservativo é um grande objetivo dos programas de redução de risco da transmissão sexual. O *Marketing Social de Condoms* (MSC) que utiliza o setor comercial e outros para a venda da camisinha (masculina), tem sido um grande propagandista da recomendação preventiva. O grande aumento das vendas de preservativos masculinos nos últimos 10 anos via MSC, reflete esta contribuição (Lamprey & Price, 1998).

Parte-se do pressuposto que indivíduos mudarão de comportamento em seus próprios termos, quando um novo comportamento é compatível com suas próprias percepções, e suficientemente conveniente no contexto de suas vidas. Desta forma, é necessário compreender porque as pessoas têm determinados comportamentos, o que valorizam, e o que é percebido como custo e benefício para uma determinada mudança almejada. A importância central de acomodar necessidades e perspectivas do consumidor é, de fato, o princípio mais fundamental do marketing social. Sua tarefa essencial é persuadir o consumidor para o fato que há mais ganhos do que perdas na adoção do comportamento (produto) desejado (Lamprey & Price, 1998). Os preservativos enquanto “tecnologia” não podem simplesmente ser transferidos sem traduções que reconciliem as diferenças entre a vida com eles e a vida sem eles. Busca-se persuasão através da segmentação do(s) mercado(s), estabelecimento de populações-alvo, planejamento de objetivos específicos, testagens, avaliações de produtos e serviços, num processo contínuo de mudança, sempre tendo o consumidor como centro (Walsh et al., 1993).

Assim como nas experiências internacionais referentes à difusão dos contraceptivos nas décadas de 60 e 70 (El-Ansary et al., 1973), e em especial com o preservativo masculino pós-advento da epidemia pelo HIV, a divulgação e disseminação do PF vêm seguindo preceitos do marketing social.

O fato de que, no início da epidemia, a maioria dos casos no mundo desenvolvido não ocorria entre mulheres, mas entre homens, pode ter contribuído para que a relevância da experiência acumulada no planejamento familiar não se evidenciasse. O corpo desses estudos evidencia que os métodos contraceptivos mais bem sucedidos foram aqueles que dependem das mulheres para seu uso. Discussões sobre aids raramente se referem a essa literatura, e os profissionais do planejamento familiar parecem pouco cientes de que a epidemia pelo HIV recolocou no homem o controle sobre as conseqüências das condutas sexuais (Stein, 1990).

Duden (2000), discutindo a experiência pregressa com planejamento familiar, afirma que, apesar de no decorrer da década de 70 acreditar-se na capacidade de “ajuste técnico” no tamanho da população, antropólogos sociais, ainda no final da década de 50, apresentavam dados de pesquisas que contradiziam as premissas de que os indivíduos dos países em desenvolvimento já tinham motivação suficiente para restringir o número de filhos, mas faltavam-lhes recursos para fazê-lo. Acreditava-se que, no momento em que esses meios lhes fossem fornecidos, a população apropriada se utilizaria deles (preservativos) e controlaria sua fertilidade.

“Estudos de campo demonstravam que preservativos – mesmo quando aceitos pelo cliente – simplesmente não seriam utilizados enquanto não ocorresse uma mudança nas percepções tradicionais da fertilidade, profundamente enraizadas nessas sociedades. Tal mudança normalmente implicaria e exigiria uma transformação na vivência e no significado do amor e do prazer, no significado cultural da feminilidade, nas atitudes em relação ao corpo da mulher, e no próprio contexto em que ocorrem atos privados. (...) De um ponto de vista antropológico, os programas de controle populacional eram a parte mais arrogante de todas as estratégias de desenvolvimento impostas externamente. Fábricas, barragens e escolas podem produzir, respectivamente, empregos, quilowatts e alunos evadidos, sem ter que demonstrar que mudaram suas atitudes ou seu comportamento. Os remédios à base de sulfá, a penicilina e sais hidratantes reduzem a mortalidade de forma significativa, a baixo custo. Mas a distribuição de preservativos, igualmente baratos, só causa algum impacto nas taxas de fertilidade quando uma das bases principais da cultura de uma sociedade se esfacela” (Duden, 2000:260).

Muitos dos desafios atuais referentes ao PF não são novidade. Latka (2001) desenvolve interessante paralelo entre a promoção dos absorventes internos femininos no início da década de 30 nos E.U.A., e a promoção do preservativo feminino.

Na época do surgimento do absorvente interno houve resistências da comunidade médica e oposição ao produto, considerado por muitas mulheres como inadequado. Após 10 anos do lançamento dos absorventes, e das campanhas de promoção, a aceitabilidade era modesta, 25% de prevalência em *survey* em 26 cidades (Latka, 2001). Similarmente aos dados atuais de estudos prospectivos de aceitabilidade do PF, as mulheres não utilizavam absorventes internos exclusivamente, ou mesmo eles não eram a escolha predominante. Este exemplo, segundo a autora, vem demonstrar que um método não tem que ser imediatamente adotado para que o mesmo venha a ser considerado como alternativa eficaz e importante. Métodos inicialmente controvertidos podem ser aceitos, exercendo assim um papel de contribuição na promoção à saúde a médio e/ou longo prazos.

Até o momento são muito limitados os estudos que investigam diretamente os vieses e influências da comunidade médica sobre o PF, apesar dos mesmos exercerem papel crucial na sua divulgação e disseminação do uso (Latka, 2001). A autora considera razoável a hipótese de que a aceitabilidade do PF tende a crescer, na medida que se modifique alguns problemas relativos à atitude dos profissionais de saúde em relação aos preservativos femininos.

PENSANDO O FUTURO: COM E PARA QUEM?

A atenção dispensada ao risco de exposição à transmissão heterossexual do HIV/aids vem aumentando na medida que os dados epidemiológicos nacionais e internacionais mostram o aumento progressivo e proporcional do número de casos entre mulheres (Bastos, 2000; Barbosa, 2000; Latka, 2001).

Entre heterossexuais, a eficiência do preservativo (masculino) parece estar na dependência da sua aceitação por parte do parceiro do sexo masculino, e não na efetividade técnica do método em si. Um problema central relativo ao uso do preservativo que parece comum à cultura ocidental, atravessando, inclusive, universos simbólicos de classe, é a atitude de solicitação de uso (do preservativo), por parte da mulher. Esta mera solicitação quebra o modo tradicional das relações de poder entre os gêneros, impondo um comportamento não familiar para ambos os membros do casal (Stein, 1990).

Expectativas relacionadas ao investimento de recursos financeiros, técnicos e humanos carecem de uma avaliação realista em termos de retorno a ser considerado como bem sucedido para os programas de prevenção. Estes diferem das características das empresas privadas e seus objetivos de retorno financeiro (lucro). Não é por causa da não adoção imediata de novos métodos de barreira iniciados pelas mulheres, como no caso do PF, que devemos poupar esforços em prol da existência do produto no mercado comercial e em serviços públicos de saúde no país. A literatura aponta para o fato de que a ampliação das estratégias de proteção disponíveis facilita o aumento das possibilidades de ocorrerem práticas sexuais protegidas (WHO & UNAIDS, 2000; Barbosa, 2000). Não há método ideal, nem método que seja adequado a todos (Latka, 2001).

Investimentos se fazem necessários para pesquisas e desenvolvimento de novas alternativas para proteção da transmissão de DST e de gravidez não desejada em tempos de globalização e aids (Stein, 1990). Entretanto, tal expansão do leque de possibilidades não parece vir a acontecer, caso pressões por parte da sociedade civil em geral não continuem a ser articuladas. Para tal se faz necessário que sua prioridade cresça.

A resistência das agências reguladoras aos novos métodos de barreira de uso feminino configura, segundo Gollub & Stein (1993), obstáculos maiores que a reserva por parte das mulheres em usá-los. Nenhum outro método de barreira foi aprovado pelo FDA desde o PF, apesar de outros terem sido registrados junto ao processo regulatório daquele órgão, sendo que alguns o precedem cronologicamente (Gollub, 2000).

As reivindicações em prol da expansão dos métodos de barreira para além do preservativo masculino têm sido pouco consideradas. Segundo Gollub (1999), nos Estados Unidos, mensagens preventivas dos órgãos federais têm tom rígido e punitivo. Estas mensagens insistem que as mulheres devem convencer seus parceiros sobre o uso do preservativo masculino em 100% das vezes que fizerem sexo, ou recusar-se ao intercuro. As tentativas de agilizar pesquisas que dêem respostas às questões femininas da epidemia pelo HIV têm freqüentemente sido respondidas com indiferença burocrática pelos órgãos governamentais daquele país (Gollub, 1999).

O preservativo feminino potencialmente pode alterar o campo simbólico das trocas e negociações eróticas e sexuais entre homens e mulheres. As relações socialmente construídas são mediadas por recursos técnicos e tecnológicos de acordo com sua temporalidade. O preservativo feminino constitui uma nova alternativa de proteção para aqueles a quem for facultado oportunidade de conhecer, e ter acesso ao mesmo.

3. EXPLORANDO O CONCEITO DE NEGOCIAÇÃO

Em latim, *nec otium* (não ócio) significa negócio, trabalho, ocupação, donde embaraço, dificuldade. Ainda segundo Houaiss e Villar (2001), *oci* é um antepositivo do latim *otium* ‘tempo de repouso, lugar de repouso, inação’ (por oposição a *negotium*), ‘paz, tranquilidade’. É importante ressaltar que, tanto *otium* (latim) quanto *skhole* (grego) significam, basicamente, isenção de atividade política, e não simplesmente lazer. Ambas as formas são também usadas para indicar isenção de labor e das necessidades da vida. Indicam condição de isenção de preocupações e de cuidados. Em grego, *skhole* significa “tempo livre”, “lazer”, cessação de toda atividade política. Não é tanto inatividade, embora possa sê-lo, mas o tempo que alguém gasta em seu próprio interesse, momento de prazer estético e de filosofia. Não é surpreendente, portanto, que *skhole* esteja na raiz da palavra “escola”. O termo negativo *ascholia*, em que o prefixo “a” indica privação, tem o sentido de “ocupação” e também de dificuldade. O mesmo tipo de raciocínio pode ser aplicado ao termo latino *otium*. Sua negação forma a palavra *negotium* (Arendt, 1981).

Com o advento da cidade no mundo helênico, o monopólio aristocrático de um saber especializado é divulgado. A *polis* se torna objeto e ambiente de debate, a arte política promove o exercício da palavra e, então do *logos*. Seu espaço físico é reordenado com as construções urbanas não mais edificadas ao redor do palácio real. Cidadão é o habitante da cidade, aquele indivíduo que desfrutava do direito de participar da vida política da cidade, o que era vedado à mulher, ao estrangeiro e ao escravo. O cidadão como membro de um Estado usufrui direitos civis e políticos garantidos pelo mesmo Estado, e desempenha os deveres que, nesta condição, lhe são atribuídos, respeitando as liberdades democráticas (Houaiss e Villar, 2001). Cidadania é um conceito que pressupõe igualdade (não hierarquia) e liberdade para aqueles considerados cidadãos, sendo na *polis* grega, sinônimo de atividade política obrigatoriamente participativa. A lei ateniense não permitia que um cidadão permanecesse neutro, e punia com perda de cidadania aqueles que não quisessem tomar partido em disputas fracionárias.

Negociar dá trabalho, e o ócio para os gregos e latinos tem valor positivo. A contemplação é considerada superior a qualquer outro tipo de atividade, inclusive a ação. A organização utópica da vida na *polis* tem por finalidade tornar possível o modo de vida filosófico. Com a consolidação do cristianismo, o que até então havia sido

exigido somente de alguns poucos, passou a ser visto como direito de todos, viver livre das coisas terrenas (Arendt, 1981).

Geralmente, os cidadãos eram os donos de propriedade, podendo votar e estando sujeitos a pagar impostos e ao serviço militar. A eles era facultado o espaço público, lugar das negociações e atividades políticas. As mulheres permaneciam restritas ao âmbito da casa, do privado. Perceber-se que neste cenário, por pressuposto conceitual, nem todas as pessoas estavam aptas a negociar, uma vez que a cidadania não era universalizada. Tratava-se de uma democracia limitada, com nítida dimensão de exclusão das mulheres, escravos e crianças, além da manutenção da hierarquia social.

Segundo Johnson (1997), o conceito de política (processo social através do qual poder coletivo é gerado, organizado, distribuído e usado nos sistemas sociais) pode, entretanto, ser aplicado virtualmente a todos os sistemas sociais nos quais o poder representa papel importante. Este argumento é crucial para nos chamar atenção de que todos os sistemas sociais têm estruturas de poder, e não apenas aqueles formais e socialmente definidos. Boudon & Bourricaud (1993) afirmam que a coordenação das relações de poder pode assumir pelo menos duas formas: a associativa e hierárquica. Na coordenação associativa, o poder assume a forma de instruções negociadas, e na segunda, coordenação hierárquica, assume a forma de comando. As instruções facultam uma margem grande de apreciação para os associados, que podem ter participação importante na sua elaboração. Já o comando procede do alto, visando estabelecer conformidade entre as expectativas dos dirigentes e o efetivamente executado.

A palavra negociação é oriunda da concepção comercial, entendida como troca, negócio, intercâmbio explícito, ou não, entre sujeitos que mantêm relações para concluir “tratados”, celebrar, ajustar, combinar, ceder, comprar ou vender, permutar, dar e receber. Negociável é aquilo que pode ser negociável, vendível, ou situação em que pode haver transação comercial (Ferreira, 1999).

“O termo negociar indica uma transação, um comércio, onde um indivíduo deseja algo que outro possui; para obtê-lo, oferece em troca outro bem, ao qual é atribuído um valor equivalente ao desejado. Para haver um negócio é necessário haver reciprocidade entre desejos e pertences, e um acordo sobre os valores dos objetos em troca. Considera-se um bom negócio aquele onde ambos saem satisfeitos” (Villela, 1996:184).

Para que haja negociação, as partes envolvidas devem ter interesses comuns, além do que trocar. O Dicionário de Ciências Sociais (FGV, 1987) define o termo troca dentro das Ciências Sociais, como doação e recebimento de coisas materiais e

imateriais. Pode referir-se à transferência de bens, serviços, dinheiro, direitos ou benefícios, retribuídos pela transferência de alguma coisa similar ou não. Já na Economia, o termo troca aplicado a sociedades complexas, restringe-se comumente a transações que envolvem dinheiro, que nas sociedades “primitivas” equivale ao escambo. Em todas as sociedades há no mínimo uma divisão de trabalho no que diz respeito a sexo, o que envolve no mínimo uma troca informal e não monetária de serviços dentro da família (FGV, 1987).

O bem trocado não é necessariamente o mesmo para as partes envolvidas, e a negociação não se restringe à comunicação verbal (Villela, 1996; Barbosa, 1997). Negociação refere-se especialmente ao que não é imposto de uma parte a outra, ao resultante de uma interação (Webster, 2000). Caso não haja possibilidade de escolha, um grau variável de liberdade, não se configuram condições mínimas para que ocorra uma negociação. Para que haja troca por negociação, não há necessariamente igualdade de condições entre as partes envolvidas, podendo as situações variar em grau de igualdade e/ou dependência.

Segundo o Dicionário de Ciências Sociais (FGV, 1987), o termo valor em seu emprego mais geral nas Ciências Sociais designa objeto, seja qual for, de uma necessidade, atitude ou desejo. Em outros casos, o termo não mais designa objeto ou seus elementos, e sim a relação do objeto ou de seus elementos com as atitudes, necessidades e desejos das pessoas observadas. Em Sociologia e na Antropologia, talvez o mais freqüente significado seja aquele que passou a designar os padrões culturais compartilhados, através dos quais se pode comparar e julgar a relação (moral, estética e cognitiva) dos objetos, de atitudes, desejos e necessidades. Entre os que compartilham uma série de tais padrões, existe a crença de que estes são válidos e devem ser empregados na valorização de um objeto, isto é, relacionando-o com as necessidades, desejos ou atitudes, e na avaliação de um objeto, isto é, comparando sua relação com a de outro(s) objeto(s). Preço é a expressão monetária do valor “objetivo” atribuído a alguma coisa (Berthoud, 2000).

Conceitos singulares e estruturantes como os de igualdade, liberdade e cidadania estão intimamente presentes no decorrer da história do Ocidente, compondo o ideário liberal individualista. Segundo Houaiss e Villar (2001), igualdade significa fato de não se apresentar diferença de qualidade ou valor, ou de, numa comparação, mostrar-se as mesmas proporções, naturezas; uniformidade; paridade; e também princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações. Tais conceitos são valores que vêm sendo paulatinamente projetados para o resto do

mundo. Em todos estes conceitos há um conjunto de premissas que reforçam a visão de mundo ocidental. Duarte (1993) nos convida a refletir acerca da legitimidade, e questiona o etnocentrismo presente em tal processo social, especialmente na sua versão internacional após a II Guerra Mundial.

“Um dos pontos centrais dessa reflexão ampla e complexa é passível de ser resumido na constatação de que a instauração da igualdade pode ser contraditória com a preservação da liberdade de... “ser diferente”, ou seja, que o ideal da igualdade possa ser necessariamente autoritário. (...) [É] muito difícil examinar apenas do ponto de vista abstrato uma questão que atravessa de cheio os destinos do mundo moderno e que a reflexão sobre o ideário liberal individualista tenha permanentemente que incluir em seu horizonte os múltiplos processos de institucionalização dele decorrentes” (Duarte, 1993:7-8).

O emaranhado processo nomeado por Duarte (1993) como individualização (forma ou modo de aglutinação societária oposta a relacionalidade dos laços de parentesco e vizinhança com afrouxamento da superposição e/ou intensidade de suas redes) é base para a construção da cidadania em sua concepção contemporânea. Implica na proeminência do indivíduo sobre a totalidade social, na racionalização (meio pelo qual os sujeitos sociais se relacionam com o mundo em geral) e na responsabilização (relação moral entre o sujeito individualizado e suas razões racionais, entre o modo e o meio). Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se cultua estes valores, reproduz-se permanentemente, como todas as sociedades humanas, as segmentações e diferenciações hierárquicas. Segundo Houaiss e Villar (2001), a etimologia da palavra hierarquia é de origem latina tardia *hierarchia* ‘hierarquia eclesiástica’, derivado do grego *hierós* ‘sagrado’ + grego *arckhé* ‘comando, autoridade’ + grego *ia*, e sua antonímia é confusão. Já a palavra autonomia, datada de 1826, define-se como capacidade de se autogovernar, por oposição a heteronomia. Etimologicamente a palavra se origina do grego, autonomia, direito de reger-se segundo lei próprias e tem por antônimos dependência e servidão. Tal paradoxo entre hierarquia e autonomia, estruturante em nossa sociedade, tem estreitas implicações nas negociações eróticas e sexuais.

Bourdieu (1989, 1996 e 1999) nos faculta ferramental teórico oriundo de grande esforço para resolver problemas inseparavelmente empíricos e teóricos, segundo o próprio autor. A noção de *capital simbólico*, por exemplo, enquanto princípio objetivo da *violência simbólica*, permite segundo ele, “*resolver problemas aparentemente insolúveis colocados pelas antinomias da dominação simbólica, como dominação ao*

mesmo tempo sofrida sob pressão e aceite através do reconhecimento e da obediência” (Bourdieu, 1996:8). O que é considerado como capital simbólico, seja ele qual for, é percebido de acordo com as categorias de percepção, os sistemas de classificação e os sistemas cognitivos que são em parte, produto da incorporação das estruturas objetivas consideradas, *“isto é, da estrutura de distribuição do capital no campo considerado”* (Bourdieu, 1996:149). O capital simbólico *“é um capital com base cognitiva, apoiado sobre o conhecimento e o reconhecimento”* (idem:150).

Para este autor, *“o poder simbólico é esse poder invisível que é exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”* (Bourdieu, 1989:7-8).

No que diz respeito às relações entre homens e mulheres, sistemas simbólicos historicamente datados configuram forma de violência simbólica, denominada *dominação masculina* (Bourdieu, 1999). Num processo social “eufemizador”, as estruturas estruturadas reproduzem sob forma transfigurada, e, portanto, irreconhecível, a estrutura das relações sócio-econômicas prevalentes (estrutura estruturante). Desta maneira, produz-se socialmente uma representação do mundo ajustada à estrutura das relações sócio-econômicas que passam a ser percebidas como naturais, contribuindo para a perpetuação simbólica das relações de poder vigentes (Bourdieu, 1989 e 1999). O autor afirma também que *“a maior mudança está, sem dúvida, no fato de que a dominação masculina não se impõe mais com a evidência de algo que é indiscutível”* (Bourdieu, 1999:106).

Bourdieu propõe-se a *“resgatar os princípios gerais de uma economia dos bens simbólicos”* (1996:158), o que segundo ele mesmo, expressa

“(...) a vontade de arrancar do economicismo as economias pré-capitalistas e setores inteiros das economias ditas capitalistas, que não funcionam inteiramente de acordo com a lei do interesse como busca da maximização do lucro (monetário)” (Bourdieu, 1996:158).

As trocas simbólicas em sociedades complexas urbanas, medicalizadas, monetarizadas e utilitárias não são necessariamente financeiras e/ou equivalentes entre si. Trocam-se, antes de tudo, valores interpretados dentro de uma visão de mundo que lhes atribui significado(s) (Bourdieu, 1999). As trocas simbólicas são estabelecidas por meio de raciocínios de avaliação sobre os significados e motivações subjacentes aos acordos estabelecidos em uma determinada parceria e momento (Bourdieu, 1996).

Assim, negociação tem significados ancorados em várias dimensões, seja a que denota ocupação, trabalho; seja troca (permuta) material ou imaterial (simbólica) em condições de maior ou menor igualdade entre as partes.

3.1 Dádiva e negociação

A dádiva trata-se de uma relação social. Mauss (s.d), baseado em seus estudos sobre sociedades antigas não capitalistas, a descreve como relação social de troca onde a obrigatoriedade da reciprocidade de trocas simbólicas não abre possibilidade de escolha, caso se deseje “manter a paz” entre as partes envolvidas. Através da troca de presentes teoricamente voluntários, são criados contratos. Segundo este autor, há universalidade da dádiva nas sociedades antigas, tanto porque envolve todas as sociedades, quanto porque diz respeito à totalidade de cada uma delas.

Reciprocidade, neste caso, tem forte conexão com dependência, cumprimento de relações e obrigações sociais movidas por ambições pessoais, dentre elas, a vaidade e o interesse no prestígio auferido. A troca de dádivas, neste caso, diz respeito a trocas dependentes, sem equivalência nem autonomia.

Para Godbout (1999:19), “*a dádiva é indiretamente um pedido de contradádiva*”. Segundo este mesmo autor, nas línguas germânicas, a palavra *gift* designa ao mesmo tempo, dádiva e veneno.

Concordando com o argumento acima, Bourdieu afirma que

“Em todos os casos, o ato inicial é um atentado à liberdade de quem o recebe [a dádiva]. Ele contém uma ameaça: obriga à retribuição, e à retribuição com acréscimo, isto é, cria obrigações, é um modo de reter, criando devedores” (Bourdieu, 1996:160).

A relação de dádiva é criada através de atos de dar e receber. Se alguém nos faz um favor, por exemplo, uma relação é estabelecida, por meio da qual provavelmente sentiremos alguma obrigação de, em troca, fazer outro favor. Assim, pela reciprocidade, o círculo se completa. Essas relações são sociologicamente importantes pela contribuição que dão à coesão social. Caso a dádiva seja recusada, ou não reconhecida como tal, a relação social fica rejeitada ou interrompida, seja por decorrência do não prazer em retribuir, o que realimentaria o vínculo, ou por alguma outra razão.

O valor presente na troca de dádivas deriva do fato das partes possuírem categorias de percepção e de avaliação (*habitus*) que lhes permitem “*perceber a troca como troca, e ter interesse no objeto da troca*” (Bourdieu, 1996:167). Atos simbólicos supõem atos de conhecimento e de reconhecimento, atos cognitivos por parte dos envolvidos. Podem se dar entre iguais ou não, como no caso do *potlatch*, ato de dar para além das possibilidades de retribuição, o que coloca aquele que recebe em estado devedor, de dominado. Johnson (1997), define o *potlatch* como prática ritual de algumas tribos americanas nativas da região do noroeste do Pacífico dos Estados Unidos e Canadá, na qual os homens usam presentes como maneira de indicar seu status em relação a outros homens. É uma forma de bravata, com intenção de demonstrar como um dado homem é rico e generoso, às expensas dos que recebem os presentes. Os contemplados, por seu lado, sentem-se na obrigação de agir da mesma maneira em algum ponto do futuro, de modo a poder passar para uma posição superior.

Para Godbout (1999), o dinheiro e a lógica mercantilista são antídotos por excelência da dádiva, uma vez que interrompem a cadeia de trocas. A recusa à lógica do preço é um modo de recusar o cálculo e o calculismo.

Johnson (1997) é de opinião que, com o desenvolvimento da economia de mercado e a contratação de trabalhadores assalariados que realizam tarefas em troca de salários monetários, a coesão social que se fundamentara na relação de dádiva, enfraqueceu e praticamente desapareceu.

No sentido oposto, Godbout (1999) afirma que, a dádiva não deixou de existir simplesmente dando lugar à comercialização e ao calculismo, mas continua presente nas relações pessoa a pessoa (contexto de origem do conceito), na justiça (que substituiu a caridade) e nos direitos sociais garantidos pelo Estado. As relações familiares, de amizade, de camaradagem ou de vizinhança, aquelas que não se compram, nem são impostas pela força, pressupõem reciprocidade e confiança. Mesmo as empresas e a nação pereceriam caso os sujeitos envolvidos não dessem nada além do que o salário lhes rende, caso não houvesse espírito público ou patriotismo. Não se trata, portanto, de aspectos menores e marginais, uma vez que envolve a dádiva da vida, o amor familiar ou patriótico, o gosto do trabalho bem feito, o espírito de equipe, doações em geral (dentre elas as de sangue e órgãos), o trabalho voluntário e até os almoços de negócio. Para este autor, a dádiva, assim como o mercado e o Estado, formam um sistema que não se restringe ao plano econômico.

Para Godbout (1999) a dádiva:

- a). Estabelece relações que **não** são puramente uma série de atos unilaterais e descontínuos, mas uma relação;
- b). É um símbolo catalisador e marcador de afinidades eleitas que cria um sentimento de obrigação que, caso retribuído, estabelece um círculo de relação pessoa a pessoa dentro do qual os bens alimentam a ligação;
- c). Constitui o sistema de relações propriamente sociais na medida em que estas são irreduzíveis às relações de interesse econômico ou de poder. Não há garantia de retorno e visa-se criar, alimentar ou recriar vínculos sociais entre as pessoas.

Em consonância com os argumentos de Godbout, Berthoud afirma que

“Mesmo em uma sociedade na qual o princípio do mercado está se tornando a diretriz básica para a interação social, todo o universo de relações interpessoais ainda permanece como uma forma essencial de existência social. Redes de parentesco e de amizade são exemplos óbvios desse princípio de comunidade” (Berthoud, 2000:151).

Ainda segundo Godbout (1999), a tradição do pensamento utilitarista, além de não dar conta das relações sociais que nos constituem como pessoas, omite a dádiva, não a reconhecendo como um sistema de relações sociais. Nesta tradição, só a dádiva verdadeiramente desinteressada seria autêntica. O desinteresse é impossível - altruísmo verdadeiro - já que deve haver um interesse egoísta em ser altruísta. Para o autor, esta tautologia dicotômica exclui a existência de um terceiro termo onde se fundem concretamente o indivíduo e o coletivo. Vivemos em sociedade, em comunidade e em redes sociais, que são uma mistura de egoísmo e altruísmo.

Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento da economia de mercado e dos Estados-nação burocráticos modernos tem a ver com

“(...) o horror crescente dos modernos pelas comunidades fechadas, cimentadas pelas dádivas obrigatórias que fortaleciam as hierarquias imemoriais. (...) Entretanto, nenhuma sociedade pode funcionar no registro da sociabilidade secundária, nem dissolver o sistema de dádivas nos sistemas do mercado e do Estado” (Godbout, 1999:26).

A dádiva pode praticamente vencer a oposição entre o indivíduo e o coletivo, “fazendo das pessoas membros de um conjunto concreto mais vasto” (Godbout, 1999:29).

Para Godbout (1999), a visão utilitarista científica dominante isola abstratamente o momento do receber, colocando os indivíduos como movidos pela tentativa do

recebimento, excluindo assim o dar e o retribuir. Desta forma, tal perspectiva omite tanto a dádiva, quanto sua retribuição. Para o autor, a dádiva é caracterizada como forma de circulação (troca) de bens a serviço dos vínculos sociais, e constitui um elemento essencial a toda sociedade.

O indivíduo moderno se permite a economia da dádiva no universo das relações pessoais, reino desobrigado das tarefas concretas de produção de bens e serviços, espaço onde circulam afeição, amor e segurança. Entretanto, Godbout frisa o fato de tais obrigações serem cada vez mais voluntárias.

“Essas obrigações são, entretanto, cada vez mais voluntárias, cada vez menos obrigatórias já que a sociedade moderna permite que todo indivíduo que assim o desejar viva só, sem filhos, sem relacionamentos familiares, e sem amigos, ‘sustentado’ exclusivamente, ou quase, pelo mercado e pelo Estado, pela remuneração que lhe propiciam suas contribuições como trabalhador. Poucos o fazem, sem dúvida, pelo menos voluntariamente, mas é importante insistir nessa possibilidade que constitui o horizonte da relação social moderna. (...) Podemos cada vez menos falar de obrigação a seu respeito” (Godbout, 1999:38).

Segundo o mesmo autor, a concepção moderna de dádiva tem em seu cerne a renúncia, ou dádiva livremente consentida, aspecto central que não está restrito àquelas realizadas no universo das relações pessoais.

A mulher ao longo do tempo foi símbolo da dádiva. Godbout (1999) dá alguns exemplos para seu argumento: Pandora entre os gregos, “aquela que dá tudo”. Cita também a expressão “se dar”, sinônimo de fazer amor quando nos referimos a elas, e o fato de que na maioria das sociedades humanas elas são “dadas em casamento”, vínculo que certas feministas gostariam de se livrar. Este aspecto foi explorado no capítulo 1 nos argumentos de Rubin (1993) e Vaitsman (1989). A mulher “*está no cerne da dádiva na esfera doméstica*” (Godbout, 1999:48). Na medida que os sistemas mercantil e público foram se instalando, prossegue Godbout, é como se a mulher fosse definida como “*o depositário, o núcleo de resistência à invasão desses sistemas*” (Godbout, 1999:48). Nesta medida, o universo da dádiva é especialidade e competência das mulheres, considerando-se que a generalização do sistema de mercado aprofundou e radicalizou a divisão sexual das tarefas.

Dádivas não são negociadas, mas sim trocadas, ainda que haja um intervalo de tempo impreciso entre o dar e o retribuir. Para Bourdieu, este intervalo é aquele que corresponde ao risco e ao suspense, já que teoricamente é possível que não ocorra retribuição. Este intervalo também dá ares de espontaneidade e gratuidade ao “toma lá,

dá cá” do dar e retribuir. “(...) *através do intervalo interposto, os dois trocadores trabalham, sem sabê-lo e sem estarem combinados, para mascarar, ou recalcar, a verdade objetiva do que fazem*” (Bourdieu, 1996:160).

Para diferenciar negociação e troca de dádivas, dimensões e formas distintas de intercâmbio entre indivíduos ou coletivos, parece oportuna a discussão oferecida por Bourdieu (1996) sobre as economias pré-capitalistas e a economia capitalista. A primeira, também denominada economia dos bens simbólicos, inclui a economia doméstica regida pela lógica do amor que organiza as trocas no interior da família entre seus membros e entre gerações. O elemento organizador da produção é a cooperação, em um contexto onde ainda não existiam máquinas. Essa dimensão recusa as trocas econômicas (*homo oeconomicus*: agente de uma economia monetária) onde o sujeito é calculista, e em geral egoísta. O cálculo está a serviço da equidade, pautado na solidariedade.

“(...) o espírito de cálculo e a lógica de mercado corroem o espírito de solidariedade e tendem a substituir as decisões coletivas da unidade doméstica ou do chefe da casa pelas decisões individuais do indivíduo isolado, privilegiando o desenvolvimento de mercados separados de acordo com as diferentes categorias de idade ou de sexo” (Bourdieu, 1996:176).

Para este autor, na troca de dádivas o preço deve ficar implícito, uma vez que se dissermos “quanto custou”, anularíamos a troca: este é o *tabu da explicitação* (Bourdieu, 1996:162), cuja forma por excelência é o preço.

“A troca de dádivas (ou de mulheres, de serviços, etc.), concebida como paradigma da economia de bens simbólicos, opõe-se ao ‘toma lá, dá cá’ da economia econômica, já que não tem como princípio um sujeito calculista, mas um agente socialmente predisposto a entrar, sem intenção, ou cálculo no jogo da troca. É nesse sentido que ela ignora ou recusa sua verdade objetiva de troca econômica” (Bourdieu, 1996:164-5).

Bourdieu (1979) considera que a adaptação à economia capitalista implica na incorporação na disposição para previsibilidade e cálculo.

Na concepção de mercado, ícone da liberdade moderna, as trocas são completas, o que significa ausência de dívida, o que não compromete o futuro. A sociedade de mercado concebe seus membros como sujeitos ativos e livres com possibilidades e alternativas. O indivíduo persegue (unicamente) seus próprios interesses, e é

considerado livre de qualquer obrigação moral ou social no que tange à esfera pública (Berthoud, 2000).

“No mercado, portanto, os indivíduos deixam de ser considerados seres sociais com direitos e obrigações específicos. Libertam-se daquele sentimento profundo de pertencer a uma determinada comunidade. E se lhes proíbe trazer consigo, para o mercado, conflitos potenciais. Para expressar esse argumento de forma positiva, para participar do mercado os indivíduos precisam ser capazes de iniciar intercâmbios utilitários com qualquer pessoa de sua escolha. (...) Em termos ideais, portanto, vigora a anonimidade e pressupõe-se, como tradição essencial, um indivíduo ‘livre’” (Berthoud, 2000:139).

Neste caso, os objetos permutados são considerados como mercadorias, perdendo qualquer significado simbólico ou espiritual. De acordo com Bottomore (1988), mercadoria é a forma que os produtos tomam quando a produção das condições materiais de existência é organizada por meio da troca. O produto não é consumido pelo seu produtor imediato, mas por alguma outra pessoa que o obtém por meio da troca.

Podemos afirmar assim que a negociação é resultado de troca(s) onde as relações se estabelecem baseadas em algum tipo de equivalência entre os itens trocados. Concordando com Godbout (1999), usar da lógica de mercado para analisar o universo das relações pessoais não nos parece adequado. Em se tratando das negociações eróticas e sexuais, nosso objeto de estudo, mais problemático e insuficiente seria, visto que as diferenças culturais não seriam contempladas.

3.2 Negociação e encontros eróticos e sexuais

Negociações eróticas e sexuais são processos sociais que sempre aconteceram de diversas formas sem, entretanto, necessariamente serem assim denominados. O “imperativo” ressurgiu com a epidemia pelo HIV/aids, “*o que chama atenção para a interação entre a produção de sentidos, o imaginário social, e as práticas sociais nas diferentes culturas*” (Luz, 2001:1289), e em diferentes momentos históricos em uma mesma cultura.

A adoção de práticas protegidas inclui o uso de métodos de proteção em diversos momentos das interações sexuais. Os artefatos tecnológicos mais eficientes disponíveis são, no momento, somente os preservativos masculino e feminino, já que os

contraceptivos hormonais ou cirúrgicos não possibilitam dupla proteção. O controle da epidemia implica em algum grau de normatização da esfera da vida humana considerada espaço privado.

“(...) A introdução da noção de risco no campo do comportamento sexual deixa, por sua vez, entrever as premissas de um recorte ideológico da atividade sexual, em função da relação como o risco da contaminação. Em outros termos, o risco parece estar em vias de tornar-se um dos critérios que permitam declarar se uma prática sexual é normal ou não. Esse recorte não se efetua, evidentemente, num terreno virgem. Ele se soma às classificações já existentes e tomadas de outros registros: moral, jurídico, psicanalítico” (Giami, 1994:237).

A adoção de medidas de proteção não resulta do acesso puro e simples à informação, ou da decisão individual, mas é um processo dinâmico construído a partir da experiência social, da visão de mundo e de si próprio (Monteiro & Santos, 2001). A perspectiva da adoção de práticas protegidas ocorre dentro do campo dos significados simbólicos relacionados à prevenção de doenças e de gravidez indesejada.

Os indivíduos guardam intrínseca relação com a sociedade da qual se originam, uma vez que a estrutura social imprime marcas. Usos e condutas nada têm de gratuito, fútil ou supérfluo. Neste sentido, qualquer fenômeno psicológico é um fenômeno sociológico. O mental se identifica com o social, uma vez que cada sociedade impõe ao indivíduo um uso determinado do seu corpo por intermédio da educação das necessidades e atividades corporais, incluídas as práticas sexuais (*hipótese produtiva*, Foucault, 1977). Se as práticas sexuais não são naturais (determinadas pela natureza, pela Biologia), são, então, passíveis de reconstrução.

Para Bourdieu, a economia das trocas simbólicas não se apóia na lógica da ação racional, mas no *desconhecimento compartilhado* por meio de categorias valoradas simbolicamente. “*O trabalho de recalque só é possível se os agentes são dotados das mesmas categorias de percepção e de avaliação (...) que fazem com que as condutas adequadas sejam aprovadas e recompensadas simbolicamente*” (Bourdieu, 1996:193-4). Este processo socialmente construído constitui o que este autor denomina *violência simbólica*. Esta violência “*extorpe submissões que sequer são percebidas como tais, apoiando-se em ‘expectativas coletivas’, em crenças socialmente inculcadas*” (Bourdieu, 1996:171). “*Essas relações de exploração suave só funcionam se são suaves*” (Bourdieu, 1996:181), já que se instauram com a cumplicidade daqueles que a sofrem. “*O dominado colabora com sua própria exploração através da afeição e de sua*

admiração” (Bourdieu, 1996:181). Há, portanto, relação entre as atitudes, necessidades e desejos das pessoas envolvidas. Através de valores compartilhados se pode comparar e julgar moral, estética e cognitivamente. Significados e motivações estão subjacentes aos acordos estabelecidos em contextos e parcerias específicas.

“Ora, longe de afirmar que as estruturas de dominação são a-históricas, eu tentarei, pelo contrário, comprovar que elas são *produto de um trabalho incessante (e como tal, histórico) de reprodução*, para o qual contribuem agentes específicos (entre os quais os homens, com suas armas como a violência física e a violência simbólica) e instituições, famílias, Igreja, Escola, Estado” (Bourdieu, 1999:46) (grifos do autor).

A economia dos bens simbólicos se dá apoiada na crença. Sua reprodução ou crise baseia-se na reprodução ou na crise da crença, “isto é, na *perpetuação ou na ruptura do acordo entre as estruturas mentais (categorias de percepção e de avaliação, sistemas de referência) e as estruturas objetivas*” (Bourdieu, 1996:194). A ruptura não resulta apenas de uma simples tomada de consciência, uma vez que para que haja transformação das disposições, há necessidade de transformação anterior ou concomitante das estruturas objetivas que as produzem.

Os discursos e as práticas são socialmente construídos e naturalizados por força de ação que recalca seu caráter arbitrário e histórico. São formas de ser, agir e avaliar, fruto de uma relação dialética (como uma espécie de acordo) entre categorias objetivas (estruturas estruturantes) e categorias subjetivas (estruturas estruturadas). Tal caráter de mão dupla é aspecto crucial do conceito de *habitus* – princípios geradores de práticas e ações distintas e distintivas, esquemas classificatórios de percepção e de entendimento que informam o que é aceitável e desejável. É um “modo semi-obrigatório” de atuar ou agir. Trata-se de disposições relacionadas à reprodução de poder na sociedade, espécie de senso prático do que fazer em dada situação, como as regras do jogo no esporte. Os indivíduos não são plenamente conscientes de suas motivações particulares, uma vez que estes princípios geradores são aprendidos em suas experiências de vida. Quando as estruturas incorporadas e as estruturas objetivas estão de acordo, tudo parece evidente. Como no caso do jogador que tendo interiorizado as regularidades de um jogo, faz o que faz quando é preciso fazê-lo, sem ter que colocar a finalidade de seu gesto. Desta forma, a maior parte das ações humanas tem por base algo diferente da intenção, uma vez que disposições adquiridas fazem com que a ação assuma uma direção, sem que se possa dizer que tenha por princípio a busca consciente desse objetivo (Bourdieu, 1996).

“É certo que a maior parte das condutas humanas acontece dentro de espaços de jogo; dito isso, elas não têm como princípio uma intenção estratégica tal como a postulada pela teoria dos jogos. Dito de outro modo, os agentes têm ‘estratégias’ que só muito raramente estão assentadas em uma verdadeira intenção estratégica” (Bourdieu, 1996:145).

Assim, ocorre a reprodução da ordem social, na medida que relações de força são formadas. Estas são ao mesmo tempo, relações simbólicas e atos de submissão, atos cognitivos que põem em prática estruturas cognitivas, formas e categorias de percepção. Estas formas de classificação são produto da incorporação das estruturas dos grupos nas quais os sujeitos estão inseridos, fonte de ritos que marcam aqueles que os experimentaram. Tais categorias são duráveis, mas não eternas. Elas podem produzir práticas distintas na medida em que se trata de um sistema de potencialidades produzidas na relação com as estruturas, podendo reproduzir ou modificar tais estruturas.

As relações de gênero podem ser analisadas sob esta perspectiva, assim como a família, ficção social realizada e exemplo interessante, uma vez que sua existência persiste, mas suas características vêm sendo transformadas. Trata-se de uma construção, entidade unida, integrada, estável, indiferente às diferenças e flutuações individuais - o “espírito de família”. Tal sujeito coletivo não é como um agregado de indivíduos, mas “*um lugar de uma espécie de vontade transcendente que se manifesta em decisões coletivas e nas quais seus membros se sentem levados a agir como partes de um corpo unido*” (Bourdieu, 1996:131).

Bourdieu afirma que interações vão além dos espaços de troca ou das circunstâncias espaciais dos encontros. As posições relativas de cada indivíduo na estrutura social estão presentes em cada interação e em cada encontro, espaços de luta para o reconhecimento de legitimidade e status. Há uma potencialidade inscrita nos corpos dos agentes e na estrutura das situações nas quais estes atuam de forma relacional.

Este autor afirma ainda que, nas interações nas quais há reconhecimento entre as partes, tal efeito é resultante do que ele denomina como *capital simbólico* (ou cultural), propriedade – força física, riqueza, valor guerreiro, carisma – que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação (*habitus*), torna-se “*simbolicamente eficiente, como uma verdadeira força mágica: uma propriedade que, por responder às ‘expectativas coletivas’ socialmente construídas exerce uma ação à distância, sem contato físico*” (Bourdieu, 1996:176). Para que isso ocorra, um trabalho

anterior se deu, resultando na produção de disposições que geram uma “*adesão imediata*” (Bourdieu, 1996:171), já que responde ao socialmente esperado e valorizado.

“Chamo de capital simbólico qualquer tipo de capital (econômico, cultural, escolar ou social) percebido de acordo com as categorias de percepção, os princípios de visão e de divisão, os sistemas de classificação, os esquemas classificatórios, os esquemas cognitivos, que são, em parte, produto das estruturas objetivas do campo considerado, isto é, da estrutura de distribuição do capital no campo considerado” (Bourdieu, 1996:149).

O capital simbólico (relação social) tem duas dimensões simultâneas, o chamado capital acadêmico-cultural (ou educacional), e o capital por trajetória social. O capital acadêmico é originário da legitimação acadêmica formal que privilegia, portanto, valores técnicos e científicos obtidos através da escolaridade e seus conteúdos. Estes conteúdos se difundem em meio a embates culturais, uma constante nas relações sociais. Já o capital simbólico referente às trajetórias sociais é fruto das interações dentro da família, religião, trabalho e grupos comunitários, compondo o chamado “senso comum”. Ambos formam as disposições – *habitus* - que informam o que é aceitável no “substrato” das calculações simbólicas. Além disso, em suas diferenças, ambos produzem e reproduzem diversidades culturais que, no caso de intervenções em prol da promoção da saúde, demandam estratégias específicas de abordagem (Santos, 1992).

Cabe acrescentar a mídia em geral como significativa fonte de informação e formação, cuja presença é cada vez maior na vida cotidiana atual, em especial para os segmentos urbanos.

As condutas adotadas pelas pessoas concretas em suas interações eróticas e sexuais são construídas de forma relacional, a partir deste complexo contexto cultural e ético-moral relativo à sexualidade e à saúde (Monteiro, 1999b). A adoção, ou não, de práticas protegidas se fazem possíveis e desejáveis por atribuições de valor a si próprio, ao outro, às diversas condutas e aos desejos (capital simbólico).

“As atitudes de prevenção são informadas por narrativas e metáforas que assimilam certos males a outros, bem como a características morais da pessoa doente, e constituem igualmente a ‘realidade’ da doença para os diferentes grupos sociais. A condição de acesso a informações precisas, o capital cultural disponível para a compreensão das mesmas informações e a possibilidade do uso de serviços médicos conformam as atitudes diante do fenômeno” (Monteiro, 1999b:78).

Na grande maioria das vezes, as práticas não se originam em um planejamento racional, mas refletem a reprodução do que foi aprendido e internalizado, de acordo com os conceitos de *habitus* e de *capital simbólico* apresentados acima. Tal perspectiva fundamenta a ineficácia de modelos de prevenção centradas na responsabilização do indivíduo.

Podemos hipotetizar para efeito de análise, três tipos de situações interativas nos encontros eróticos e sexuais:

1. Relações onde um dos indivíduos, ou ambos, consideram a prevenção como um compromisso e valor fundamental do qual não abrem mão. Essa atitude dá substrato para negociação e avaliação críticas das práticas adotadas;
2. Relações onde um, ou ambos os envolvidos, tem iniciativa de negociar as práticas a serem adotadas, ou seja, há uma atitude baseada na autonomia, mas não necessariamente assume-se um compromisso consistente com a prevenção;
3. Relações onde um dos indivíduos (em geral a mulher) se submete ao desejo do outro, não havendo consenso mútuo.

A tradição do patriarcado tolhe e cerceia posturas ativas por parte da mulher, vulnerabilizando seu cotidiano na medida em que ela permanece submissa às expectativas e desejos do outro. Há impossibilidades e obstáculos culturais que muitas vezes inviabilizam condições mínimas para que ocorram barganhas que sustentem práticas sexuais seguras entre os gêneros.

“Os atos de dominação simbólica que, como vemos claramente no caso da dominação masculina são exercidos com a cumplicidade objetiva dos dominados, na medida em que, para que tal forma de dominação se instaure, é preciso que o dominado aplique aos atos do dominante (e a todo o seu ser) estruturas de percepção que sejam as mesmas que as que o dominante utiliza para produzir tais atos. (...) é preciso encantar a relação de dominação e de exploração, de modo a transformá-la em relação doméstica de familiaridade, através de uma série contínua de atos adequados a transfigurá-la simbolicamente, eufemizando-a. (...) Em nossas sociedades, e até no centro da economia econômica, encontramos ainda a lógica da economia dos bens simbólicos e a alquimia que transforma a verdade das relações de dominação no paternalismo” (Bourdieu, 1996:168).

Os programas destinados à prevenção da transmissão sexual das DST/aids encontram especificidades do âmbito da intimidade do casal, espaço das negociações, controle e troca de prazeres. Para que haja adoção de práticas protegidas é necessário participação e interatividade. Portanto, faz-se necessário problematizar a negociação e

os acordos intra e intersubjetivos, as trocas e inter-relações nas parcerias heterossexuais, seus significados e meandros (Santos, 1992 e 1995; Villela, 1996; Barbosa, 1997).

A cada encontro e/ou parceria sexual, um conjunto prévio de mediações individuais distintas entre homens e mulheres, e para cada pessoa, delimita o espaço possível de negociação com o outro, e intermedia a idéia de prazer (Villela, 1996). Além da possibilidade de haver negociação (e não imposição), a adoção de práticas protegidas demanda que a prevenção seja concebida como um valor, para além de características afetivas e/ou morais. Neste embate, os *habitus* e os diversos tipos de capital são fundamentais no dinâmico processo que define os limites intransponíveis, e aqueles passíveis de transformação em um dado momento e contexto específico.

Segundo Scott, “*o sistema sexo/gênero não é imutavelmente opressivo e perdeu muito de sua função tradicional. No entanto, ele não desaparecerá sem oposição. (...) O sistema sexo/gênero deve ser reorganizado através da ação política*” (1993:22).

No debate intra e inter pessoal, a polarização autonomia – submissão modelada através de um processo contínuo e interminável, é fruto das interações e intervenções sociais, dentre as quais a promoção da saúde. Prescrições normativas são distintas de práticas culturais contextualizadas que podem fomentar transformações em prol da adoção de práticas preventivas.

Busca-se identificar possíveis criações de novas práticas,

“(...) de novas estratégias de ação: não apenas inovação, mas produção de discontinuidades que levem a transformações das relações sociais e de produção, onde os agentes principais não são os ‘técnicos’ chamados a intervir, mas os sujeitos históricos situados nos campos de lutas” (Santos & Carvalho, 1999:156).

A cultura concebida como um “mapa” pode apontar possíveis maneiras de mudanças, e não simplesmente ser impedimento para a prevenção. Faz-se urgente a busca da valorização das particularidades de situações específicas, considerando o contexto sexual e as condições socio-econômicas, para que se possa traçar ações de prevenção apropriadas a cada grupo envolvido (Goldstein, 1996; Praça & Latorre, 2003).

As negociações e os acordos eróticos e sexuais são historicamente construídos, e expressam valores culturais e formas de viver.

A epidemia pelo HIV não é necessariamente uma preocupação para os indivíduos vulneráveis à infecção que freqüentemente minimizam ou negam seu risco. Por outro lado, a disseminação não mais silenciosa do vírus na “população em geral”, implica riscos crescentes de infecção. Não há tecnologia universal de prevenção que seja eficaz, uma vez que cada contexto social e intersubjetivo exerce papel significativo.

Desde bem antes do advento da epidemia, várias questões de saúde reprodutiva vêm sendo debatidas, aspectos que certamente podem interferir na qualidade dos serviços oferecidos à população. A perversa separação, por exemplo, entre o uso de contraceptivos artificiais, e os cuidados à saúde das mulheres pobres que dependem dos serviços públicos (Giffin, 2002), fragmenta, sem levar em consideração o indivíduo como ator e sujeito de suas práticas, através de ações isoladas. Fica ainda a contradição entre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o papel reprodutivo das mulheres. Importante lembrar também que gravidez, esterilização ou menopausa não protegem de nenhum tipo de infecção, o que requer diferentes tipos de proteção e novas maneiras de pensar a segurança no sexo. Mesmos os serviços de prevenção de câncer uterino, que poderiam ser um espaço para abordagem, são na verdade insuficientes (Simões-Barbosa, 1999). O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino, deixando de ser vista apenas como parideira.

Outras questões colocadas no campo do gênero feminino conjugam especificidades de escassez e dificuldades de acesso, mas também de exagerado controle e medicalização do corpo feminino. Há barreiras concretas resultantes da sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, reforçadas pela definição ideológica da mulher como “cuidadora de outros”; o efeito de discriminação e preconceito no que diz respeito à sexualidade, fato não restrito ao feminino, dificultando a prevenção e tratamento de DST; inadequado desenvolvimento de métodos de controle da fecundidade masculina e de métodos femininos de proteção as DST (Giffin, 2002).

Segundo esta mesma autora, a insatisfação de homens com as questões de gênero comumente abordadas apenas na ótica feminina, pode ser considerada um indicador de dificuldades crescentes em nível de necessidades humanas, seja as de sobrevivência, ou sentimentais, de ambos os sexos (Giffin, 2002).

A inoperância e o caos de todo o sistema público de saúde não tratam bem da saúde da mulher, assim como a saúde das crianças, dos homens. “*A deterioração dos*

serviços públicos de saúde é generalizada, e a expectativa de melhora não parece próxima” (Osis, 1998:31).

Apesar dos “avanços” nos direitos, a saúde reprodutiva é um campo em que as diferenças entre as diversas classes sociais mostram-se agudas, considerando também que os serviços públicos de saúde não atendem às crescentes necessidades modernizadas da medicina. Tal evidência indica reais limites da luta política no setor saúde. Após 10 anos da consagração do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) nas Conferências Internacionais do Cairo e de Beijing, esta proposta avançada, politicamente capitalizada, não se encontra em vias concretas de implementação na vida de homens e mulheres brasileiros (Giffin, 2002).

Recente estudo realizado no Ceará, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), observa uma baixa oferta de ações de educação em saúde reprodutiva (Moura & Souza, 2002). Dentre os fatores detectados estão a insuficiente cobertura da população pelas equipes de saúde; resistências da população e das equipes às ações educativas; ausência de área física adequada para realização das ações; escassez de materiais de apoio e utilização inadequada de materiais de apoio. Em relação às falhas no decorrer das atividades, identificou-se a pouca troca de experiências entre os participantes; orientações pouco direcionadas às necessidades dos grupos e a necessidade de atualização dos profissionais de saúde que freqüentemente usam de linguagem científica e repassam informações desatualizadas (Moura & Souza, 2002).

Indiscutivelmente, quando o controle da fertilidade é reduzido a informações técnicas e uso de métodos, sem se discutirem a sexualidade e as relações de gênero, as mudanças não mais limitadas, e o poder é menos ameaçado. Falar sobre sexo é ameaçador (Simões-Barbosa, 1999). Muitas vezes encontram-se profissionais que espelham valores e significados para o sexo em que foram socializados, em geral conservadores e estigmatizadores. Pode-se duvidar da comunicação franca sobre sexo em atendimentos. Certamente a maneira de lidar com o tema depende também da qualidade do apoio encontrado. Os programas podem fazer diferença, mesmo quando não transformam radicalmente as condições materiais, estruturais ou as mentalidades que aumentam vulnerabilidades (Paiva, 2003). Faz-se urgente a readequação das atividades em saúde, no sentido de dar mais suporte a mulheres e homens em suas trajetórias de vida, e em suas escolhas de métodos de proteção.

As práticas sexuais com maior eficácia de transmissão das DST/aids são justamente as mais valoradas em nossa cultura, as penetrações vaginal e anal. A primazia dada ao coito vaginal, considerado como mais prazeroso, está também

relacionada com o sexo reprodutivo, especialmente em sociedades cristãs. Historicamente, passamos de períodos de intensas pressões demográficas favoráveis à procriação, a pressões favoráveis à contracepção. Apesar disso, a procriação persiste como importante valor cultural (Carovano, 1991; Villela, 1999).

O romantismo classicamente coloca homem e mulher numa determinada configuração de poder onde um dos pólos (masculino) é individuado, e o outro (feminino) freqüentemente não age com autonomia, se portando em função das necessidades e desejo do outro. “(...) *o princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas*” (Bourdieu, 1999:23). Nesta perspectiva, as identidades (*habitus*) e a relação entre os gêneros são importantes entraves, uma vez que, diante da recusa masculina de adoção de práticas protegidas, a mulher fica sem (ou com muito pouco) poder de barganha. Do ponto de vista do patriarcado, a interpelação do parceiro sobre questões de segurança e saúde sexual pode ser vista como uma atitude política de rebeldia. Tais reivindicações foram (e ainda o são, dependendo da sociedade e cultura em questão) segregadas e colocadas à margem das normas aceitas por força de um conjunto de condições históricas (Carovano, 1991; Praça & Latorre, 2003).

A persistência de práticas de risco, especialmente as relativas à transmissão sexual, aqui nosso objeto de interesse, precisa ser compreendida em seu contexto particular (Kane, 1999). A recusa a condutas protegidas entre casais com relacionamento “estável e fixo” parece se basear em razões afetivas (confiança) e morais, na medida que por preconceito se vincula proteção à promiscuidade (Guimarães, 1994 e 1996; Goldstein, 1996; Barbosa, 1997; Praça & Latorre, 2003). Procura-se o prazer “completo” no contato direto entre os corpos. Na medida em que se estabelecem investimentos e vínculos emocionais nos relacionamentos, a recusa ao uso da camisinha aumenta (Cummings et al., 1999; Civic, 1999). A estabilidade e tempo de duração da parceria sexual parecem influenciar a regularidade do uso: quanto mais longa a parceria, mais difícil manutenção do uso consistente do preservativo (FHI/AIDSCAP, 1997; Barbosa, 2000; Bastos, 2000; O’Leary, 2000).

Trata-se, portanto, de padrões de referência idiossincráticos, que definem, nos encontros sexuais, onde a proteção é, ou não, necessária. Parcerias nas quais se compartilha de uma identidade, ou estética comum, *héxis corporal*, que segundo Bourdieu, pode ser compreendida como o conjunto de desempenhos corporais associados à inscrição no corpo daqueles *habitus* sociais e à transformação destes em “natureza”, são avaliadas, em geral, como situações que prescindem de práticas sexuais seguras, o que pode não ser verdadeiro do ponto de vista epidemiológico (Santos, 1992

e 1995). Se o outro é considerado meu igual, se “ele é eu”, pode-se construir a racionalidade do controle e da confiança, onde não há dúvidas.

A negociação e adoção de práticas protegidas, quando acontece, é em geral nas parcerias recentes e não são necessariamente mantidas no decorrer do tempo, em parcerias ocasionais e em relações de troca comercial. Quando o “tempero” do amor, afeto e/ou paixão se integra a esse cenário, em geral, as práticas protegidas são dispensadas, sem que haja necessariamente pesquisa sorológica no casal. O argumento do amor como proteção, como um valor maior “acima do bem, do mal e de qualquer agente infectante” é muito profundo em nossa cultura. Se “*o amor protege*”, amar com camisinha é desnecessário (Guimarães, 1994), o que se constitui em uma forte barreira cultural associada ao uso de preservativos em geral. Trata-se de um aspecto relacionado com o questionamento da fidelidade e da confiança vinculadas ao uso da camisinha nos relacionamentos afetivamente significantes e de longa duração, ou seja, questionamento de valores simbólicos da cultura ocidental.

Mudanças ocorridas na situação de vida das mulheres na segunda metade do século, especialmente o advento da contracepção tecnológica, programas de planejamento familiar, além do maciço ingresso feminino no mercado de trabalho após a segunda grande guerra no calor do crescimento e da consolidação da sociedade de consumo, propiciaram mudanças nos discursos sobre a sexualidade. Reivindicações do direito de usufruir a sexualidade e o prazer ganharam condições objetivas, uma vez que passou a ser possível ter relações sexuais sem engravidar, por exemplo. Além disso, a sobrevivência não mais depende de um casamento (Luz, 1989), além da popularização dos conceitos psicológicos e da Psicanálise sobre a positividade do sexo (Villela, 1999). Somem-se ainda os avanços da medicina tecnológica, e também o advento da epidemia pelo HIV.

O movimento de mulheres desafiou concepções ortodoxas sobre o conteúdo e o domínio da política, contidas no slogan “o pessoal também é político”. Com essa ampliação do que se considera político, a resistência e o confronto com respeito a relações de poder no âmbito privado, quanto na sociedade como um todo, foram incluídas.

“(...) o movimento feminista contribuiu muito para uma considerável ampliação da área política ou do politizável, fazendo entrar na esfera do politicamente discutível ou contestável, objetos e preocupações afastadas ou ignoradas pela tradição política, porque parecem pertencer à ordem do privado” (Bourdieu, 1999:138).

A luta feminista pela emancipação social suscitou interrogações e implicações ao longo do tempo. A mulher não existia como ser social. Os homens exerciam seu poder na esfera pública, e as mulheres se reagrupavam na esfera privada. O movimento feminista enxertou nesta realidade o acesso à vida pública. Reivindicava-se concretamente, por exemplo, o direito ao voto e à divisão dos poderes. À medida que a sociedade civil se desenvolveu, as restrições relativas às mulheres e a vida social vêm se transformando.

Entretanto, formas sofisticadas de dominação entre os gêneros persistem, sendo as mulheres intelectualizadas também objeto de violência, especialmente a simbólica. Pode-se constatar que, quanto menos escolaridade, mais facilmente as mulheres serão subjugadas em vários sentidos. Por outro lado, se na atualidade as mulheres são grande parte da população economicamente ativa, elas também vêm se escolarizando mais, o que progressivamente estimula mudanças para as novas gerações.

Villela (1999) parte da premissa da importância da sexualidade como organizador social que permeia as relações entre as pessoas entre si e consigo, nas diferentes esferas e etapas da vida. É necessário entendimento mais abrangente dessa dimensão da experiência humana, de maneira a dar conta de sua função também de organização de trocas no plano individual e coletivo.

Na medida em que a sexualidade torna-se campo de investigação autônomo com estatuto próprio, dissociada da reprodução e tornada foco por força da epidemia do HIV, novos impulsos às pesquisas podem se fazer sentir. Importante ressaltar a peculiaridade deste contexto da sociedade ocidental do final do século XX, que elegeu a intimidade, a vida privada e a sexualidade como centro de reflexão sobre a construção da pessoa moderna (Giddens, 1993). Dessa forma, há duas faces compondo o personagem do indivíduo moderno: uma referindo-se a sua constituição como sujeito político, livre e autônomo (cidadão); e a outra referente a sua fabricação subjetiva, por meio de múltiplos dispositivos disciplinares que tornam as experiências do gênero, e da sexualidade, centrais para a constituição das identidades. Não se trata de diferenças físicas, escritas nos corpos, mas, sobretudo, de derivações da maneira como as expectativas e as aspirações em relação às experimentações sexuais são marcadas pelo gênero (Heilborn & Brandão, 1999). Sexualidade aqui não deve ser considerada sinônimo de atividade sexual, pois sua modelagem ocorre por valores e práticas sociais que inscrevem desejos e modos de viver, dando origem às trajetórias sexuais e amorosas pessoais.

No caso de episódios de abuso sexual (ou tentativa de), o indivíduo submetido a tal situação possivelmente traumática e violenta, pode sentir a imputação de valor negativo.

“Só uma ação política que leve realmente em conta todos os efeitos de dominação que se exercem através da cumplicidade objetiva entre as estruturas incorporadas (tanto entre as mulheres quanto entre os homens) e as estruturas de grandes instituições em que se realizam e se produzem não só a ordem masculina, mas também toda a ordem social (a começar pelo Estado, estruturado em torno da oposição entre sua “mão direita”, masculina, e sua “mão esquerda”, feminina, e a Escola, responsável pela reprodução efetiva de todos os princípios de visão e de divisão fundamentais, e organizada também em torno de oposições homólogas) poderá, a longo prazo, sem dúvida, e trabalhando com as contradições inerentes aos diferentes mecanismos ou instituições referidas, contribuir para o desaparecimento progressivo da dominação masculina” (Bourdieu, 1999:139).

Heilborn (1999) discute a diversidade de universos sociais existentes entre camadas médias e camadas populares em termos de representações, expectativas e condutas relativas à sexualidade e gênero. O menor acesso à educação e à crítica fomenta o predomínio de valores morais mais rígidos e maior dificuldade para mudanças, como por exemplo, em algumas seitas evangélicas. Por outro lado, valores pertencentes a sistemas culturais distintos podem conviver de forma não necessariamente conflituosa. Segundo Da Matta (1987), as classes menos abastadas têm como fonte de sua visão de mundo, a linguagem da “casa”, *“fundado muitas vezes numa deveras fantástica naturalização das relações sociais que raramente são percebidas e faladas como históricas e arbitrarias, mas ao contrário, como se fizessem parte de uma ordem cósmica, moral e dada por Deus”* (Da Matta, 1987:53). Este discurso é avesso à mudança, à história, à economia, ao individualismo e ao progresso. Já o discurso dominante *“é muito mais o da ‘rua’, do que da ‘casa’. Vindo da ‘rua’, ele vem sempre dos seus componentes legais e jurídicos”* (Da Matta, 1987:22), estando aberto ao mercado, à história linear e ao progresso individualista. O autor discute ainda o significado da sociedade relacional no caso brasileiro, e ao comparar a sociedade americana à brasileira, ele afirma que *“Num caso o que conta é o indivíduo, noutro, o que vale é a relação”* (Da Matta, 1987:85). Descrevendo um pouco mais sua crença, ele afirma que nossa sociedade tem

“(...) a cosmovisão de uma sociedade que acredita mais nas relações sociais do que nos indivíduos que lhe dão forma e vida. Isso não é simplesmente uma questão de relações diádicas, conforme gosta de situar a sociologia empiricista anglo-saxã, mas de elos morais que têm a capacidade ou o poder de dobrar a vontade dos indivíduos, fazendo com que façam coisas que até mesmo abominam em nome da lealdade ou da fidelidade para com uma outra pessoa. (...) É a relação que exige, não o indivíduo que deseja!” (Da Matta, 1987:161).

Em nossa sociedade capitalista e tecnológica, as trocas e negociações do prazer são cada vez mais intermediadas, uma vez que nossas interações se complexificam em possibilidades e chances. A sociedade disciplinar vem consolidando o processo de individualização.

Neste início de século de complexas redes de interações sociais, há um nítido desafio em temas básicos, dentre eles a sexualidade. Em tempos de fertilização em laboratórios, de democratização, direitos civis, da internet e dos satélites, o prazer se depara com novos e antigos riscos reais.

Nas interações eróticas e sexuais, a avaliação subjetiva que os envolvidos fazem das atividades e das contribuições de cada um à vida conjunta influenciam na economia das trocas simbólicas. Contribuições podem ser ignoradas, configurando situações onde o balanço de poder pode ter a ver com as expectativas que cada indivíduo tem de si, que refletem seus posicionamentos no cotidiano. O *habitus* pode influenciar as atitudes assumidas pelos gêneros nas esferas do privado e do público. Segundo Da Matta, no Brasil, estas esferas são domínios culturais institucionalizados e distintos, entidades morais que fazem sentido quando contrapostas entre si “*em seus contrastes, complementaridades e oposições*” (Da Matta, 1987:16).

Podemos assumir que a dinâmica das interações eróticas e sexuais explicita o concreto da imbricação entre negociação (processo que demanda um certo grau de individualização e oriundo da esfera pública) e troca de dádivas (sistema que mantém os vínculos e freqüentemente reforça o status quo). Mesmo com a influência da lógica de mercado (oriunda da esfera pública) nas relações familiares (esfera privada e reino da dádiva), esta não encontra a antiga hierarquia das relações de gênero intocada. Há um processo de transformação em curso, gerador de situações polissêmicas, sem referencial fixo. As negociações envolvem dimensões como as das trocas eróticas (prazer), da autonomia-submissão (busca de controle) e das identidades (*habitus*). São relações sociais historicamente datadas, geradoras de (e geradas por) valores aprendidos.

A prevenção almeja introduzir valores que alterem as práticas de risco através da progressiva auto-regulação através da massificação do micro ao macro ambiente de informação contínua, pressões e mudanças nas condições objetivas. As mudanças almejadas não são passíveis de disciplinarização. A progressiva consolidação do indivíduo, a princípio, complexifica as possibilidades e chances de negociação. Que conseqüências isso traz para a economia das trocas simbólicas na esfera privada das interações eróticas e sexuais?

Alterações relativas ao valor atribuído à sexualidade são de ordem bastante lenta, uma vez que têm por base mudanças nos valores morais. E como não poderia deixar de ser, este valor não tem o mesmo grau de importância para todas as pessoas (Heilborn, 1999).

Por outro lado, não há de se menosprezar os “poderes da paixão” e do amor. Costa (1998) em seu estudo sobre o amor romântico afirma que

“(…) sem amor estamos amputados de nossa melhor parte. A vida pode até ser mais tranqüila e livre de dores quando não amamos. Mas trata-se de uma paz de cinzas. (...) Nada substitui a felicidade erótica; nada traz o alento do amor-paixão romântico correspondido. Diante dele tudo empalidece; sem ele, até o que engrandece perde a razão de ser” (Costa, 1998:11).

Segundo o mesmo autor,

“Mesmo admitindo que o amor não é universal, natural ou espontâneo, podemos desejar mantê-lo como ideal de felicidade. Quanto a isso, não há dúvidas. Até segunda ordem, seria insensato excluir o amor de nossas vidas, pois isso representaria para muitos, trocar o sonho provável pelo desencanto certo. Ideais culturais não são trapos de papel. O romantismo amoroso foi e continua sendo uma das marcas registradas da cultura ocidental” (Costa, 1998:18).

O autor afirma também que, por uma série de motivos sobre os quais hipotetiza, tais como violência, competição, frivolidade, superficialidade, egoísmo e indiferença, o amor atualmente “*Deixou de ser um meio de acesso à felicidade para tornar-se seu atributo essencial*” (Costa, 1998:19). Ele considera que,

“(…) Aprendemos a crer que amar romanticamente é uma tarefa simples e ao alcance de qualquer pessoa razoavelmente adulta, madura, sem inibições afetivas ou impedimentos culturais. O sentimento de insucesso amoroso é, por isso mesmo, acompanhado de culpa, baixa da auto-estima e não de revolta contra o valor imposto, como na situação de preconceito. Poucos são

capazes de duvidar da ‘universalidade’ e da ‘bondade’ deste amor culturalmente oferecido como algo sem o que nos sentiremos profundamente infelizes. Acredito que, sem uma crítica à idealização do amor-paixão romântico, temos poucas chances de propor uma vida sexual, sentimental e amorosa mais livre” (Costa, 1998:35).

Os sistemas simbólicos de nossa cultura ocidental, como foi discutido no decorrer deste capítulo, são constituídos por valores tais como hierarquia, autonomia; mundo da “casa”, mundo da “rua” e o “outro mundo”, regidos por ordens distintas; dentre outros. As relações sociais produzidas e reproduzidas pelas trocas de dádivas sustentam os vínculos, reforçando freqüentemente o status quo. Já a negociação, na medida que demanda um certo grau de liberdade, pressupõe alguma individualização. O fato de haver negociação nas interações eróticas e sexuais, entretanto, não significa que o valor e o compromisso com a adoção de práticas protegidas estejam presentes. Estas distinções são uma tentativa de estabelecer parâmetros para análise das experiências empíricas, uma vez que no mundo “real” encontramos tudo misturado.

4. METODOLOGIA

Com objetivo de abordar a metodologia utilizada e descrever as informações sobre o conjunto dos entrevistados, este capítulo se subdivide da seguinte maneira: 1) descrição do estudo; 2) objetivos específicos; 3) sujeitos do estudo; 4) técnica de coleta de dados; e 5) caracterização do Centro de Referência DST/aids.

4.1 Descrição do estudo

Este estudo teve por objetivo analisar possíveis mudanças trazidas pelo preservativo feminino nas negociações que envolvam práticas preventivas à transmissão sexual do HIV e outras DST. Teve por hipótese que a introdução do preservativo feminino influencia as negociações nos encontros sexuais entre homens e mulheres, do ponto de vista da prevenção, por constituir uma alternativa para os casais heterossexuais.

Trata-se de um estudo de caso comparando indivíduos por gênero e condição de uso dos preservativos masculino e/ou feminino, suas razões e contextos nos quais se realizam as escolhas (tipo de parceria, perfil dos indivíduos em questão, dentre outros). A investigação foi realizada com homens e mulheres, utilizando entrevistas individuais semi-estruturadas de profundidade, buscando resgatar as histórias de vida, tendo como tema sexualidade e uso (e não uso) dos diferentes métodos de proteção. A diversidade foi considerada como ponto forte e fundamental. O desenho do estudo, incluindo a participação de homens, mulheres e respectivos(as) parceiros(as), visa investigar interações, rompendo com as abordagens que privilegiam um ou outro pólo da(s) parceria(s).

A entrevista individual foi escolhida como instrumento por ser o tema sexualidade, assunto da ordem do privado e da intimidade que envolve aspectos subjetivos como valores e opiniões. Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento do(a) entrevistado(a). Ao final de cada uma delas, foi solicitado indicações de nomes para possíveis novas entrevistas, com a intenção de explorar a rede de sociabilidade dos participantes, inclusive o(a) parceiro(a) sexual. Todo este processo foi previamente submetido à Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

De acordo com a literatura (Fontana & Frey, 1994; Becker, 1997; Bourdieu, 1999b) a explicitação do contexto e das condições nas quais o trabalho foi produzido é de crucial importância, na medida que estes compõem os fundamentos subjacentes à interpretação dos dados. Sendo assim, passaremos a descrever as opções escolhidas.

Considerando as especificidades e dificuldades de abordagem do tema, utilizou-se de rede de apoio em busca de legitimidade para o presente estudo através de relacionamentos institucionais e de contatos pessoais anteriores (UFES e Grupo Pela Vida/ES). O objetivo de investigar aspectos relativos ao preservativo feminino (PF), produto ainda pouco difundido, contribuiu para a escolha do primeiro ponto de partida (institucional), o Centro de Referência DST/aids da Prefeitura Municipal de Vitória (CR), parte integrante do serviço de saúde da rede pública local. O CR é responsável pela distribuição do (PF) para o restante da rede pública municipal de saúde.

Um segundo ponto de partida foram contatos pessoais com (ex) aluno do Curso de Psicologia da UFES, além de uma dentista. Os dois pontos de partida e a tentativa de explorar as redes de sociabilidade foram definidos com objetivo de facilitar a credibilidade e legitimidade, promovendo clima de confiança capaz de favorecer o diálogo e a expressão genuína nos relatos. De posse das indicações, era feito contato telefônico direto.

4.2 Objetivos específicos

Os objetivos foram:

- 1). Descrever os tipos de estratégias de proteção adotadas no decorrer das trajetórias de vida;
- 2). Caracterizar estratégias de negociação em situações específicas, como no uso de ambos os preservativos (masculino e feminino), uso exclusivo do preservativo masculino, uso exclusivo do preservativo feminino e ausência de preservativo;
- 3). Descrever e explorar percepções do preservativo feminino nas negociações da prevenção.

4.3 Sujeitos do estudo

Os critérios de inclusão foram assim definidos: os indivíduos deveriam ter idade entre 18 e 49 anos, vida sexual ativa, não pretender procriar no próximo ano, e ter lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo) em duas vias.

O estudo totalizou 33 entrevistas, 11 homens e 22 mulheres entre 19 a 44 anos, todas realizadas por uma única investigadora. A duração das entrevistas variou entre 23 e 60 minutos. Para efeito de análise, foram excluídas do grupo inicial três entrevistas, todas elas de mulheres, a saber, entrevistas número 22, 25 e 27. A justificativa para a exclusão deriva do fato de que, na ocasião da realização das entrevistas, uma delas mantinha vida marital com outra mulher (prática homossexual), e as outras duas exclusivamente práticas sexuais por trocas comerciais. Estes perfis constroem narrativas de negociação com formações discursivas distintas das buscadas.

A abordagem formal com a equipe CR começou em 1º de agosto de 2001 pela ginecologista responsável pelo gerenciamento da distribuição dos preservativos femininos dentro da rede municipal de saúde. No primeiro encontro foi apresentada cópia do projeto de pesquisa para apreciação. Em seguida, gradativamente a investigadora foi se apresentando a toda equipe, e formalizou ofício ao Coordenador daquele serviço de saúde, que já havia sido contatado antecipadamente.

No relacionamento da equipe prevaleceu um sentido de cooperação, simpatia e receptividade. Apesar da investigadora ser uma pessoa não pertencente à instituição, em geral não se sentiu como uma ameaça. Foram feitas observações do cotidiano do CR, onde permaneceu freqüentando a sala de espera por três semanas antes do início das entrevistas propriamente ditas, como um período de ambientação. Durante as inúmeras horas na sala de espera, ouviu comentários a seu respeito, tanto devido ao espanto de alguns membros da equipe que ao verem-na ali sentada (parte da estratégia adotada), quanto de alguns pacientes com os quais encontrou em dias e horários diversos. Pode-se considerar seu papel naquele contexto como “híbrido”, uma vez que no jargão da instituição, tratava-se de uma “doutora”. Apesar disso, permanecia muitas horas na sala de espera. Na verdade não pertencia à equipe, e era reconhecida por alguns profissionais como inserida em ONG/aids local.

A baixa freqüência de uso do preservativo feminino dificultou a obtenção de entrevistas de homens e mulheres usuários para integrar o conjunto dos sujeitos de pesquisa. Esta razão levou a investigadora a negociar a sugestão feita pela técnica de laboratório do CR, de que nomes de mulheres cadastradas como usuárias do produto fossem indicados pela ginecologia. Tal sugestão foi aceita, e uma lista de nomes de oito mulheres que supostamente estariam fazendo uso do produto ali distribuído

gratuitamente foi obtida. A partir desta relação foi realizada busca por telefone, sendo os dados fornecidos pela recepção. Quatro entrevistas foram decorrentes desta iniciativa. Em alguns casos, os números de telefone não estavam atualizados, o que impossibilitou a localização. Houve um caso que, ao ouvir do que se tratava, a mulher informou que só havia usado o preservativo feminino uma vez. Agradeceu-se a disponibilidade, e deixando em aberto a possibilidade de um novo contato, caso houvesse disponibilidade de tempo.

A busca telefônica gerou preocupações éticas e de sigilo discutidas previamente com a ginecologista, profissional que autorizou e viabilizou tal estratégia. Algumas destas mulheres são soropositivas, o que nem sempre é de conhecimento de toda a família. Quando das ocasiões em que a pessoa buscada não se encontrava em casa, por cautela não era deixado recado, nem havia identificação em termos institucionais, nem da investigação.

Na medida em que as entrevistas foram sendo realizadas, devido ao grande número de mulheres entrevistadas, e o pequeno número de indivíduos que conheciam o preservativo feminino, somente indicações de pessoas do sexo masculino, ou de usuárias do preservativo feminino passaram a ser solicitadas.

Das quatro entrevistas com homens obtidas através do CR, duas foram indicações obtidas através das respectivas parceiras sexuais, e duas através de uma das psicólogas. Um outro fator possivelmente influente na configuração do número de entrevistas com mulheres obtidas por indicação dos profissionais do CR (total de quinze), pode estar relacionado à especialidade de alguns dos profissionais que se dedicaram a colaborar com mais esta demanda em seu cotidiano. As duas médicas ginecologistas, por exemplo, indicaram juntas nove mulheres entrevistadas, incluindo aquelas oriundas da busca telefônica de usuárias do preservativo feminino. Além das duas ginecologistas, houve cooperação mais próxima de duas psicólogas, da auxiliar de laboratório e alguns dos atendentes da recepção, gerando indicações e sugestões de estratégias, como já apresentado.

4.4 Técnica de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas individuais sobre trajetória de vida, com foco na sexualidade e no uso de métodos de proteção (roteiro em anexo), e foram registrados em caderno de campo comentários e observações consideradas relevantes acerca dos

entrevistados e do funcionamento cotidiano do CR. Com fins de ajustes no roteiro das entrevistas, foram realizadas quatro entrevistas como estudo piloto, com dois homens e duas mulheres que preenchem os critérios de inclusão.

A opção de se focar inicialmente a descrição do perfil sócio-cultural dos entrevistados, através da idade, estado marital, trajetória escolar, ocupação (atual e anteriores) e local de moradia (atual e anteriores) foi uma estratégia de valorização dos sujeitos da pesquisa, além de sua caracterização. A focalização primeiro da realidade e trajetória do(a) entrevistado(a), e depois os temas mais específicos, foi uma forma de procurar diminuir o impacto derivado do convite em participar de uma pesquisa sobre sexualidade e uso de métodos de proteção. Tal escolha objetivou propiciar acolhimento e “aquecimento” para, num segundo momento, chegar na sexualidade. Trata-se de uma estratégia metodológica que visa tentar diminuir a violência simbólica que se pode exercer em situação de entrevista, reduzindo distâncias entre entrevistador e entrevistado (Bourdieu, 1999b).

O roteiro básico funcionou como orientação, que não é sinônimo de seqüência de perguntas. As perguntas idealmente funcionam como gatilhos que orientam o encadeamento da conversa (Fontana & Frey, 1994; Becker, 1997; Santos & Carvalho, 1999). O roteiro foi constituído por quatro blocos de perguntas:

- 1). Mapeamento da trajetória sexual e de gênero;
- 2). Levantamento dos dados sobre a utilização de métodos de proteção (contraceptivos e de prevenção à transmissão de doenças);
- 3). Comparação de estratégias de negociação nas diversas situações reais: entre usuários de preservativos, seja masculino e/ou feminino de forma exclusiva ou combinada, e entre pessoas que não usam nenhum preservativo;
- 4). Percepções do preservativo feminino nas negociações da prevenção.

Apesar da investigação contemplar aspectos biomédicos relacionados aos riscos inerentes às práticas sexuais, buscou-se explorar e enfatizar aqueles relativos às vivências subjetivas e ao prazer.

As principais perguntas que orientaram nossa pesquisa foram: o que está sendo negociado no uso, e no não uso dos preservativos? O que move as escolhas feitas, que valores essas escolhas expressam? Quais são os motivos simbólicos e práticos referidos para rejeição das camisinhas, tanto masculina quanto feminina? Que possíveis mudanças são potencializadas com a adoção do preservativo feminino?

O local de realização das entrevistas esteve diretamente condicionado a disponibilidade de espaço com privacidade, e à conveniência do(a) entrevistado(a), que

teve prerrogativa de escolha por ocasião do agendamento. Estes aspectos foram avaliados *a priori* como cruciais para realização de todas as entrevistas, uma vez que poderiam influenciar no estabelecimento de maior, ou menor clima de confiança que favorecesse diálogo e livre expressão. As possibilidades oferecidas por ocasião das negociações eram o CR (com limitações de horário); a sede do Grupo Pela Vidda/ES, ambos no centro da capital, Vitória; e dependendo do caso, a residência da investigadora. Além disso, era invariavelmente oferecida a possibilidade da entrevista se realizar no local que o(a) entrevistado(a) determinasse, o que nem sempre foi a opção escolhida.

Do total das trinta entrevistas analisadas, quinze foram realizadas nas dependências do CR, oito ocorreram na residência do(a) entrevistado(a), uma em escritório de advocacia após horário de expediente (o entrevistado é advogado), uma em consultório dentário com presença ocasional da secretária (a entrevistada é dentista, e afirmou não se importar com o fato), e uma em bar de propriedade do entrevistado, sem presença de ninguém. Outras quatro entrevistas foram realizadas na residência da investigadora por razões relacionadas ao local de moradia e/ou trabalho dos(a) entrevistados(as), considerando conveniência da localização central da mesma em Vila Velha, e a garantia da privacidade necessária.

Por ocasião da realização das entrevistas, os poucos episódios de quebra de privacidade e interrupção ocorreram em situação de entrevistas na residência do(a) entrevistado(a). As entrevistas foram realizadas na sala de visita ou cozinha, por onde circulavam eventualmente pai, filho, vizinho e/ou empregada doméstica. No CR, por vezes houve interrupção por alguém que batia à porta, que se encontrava invariavelmente trancada.

Considerando-se o primeiro ponto de partida, o institucional (CR), ficou definido em comum acordo com alguns dos membros da equipe que a apresentação da investigação e convite para participação seria mediado pelos profissionais, por ocasião dos atendimentos de rotina, na medida que a investigadora se encontrasse presente na sala de espera. Mais uma vez tal estratégia visou promover clima de confiança e familiaridade que pudesse favorecer o diálogo e a livre expressão. Diante da aceitação, o agendamento era feito diretamente com a investigadora, quer fosse para realização imediata, ou não, da entrevista, dependendo da disponibilidade de tempo da pessoa, e da possibilidade de utilização de alguma das salas do CR.

Houve heterogeneidade no fluxo das indicações obtidas através da equipe, uma vez que aparentemente alguns profissionais se empenharam mais do que outros em

ocupar parte do tempo de consulta no atendimento desta demanda. O ritmo dos atendimentos é muitas vezes bem mais lento do que a demanda, o que pode gerar demora e sala de espera cheia. Além disso, nem todas as vagas nas várias especialidades médicas e para-médicas estavam preenchidas na ocasião da coleta dos dados, o que gerava sobrecarga de trabalho e pressão extra sobre a equipe e os pacientes.

As indicações obviamente foram resultado de uma triagem por parte dos profissionais com base na percepção, avaliação e disponibilidade. Os critérios de inclusão formalmente padronizados foram discutidos com todos os profissionais, seja em grupo ou individualmente, buscando esclarecer detalhes e objetivos, além de adaptá-los ao cotidiano daquele contexto específico. Assim, nesta nova síntese foram enfatizados os seguintes aspectos:

- 1). A importância da disponibilidade pessoal interna do potencial entrevistado(a) para aceitar, ou não, o convite já que não se tratava de uma entrevista compulsória, como são alguns dos encaminhamentos de rotina daquele serviço de saúde;
- 2). O uso e não uso de preservativos masculino e/ou feminino;
- 3). Homens e mulheres com práticas heterossexuais entre 18 e 49 anos.

Como estratégia alternativa, foram abordados usuários da unidade na sala de espera em quatro situações distintas. Tal iniciativa não surtiu bom resultado, pois em somente uma houve concordância em participar da investigação.

A BUSCA DE PARTICIPANTES DO SEXO MASCULINO

O segundo ponto de partida, contato pessoal (CP) com ex-aluno e a dentista se deu espontaneamente, na medida que ambos já tinham conhecimento prévio sobre a elaboração da presente investigação. Esta alternativa gerou nove entrevistas, das quais sete masculinas e duas femininas. Considerando que foram entrevistados onze homens no total, a maior parte dos homens entrevistados foi oriunda desta estratégia. A abordagem a partir de contatos pessoais não estava prevista inicialmente. Esta iniciativa foi motivada pela tentativa de expandir o grupo masculino devido à preocupação com o número de entrevistados de ambos os gêneros. Mantendo-se os mesmos critérios de inclusão, passos e orientações usados a partir do CR, primeiro ponto de partida, desenvolveu-se esta estratégia.

O convite foi feito inicialmente para o ex-aluno, em encontro casual no decorrer do período de coleta de dados. Naquela ocasião já estava se confirmando a possibilidade

considerada *a priori* de que entrevistas de sujeitos do sexo masculino seriam mais difíceis de serem obtidas. Isto baseado no gênero da entrevistadora (Fontana & Frey, 1994), acrescida da temática em si, que configuram um considerável viés para disponibilidade de participação (ou não). Tanto no caso do ex-aluno, quanto da dentista, o convite foi prontamente aceito.

Os entrevistados oriundos desta rede têm perfil bastante diverso da maioria da clientela do CR, com maior escolaridade e padrão sócio-cultural, o que ampliou o universo pesquisado para fins de comparação e análise dos conteúdos.

A investigadora esteve atenta às possíveis influências do conhecimento prévio. Ambos entrevistados por contato pessoal sabiam dos vínculos da investigadora, tais como qualificação profissional e institucional, por a conhecerem independentemente da presente investigação. Obviamente os vínculos, e possivelmente a identificação destes foram diferenciados. A seguir apresentam-se separadamente as redes de entrevistas, agrupadas segundo o ponto de origem, ou seja, 24 provenientes do CR, e 9 dos contatos pessoais.

ENTRAR AQUI COM AS DUAS REDES DE INFORMANTES

Quanto aos aspectos éticos, antes da realização das entrevistas o(a) potencial voluntário(a) foi invariavelmente informado(a) dos objetivos e propósitos da investigação, da garantia de privacidade, sigilo, proteção contra prejuízos físicos, emocionais ou de qualquer outro tipo. Iniciava-se o encontro com a leitura em voz alta do termo de consentimento esclarecido que contém detalhes da investigação (em anexo). Diante da concordância, o termo era preenchido e assinado em duas vias.

Foram entrevistados três casais parceiros sexuais, dentre outras tentativas sem sucesso. As negativas podem ser atribuídas e interpretadas como constrangimento relativo à temática, ou talvez por receio de confrontação das informações fornecidas anteriormente pelo(a) parceiro(a). Não havia possibilidade de escolha do(a) entrevistador(a) já que se tratava de uma única investigadora, mas sim da aceitação ou não do convite.

Para alguns informantes, a entrevista foi vista como uma oportunidade de aprendizado, o que foi espontaneamente verbalizado em várias ocasiões. Algumas vezes o(a) entrevistado(a) afirmou que se tratava da primeira vez que ele(a) expunha certos episódios de sua trajetória sexual, assim como vários comentários manifestando satisfação pela oportunidade de aprendizado e pelas trocas realizadas.

Podemos sugerir que houve benefícios para os entrevistados na medida que os mesmos foram escutados e valorizados em aspectos íntimos de suas vidas, uma espécie de fortalecimento pela fala e pela escuta interessada e qualificada. Bourdieu denomina este efeito como “*felicidade de expressão*” (1999b:704), na medida em que a entrevista pode se constituir numa ocasião excepcional para testemunhar, se fazer ouvir, levando a experiência da esfera privada para a esfera pública, construindo e justificando seu próprio ponto de vista sobre si e sobre o mundo. O mesmo autor afirma que a “*auto-análise provocada e acompanhada*” pode se manifestar com extraordinária intensidade expressiva, principalmente para os mais carentes. No nosso entender, não se trata de carência de recursos materiais, mas de recursos emocionais e afetivos. Este mesmo autor também afirma que a cumplicidade entre mulheres pode permitir a superação de obstáculos ligados às diferenças entre condições, e particularmente, o temor do desprezo de classe, fruto da dissimetria social derivada da hierarquia entre os diferentes tipos de gênero e classe.

Após a conclusão do roteiro, com o gravador desligado, como previsto metodologicamente, procedeu-se um momento de conversa informal com objetivo de discutir pontos dúbios, informações e dúvidas específicas que surgiram explicitamente ou não nas narrativas. Este momento foi de grande importância. O investimento neste procedimento é decorrente da intenção de garantir interação dialógica, com um grau mínimo de reciprocidade e de troca.

Certamente todos os procedimentos para reduzir as distâncias têm seus limites. Concordamos com Bourdieu (1999b), quando ele afirma que o entrevistado pode vir a se sentir legitimado na medida que o entrevistador seja capaz de se colocar em seu lugar. Tal sentimento de legitimação é exercido quando a interrogação e a própria situação façam sentido para o(a) entrevistado(a). Assim, foi garantido tempo para comunicação e atenção individualizadas, em ambiente o mais descontraído e acolhedor possível naquele momento, em linguagem acessível, dentro da concepção que reconhece a natureza social, política e intersubjetiva deste processo (Merchán-Hamman, 1999).

O respeito à singularidade e o reconhecimento do papel da afetividade estão na base de uma proposta de construção da autonomia (Schall & Struchiner, 1995). Houve uma entrevistada, que sendo soropositiva há alguns anos, estava decidida a contar sobre seu estado sorológico à família como um todo, uma vez que até aquele momento, somente alguns poucos membros sabiam. Sua angústia a respeito desta situação fez com que sua entrevista fosse quase como um monólogo, onde ela própria fazia perguntas e

respondia em um só fôlego, impondo esta problemática, que não era, na verdade, objeto da entrevista.

Em geral os temas destas conversas contemplaram as formas de transmissão de DST incluindo HIV; detalhes sobre as características e variedades existentes entre os métodos de proteção como, por exemplo, os diferentes tamanhos de preservativos masculinos disponíveis; diferenças relativas a métodos de contracepção e métodos de dupla proteção; questões, dificuldades e possíveis soluções no manuseio dos métodos de barreira; além da importância e as funções do lubrificante. Foi dada especial ênfase ao preservativo feminino, bastante desconhecido.

Questões ligadas à saúde em geral, e ao controle das DST (exames), também foram recorrentes. Neste momento estavam disponíveis para manuseios exemplares do preservativo masculino em dois tamanhos, do preservativo feminino, além de lubrificante hidrossolúvel (KY). Além do destaque dado à variação dos tamanhos, no caso do preservativo masculino, apresentavam-se também as embalagens do preservativo feminino distribuído gratuitamente e a do comercializado, enfatizando se tratar do mesmo produto.

Ao final das entrevistas foi entregue material gráfico educativo composto de folhetos sobre o preservativo feminino elaborados pela CN DST/aids, pela Coordenação Estadual de DST/aids do ES, pelo Grupo Pela VIDDAS/ES, e pelo fabricante (Female Health Company). Além destes, havia ainda folheto sobre testagem para o HIV, outro sobre particularidades da mulher e aids, e revista em quadrinhos que tem como população alvo os adolescentes, sendo estes últimos distribuídos dependendo do perfil do(a) entrevistado(a).

4.5 Considerações sobre análise dos dados

Questões relativas a aspectos da interação entre pesquisador(a) e pesquisado(a) estão presentes na literatura (Olesen, 1994; Bourdieu, 1999b), não se tratando de discussão recente. O pesquisado “cumprir a expectativa” do pesquisador, percebida direta ou indiretamente, de forma consciente ou não. Por que o entrevistado consente na conversa e concorda em dar informações? (Strassberg & Lowe, 1995). Que tipo de ganhos ele pode obter, partindo do princípio que a entrevista é uma interação “útil”, com trocas mútuas, ainda que, em geral, não simétricas (Bourdieu, 1999b)?

O(a) pesquisador(a) é decodificado(a), observado(a) e analisado(a) o tempo todo. Estratégias para se conseguir aliados permearão os diálogos. As prerrogativas do entrevistador criam condições pragmáticas de dominação relativa das condições da pesquisa, segundo Bourdieu (1999b). É ele que inicia o jogo, e faz as regras. Trata-se, na verdade, de uma espécie de intrusão, que mesmo “sem saber” gera violência simbólica. Há quase que invariavelmente uma dissimetria social derivada da hierarquia das diferentes espécies de capital no mercado de bens lingüísticos e simbólicos instituídos por ocasião da entrevista. São vários os procedimentos metodológicos e analíticos que visam diminuir ao máximo esta violência, que se pode exercer mesmo “sem querer” na situação de entrevista (Bourdieu, 1999b).

Vasta é a relação das pesquisas realizadas no campo da saúde da mulher, dentre outras, que apontam para diferenças significativas de gênero na constituição do conceito de saúde/doença, por exemplo. Outras desenvolvem análises da interação médico/paciente baseadas na linguagem, em que a perspectiva de gênero é evidenciada em sua importância tanto para o diagnóstico, quanto para a assistência.

Para Olesen (1994), as pesquisas devem ser capazes de trabalhar com um alto grau de reflexividade, e de reconhecer o quanto sociólogas feministas participam, como sujeito, na ordenação das regras. Até que ponto isto pode levantar um problema de validade? Como seria possível alcançar a “neutralidade/objetividade” nos procedimentos de investigação se reconhecemos a subjetividade, e ainda mais importante, a intersubjetividade entre o(a) pesquisador(a) e os participantes? (Cardoso, 1986; Fontana & Frey, 1994; Olesen, 1994). Não podemos chegar à “verdade acerca da realidade”.

Nas palavras de Fleck:

“(…) no puede conseguirse la adquisición de una “realidad absoluta”, ni siquiera puede uno acercarse a ella, pues en la medida en que el conocer avanza transforma inevitablemente la realidad” (Fleck, 1986:21).

Argumentos apontam não para a obtenção de dados falsos, mas sim para a ausência dos dados relevantes para o problema. Para Becker “*não há posição a partir da qual a pesquisa sociológica seja feita que não contenha ‘bias’ em uma, ou outra direção*” (1977:132).

Qualquer que seja o ponto de vista adotado, a pesquisa deve satisfazer aos padrões do bom trabalho científico, e as inevitáveis simpatias não devem tornar os resultados sem validade.

“Tomamos partido de acordo com o que ditam nossos compromissos pessoais e políticos, usamos nossos recursos teóricos e técnicos para evitar as distorções que se poderiam introduzir em nosso trabalho, limitamos nossas conclusões cuidadosamente, reconhecemos a existência da hierarquia de credibilidade, e encaramos da melhor maneira que podemos as acusações e dúvidas que certamente nos esperarão” (Becker, 1977:136).

A presente proposta de investigação, cujos pressupostos nos levam a várias questões controversas, demandou preparação cuidadosa em aspectos delicados e sensíveis. Como não se deixar levar pela concepção do “impulso para procriação”? Trata-se certamente de um artesanato, detalhadamente pensado, executado, e avaliado continuamente.

Estabelecer comparações e perfis referentes à sexualidade, sem reduções estereotipadas, julgamentos morais e/ou preconceitos pode ser encarado como um desafio. Os tradicionais papéis sexuais dicotômicos vêm se transformando em um amplo e variado espectro de possibilidades e matizes. Como analisar e refletir sobre o tema sem usar a dicotomia “natural” heterossexualidade e homossexualidade? A liberdade como direito humano fundamental coloca-nos diante da debatida liberdade sexual, possibilidade de escolher, optar, e não simplesmente uma determinação biológica inexorável. Se construção, o seu dinamismo implica em transformações contínuas, processos, mudanças no decorrer da vida da pessoa. Entretanto nossa história fala de “uma” sexualidade “normal”, em desvios e degenerações, pecado, punição, legislação e doença. A pluralidade e a diferença são questões da modernidade (Weeks, 1985; Rubin, 1999).

Há uma indeterminação intrínseca à trajetória e estratégias escolhidas, além do perigo de transposição de modelos interpretativos e uso de concepções pré-determinadas (essencialistas) sobre práticas sexuais. Os significados simbólicos das práticas sexuais não compõem o discurso biomédico (Santos, 1992), e nesta medida, não são explorados nem tão pouco objeto de investigação. Por outro lado, não seria um exemplo de violência simbólica pressupormos que todos devem adotar medidas de proteção as DST?

A dialética é indicada como solução da questão subjetividade / objetividade, estabelecendo limites e dinamismo suficientes para evitar forma(s) estática(s). A experiência de campo e a reflexão teórica podem ser analiticamente distintas, mas na prática estão profundamente imbricadas (Bourdieu, 1999b).

Discutindo possíveis vieses em pesquisas quantitativas no tema sexualidade, Strassberg & Lowe (1995) argumentam sobre a importância de se considerar possíveis limitações inerentes à colaboração de participantes: que vieses podemos encontrar em indivíduos que concordaram em participar de uma investigação sobre sexualidade? Tal tema é considerado área particularmente vulnerável, visto que se trata de um assunto usualmente privado. Por outro lado, não há possibilidade de realização de estudo com “não voluntários”, e várias têm sido as estratégias utilizadas na tentativa de contornar a questão. Segundo os autores, procedimentos apontam para diferenças entre voluntários e não voluntários que estão mais relacionadas com a sexualidade do que com aspectos individuais, “*de personalidade*”. Como exemplos citam sentimento de culpa (sexual) e experiência sexual. Segundo os dados por eles trabalhados, voluntários são adeptos de uma sexualidade mais liberal, e têm menos preocupação com a performance sexual do que não voluntários (Strassberg & Lowe, 1995). Os dados apresentados mostram ainda que as diferenças podem ser maiores do que era previamente admitido. Segundo eles, voluntários parecem ter uma atitude mais positiva (erotofilia) em relação à própria sexualidade do que os não voluntários. Consideramos tais ponderações pertinentes para reflexão, entretanto as mesmas não nos parecem comprometer os dados coletados na presente investigação dada suas especificidades.

A proximidade cultural do(a) pesquisador(a) com o universo a ser pesquisado interfere, positiva e negativamente, na construção do delicado distanciamento necessário (social e psicológico) para construção de uma análise teórica de qualidade. Para

“transformar o exótico em familiar e/ou transformar o familiar em exótico (...) “é necessário um desligamento emocional, já que a familiaridade do costume não foi obtida via intelecto, mas via coerção socializadora e, assim, veio do estômago para a cabeça” (Da Matta, 1978:28 e 30).

Estabelecer o que é exótico pressupõe uma distância social, que tem a marginalidade (relativa ou absoluta) como componente, que se alimenta de um sentimento de segregação, implicado na limiaridade, e no estranhamento. Segundo Cardoso (1986), a capacidade de se surpreender pode ficar amortecida se houver fusão total do discurso do investigador com o do grupo investigado.

“Enunciado a partir de uma posição social determinada, este discurso expressa interesses contraditórios e é sempre parcial e fragmentado. É a sistematização que a ciência propõe que permite avançar para além destes

fragmentos na busca de uma explicação mais global, porém, sempre provisória” (Cardoso, 1986:101).

O processo intrínseco se dá numa ordem nada linear, o seu desenvolvimento surge sem “premeditação”, fruto de reflexões e do trabalho intelectual artesanal. Da confrontação das experiências com as reflexões surge o método (Bourdieu, 1999b).

O treinamento do investigador não garante a criatividade cuja base está na utilização de vários pontos de vista, rearrumação dos arquivos e notas, aprofundamento na literatura relacionada, percepções comparativas e forma de disposição do material para apresentação. Na verdade o treinamento pode, por vezes, incapacitar o aprendizado de novos modos, e estimular rebeldia contra o que deveria ser, a princípio espontâneo, desorganizado e feito de modo paciente e artesanal, dependendo de humores, temperamentos, fobias, ingredientes das pessoas e contatos humanos (Da Matta, 1978).

A descoberta ocorre quando se compreende uma regra antes obscura. Para tal é preciso relacionar-se, e no momento da descoberta, o pesquisador é remetido para seu mundo, isolando-se novamente. Entretanto, ele está sempre em contato com sua própria cultura, pois o ser humano precisa do outro como seu espelho e guia. O fato de dois indivíduos pertencerem à mesma sociedade não significa que estejam mais próximos do que se fossem de sociedades diferentes, porém aproximados por gostos, preferências e idiossincrasias. A familiaridade pode se constituir em impedimento se não for relativizada, tornado-se objeto de reflexão sistemática. Rotinas, hábitos e estereótipos podem comprometer seriamente o conhecimento de diferentes maneiras. Neste caso, corre-se o risco de classificar e rotular de acordo com princípios básicos através dos quais fomos e somos socializados. A interpretação feita pelo investigador inevitavelmente se faz a partir do seu próprio ponto de vista sobre o lugar que o entrevistado ocupa. Neste sentido “*ele é, numa certa medida, um alter ego*” (Bourdieu, 1999b:713).

Em sua discussão sobre o método de investigação antropológica, Velho (1978) também aponta para o caráter de subjetividade, portanto aproximativo e não definitivo. A “realidade” familiar ou exótica é sempre filtrada por determinado ponto de vista do observador, percebida de maneira diferenciada, o que não significa a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto subjetividade relativa, mais ou menos ideológica, e sempre interpretativa.

“Este movimento de relativizar as noções de distância e objetividade, se de um lado nos torna mais modestos quanto à construção do nosso

conhecimento em geral, por outro lado permite-nos observar o familiar e estudá-lo sem paranóias sobre a impossibilidade de resultados imparciais, neutros” (Velho, 1978:43).

Ao estudar o que está próximo o investigador expõe-se, com maior ou menor intensidade, a confrontos com outros especialistas, com leigos e representantes que foram investigadores, e podem discordar de suas interpretações. Velho (1978) acredita que seja possível transcender, em determinados momentos, às limitações de origem e chegar a ver o familiar não necessariamente como exótico, mas como uma realidade bem mais complexa do que a representada pelos mapas e códigos básicos pelos quais fomos socializados.

Ao aprender sobre o outro, aprendemos sobre nós mesmos. Na medida em que tratamos o outro como ser humano, não permanecemos objetivos, anônimos entrevistadores, mas tornamo-nos seres humanos que precisam descobrir-se a si mesmos enquanto estudam tentando aprender sobre o outro. As respostas obtidas são compatíveis às perguntas, e à forma como as mesmas foram feitas (Fontana & Frey, 1994).

Se as influências do investigador são parte do produto, e não podem, portanto, ser eliminadas, podem ser neutralizadas, se seus pressupostos e premissas forem explicitados da melhor maneira possível (Fontana & Frey, 1994; Bourdieu, 1999b). Os sujeitos são sempre sujeitos em uma dada situação, e suas ações dependem da forma como interpretam a realidade.

Durante muito tempo não se colocou em questão a natureza dos dados empíricos obtidos. Apesar de negarmos a neutralidade do pesquisador, “*continuamos a conceber ‘os dados’ como formas objetivas com existência própria e independente dos atores*” (Cardoso, 1986:99). A interpretação é construída, fruto também das condições em que o entrevistador e entrevistado(s) se encontram, “*(...) o pesquisador é o mediador entre a análise e a produção da informação não apenas como transmissor, mas como elo necessário*” (Cardoso, 1986:101).

Uma entrevista, enquanto está sendo realizada, é uma forma de comunicação entre duas pessoas que buscam entendimento. “*Ambos aprendem, se aborrecem, se divertem e o discurso é modulado por tudo isso*” (Cardoso, 1986:102). A interação entre entrevistador e entrevistado é fonte, ou não, de incentivo através das trocas de subjetividades estabelecidas. Ambos se colocam inevitavelmente em suas perspectivas individual e social. Bourdieu refere-se a uma possível reação do entrevistador, por ele denominada como “acusar recebimento”. Trata-se da repetição afirmativa ou

interrogativa da última frase pronunciada pelo entrevistado. Tal gesto “*pode ser interpretado como manifestação de interesse e/ou identidade de pontos de vista*” (1999b:706).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA

Fazer perguntas e obter respostas é uma tarefa mais difícil do que pode parecer. A palavra (escrita ou falada) tem sempre um resíduo de ambigüidade, independente das técnicas e cuidados tomados. Entretanto, entrevistas são um dos mais poderosos instrumentos para se tentar entender o ser humano. A entrevista se torna ferramenta e objeto de estudo, uma vez que se considera o encontro entre as partes como uma produção (Fontana & Frey, 1994). Trata-se, portanto, de uma representação do real que guarda especificidades.

Segundo Foucault, o discurso nada mais é do que um jogo, e se situa no centro da especulação entre as singularidades e a racionalidade.

“O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma de discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si” (Foucault, 1996:49).

O entrevistado narra algo dele enquanto pessoa em si, e dele enquanto ator / personagem que viveu aquela situação. Enquanto personagem da história narrada, o sujeito também cria, analisa e interpreta as experiências narradas. Ao criar um distanciamento com a situação vivida, ele não apenas a descreve, mas anexa julgamentos que pressupõem uma abstração. Caso as condições sejam propícias, ocorre uma “*auto-análise provocada e acompanhada*”, segundo terminologia usada por Bourdieu (1999b:704).

Por vezes, a entrevista é o primeiro momento em que o entrevistado é levado a pensar sobre determinado assunto. Responder às questões do entrevistador exige elaboração e ordenação de idéias, o que pode não ser uma tarefa simples. Podem surgir frases desconexas e idéias sem finalização que, no entanto, são ricas em significados. Esta primeira análise não é o único passo. É importante perceber, registrar e analisar o não dito. A fala não é só oral, o corpo fala através da expressão e do comportamento, o corpo também é um texto.

A princípio o entrevistador deve ter uma determinada postura, não manifestando suas próprias opiniões, mantendo uma “escuta interessada” que recompense a participação do entrevistado, mas não avalie suas respostas. É esta interação que permitirá resgatar o essencial das idiossincrasias de cada um (Bourdieu, 1999b). Não há nenhuma entrevista que se adapte a toda e qualquer situação.

Visando que cuidados sejam levados em conta, Fontana & Frey (1994) apontam para situações comuns:

- 1). O entrevistado responde de acordo com a expectativa do entrevistador, tentando agradá-lo, ou omite informações importantes;
- 2). O tipo de perguntas ou palavras utilizadas.

A forma escolhida pelo pesquisador para se apresentar aos futuros possíveis entrevistados é de crucial importância, uma vez que as primeiras impressões determinam muitas das futuras reações dos investigados, quer positivas ou negativas. Por vezes, o investigador é confundido com algum tipo de espião. Quando se trata de assuntos privados, a confiança estabelecida, ou não, entre entrevistador e entrevistado, estará diretamente ligada à qualidade das respostas obtidas (Fontana & Frey, 1994).

Ou seja, o entrevistador é um agente fundamental, além de ser quem propõe e organiza previamente sua forma de atuação. É de grande importância que se consiga um “grau mínimo” de confiança por parte do entrevistado, cujo medo pode não se diluir completamente no decorrer da entrevista, e ser percebido, por exemplo, através de alterações no tom de voz, assim como por questionamentos sobre estar sendo gravado, fato racionalmente sabido e obviamente assunto tema de consentimento prévio.

Pode-se avaliar como um desafio obter confiança mantendo, e não escamoteando, diferenças sociais, intelectuais, de gênero e outras. Ser diferente não é necessariamente ser desigual. Não há intimidade sem reciprocidade, o que sustenta a possibilidade do desenvolvimento de uma relação mais próxima entre entrevistador e entrevistado, minimizando diferenças, e desfazendo a tradicional hierarquia.

Metodologicamente é importante oferecer oportunidade para um espectro de respostas e insights por parte do entrevistado, que é encorajado a controlar a sequência lógica. Por vezes a reflexão oriunda da entrevista pode ser uma oportunidade de reestruturação do entrevistado, conforme discussão anterior.

Que efeitos podem ter sido gerados nas redes de informantes? Que critérios os entrevistados usaram para indicar possível novo entrevistado(a)? Certamente houve diferenças entre as redes iniciadas nos dois pontos de partida deste estudo, a saber, o CR e os contatos pessoais. No caso do primeiro, há o valor simbólico do serviço de saúde,

acrescido das interações da investigadora com os componentes da equipe. Na dos contatos pessoais, havia possivelmente mais pontos de identificação decorrentes do conhecimento pessoal e às inserções profissionais da investigadora. Em ambas, a opção pela rede de informantes se deu no sentido de investigar pessoas “conhecidas”, com referência. A proximidade social e a familiaridade asseguram condições de uma comunicação “*não violenta*” (Bourdieu, 199b:697), ou se não, pelo menos visam minimizar seus efeitos.

TRABALHANDO DADOS E RESULTADOS

Muitos estudos não são reflexivos o suficiente para analisarem o processo de investigação em si. Bourdieu (1999b) propõe a “reflexão reflexiva”, ou seja, que o próprio método seja pensado visando controlar os efeitos da pesquisa. Fontana & Frey (1994) argumentam que o relato final dos dados aparece ao leitor de maneira limpa, clara, racional e lógica. Os dados contraditórios e os dados excluídos para fins de análise não são mencionados, nem essas escolhas são muitas vezes justificadas. Quem já fez pesquisa de campo sabe que, facilmente o investigador se vê enterrado numa montanha crescente de notas, transcrições, gravações, e outros. Um dos perigos é a sobrecarga de dados, para além do possível de ser processado. É de fundamental importância que o investigador seja capaz de identificar o que importa no trabalho. São as estruturas teórico-conceituais e as questões postas pela pesquisa, os melhores remédios contra a dispersão de dados (Huberman & Miles, 1994).

Um obstáculo comumente enfrentado é o que Minayo (1999) define como ilusão da transparência, tanto mais perigosa quanto maior for a familiaridade do investigador com o objeto. Trata-se do risco de compreensão espontânea, ou seja, a ilusão de que os resultados são óbvios numa primeira abordagem, podendo levar a simplificações e conclusões superficiais. Outro risco é o envolvimento excessivo com a técnica. O terceiro é a relação entre teoria e dados, ou seja, o desafio de articular conceitos abstratos com os dados empíricos.

Huberman & Miles (1994) afirmam que é improvável que um pesquisador pudesse escrever um estudo de caso, que fosse plausivelmente similar aos originais, a partir das notas e dados empíricos de um colega.

Não há regras universais de análise de entrevistas, dada a diversidade de projetos, contingências não pensadas, e outros, mas alguns procedimentos podem servir de guia. Assim, as orientações foram adaptadas para este caso específico (Blanchet &

Gotman, 1992; Becker, 1997; Bourdieu, 1999b). A literatura, combinada com a fundamentação teórica das hipóteses, embasa as especificidades de cada pesquisa.

A interpretação dos dados deste estudo foi inspirada na análise de conteúdo. Podemos distinguir a análise do discurso e análise de conteúdo, que é um dos seus subconjuntos. A análise do discurso concerne à análise de todos os componentes da linguagem e recobre, essencialmente, dois tipos de abordagens: de um lado, as análises lingüísticas que estudam e comparam as estruturas formais da linguagem e, do outro, as análises de conteúdo que estudam e comparam o sentido do discurso para revelar os sistemas de representação veiculados por esses discursos (Blanchet & Gotman, 1992).

Qual o sentido do discurso? Uma produção e não um dado, uma leitura orientada. Após ter feito falar o entrevistado, o entrevistador faz falar o texto através da análise. O resumo de um texto pretende não ser seletivo, uma leitura endógena visando armazenagem. A análise de conteúdo implica hipóteses, sendo hiperseletiva é uma leitura exógena. Tem por função produzir um efeito de inteligibilidade e comporta uma parte de interpretação. A escolha do tipo de análise de conteúdo, assim como a definição da metodologia e do instrumento está, obviamente, subordinada aos objetivos da pesquisa e à sua formulação teórica (Becker, 1997). A análise de conteúdo não é neutra. Enquanto operação de produção de resultados, ela representa a última etapa da construção do objeto (Blanchet & Gotman, 1992).

Há significativa diversidade de orientação teórica para análise de entrevistas. O pesquisador é, como discutido anteriormente, co-produtor, sendo os dados de narrativas de natureza reflexiva, problemática e contraditória. Assim, a perspectiva teórico-metodológica adotada é fundamental para validação da pesquisa. Toda interpretação de dados é uma construção também interpretativa do pesquisador (Fontana & Frey, 1994).

Inicialmente as entrevistas foram transcritas de maneira literal pela investigadora com auxílio de outra pessoa. Os critérios para transcrição se resumiam em transcrever todas as manifestações, por mais sutis que pudessem ser. Todo o material foi revisado na íntegra pela investigadora, tendo as gravações como termo de referência. Somente após esta revisão o material era impresso. Na verdade, transcrever já é uma verdadeira tradução, ou até interpretação, uma vez que a pontuação, por exemplo, pode comandar o sentido de uma frase. Não é possível transcrever todas as nuances da fala oral para a escrita, como a entonação, ritmos, os olhares, a linguagem dos gestos e a mímica (Bourdieu, 1999b).

Após este procedimento, foram feitas recorrentes leituras das entrevistas, assim como das anotações do caderno de campo. Construiu-se uma grade resumida composta

de dados objetivos referentes a cada entrevistado, referentes às trajetórias de vida sexual tais como breve história familiar, idade da primeira relação sexual, tipo de parceira, se a primeira relação sexual foi por opção, idade da menarca, dentre outros.

A etapa subsequente envolveu dois diferentes tipos de análise de conteúdo,

“a mais próxima do resumo é a análise entrevista por entrevista que tem por unidade de recorte o fragmento do discurso, portanto uma significação. Trata-se de dar conta, para cada entrevista, da lógica do mundo referencial descrito em relação às hipóteses. A forma de recorte é variável de uma entrevista à outra” (Blanchet & Gotman, 1992:5).

Trata-se, portanto, da análise intradiscursiva, ou seja, da caracterização da lógica interna de cada entrevista individualmente, denominada “vertical”.

Há também a análise temática que corta transversalmente todas as entrevistas, tendo como recorte o tema que representa um fragmento do discurso. Neste momento ignora-se a coerência singular da entrevista, e busca-se uma coerência temática inter entrevistas. Cada tema é definido por uma matriz de análise elaborada empiricamente, e a forma de recorte é estável de uma entrevista à outra. Trata-se então de uma análise temática “horizontal”, que levanta as diferentes formas sob as quais o mesmo tema aparece em diferentes sujeitos (Blanchet & Gotman, 1992). A diferença com a análise anterior pode ser apenas uma diferença de grau, já que as “dimensões” utilizadas podem ser consideradas como temas, com a análise consistindo em passar em revista os “temas” abordados por cada sujeito separadamente, para daí fazer a síntese.

Para estabelecer os temas e construir a matriz de análise, foi preciso ler todas as entrevistas, uma a uma. Trata-se de uma leitura e não de uma análise de conteúdo, e tem por objetivo o conhecimento do material. A identificação dos temas e a construção da matriz de análise foram elaboradas a partir das hipóteses descritivas da pesquisa, eventualmente reformuladas após a leitura das entrevistas. Os temas referentes ao amor, ao romantismo, e ao risco-proteção estão entre os mais importantes. Não houve definição *a priori* da unidade temática, núcleo de sentido recuperável em função da problemática e das hipóteses da pesquisa. Uma vez selecionados, os temas permaneceram estáveis na análise de todas as entrevistas (Blanchet & Gotman, 1992), e definiram o que se denominou categorias teórico empíricas que serão discutidas em capítulos posteriores.

A princípio o roteiro de análise construído era composto dos seguintes pontos: troca (tentativa de substituição) da camisinha por confiança/compromisso com teste em

parceria atual/anterior; não adoção de proteção sem testagem; constrangimento relacional para uso da camisinha; falhas no uso; impacto da proposta de prática com proteção pelo(a) parceiro(a) na parceria atual/anterior; impacto da iniciativa própria na parceria atual/anterior; gosta ou não de usar, se sente tranquilidade; impressões sobre a camisinha feminina; facilitadores para uso de proteção; dificultadores para uso de proteção; justificativa para se sentir seguro usando camisinha, seja qual for; justificativa para não para não se sentir seguro usando camisinha; argumentos para uso; argumentos para não uso; argumentos para manutenção do uso; argumentos para suspensão do uso; o que é importante para vida sexual satisfatória com justificativa(s).

Após um certo ponto da análise dos dados, o roteiro foi enxuto, partindo dos dados de identificação das trajetórias, incluindo dados sobre práticas sexuais e seus contextos específicos, o que incluiu desde a idade da menarca, namoro, e iniciação sexual, a método de proteção atual e anteriores, com razões de uso e não uso nas parcerias definidas.

A análise e interpretação das entrevistas basearam-se num quadro teórico e conceitual norteador, e num quadro analítico que especificou as categorias e regras utilizadas no processo. A ordenação dos conteúdos foi paulatinamente adquirindo forma e sentido a partir de sua confrontação com as hipóteses do estudo, e reflexões apresentadas pela literatura. As categorias discursivas de análise teórico-empíricas construídas são fruto deste processo. São elas: história de vida e apoio social (capítulo 6); romantismo e autonomia (capítulo 7); risco e proteção (capítulo 8).

No início da análise do material, foram definidas categorias que depois foram abandonadas por não se mostrarem satisfatórias. Abaixo segue a relação de perguntas pelas quais se tentou sem sucesso organizar o material:

1. Houve troca camisinha pela confiança (compromisso) sem teste: parceria atual? Parceria anterior?
2. Não adoção de proteção sem teste por confiança: parceira atual? Anterior?
3. Constrangimento relacional para uso camisinha
4. Falha no uso da camisinha (estouro, saiu do lugar)
5. Impacto da proposta de uso camisinha pelo(a) parceiro(a) atual? Anterior?
6. Impacto da iniciativa própria na parceira atual? Anterior?
7. Ocorrência de treinamento ou orientação?
8. Gosta de usar? Sente tranquilidade para usar? Qual?
9. Impressões da camisinha feminina
10. Facilitadores para uso de proteção/camisinha?

11. Dificultadores para uso de proteção/camisinha?
12. Justificativa para se sentir seguro com camisinha
13. Justificativa para não se sentir seguro com camisinha
14. Argumentos para uso
15. Argumentos para não uso
16. Argumentos para manter o uso
17. Argumentos para não manter o uso
18. Como se toma decisão sobre proteção ao longo da vida? Quem tem o controle: da proteção doenças? Concepção? Contracepção? Aborto? Prazer?
19. O que é importante no sexo (vida sexual satisfatória)? Por que?

De forma geral, uma análise de conteúdo pretende dar conta da quase totalidade do material coletado (princípio de extensão), ser fiel (o que é verificável pela multificodificação) e auto-suficiente (sem retorno necessário ao *corpus*) (Blanchet & Gotman, 1992). A narrativa é uma resposta de alguém a exigência da entrevista. Neste sentido, a pergunta feita é fundamental para entender o discurso.

A análise das entrevistas (experiências vividas) exige que os sujeitos sejam abordados na perspectiva da situação, ou seja, não há como separar sujeitos e situações sem correr o risco de subjetivismo (análise só dos sujeitos), ou objetivismo (análise das situações relatadas, independente dos sujeitos). O discurso é produzido, referindo-se, por um lado, ao estoque de experiências do entrevistador e do entrevistado (*habitus* de ambos), e por outro, a vivência comum que se estabeleceu por ocasião da entrevista.

5. OS SUJEITOS DA PESQUISA

Como já descrito no capítulo 4, devido à exclusão de três entrevistas femininas dentre as trinta e três entrevistas realizadas, todos os dados apresentados a partir deste momento se referem a trinta entrevistas, das quais onze são masculinas e dezenove femininas. A faixa etária de distribuição dos entrevistados varia entre 19 e 44 anos, conforme o Quadro I abaixo:

QUADRO I
IDADE E SEXO DO GRUPO EM ESTUDO

IDADE/ SEXO	Homens	Mulheres
19 a 29	06	09
30 a 35	02	05
36 a 44	03	05
TOTAL	11	19

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

Há diferenças expressivas nos padrões de vida do grupo pesquisado, indicadas tanto pelos endereços residenciais informados, como pelo grau de escolaridade (de semi-analfabeto a pós-graduado) e pela ocupação atual.

Dos trinta entrevistados, quatorze residem em Vitória, nove em Vila Velha, cinco em Cariacica, um na Serra, todos municípios integrantes da Grande Vitória. Há ainda uma mulher moradora de Marilândia, município aproximadamente a 130 Km ao norte da capital, entrevistada no CR.

Dentre aqueles com menor poder aquisitivo, é comum o relato de convivência com familiares na mesma casa, assim como também no mesmo terreno, ou na vizinhança.

Quanto ao local de nascimento, treze dos entrevistados nasceram na Grande Vitória, a saber, sete na capital Vitória, cinco em Vila Velha, e um em Cariacica. Outros oito informaram ter nascido em municípios capixabas (três em Colatina, dois em Ecoporanga, um em Barra de São Francisco, um em Montanha, e um de Marilândia),

três nasceram no estado de São Paulo, três no estado do Rio de Janeiro, um em Minas Gerais, um no Paraná e um na Paraíba.

Quanto à religião, a grande maioria dos entrevistados (quatorze) se classificou como católica, cinco evangélicos, dois espíritas, uma batista, e uma budista. Outros seis afirmaram não ter religião, mas crêem, e um é agnóstico. Há também alguns casos que se classificam como “*simpatizantes*”, ou com “*pretensão de um dia ser*”, mas não se consideram membros da igreja evangélica. Uma entrevistada afirmou ser católica, mas tem freqüentado as reuniões de Testemunha de Jeová. Ressalta-se que, do total dos trinta, mais da metade (dezesseis) disse não ser praticante: “*lá uma vez ou outra*”, “*atualmente está relaxada para ir para igreja*”, “*católico de criação*”, ou freqüentar “*de vez em quando*”.

Em termos de escolaridade, o universo dos entrevistados se subdivide por gênero da seguinte maneira: entre os homens, um tem o 1º grau incompleto; um tem 1º grau completo; dois tem o 2º grau incompleto; e dois completaram o 2º grau. Há ainda três cursando graduação (3º grau), e dois graduados, sendo que um deles estava cursando Mestrado.

Entre as mulheres, oito tem o 1º grau incompleto; uma tem 1º grau completo; uma estava cursando o 2º grau; e sete com 2º grau completo. Havia ainda uma cursando a graduação (3º grau), e uma graduada com pós-graduação.

Praticamente todos os entrevistados, em conformidade com dados sobre o sistema educacional brasileiro, freqüentaram a escola formal durante a chamada idade escolar. Entretanto, nove entrevistados (um homem e oito mulheres) abandonaram-na antes da conclusão do 1º grau. Estes não retomaram os estudos, ou se o fizeram, não concluíram nenhum ciclo. Os motivos mais freqüentes para evasão incluem separação dos pais, migração, e gravidez para as mulheres. Muitos informaram que a mudança de cidade se deu por causa da separação dos pais, por exemplo. Em alguns destes casos, houve fuga da mãe com os filhos, ou ainda migração por busca de melhores condições de vida e/ou trabalho pelo grupo familiar.

Outros motivos para evasão referem-se à necessidade de colaborar com o orçamento doméstico, e/ou nas tarefas domésticas, distância da escola, e um caso de uso de drogas a partir do momento que conheceu “*a galera*”.

Alguns informam ter retornado à escola “*depois de velho(a)*” para tentar completar os estudos, quer seja através do ensino regular, ou supletivo. A simultaneidade entre jornada de trabalho e escola noturna, com o decorrente cansaço,

justifica novas evasões e/ou repetências. Os dois indivíduos que tem 1º grau completo (um homem e uma mulher), o fizeram tardiamente após várias interrupção(ões).

Os três entrevistados (dois homens e uma mulher) com 2º grau incompleto também tiveram interrupções, sendo que ela estava cursando supletivo na ocasião da entrevista. Dos nove entrevistados que têm o 2º grau completo, somente quatro o fizeram sem interrupção, a saber três mulheres e um homem.

Em termos da ocupação atual, algumas das atividades exercidas indicam baixa remuneração, pouca escolarização e falta de perspectivas de mudança no padrão de vida. Grande parte das mulheres (quatorze entre as dezenove entrevistadas), apesar de exercer função remunerada fora de casa, tem atividades ligadas ao lar e aos afazeres domésticos, conforme elas próprias informaram: balconista, lanchonete, cozinheira de restaurante, gari, auxiliar de serviços gerais e babá desempregada. Dentre elas, duas são aposentadas em decorrência da soropositividade. Há ainda uma fotógrafa, uma dona de comércio, uma comerciária, uma estudante de classe média custeada pela família, e uma profissional liberal (dentista).

Entre os homens, a distribuição é mais equilibrada. Dentre os de menor escolaridade há um chaveiro, um pedreiro, dois vigilantes e um vocalista de banda de rock - dono de bar. Entre os que têm segundo grau completo, temos um promotor de eventos – DJ, três alunos de graduação de classe média custeados pela família, além de um advogado – bancário, e um psicólogo – professor.

A seguir os Quadros II e III que contêm uma compilação geral dos dados dos entrevistados apresentados segundo o sexo com atribuição de nomes fictícios.

QUADRO II
ENTREVISTADOS DO SEXO MASCULINO (NOMES FICTÍCIOS)

Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tipo parceria (filhos)	Método proteção atual	Razão de uso
Valdomiro	20	4ª série	Chaveiro	Ocasional (0)	Uso consistente preservativo masculino	Dupla proteção
Edésio	25	Mestrando	Psicólogo professor	Ocasional (0)	Uso inconsistente preservativo masculino Sem testagem	Contraceção
Guto	24	Cursando 3º grau	Estudante	Mista (0)	Uso inconsistente preservativo masculino (pres. feminino) Sem testagem	Contraceção Preservativo masculino nas relações <i>extras</i>
Tito	22	Cursando 3º grau	Estudante	Ocasionais (0)	Uso consistente preservativo masculino	Dupla proteção
Giuseppe	22	Cursando 3º grau	Estudante	Fixa (0)	Uso inconsistente preservativo masculino Sem testagem	Contraceção
Alcídilio	43	2º grau	Vigilante	Sem parceria (1)	Uso consistente preservativo masculino	Dupla proteção
Jovani	41	2º grau	Promotor eventos DJ	Ocasional (0)	Coito interrompido Sem testagem	Contraceção
Régis	28	2º ano 2º grau	Vocalista dono bar	Mista (1)	Uso inconsistente preservativo masculino Sem testagem	Contraceção
Jacó	44	2º ano 2º grau	Vigilante	Fixa (2)	Uso consistente preservativo masculino Sem testagem	Tratamento DST
Roberto	31	1º grau	Pedreiro	Fixa (1)	Uso consistente preservativo masculino	Tratamento HPV
Gilson	30	3º grau	Bancário advogado	Fixa (0)	Uso inconsistente pres. masculino Sem testagem	Contraceção

Sem testagem = parceria sem diagnóstico para DST-HIV

(pres. feminino) = informa uso do preservativo feminino sem continuidade

Tratamento DST= adoção de método de barreira pelo diagnóstico e tratamento DST não definida pelo entrevistado

Tratamento HPV= adoção de método de barreira pelo diagnóstico e tratamento HPV

QUADRO III
ENTREVISTADAS DO SEXO FEMININO (NOMES FICTÍCIOS)

Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tipo parceria (filhos)	Método proteção atual	Razão de uso
Iracema	43	2ª série	Aux. Serv. Gerais aposentada	Fixa (2)	Uso consistente preservativo masculino	HIV
Sebastiana	23	2º grau	Do lar	Fixa (1)	Pílula e uso consistente pres. masculino Sem testagem	Contraceção e tratamento HPV
Regiane	33	2º grau	Fotógrafa	Fixa (3)	Uso consistente pres. masculino (pres. feminino) Ligadura	HIV
Luciana	43	2º grau	Do lar	Fixa (1)	Uso consistente preservativo masculino Sem testagem Ligadura	Tratamento DST
Carlemem	22	6ª série	Cozinheira restaurante	Fixa (3)	Uso consistente preservativo feminino Sem testagem	Tratamento HPV
Liloca	41	2ª série	Do lar	Fixa (2)	Ligadura Sem testagem	Contraceção
Fábia	23	4ª série	Balconista	Fixa (2)	Pílula Sem testagem	Contraceção
Danusa	20	2º grau	Proprietária comércio	Fixa (2)	Pílula e uso inconsistente pres. masculino Sem testagem	Contraceção
Marlene	37	6ª série	Auxiliar serviços gerais	Ocasional (2)	Uso consistente ambos os preservativos Ligadura	Prevenção DST
Andreassa	30	2º grau	Comerciarista	Fixa (2)	Uso consistente preservativo masculino + pílula	Dupla proteção
Claudete	25	2º grau	Empregada doméstica	Fixa (0)	Pílula e uso consistente pres. masculino Sem testagem	Contraceção Tratamento DST
Helena	26	Cursando 3º grau	Estudante	Ocasional (0)	Coito interrompido Sem testagem	Contraceção
Eveline	19	2º grau	Lanchonete	Fixa (0)	Uso consistente preservativo masculino	Dupla proteção

QUADRO III
ENTREVISTADAS DO SEXO FEMININO – CONTINUAÇÃO

Participante	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tipo parceria (filhos)	Método proteção atual	Razão de uso
Jesuina	31	3ª série	Balconista	Fixa (2)	Uso consistente pres. masculino Histerectomizada	Tratamento HPV
Valdete	25	7ª série	Desempregada	Fixa (2)	Ligadura Diagnóstico HPV	Contraceção
Margot	35	Pós graduada	Dentista	Ocasional (0)	Uso consistente preservativo masculino (pres. feminino)	Dupla proteção
Rosana	26	1º grau	Do lar	Fixa (1)	Uso consistente Preservativo masculino (pres. feminino)	HIV Dupla proteção
Mariana	37	7ª série	Gari aposentada	Fixa (3)	Uso consistente preservativo feminino Ligadura	HIV
Rose	32	Cursando 2º grau	Do lar	Fixa (1)	Uso consistente preservativo masculino e feminino	Dupla proteção

Sem testagem = parceria sem diagnóstico para DST-HIV

Tratamento DST= adoção de método de barreira pelo diagnóstico e tratamento DST não definida pela entrevistada

Tratamento HPV= adoção de método de barreira pelo diagnóstico e tratamento HPV (pres. feminino) = acusa uso do preservativo feminino sem continuidade

HIV = soropositividade

Ligadura = esterilização cirúrgica

VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA

Os entrevistados foram classificados em termos do tipo de parceira atual, em parceira fixa, ocasional, mista e sem parceria. Foram consideradas como “parceira fixa”, as narrativas nas quais o(a) entrevistado(a) afirma ter somente um(a) parceiro(a) sexual. Foram consideradas “parcerias ocasionais”, as narrativas em que se afirma não ter “compromisso”, ainda que tais relações tenham (ou não) continuidade no tempo. Afirmações como “é só ficar”, “caso”, “amante”, “só trepar”, “só amizade colorida”,

ou “*ainda não estamos namorando*”, estão enquadradas nesta categoria. Foram classificadas como “parcerias mistas” os casos (duas entrevistas masculinas) em que há uma parceira fixa, e eventualmente alguma relação fora. Os próprios entrevistados informam que se tratam de experiências esporádicas, “*extras*”. Um deles afirma que não é mais tão comum como foi antes, só com “*uns casos antigos*”. Houve ainda um homem que afirmou não ter nenhuma parceira no momento “*tem uns três meses que eu não transo*”, sendo classificado como “sem parceria”.

Em termos de estado marital, quatorze indivíduos (doze mulheres e dois homens) têm relação fixa e consensual estável, não seguindo necessariamente a nupcialidade formal (coabitação), ainda que ele(a) se refira a(o) “*esposa(o)*”. Há ainda oito casos (quatro mulheres e quatro homens) de parceria fixa sem coabitação, são namorados, alguns dos quais informam uniões anteriores desfeitas. Outros sete entrevistados são separados, quatro mulheres e três homens, alguns destes com nova parceira fixa. É considerável o número de casos nos quais os indivíduos encontram-se em segunda, ou terceira união conjugal. Solteiros (nunca coabitaram) são nove, dos quais seis homens e três mulheres, alguns deles com parceira fixa.

Do total dos trinta entrevistados, onze não tem filhos, sendo dez deles solteiros (três mulheres e sete homens), além de um homem separado. Dos dezenove que têm filhos, dez os têm fruto de diferentes uniões, ou seja, os filhos são meio-irmãos. Este dado reafirma que são muitos os casos de uniões conjugais sucessivas. Com somente um filho temos o total de sete entrevistados, dos quais três deles são separados.

Quanto ao uso e não uso dos métodos de dupla proteção considerou-se como uso consistente os que informaram usar preservativo (masculino ou feminino, ou ambos) em todas as relações sexuais. Os casos de uso do preservativo masculino como contracepção (usualmente associado ao uso incorreto da pílula, ocasiões em que houve falha no uso da pílula, esquecimento) foram classificados como uso inconsistente.

Entre os dezenove entrevistados que informaram uso consistente de preservativo, onze relataram experiência prévia ou atual de DST, a saber nove mulheres e dois homens. Há o caso específico da entrevistada n° 20 que, apesar do diagnóstico de HPV, no momento da entrevista estava completando um ano que havia interrompido o tratamento, e informou que não estava fazendo uso de nenhuma proteção em sua parceria fixa (coabitação) de oito meses de duração. Trata-se de um caso que sugere que o não adoecimento clínico (fase assintomática), favorece a não adoção de medidas de proteção. E é no adoecer que existem maiores chances de estigma social e/ou rejeição pelo(a) parceiro(a). Tal problemática é claramente percebida no caso dos entrevistados

19F e 30M, casal que estava vivenciando “crise” no casamento de sete anos de duração. Ela já hysterectomizada, foi diagnosticada novamente com HPV. Ele afirma na entrevista que ela “*está com um problema que eu [ênfase do entrevistado], infelizmente aconteceu comigo. Eu procurei esse problema. Passei para ela. Hoje isso me machuca demais!*”. Esta situação delicada marca sua entrevista com culpa, chegando ele a afirmar que não estava freqüentando a igreja (evangélica) “*por causa de problemas*” que teve.

Do total de entrevistados, quatro mulheres e dois homens narraram episódios de aborto. Entre as mulheres, duas tiveram dois episódios de gravidez interrompida, sendo uma delas espontânea. Entre os homens, um deles também com dois episódios, disse ter sido um espontâneo. Em suma, são seis pessoas com nove ocorrências de interrupção da gravidez.

Entre as dezenove mulheres entrevistadas, há o total de doze episódios de abuso sexual, três deles na rua por homem(ns) desconhecido(s), sendo um com uso de arma de fogo. Outros seis pelo (ex) marido ou namorado/noivo (uma delas engravidou mesmo sendo virgem, fato comprovado na ocasião através de exame pelo Instituto Médico Legal). Houve um caso cujo protagonista foi um tio, e outro não consumado (tentativa) pelo irmão. Em um destes casos, a entrevistada narra ter reagido à tentativa do namorado, agredindo-o, o que evitou que o estupro acontecesse de fato. Há ainda uma entrevistada que narrou duas situações distintas, uma com o próprio pai, que apesar de tentativas sucessivas, não se consumou, e em outra por um conhecido, quando ela estava embriagada.

Entre os homens, um narrou ter sido vítima de tentativa de abuso sexual por parte de um amigo de seu primo. Como ele reagiu com violência, conseguiu evitar que o fato fosse consumado. Já outro entrevistado narrou ter “*forçado*” a então namorada, mas segundo ele, foi “*legal*” no final. Este mesmo rapaz afirma gostar de “*sexo selvagem*”.

Como já descrito, o grupo de entrevistados é bastante heterogêneo em relação às diversas características. Destaca-se, entretanto, o predomínio de parcerias fixas com ou sem coabitação, especialmente entre as mulheres (dezesesseis das dezenove). Entre os onze homens entrevistados, há um total de quatro, além dos dois que informam parceria mista.

Outro fato digno de menção, é que dos oito sujeitos (três homens e cinco mulheres) que faziam uso de proteção de forma consistente sem histórico de adoecimento por DST, somente três (todas mulheres) informaram ter parceria fixa, nenhuma em coabitação.

Os resultados com base nas categorias de análise teórico-empíricas construídas serão discutidos nos próximos quatro capítulos.

CATEGORIAS DE ANÁLISE TEÓRICO EMPÍRICAS

As categorias aqui discutidas são relacionais e suas configurações específicas estão, portanto, sujeitas a variações ligadas aos diversos contextos e momentos discursivos, além de sua historicidade. Como afirma Fairclough (2001), a unidade de discurso é baseada mais no espaço no qual objetos emergem e são continuamente transformados, do que na permanência e na singularidade.

As categorias foram elaboradas considerando-se as entrevistas obtidas no trabalho de campo. As definições pretendem contemplar a polifonia de discursos, buscando expressar teoricamente as situações discursivas de negociações vividas nas interações cotidianas intra e interpessoais, seus códigos de valores e idéias. Este processo dinâmico e incessante de produção discursiva traz em si as diversas contradições inerentes aos discursos sobre os relacionamentos e seus embates. As categorias discursivas trabalhadas são: história de vida e apoio social (capítulo 6); romantismo e autonomia (capítulo 7); risco e proteção (capítulo 8). Elas se sobrepõem e não são exclusivas. A hierarquia simbólica dos indivíduos não tem uma única determinação.

6. NEGOCIAÇÕES: HISTÓRIAS DE VIDA E APOIO SOCIAL

Segundo Becker (1997), história de vida é uma técnica que busca reunir material útil para formulação de teoria sociológica, mas não se trata de autobiografia convencional, nem de ficção. É uma forma de investigação que visa captar a versão subjetiva e pessoal. O(a) entrevistado(a) certamente só disponibiliza a parte de sua história por ele(a) selecionada, de forma a apresentar o retrato de si mesmo(a) de sua preferência, ressaltando determinados aspectos, e escondendo outros. Os dados são como componentes de um mosaico, cada peça contribui um pouco para compreensão do quadro como um todo. Quando muitas peças são colocadas, podemos ver, mais ou menos claramente, os objetos e as pessoas que estão no quadro, assim como a relação de uns com os outros. Diferentes fragmentos contribuem diferentemente para nossa compreensão. Podemos compreender a história de vida como uma construção de si mesmo, para si mesmo e para os outros. Com o decorrer do diálogo estabelecido, a memória do depoente vai sendo ativada, fazendo emergir conteúdos e emoções através do encadeamento dos fatos e da narrativa. Tais emoções podem ser tanto positivas, quanto negativas.

Além disso, a história de vida pode se constituir em um meio profícuo de acesso a visão do lado subjetivo de processos institucionais vivenciados. Pode dar uma excelente perspectiva do processo contínuo, na medida em que a vida social for compreendida como um conjunto de movimentos que se ajustam, e se reorientam a luz das reações (reais e imaginárias) que os outros têm a estes movimentos. Este processo de ajustes mútuos simbolicamente mediados é passível de observação (ainda que não seja este o caso nesta investigação), e não uma interação imaginada de forças invisíveis. Os episódios interativos forjam as fronteiras de atividade individual e coletiva (Becker, 1997).

Na presente investigação, a história de vida foi escolhida como técnica de pesquisa para caracterizar e identificar aspectos idiossincráticos relativos aos temas sexualidade e uso de métodos de proteção, nosso objeto de interesse. Não se trata, portanto, de um relato livre, mas temático. Como na definição do roteiro usado como referência para realização das entrevistas (em anexo), buscou-se garantir a cobertura dos aspectos avaliados como importantes para definição do perfil do(a) entrevistado(a), na intenção de relacionar visão de mundo e possíveis determinantes de classe, gênero e idade. Além disso, visou-se a caracterização da(s) rede(s) de apoio social.

Para que se possa entender porque alguém tem as atitudes que tem, ou teve, é importante que se compreenda como lhe parecia tal comportamento, que alternativas e oportunidades existiam na ocasião, além de quais eram as normas sociais nas quais o indivíduo estava inserido (Becker, 1997). Ou seja, buscou-se encarar os dados “objetivos” sob o ponto de vista do entrevistado(a), como já discutido no capítulo 4.

Houve a preocupação de tentar circunscrever itens de interesse com perguntas diversas, visando fomentar a apresentação da trajetória de cada entrevistado considerando-se incongruências e/ou ambigüidades. Isso não significou, entretanto, insistência diante de negativa, fosse ela explícita ou não, por parte do entrevistado em abordar determinado assunto ou episódio. Cuidados especiais foram tomados para manter o respeito aos limites, assim como à liberdade de expressão de cada um, evitando constrangimentos. Situações desta ordem aconteceram em duas entrevistas femininas quando o assunto era abuso sexual.

Outra dimensão trabalhada na entrevista foi a da(s) rede(s) de apoio social que o entrevistado construiu em sua trajetória de vida. Castro et al. (1997) apresentam revisão de literatura sobre o tema apoio social, e afirmam que não há consenso a respeito. A definição deste conceito refere-se a complexo fenômeno composto de múltiplas dimensões associadas à saúde dos indivíduos. A partir da década de 70, quando os trabalhos de Cassel e Cobb deram origem a idéia de que o apoio social tem papel central na saúde, as investigações neste campo têm crescido geometricamente. Apesar disso, o conceito continua ambíguo, sendo comum encontrar termos como “relações sociais”, “redes sociais”, “vínculos sociais” e outros sendo usados indistintamente. Ainda segundo estes autores, com finalidade de incluir as multidimensões do conceito, apoio social passa a ser definido como a totalidade de recursos providos por outras pessoas, cujos conteúdos podem ser de ordem emocional, instrumental, informativa e/ou avaliativa, encontrados na rede social, ou seja, família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, dentre outros (Castro et al., 1997).

Apesar das ambigüidades, as investigações sobre apoio social sustentam que sua presença, ou ausência afeta diretamente a saúde dos indivíduos. Tal fato estaria relacionado à natureza destas relações, uma vez que os indivíduos com relações de apoio freqüentemente têm melhores condições de saúde física e mental, devido aos recursos emocionais, instrumentais e materiais nelas obtidos (Castro et al., 1997). Grupos comunitários, ou não (rede sociais), com mais ou menos organização, podem gerar ambiente propício para crescimento pessoal e coletivo através das trocas estabelecidas.

Sem pretensão de esgotar o tema, queremos propor aqui a utilização das redes de apoio social para conceber as possibilidades de aquisição de recursos diversos que oferecem maior, ou menor, chances de construção e de exercício da sexualidade de forma satisfatória e protegida. Neste sentido, podemos facilmente conceber alguns episódios da maturação sexual como experiências estressantes pela falta de oportunidade e abertura para diálogo acerca destes processos de desenvolvimento, tais como menarca, ejaculação, orgasmo, virgindade, intercurso sexual, temas obviamente objeto de curiosidade. Relações sociais de dominação, quer seja por gênero, idade, e/ou posição socioeconômica, também podem ser obstáculos, além de haver situações nas quais a proteção pode não ser negociável. Padrões e preconceitos culturais também podem ser obstáculos para o livre exercício da sexualidade e do prazer, além de influenciarem no acesso, ou não, aos serviços de saúde, visando recursos de proteção e/ou tratamento no caso de contaminação (Simões-Barbosa, 1999; Giffin, 2002; Paiva, 2003). Segundo Castro et al. (1997), o isolamento, atuando como fator de estresse, pode causar enfermidades, e há um determinado nível de apoio social necessário para manutenção da saúde concebida de forma holista. A disponibilidade de recursos emocionais instrumentais e materiais pode evitar que um dado indivíduo defina como estressante o que outro(s) indivíduo(s) definiriam como tal.

Valla (1999) define apoio social como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material fornecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem, e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco com efeitos para todos os envolvidos, permitindo que estes tenham mais sentido de controle sobre suas vidas, aspecto também denominado como *empowerment*. Essencialmente, ainda segundo Valla, o debate sobre o apoio social aponta para o papel deste na manutenção da saúde, prevenção de doenças, dentre outros.

Tal discussão advém de debates sobre a crise na saúde pública em diversos contextos e países. O que se propõe aqui é uma releitura, levando-se em conta os interesses da presente investigação. Como sabido não existe ainda forma disponível de vacinação e/ou medicamento que previna as DST, incluindo o HIV. Neste sentido, as condutas individuais e/ou coletivas forjam condições, mais ou menos arriscadas de exposição aos riscos de transmissão e de adoecimento.

Segundo Valla (1999), a proposta de apoio social não é uma solução para a crise na saúde, mas um trampolim para revisão da relação de saúde com a questão médica. Currículos escolares, grupos comunitários, igrejas, agentes de saúde, amigos e outros podem se constituir em atores que viabilizem condições e alternativas para

transformação. Tal proposta “*necessariamente implica uma participação comunitária (que é) necessariamente democrática*” (Valla, 1999:13), o que, se aplicado ao tema sexualidade, fomenta mudanças significativas se considerarmos as nossas heranças culturais e de gênero discutidas no capítulo 1.

Do ponto de vista das falas dos entrevistados a respeito de tais formações discursivas, pode-se iniciar pelo nítido pedido de apoio na fala da Luciana, formalmente casada com um sujeito que vive em São Paulo há anos. Seu parceiro atual usa camisinha masculina de forma consistente por razão de tratamento de DST. Ela tem segundo grau completo e no trecho abaixo expõe seu ponto de vista:

“Eu queria ter um marido que vivesse comigo, que fosse carinhoso, e não fosse igual meu marido que só quer viver longe, tipo separado! E quando chega, ele bebe e me trata feito mulher de rua bem dizer. Bebeu, quer ir para cama! Queria ter relação normal, de carinho, os dois, tipo dois velhinhos!... [entrevistada ri!]. Queria assim, mas não é assim!” (Luciana, 43 anos, do lar, parceria fixa).

O entrevistado Jacó é o seu parceiro fixo atual, já que seu marido, como ela mesma disse, “*só quer viver longe*”. Ele tem segundo ano do segundo grau completo, e naquele momento estava disponibilizando apoio social, exercendo o papel daquela pessoa próxima que informa, acompanha e insiste na importância do uso consistente de proteção e na realização de exames. Ela havia sido testada para HIV pela primeira vez. Ambos informaram em suas entrevistas que ela experimentou o uso da camisinha masculina pela primeira vez em sua vida nesta parceria, e a iniciativa foi dele. Ela afirmou estar satisfeita com esta atitude dele. Entretanto, paradoxalmente, o uso consistente só foi adotado nesta parceria depois do surgimento da “*alergia no pênis*”. Abaixo trecho da entrevista de Jacó:

“Eu lembro que a primeira vez foi com camisinha. Daí ela garantiu, prometeu e tal. Eu até pensei que era, mas eu peguei essa alergia [suspeita de herpes]. Aí eu trouxe ela aqui para fazer exames. Eu falei: “-Você tem que fazer um exame de HIV, sífilis, essas coisas”. “- Ah! Não precisa não. Não tenho nada!”. Eu falei: “- Quem me garante? Oh meu exame aqui!”. Eu trouxe ela. Ganhou inclusive preservativo vaginal. [Essa] foi a primeira vez que ela usou preservativo [na vida] (Jacó, 44 anos, vigilante, parceria fixa).

Régis, que faz uso inconsistente da camisinha masculina, fala da importância iniciativa e da proposição de uso de proteção vindos da parceira. Ele tem segundo ano do segundo grau completo, e sua fala manifesta possibilidade de transformação na clássica divisão homem ativo e mulher passiva.

“O que facilita usar a camisinha é você sair com uma parceira que..., que dê o toque e... Todas as vezes que me deram o toque eu nunca rejeitei usar não! (...) Você às vezes fica com uma menina e... Pô! “-vamos sair, dar uma volta!”... E ela já pergunta se tem camisinha, às vezes. E quando não tem, não rola. Rola uns amassos. Quando tem, pode rolar tudo e... ser melhor do que se não usasse a camisinha, não é? Pelo menos você fica com a paranóia longe” (Régis, 28 anos, vocalista e dono de bar, parceria mista).

Com opinião bem próxima do entrevistado citado acima, Roberto, que tem primeiro grau completo e faz uso consistente de camisinha masculina por tratamento HPV, argumenta acerca da importância da adequação do apoio e de orientação a serem disponibilizados para as práticas cotidianas. Ele diz:

“Eu acho que teria que ter um pouco mais de informação, por exemplo. Tentar falar para as pessoas... Por exemplo, eu arrumei uma namorada. Não é? Alguém virar para mim e falar: “- Por quê que você não faz um exame? E a sua namorada também”. Aí eu vou lá faço o exame, não é? E ela faz. Quer dizer, o incentivo. O incentivar as pessoas a também fazer o exame!” (Roberto, 31 anos, pedreiro, parceria fixa).

Entre o conjunto dos entrevistados, há dois homens e sete mulheres que descreveram situações envolvidas com a iniciação sexual, nas quais a falta de rede de apoio fez diferença. Jacó, por exemplo, que faz uso de camisinha masculina por tratamento de DST, afirma que tinha 10 anos de idade quando foi levado pela vizinha de 17 anos até a casa dela. Disse que foi

“(...) por curiosidade, por vontade. Só que eu nunca tinha praticado, e eu me machuquei! Inclusive houve uma briga de terreiro danada! Minha mãe quebrou uma vassoura na cabeça dessa menina de dezessete anos. Porque eu tinha o problema da fimose, não é? E ela quis fazer anal. E eu não entendia! Me machucou todinho. Eu acabei dali, deu dois, três minutos deu vontade de fazer xixi. Fui fazer xixi, ardeu. Eu saí gritando. Quando minha mãe perguntou o que era... Foi só uma vez [com essa moça]!” (Jacó, 44 anos, vigilante, parceria fixa).

Entre as mulheres há um caso que “*por raiva*” de um namorado que queria “*aproveitar*” dela, “*se entregou*” a outro, com quem depois se casou e teve duas filhas. Ela tem sexta série completa, e faz uso da camisinha feminina de forma consistente por tratamento de HPV (Carmem, 22 anos, cozinheira de restaurante, parceria fixa).

Já Mariana, que tem sétima série completa, faz uso consistente da camisinha feminina e é soropositiva, nos narra uma situação ímpar ocorrida quando ela tinha 20 anos:

“Eu nunca fui muito de conversar. Fiquei meio parada no tempo! Com minha mãe não tinha esse negócio de conversar. Esse pessoal mais antigo toda a vida foi assim mesmo. E outra, eu mesma por mim, não me ligava nisso não. Para ver que o primeiro namorado que eu tive, eu fiquei grávida, que foi o pai dos meus filhos! (...) Eu não sabia que eu estava grávida. Nem sabia... (...) Já adulta já! (...) Eu peguei só de ter ido lá e nem ter feito o ato direito. Fiquei grávida! (...) Nem imaginava que quando ficava grávida, não tinha menstruação. Nem sabia o nome disso. (...) Na hora “H”, quando encostou, eu saí correndo e fui embora! (...) Eu nunca gostei muito de intimidade. Eu era toda quadradona! (...) Eu não namorava. Eu não tinha vaidade de nada. Não me ligava em nada. O pessoal, acho que falava assim, que eu era bicho do mato. Eu tinha a cabeça muito complicada nessa época. Eu era muito retraída. Agora não, agora eu nem ligo, falo, converso e tudo. Mas naquela época eu era assim mesmo” (Mariana, 32 anos, do lar, parceria fixa).

Jesuína, terceira série completa, cujo marido faz uso da camisinha masculina por tratamento de HPV, explica abaixo o sentido da “*burrice*” que cometeu, ela com 13 anos e o parceiro com 23:

“A minha primeira vez, foi praticamente burrice! Fui provar que eu era [virgem], e acabei não sendo, não é? (...) para provar que eu era moça, porque ele falava que eu não era, que eu não era, que eu não era! (...) Se a mamãe tivesse conversado comigo sobre isso! Tivesse me dito é assim, assim, assado! Então eu não teria caído igual eu caí, igual a uma patinha!” (Jesuína, 31 anos, balconista, parceria fixa).

Helena está cursando o terceiro grau e nos narra como tomou iniciativa para que sua primeira relação sexual acontecesse na época em que morava sem a família em Vitória. Ela tinha 14 anos e ele “*uns 25*”, e apesar de afirmar dispor de informações e dos meios materiais, não assumiu atitude de proteção consistente nem para gravidez, o que continua sendo verdadeiro na ocasião da realização da entrevista:

“Até hoje eu não entendo, eu acho que só mesmo estando naquela época para entender minhas razões. Era um rapaz muito bonito que eu tinha visto numa festa em Nova Venécia. Eu tinha pegado o telefone dele, e ligava direto! Um dia ele veio à Vitória, eu tomei banho, me arrumei, fui na casa dele e transei com ele! Assim sem nenhum envolvimento, sem nada! Eu acho que eu..., eu era apaixonada por ele, mas também não sei que paixão era essa... Aí foi assim... abriu a porteira mesmo! Eu vi que tudo que tinha

aprendido... eu saí desvairada assim, que nem uma louca! (...) Eu fiquei dois dias dentro do apartamento dele. (...) Ele foi embora pra Austrália. (...) [-“Usaram alguma proteção?” Entrevistada abaixou a voz] Nada, só coito interrompido, porque eu tinha medo de ficar grávida, mas já sabia o que era anticoncepcional. Já tinha ido ao médico. Já tinha o remédio. Minha mãe comprava para mim. Eu ficava enjoada porque fazia aquele desastre [uso irregular da pílula, com efeitos colaterais]. Então larguei! (...) Eu sou extremamente irresponsável!” (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

A questão do uso de lubrificante hidrossolúvel extra, além daquele que vem nas camisinhas, foi tema discutido ao final das entrevistas. Ficou evidente que este elemento “complementar” dentre os produtos que compõem o “kit sexo mais seguro”, era pouco conhecido pelos entrevistados. Foi ressaltada sua importância para o prazer na penetração, por exemplo. Havia possibilidade de manuseio do mesmo juntamente com exemplares das camisinhas. Foi recorrente a fala, vinda especialmente das mulheres, de que sexo com camisinha masculina “*queima*”, “*arde*”. Claudete, por exemplo, experimentou camisinha masculina por iniciativa própria diante do diagnóstico de DST. Segundo sua narrativa, o médico que a atendeu e a encaminhou para o CR não mencionou tal procedimento. No trecho abaixo ela fala desta novidade iniciada há três meses com o marido, único parceiro em toda sua vida: “*É mais seco, né? Sexo mais seco, um pouquinho mais dolorido, mas nada que não dê para ... (...) Eu não achei muita diferença não! Só esse atritozinho [voz bem baixinha]... [Não conhecia lubrificante] Eu vou comprar sim!*” (Claudete, 25 anos, empregada doméstica, parceria fixa).

As dificuldades para adoção de práticas protegidas foram parte do roteiro da entrevista (anexo). Quando perguntado sobre o que pode facilitar tal mudança de práticas, Tito, estudante universitário que faz uso consistente da camisinha masculina desde que iniciou vida sexual ativa (“*bela paranóia*”), reflete sobre o papel da informação e afirma:

(...) [Cuidar] de si mesmo. Creio que a informação não seja, a questão principal, informação por si só. Porque a informação é algo que você mesmo manipula a sua própria necessidade. Informação é universal. (...) Ela é relativa como tudo! É um absurdo achar que o próprio cara tem informação, que ele pode pegar, ele mesmo dentro dele, “não, porque se isso acontecer, eu poderia não usar, etc...”. Ele mesmo constrói as condições para ele usar ou não!” (Tito, 22 anos, aluno universitário, 3 parceiras ocasionais).

Rose, que também faz uso consistente de proteção, narra seu processo de compreensão dos riscos na vida sexual. Ela estava cursando o supletivo do segundo

grau, e sua fala expressa mudanças que vêm ocorrendo na sociedade em termos de ampliação do acesso a informações (mídia) e apoio social relacionado ao tema:

“Eu acho que no meu tempo de jovem (...) a gente não sabia certas coisas, a gente não via na televisão. Papai mais mamãe não falavam sobre isso. Era assim, explicava que a gente não podia transar porque ia engravidar. Ainda mais depois que virou mocinha, mas não explicava que tinha um anticoncepcional. Essas coisas a gente foi descobrir com o passar do tempo. E não usava. Aí, depois de muito tempo que a gente começou a falar sobre aids, que o câncer de útero é provocado por tal [vírus HPV]. Aí que a gente foi se conscientizar do perigo que estava correndo. Mas a gente não tinha aquela instrução. Porque às vezes você faz lá as suas coisas sem noção, e quando você vê, já é tarde! (...) Hoje em dia, quais os jovens que gostam de usar preservativo? Homem então é triste! A gente tem que pensar pelos dois! Nós mulheres temos que pensar pelos dois! Já é difícil hoje, e está todo mundo aí. Hoje, a mídia ajuda para caramba! E é complicado usar, não é? E antes, que não tinha isso, como é que era? Era mais complicado ainda! Quanto foi o susto que todo mundo levou com a aids! E quando se descobriu que o câncer de útero era causado por um germe que se transmite na relação. Pôxa, aí foi uma loucura, porque ninguém deduzia que isso pudesse acontecer! Achava que era uma fatalidade, não é? (...) A maioria das pessoas acha que isso nunca vai acontecer na família, entendeu? Deles! Porque na dos outros pode acontecer tudo! Aí, então, eu acho que o cuidado, e o uso do preservativo tem que existir. (...) Ninguém é imune a nada, não é? (...) Você tem que gostar de você. Antes de você gostar de qualquer outra pessoa, do seu parceiro, você tem que gostar de você! Você tem que estar bem!” (Rose, 32 anos, do lar, parceria fixa).

Margot tem terceiro grau completo e relata que seu parceiro faz uso consistente de camisinha masculina de silicone. Abaixo trecho no qual ela expõe seu firme ponto de vista sobre as dificuldades de negociação vivenciadas por quem faz da prevenção um valor, apontando para o importante papel que as redes de apoio social podem ter neste processo.

“Aqueles machões, acho que as mulheres deveriam ter mais papo e falar assim: “- Ah é? Não quer usar não? Então tchau!”. Porque não é possível! Isso é fala de amor próprio! Agora em relação às mulheres, o que poderia ajudar, seria mesmo, pôxa!, sistema de educação maciça! Vamos esquecer a religião, ou se a religião mandar você casar virgem, pede o exame para o seu marido! Se você vai escolher ter sexo, vamos esquecer esse negócio, e vamos fazer! Inclusive a religião deveria tocar nas doenças. Porque a quantidade de mulher casada que está com aids não está no gibi! [ênfase da entrevistada]. (...) [Quando] O cara quando gosta da mulher ele colabora! (...) elas têm que ter menos medo, e ir mais à luta! E saber desistir daquilo que não é para elas, ora essa! Acho que se o cara não está nem aí, se vai passar uma doença venérea para mulher, ou uma aids, é porque não vale a

pena! Para mim, pelo menos, não vale a pena!” (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

As entrevistas, assim como a literatura, parecem convergir no sentido de que as redes de apoio social podem exercer significativo papel no complexo processo social de adoção, ou não, de práticas protegidas. Nestas redes estão presentes amigos, parceiros sexuais, literatura, mídia, escola, religião e serviços de saúde. Os recursos emocionais, instrumentais e materiais obtidos através delas parecem ter grande importância na (re)definição das práticas adotadas.

Investigações se fazem necessárias em prol de detalhamento dos possíveis efeitos positivos e negativos para predisposição e adesão dos sujeitos a experimentarem (e manterem o uso) artefatos de proteção. No caso específico da camisinha feminina, objeto bastante desconhecido que requer habilidade e treino para sua inserção, as influências da relação médico-paciente, e médico-artefato, podem ser interessantes aspectos a serem explorados.

Partindo-se de investigações existentes sobre saúde da mulher, podemos inferir que valores conservadores e estigmatizadores em relação à sexualidade (Simões Barbosa, 1999), escassez de espaço físico, de material de apoio, de treinamentos das equipes já sobrecarregadas, além de resistência tanto das equipes, quanto da população às ações educativas em saúde (Moura & Souza, 2002), podem ser obstáculos para promoção da saúde sexual. Há necessidade (e urgência) de readequação de atividades neste sentido (Kalckmann et al., 1997). O aprendizado advindo da saúde reprodutiva aponta para o fato de que ações isoladas não vêm sendo bem sucedidas. As questões de gênero são abordadas somente na ótica feminina e procriativa. Segundo Seffner (2002), é crucial a priorização das trajetórias de vida, e não das informações técnicas descontextualizadas. Promover apoio social apropriado a grupos específicos pode colaborar para educação para autonomia nas decisões relativas à saúde sexual. Entretanto, há limites significativos nas possibilidades de atuação dos serviços de saúde, considerando-se o estado caótico em que se encontram.

7. NEGOCIAÇÕES: ROMANTISMO E AUTONOMIA

A categoria romantismo engloba discursos referentes à concepção de relações afetivas que tradicionalmente produzem heteronomia e alteridade. Nestas relações a satisfação do desejo e do prazer é mediada pela relação com o outro, que usualmente assume lugar preponderante no poder de escolha e decisão. O outro se torna a referência, e não si próprio. Os discursos referentes a esta categoria frequentemente têm como componentes a noção de compromisso e continuidade da relação no tempo, o “amor eterno”. Nesta formação discursiva há uma forte idealização do outro (objeto de amor e desejo) e do prazer, definidos como expressões de completude e felicidade. Neste sentido, este outro pode, por vezes, ser referido discursivamente como o(a) “salvador(a)”, dotado de poderes especiais, “sagrados”. Esta delegação configura um campo onde é o outro quem sabe de mim, ou só com ele(a) se pode obter prazer. Assim a este outro fica atribuído controle tanto do corpo quanto do prazer.

Na tradição patriarcal os discursos diferenciadores de gênero expressam relações de poder nas quais a mulher é “fragilizada” e “encantada”, construindo a figura masculina como aquela controladora da satisfação dos desejos e do prazer, ou seja, “o homem como autoridade”.

A tradição discursiva judaico-cristã sobre as relações entre homens e mulheres, na medida em que atribui uma equivalência entre sexualidade e reprodução, identifica os componentes discursivos sobre desejo e prazer com as noções de pecado e impureza. A sujeira traria perigo, porque ameaça a boa ordem, sendo considerada desagradável. Deste modo deve ser vigorosamente varrida (Douglas, 1976). A transição deste discurso para a pré e modernidade se verifica pela analogia entre sacrifício de purificação e o amor “purificador”, conferindo a este propriedade de redimir o erótico e o prazer da esfera do pecado e do impuro. Neste sentido, o amor não só purificaria os impuros, como os protegeria de males diversos. O discurso sobre o amor, nesta perspectiva, tem em si componente moral e mágico, sendo perpassado pela noção de irracionalidade. É avassalador e assume significado crucial e prioritário na vida do indivíduo. O indivíduo enamorado coloca o outro como mais importante que si mesmo, podendo, por isso, se dispor a enfrentar “todos” os obstáculos e/ou riscos que porventura se apresentem.

Apesar das especificidades, a cultura judaico cristã caracteriza o chamado duplo padrão de sexualidade no interior do discurso romântico. Na tradição antropológica e sociológica brasileira este duplo padrão de moralidade, bem como sua especificidade de

gênero, tem sido amplamente discutido (Costa, 1979; Da Matta, 1987; Parker & Galvão, 1996). Nesta abordagem o patriarca pode manter relações erótico-sexuais com diversas parceiras, em geral dele dependentes. A vida feminina, inclusive sua sexualidade, é disciplinada pelo próprio patriarca. Esta dupla moralidade divide várias esferas do cotidiano, moldando de forma importante os discursos sobre o masculino e o feminino presentes na cultura brasileira contemporânea. A dicotomia entre a “mulher decente” (de família, pura e casta) e a “mulher da vida” (da rua, vadia, sem controle e impura) é um exemplo clássico.

Um outro componente do discurso romântico a ser contemplado é o caráter subversivo presente em seu advento, isto é, a ruptura do discurso das relações entre homens e mulheres baseado nas decisões de família, ou em laços de parentesco, pelo discurso da escolha individual e do vínculo emocional. Na cultura ocidental o caráter libertário do discurso do amor romântico é reconfigurado pela associação amor/casamento/maternidade, além da idéia de eternidade. Nesta perspectiva, os discursos relativos à sexualidade feminina continuam inscritos na formulação das relações entre sexualidade e reprodução. Do ponto de vista das instituições sociais, o casamento, mesmo por escolha individual, simboliza o vínculo de legitimidade e perenidade que garante a moralidade da sexualidade feminina (Giddens, 1993).

Dentro do duplo padrão de sexualidade, os discursos sobre sexualidade masculina a configuram como ativa, instintiva, incontrolável, e dominante. A feminina, como passiva, frágil, e controlada (Vance, 1995; Parker & Galvão, 1996).

Nesta perspectiva, o homem é o responsável pela segurança, sustento da mulher e dos filhos, o provedor. A mulher aquela que gera, cuida e espera ser provida, configurando uma complementaridade com hierarquia. À mulher cabe controlar seu próprio desejo, além de não estimular o desejo masculino, cuja natureza não se pode controlar. A oposição prazer e perigo sexual colocam a atividade e o prazer fora da esfera protegida. Monteiro (1999), investigando jovens de bairro popular carioca, descreve diferenças entre as trajetórias masculinas e femininas, marcadas por distinções relacionais, nas quais os mundos “da casa”, “da rua” e do “outro mundo” (Da Matta, 1987) interagem gerando singularidades simbólicas que reproduzem em grande parte os papéis tradicionais de gênero. A mulher, segundo este autor, constitui-se na figura de mediação, aquela que constrói passagem do mundo “da casa” para a “rua”.

Além disso, a possível desvinculação entre atividade sexual e procriação vem reconfigurando os discursos contemporâneos sobre o masculino e o feminino. As

barganhas e negociações entre homens e mulheres vêm sendo redimensionadas sob influência do advento das alternativas contraceptivas. Os discursos acerca dos ideais românticos tendem a se fragmentar sob pressão da autonomia feminina, cada vez menos dependente do homem, quer seja em questões financeiras, emocionais, psicológicas ou morais. Considerando-se as formações discursivas referentes à autonomia, a dupla moralidade progressivamente se transforma.

A categoria autonomia refere-se às formas discursivas que expressam ações baseadas na decisão individual própria mediadora do processo de busca da satisfação do prazer e do desejo. Na perspectiva do discurso autônomo, a igualdade sexual transforma as formas preexistentes de poder entre os sexos, o que, entretanto, necessariamente não garante de maneira direta e/ou imediata, a adoção de medidas de proteção. Uma maior autonomia por parte das mulheres permite sim, maior assertividade em vários aspectos cotidianos, mas não resulta numa necessária ampliação da capacidade de negociação de práticas seguras em especial com as mulheres em parcerias fixas.

Dentro desta formação discursiva, as trajetórias individuais se tornam projetos em aberto, sujeitos a avaliações reflexivas e em constante transformação potencial. Na medida em que as escolhas são baseadas na liberdade e na independência, a satisfação, ou não, das partes envolvidas define a possível continuidade. Se ambas as partes considerarem que extraem satisfação suficiente para cada um individualmente, haverá manutenção do relacionamento dentro dos parâmetros estabelecidos em conjunto. A complementaridade, neste caso, baseia-se na qualidade das trocas estabelecidas, mantendo-se diferenças e necessidades individuais. A participação efetiva é fundamental, aos indivíduos devem ser proporcionados os meios para que suas vozes sejam ouvidas, permitindo respeito pelas capacidades do outro. Nesta perspectiva, o desenvolvimento das potencialidades separadas não é considerado uma ameaça. O diálogo é expressão das necessidades individuais, assim como meio pelo qual o relacionamento é reflexivamente organizado, onde a diferença pode se transformar em meio de comunicação (Giddens, 1993).

As relações entre homens e mulheres (parceiros), neste caso, baseiam-se no envolvimento emocional independentemente da perspectiva da procriação, tendo este envolvimento primazia até sobre as obrigações com filhos. Na perspectiva autônoma, o outro ocupa um lugar de parceria sem hegemonia ou idealização, uma vez que não assume significado de perenidade, nem é absoluto. Não se trata do “protetor”, nem do “salvador” A consideração da existência de reciprocidade satisfatória torna-se aspecto

fundamental na avaliação das trocas estabelecidas, presumindo igualdade de doação e de recebimento emocionais. Assim, há possibilidade de revitalização do erótico não como qualidade das mulheres impuras, mas como qualidade genérica da sexualidade nas relações sociais formadas pela mutualidade, e não pelo poder desigual. Nesta medida, o erotismo é o cultivo do sentimento expresso pela sensação corporal em um contexto comunicativo; ou seja, uma arte de dar e receber prazer (Giddens, 1993).

As formações discursivas referentes à autonomia e prazer incluem permissividade e liberdade, uma vez que tudo é permitido, desde que se deseje experimentar. A concepção de intimidade na qual o que acontece entre quatro paredes diz respeito somente às partes envolvidas, é um exemplo deste discurso.

Já quanto à proteção, as formações discursivas de autonomia requerem prescrições específicas em termos das práticas sexuais. Para que não haja exposição aos riscos concernentes a estas práticas, se faz necessário que os indivíduos envolvidos voluntariamente disciplinem o conjunto de alternativas prazerosas adotadas. Tais riscos se referem à possibilidade de gravidez não desejada, e de transmissão de doenças. Dentro das idiossincrasias, e diante das opções de métodos de proteção disponíveis, cabe aos indivíduos escolher o que lhes é mais conveniente.

Neste conjunto, assuntos familiares como educação, saúde sexual, concepção e casamento são objetos de políticas sociais principalmente nos segmentos urbanos. Contingências históricas transformam e remodelam modelos anteriores como discutido no capítulo 1. Segundo Barbosa (1997), o discurso igualitário dá subsídios ao projeto de vida a dois, baseado na confiança, mas não parece autorizar a introdução da discussão sobre necessidade de proteção. Praça & Latorre (2003) discutem o quanto que a interpelação do parceiro sobre questões de segurança e saúde sexual pode ser uma atitude interpretada como rebeldia e passível de segregação. Apesar disso, a epidemia pelo HIV/aids insiste em questionar limites e possibilidades dentro das quais ocorrem buscas por formas mais satisfatórias de relacionamentos eróticos e sexuais. Há uma importante questão de fundo: que tipo de igualdade as mulheres e homens estão buscando em suas relações e práticas?

Tomando por base a discussão acima, apresentam-se alguns trechos selecionados a partir das entrevistas feitas. Estes estão basicamente classificados por gênero e de acordo com as práticas sexuais informadas: uso consistente de proteção quer seja por prevenção, ou por tratamento de DST; uso inconsistente de proteção; e não uso de proteção.

Na concepção romântica, o homem pode assumir um significado “mágico”, passando a ser dotado de “poderes” e autoridade bem descritos por Carmem, entrevistada com sexta série completa, usuária de camisinha feminina em seu tratamento de HPV. Neste trecho, ela se refere ao primeiro marido, seu primeiro parceiro sexual, a quem atribuía poderes especiais (“*tudo era ele*”), explicitando bem um exemplo no qual podemos perceber que o “*princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas*” (Bourdieu, 1999:23):

"Eu achava que eu amava ele, era só ele. E olha que a gente nem tinha tanta relação sexual assim, era pouco, logo que ele subia em cima de mim estava gozando, já estava bom. Ele me deixava para lá, tinha noite que eu passava em claro, e eu não sabia porque. O que queria sair dentro de mim, eu não sabia! Eu procurava ele às vezes, e eu achava que aquilo ali era vida, tava certo. Era o que eu conhecia. A gente se separamos quando fizemos três anos de casados. Ele arrumou outra. (...) A gente nunca usamos nada [método de proteção]. No início também não, porque eu achava que ele gostava de mim, era só ele! Eu não ligava porque achava que qualquer coisa que acontecesse comigo, ele ia se responsabilizar! Uma gravidez, sei lá, para mim era ele! Até se eu pegasse qualquer coisa, uma doença, era ele porque eu não tinha outro. Tudo era ele! Eu nem ligava” (Carmem, 22 anos, cozinheira de restaurante, parceria fixa).

O prazer sexual nem sempre é considerado legítimo considerando-se o duplo padrão de sexualidade que atribui à sexualidade masculina um caráter inevitável, incontrolável, distinto da suposta passividade feminina. A virilidade é expressa de forma naturalizada, o que não parece interferir na confiança em relação ao marido. A fala é da entrevistada Claudete, moradora de Marilândia (ES), segundo grau completo. Ela, cujo parceiro faz uso consistente da camisinha masculina, estava em tratamento de DST em Vitória, e informa ter tido somente seu marido como parceiro sexual (único).

“Acho que sim [pretende manter o uso da camisinha após término tratamento atual DST], porque..., não que eu desconfie dele, entendeu? Não tenho motivo para desconfiar dele não, mas a aids está aí, eu não sei se uma mulher qualquer der bola para ele, se ele tiver despreparado, se ele vai se... Eu não confio! Não é que eu não confio nele, eu não confio no estímulo do homem, naquela coisa de homem, se aparecer um rabo de saia eles vão atrás mesmo!” (Claudete, 25 anos, empregada doméstica, parceria fixa).

Marlene, outra entrevistada, é “*adepta*” de ambas as camisinhas com uso consistente. Ela tem sexta série completa, e fala a respeito do “*amor*” que pensa ser importante para vida sexual satisfatória:

“Acho que a finalidade (...) tem que ter amor, não fazer por dinheiro... Tem que ter amor acima de tudo (...) é importante porque passa segurança para nós mulheres, para mim no caso. Porque fazer só para satisfazer o parceiro...” (Marlene, 37 anos, auxiliar de serviços gerais e líder comunitária, parceria ocasional).

Parecendo reafirmar o dito acima, esta mesma entrevistada narra o ocorrido com oito garotas adolescentes moradoras de sua comunidade de periferia. Elas ficaram grávidas recentemente, pois tiveram relação sexual sem uso de preservativo como forma de dar a “*prova de amor*” pedida. O fato nos remete à concepção de que é legítimo e esperado que o homem dê vazão ao desejo sexual, o que na dominação significa controle sobre o corpo e prazer do outro. Ironicamente, tal experiência se assemelha ao que ela própria viveu anos antes, quando na adolescência ficou grávida pela primeira vez. Na época ela não teve nenhuma orientação sobre como se proteger.

“Acho que elas ficaram tão entusiasmadas que foram fazer a experiência! Aconteceu a mesma coisa comigo, foi a primeira experiência, primeira gravidez, primeira transa e a primeira menstruação... (...) Tem aquela estória também de prova de amor, que é isso que eles fizeram [pedido feito pelos meninos parceiros] com as meninas. Aquela prova de amor!...” (Marlene, 37 anos, auxiliar de serviços gerais e líder comunitária, parceria ocasional).

A força “mágica” do amor que “tudo” pode, purificaria e redimiria pecados e impurezas. O relato abaixo é de uma entrevistada que foi mãe solteira na juventude, e desde então, se converteu à igreja evangélica. Ela tem segundo grau completo e neste trecho ela fala do marido, com quem é casada há sete anos. Pode-se notar que as concepções de risco, proteção, castigo e redenção estão presentes. Atualmente seu marido faz uso consistente de camisinha masculina depois do diagnóstico de HIV de ambos.

“Meu marido é aquele tipo cristão que foi criado na igreja a vida inteira! Namorou, noivou, casou comigo, apaixonado, tudo bonitinho, ele me ama, eu não tenho dúvida que ele nunca deixou de me amar, ele me ama até hoje! Só que resolveu ter uma aventura! E foi a pior aventura da vida dele! Ele adquiriu toda essa cambada de coisas, que depois veio aids, HPV, HP sei eu lá eu o que! (...) Então na verdade, meu marido era a pessoa que eu idealizava, o ser perfeito foi quem falhou! Eu coloquei ele num pedestal e achei ele tão perfeito, que ele acabou me mostrando que não era bem assim! (...) Eu descobri, que há um antes e um depois em relação ao sexo com o atual meu marido também! Na verdade eu comecei a me sentir satisfeita depois desses problemas todos [decorrentes da aventura do marido], talvez

porque eu me senti mais à vontade com ele. Eu acho que essa questão deu olhar para ele e achar ele perfeito demais! É como se antes eu era eu, fazia o que eu queria, não devia satisfação a ninguém! Depois, eu entrei no casamento me sentindo uma verdadeira pecadora, apesar de que ninguém me cobrava isso não! Ele me assumiu sabendo quem eu era, assumiu minha filha porque quis! (...) Mas tinha uma coisa, ele sempre foi muito perfeccionista! (...) No sexo eu parei de dever, eu não devo mais nada!” (Regiane, 33 anos, fotógrafa, parceria fixa).

O entrevistado Valdomiro informou uso consistente de camisinha masculina há dois anos. Ele tem 4ª série completa, e no trecho abaixo nos fala de conceitos morais a respeito da sexualidade, remetendo a noções de pecado, impureza e arrependimento. Ele narrava ter transado com um “viado” (uma “mulher siliconada”) a quem foi atender como chaveiro: “*depois eu li a Bíblia, vi umas coisas que estava escrito lá, aí eu falei: ‘nunca mais, nunca mais mesmo!’*” (Valdomiro, 20 anos, chaveiro, parceria ocasional).

Nesta linha de análise, não é novidade a idéia de que o amor “protege”, inclusive da possibilidade de algum “infortúnio” como doenças sexualmente transmissíveis. É como se o amor romântico funcionasse como um dispositivo de proteção que torna dispensável qualquer testagem e/ou uso de método de barreira, por exemplo.

A entrevistada Sebastiana nos fala da “confiança como método de proteção” sem realização de qualquer testagem no casal. Ela tem segundo grau completo, está na segunda união, e só retomou o uso consistente de camisinha masculina juntamente com pílula após o diagnóstico de DST. O trecho refere-se ao seu relacionamento com o atual (segundo) “marido”: “*Antes ele já usava! Aí já que ele tava levando mais a sério comigo, ele achou melhor suspender [a camisinha]. Ele achou que eu era de confiança! E eu concordei!*” (Sebastiana, 23 anos, do lar, parceria fixa). Ou seja, diante da iniciativa e avaliação dele, que estava “levando mais a sério” a relação, ela desconsiderou todo o conhecimento que possui sobre DST, e atendeu ao desejo dele, que possivelmente era o dela também.

Fábia, na mesma linha de argumento, narra o processo de aproximação e as mudanças nas práticas sexuais de proteção em sua atual (segunda) parceria fixa (coabitação) de um ano e meio de duração. Ela tem quarta série completa. Ressalta-se ainda o fato de sua tia (entrevistada Iracema) ser soropositiva, tendo ficado viúva em decorrência do HIV:

“É, quando a gente namorava sim [usavam camisinha], até um certo período. Aí depois, é como se a gente pegasse confiança um no outro,

mesmo sem saber o exame, se a gente tem ou se não tem. Aí você tomou confiança, aí já não usa mais!” (Fábia, 23 anos, balconista, parceria fixa).

A entrevistada Valdete tem sétima série completa, é laqueada e atualmente não usa método de proteção. Está coabitando há oito meses com um antigo parceiro. Na medida em que eles passaram a ficar “*mais*” entre si, ou seja, passaram a ficar “fixos”, a “*ser um caso mais sério*”, e segundo seu argumento, ela tinha certeza que com as outras ele usava camisinha, ela “*relaxou, digamos assim*”, e suspenderam o uso da camisinha masculina. Apesar de ser diagnosticada com HPV, e estar com o tratamento suspenso há um ano, afirma que “*Não é achar que não tenha necessidade. Eu não sei o quê que às vezes acontece com o ser humano. Só não uso!...*” (Valdete, 25 anos, desempregada, parceria fixa).

A confiança como alicerce do casamento é o que a entrevistada Jesuína nos fala. Ela tem terceira série completa, está no segundo casamento e atualmente seu marido faz uso consistente da camisinha masculina por causa de tratamento HPV. Ela estava respondendo à pergunta sobre quais seriam argumentos para homens e mulheres negociarem o uso de camisinha de forma consistente:

“Eu sinceramente... quando é casado mesmo, tipo assim quando é namoro tudo bem. Agora quando é casado, se não haver confiança, o casamento não é aquele casamento, não é? E sinceramente, essa pergunta aí, você me pegou mesmo! [ênfase da entrevistada]. Porque eu no meu caso, se não fosse esse problema, eu não teria argumento nenhum para eu usar a camisinha (...) Se eu confio em você, você em mim, para que nós vamos usar camisinha?” (Jesuína, 31 anos, balconista, parceria fixa).

Para esta entrevistada, para ser “*aquele casamento*”, é necessário que haja vivência compartilhada - *hêxis corporal* -, expressa pela confiança e percepção do outro, sem fazer menção a questões relativas à prevenção.

Liloca, irmã de Iracema, tem segunda série completa e está na 3ª união. Abaixo ela define seu processo avaliativo que contrapõe ética da confiança (entrega), e ética da (não) adoção de métodos de proteção, ainda que sem a realização de exames. Ela fez ligadura aos 24 anos, nunca foi testada para o HIV, e não usa nenhum método de proteção. Ela justifica o não uso afirmando que:

“Hoje em dia, eu sei que não é pelo fato da pessoa não ter mais de um parceiro, por ser casado que pode não usar [proteção]! Porque às vezes o marido, como foi o caso da minha irmã: o marido contrai de outros lá fora e

passa para a mulher! Mas eu não uso, sabe por quê? Eu acho que entre eu e meu marido, pode ser que ele me engane. A gente nunca pode confiar plenamente. Mas o nosso relacionamento é muito aberto nisso aí, em relação a sexo. A gente se completa legal, a gente se entrega completamente um para o outro, então a nossa vida sexual é uma vida... Acho que não há necessidade nem eu procurar outro, nem ele! E ele me diz a mesma coisa! Até hoje eu não tive razões para suspeitar! Mas pode ser. Não posso dizer que é 100%! (...) E aí confiando que ele estava saindo de um casamento de 18 anos e nunca a mulher dele apresentou problema nenhum [adoecimento ou suspeita de DST], nem ele, houve assim uma certa confiança. Acho que ele também confiou nisso, eu também estava saindo de relacionamento” (Liloca, 41 anos, do lar, parceria fixa).

A dicotomia do duplo padrão de sexualidade é bastante nítida no relato da entrevistada Helena que não usa método de proteção. Nas relações nas quais as trocas são avaliadas e classificadas como afetivas (“*fazer amor*”), a proteção é indesejada. Já o senso prático que parece reger as trocas exclusivamente de prazeres é outro:

“Para trepar? Gosto [que o parceiro use camisinha masculina]! Muito! Para fazer amor? Não. Gosto sem! (...) A camisinha é muito boa! Mesmo do ponto de vista do prazer, se você está tendo uma transa que não é uma coisa que tenha nenhum outro tipo de relacionamento. Se está rolando só uma transa, é maravilhoso! Eu não quero trocar fluidos. Eu acho melhor! Me dá essa liberdade para eu poder ter uma transa, voltar para casa e não ter trocado nada, a não ser o que eu realmente quis, que foi as carícias e o prazer. E é melhor com um namorado, justamente por causa disso. Porque eu quero trocar, porque eu quero sentir...” (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

Esta mesma entrevistada justifica seu ponto de vista de que no sexo o importante é que o seu prazer venha “*primeiro!*”. Seu ponto de vista individualista parece se basear no modelo de relação amorosa anteriormente criticado nos homens.

“Eu separo muito namorar e tal. E eu consigo ter um parceiro sexual e só trepar, sair, e transar mesmo! E faço isso por prazer, por sentir tesão ali naquela hora, e estar junto, e gozar e tal! E depois: “- Legal, você é muito legal. A gente se encontra. Eu te ligo, você me liga, tchau!”. Então, faço isso pelo prazer” (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

Podemos perceber que para ela, a autonomia é um valor internalizado e praticado, mas a prevenção não. Sua trajetória é de uso inconsistente de pílula, eventualmente camisinha masculina, sendo o coito interrompido a precaução mais usada desde sua primeira vez apesar de já ter feito um aborto. Como já discutido no capítulo 6,

ela afirma dispor de recursos materiais e de informações sobre métodos de proteção, mas não os utiliza: “*Sou extremamente irresponsável!*” (Helena).

O entrevistado Edésio, ao responder a pergunta sobre o que é importante no sexo, argumenta em prol da intimidade, paixão e entrega como meio de gozar o prazer. Ele tem terceiro grau completo e faz uso inconsistente da camisinha masculina (contracepção). Sua entrevista expressa claramente elementos do romantismo e afetividade, sem, entretanto, contemplar a prevenção como um valor. Trata-se de discurso compatível com transformações em curso nas masculinidades:

“Importante é... é a pessoa com a qual você está! A quantidade de intimidade que você tem, se vocês estão bem, se está existindo paixão, amor, que aí o sexo vai ser maravilhoso! Claro que assim, pode ser ótimo também de vez em quando fazer sexo sem ter tanto amor assim! (...) eu só vou fundo mesmo, só realmente gozo bem [ênfase do entrevistado] mesmo quando eu estou envolvido com a pessoa! Então, o mais importante no sexo para mim é o envolvimento com a pessoa. É a sinceridade, (...) a intimidade, a confiança, a segurança me faz relaxar muito mais, me faz me entregar muito mais! E aí o prazer é triplicado, quadruplicado! Eu sinto claramente a diferença entre, por exemplo, um maravilhoso amor com a minha namorada, como é que eu ia, o que eu sentia, como é que era; e uma transa, que também é bom, mas que tem um limite que é abaixo do que eu senti com a namorada, por exemplo” (Edésio, 25 anos, professor universitário, parceria ocasional).

Em seu ponto de vista, o sexo “bom”, satisfatório demanda intimidade, entrega e envolvimento, o que é antagônico com a fala de Helena anteriormente apresentada. Ambos (Edésio e Helena) são da mesma faixa etária e nível sócio-econômico comparáveis. Entretanto, apontam para modelos distintos de relacionamentos eróticos e sexuais, assim como do gênero atribuído aos pontos de vista.

A delicada questão do controle do corpo e do prazer pode ser via de interpretação de colocações como as que se seguem. Na primeira delas, Valdete, que não faz uso de método de proteção, afirma que, para uma vida sexual satisfatória é importante “*as preliminares e o orgasmo do parceiro*”. Ela justifica seu ponto de vista dizendo que se não “*dá a impressão que o sexo foi em vão. Dá aquela... Talvez seja a frustração, eu não sei*” (Valdete, 25 anos, desempregada, parceria fixa).

Já o entrevistado Alcidélio, bem mais velho do que Valdete argumenta sobre a importância do carinho para se chegar “*naturalmente*” ao prazer. Há um tom romântico e sensível em seu depoimento. Ele faz uso consistente da camisinha masculina, e segundo seu ponto de vista:

[Para o] “O sexo ser bom? Carinho é importante, a primeira coisa é o carinho. Se não tiver carinho, eu acho que vai ser igual galo! (...) Tem que ser um homem delicado. Isso é importante! (...) porque o carinho estimula o sexo! (...) Não é só carinho, beijando abraçando não. Carinho na hora que vai fazer uma relação sexual. Primeiro o carinho, depois as coisas vão acontecendo, através do carinho, naturalmente” (Alcidélio, 43 anos, segurança, parceria ocasional).

Os dois trechos a seguir expõem argumentos masculinos acerca das práticas eróticas e sexuais, onde o desejo feminino é satisfeito prioritariamente com intuito estratégico de poder continuar tendo relações sexuais com as escolhidas. Ambos são da mesma geração e expressam o desejo masculino “indomável” tentando exercer e manter controle sobre a(s) mulher(es) desejada(s), conquistando continuidade nas trocas eróticas.

Jovani tem segundo grau completo e faz uso inconsistente da camisinha masculina. Abaixo ele expõe seu ponto de vista em prol da continuidade de relacionamento que por ventura lhe interesse, ou seja, com mulheres não prostitutas. A pergunta era o que é importante para uma vida sexual satisfatória:

“Acho que o prazer e o bem estar dos dois! Acho que isso é importantíssimo! Porque... é uma coisa que eu sempre me preocupei, desde pequeno... Eu pensava da seguinte forma: eu acho que todo mundo, principalmente quando você é mais jovem, quer pegar uma menininha, trepar, gozar, sair fora e acabou. Mas só que eu já pensava diferente: “-Bom espera aí! Acho que tem dois fatores: se você vai lá e pega uma prostituta, diferente! Mas de repente pega uma menina que você tem interesse de não ter só uma relação com ela, mas de ter várias [ênfase do entrevistado], então, quer dizer”... No meu ponto de vista, prevalecia o gosto da mulher! Isso eu adoto até hoje. A necessidade dela. Para que isso possa me gerar mais e mais [entrevistado ri!] e mais vezes, entendeu? E depois a minha necessidade. Eu até hoje em dia adoto esse ponto de vista. Principalmente nas primeiras vezes, a regra básica é essa!” (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

Jacó é um entrevistado que faz uso consistente da camisinha masculina por tratamento DST. Ele argumenta no mesmo sentido do trecho anterior:

“Para mim sempre foi importante no sexo, não é eu me satisfazer, mas satisfazer com quem está comigo. Porque todas as mulheres que estive comigo, gostam. Querem repetir ou retornar. Todas elas! Não que eu seja o melhor, o gostoso! Mas eu procuro primeiro é... passar uma sensação que poucos passam. Muitos querem ser satisfeitos e não satisfazer. A maioria.

Eu não, eu uso do contrário. Eu quero satisfazer para depois eu ser satisfeito. Para não acontecer uma vez. Duas, três, quatro ou várias!” (Jacó, 44 anos, vigilante, parceria fixa).

Na medida em que mudanças de várias ordens acontecem na sociedade contemporânea, em especial nos segmentos urbanos, o duplo padrão sexual se transforma (Vaitsman, 1994). Fala-se em “crise da masculinidade” (Simões Barbosa, 1999), ainda que tais mudanças não ocorram de maneira uniforme. Há múltiplas contradições e as perspectivas se chocam com valores tradicionais e com as questões da prevenção.

Margot tem terceiro grau completo e faz uso consistente de proteção desde que iniciou vida sexual ativa. Aqui ela ironiza o padrão de conduta feminina inspirado na “Amélia”, a mulher de verdade cantada na cultura brasileira. Ao mesmo tempo, critica a falta de iniciativa feminina para negociação da proteção, maneira de possivelmente evitar contrariar o desejo masculino.

“Em primeiro lugar eu estou vendo uma coisa que dificulta muito [o uso da camisinha]! É que as mulheres são muito atiradas, vão muito em cima dos homens, mas na hora do sexo, elas continuam sendo... submissas! O cara tomou a iniciativa de usar, para elas está tudo ótimo! O cara não tomou a iniciativa de usar, a maioria, a grande maioria, não pede! [ênfase da entrevistada]! E elas falam isso mesmo: “- Ah, eu fiquei com vergonha de pedir”. Elas vão em cima, aí eles falam: “-Ah é? Então vamos lá!”. E elas foram em cima, mas não falam: “-Tem camisinha aí?”. Isso dificulta. Dificulta porque a mulher, ela ainda é uma, desculpe a comparação, ‘uma Amélia!’[entrevistada ri]. Apesar dela ter se liberado, não sei o quê, na hora do sexo... É aquela coisa: “- Vou fazer tudo que o cara quer!”, não é? Elas não têm pudores em relação a isso!” (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

Possíveis mudanças na moral sexual são questões complexas e contraditórias, mesmo em indivíduos urbanos, universitários e com pouco mais que vinte anos. Giuseppe faz uso da camisinha masculina eventualmente (contracepção), analisa alguns valores culturais de gênero e critica a ideologia de gênero que exige a prontidão sexual masculina. Entretanto, ele dá preferência às mulheres com poucas experiências sexuais.

“Eu particularmente sou meio machista! Se a mulher tiver tido [abaixou a voz] muitas experiências sexuais, eu já perco um pouco aquela coisa. (...) Eu nunca pressionei [para transar], porque o homem, eu particularmente... Essa foi a parte do meu pai que eu peguei! O homem é meio educado no sentido de você tem que estar pronto a qualquer momento, tem que estar ali, se der a chance, você tem que estar ali! Só que pelo lado da minha mãe, eu peguei a

coisa do caráter. Ao mesmo tempo é engraçado! Você pensar que você chega, tenta seduzir a mulher, mas não quer que ela deixe você fazer nada, entendeu? Mas se ela deixar, você tem que fazer! Porque faz parte do ser masculino assim na concepção da educação.” (Giuseppe, 22 anos, aluno universitário, parceria fixa).

A naturalização atribuída aos papéis sexuais é bem explorada por Gilson no trecho a seguir em sua crítica à iniciativa feminina “excessiva”. Até que ponto, tais mudanças assustam os homens? Ele tem terceiro grau completo e não usa método de barreira.

“Em praticamente todas as situações, em nove das dez eu obtive esse tipo de problema. (...) Antes de eu me interessar, antes de eu começar aquele processo de "corte", digamos assim, a garota já está interessada, e ela se apresenta! Então, eu acho que frustra um pouco a questão do meu desejo. Porque o desejo é, para mim, aquela coisa trabalhada: "eu quero, então, eu vou correr atrás, eu vou lutar! Eu vou fazer toda aquela corte”. (...) Parece que há uma inversão de papéis naquela coisa que se estabelece que o homem é o caçador, a mulher é a caça, e ele vai correr atrás dela, e ela vai dizer se ela quer ou não. Então, às vezes eu vejo muito na minha vida esses papéis sendo invertidos e frustra um pouco, sabe? Você fica meio que: "- E agora, o quê que eu faço com o meu instinto de caçador?”. Pô! É, bem, já que está ali, entendeu? Então, acontece, rola, mas... Eu te confesso que frustra um pouco. Eu vivo muito isso quando você vê alguns documentários de TV, tipo National Geographic, por exemplo, que o urso vê a caça, e ele corre atrás, mas se a caça parar, ele perde o interesse!” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

Este mesmo entrevistado faz outras ponderações que podem ser interpretadas como expressão do conceito de *hélix corporal*, além da questão da confiança, intimidade e da exposição do outro dentro das relações eróticas e afetivas. Ele também aponta uma mudança em sua perspectiva pessoal, relacionando tal fato à idade:

“Hoje, mais importante é a questão da companhia, a questão da aceitação, de você se sentir aceito pela outra pessoa, de você se sentir recebido pela outra pessoa. Hoje, com trinta anos, mas até pouco tempo atrás isso não fazia a menor diferença! Hoje faz diferença! E a questão do contato, da troca de intimidade, eu acho que isso é importante! Você aprende muito com isso. Porque no sexo, o quê que você faz? Você dá a sua intimidade e recebe a do outro. E pronto, fechou ali a relação! Tem um comentáriozinho ou outro por fora, mas, é ínfima: "-Ah, é assim, é assado". Tanto é que, por exemplo, você começa a sair com uma garota, você vai falando: "- Ah, eu saí com ela. Ah aconteceu isso!”. Quando o negócio começa a ficar mais envolvente, você pára de falar: "- E aí, como é que está?". "- Ah, está legal, a gente está se entendendo. Pôxa, a menina é super bacana!”. Já mudou aquela coisa, ela já não é mais gostosa, ela já não é mais..., "ela não faz

assim, ela não faz assado!”. Ela já é uma pessoa bacana, já é uma pessoa! Uma companhia legal. Então, por quê? Porque a partir daquele momento já não cabe mais uma outra pessoa dentro da relação. Ela está me dando a intimidade dela, eu estou dando a minha para ela, então, já pára de comentar com amigo. E quando a relação vira um namoro, por exemplo, você não comenta a sua relação sexual com seu amigo. Você comenta com uma outra, se por acaso você tiver, entendeu? Uma parceira eventual: “- Ah, nossa! Conheci uma mulher, putz! Você não imagina, cara! Assim, assim!”. Você comenta detalhes com requintes de crueldade. Agora, da sua namorada, não! Porque não dá para botar mais um ali no meio, entendeu?” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

Na mesma entrevista, ele expõe sua vivência acerca de como seu desejo é tratado por sua namorada, parceira de dois anos. Há nítido predomínio de suas necessidades, reforçadas, segundo relato, pelas atitudes e decisões dela:

“Neste relacionamento atual, e no outro também, eu percebi que era mais aquela coisa: ‘- Ah, eu quero tanto esse cara! Eu quero tanto ficar com ele! Eu gosto tanto de transar com ele! Que eu sei que é chato, que ele não gosta de usar camisinha. Ele vai usar se eu quiser, mas eu sei que um incômodo para ele. Eu vou tirar esse empecilho da vida dele’. Entendeu? ‘- Não tem problema, eu tomo pílula, mas, por favor, transa comigo!’” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

Helena, universitária que não faz uso consistente de nenhum método de proteção, fala das ambigüidades e heteronomia em torno do desejo e da troca de prazeres entre homens e mulheres. Aponta para riscos imbricados nos padrões sociais de gênero, diretamente relacionados às dificuldades de uso da camisinha, em especial a masculina. Quando perguntada o que facilita e dificulta o uso da camisinha, parece expressar o perfil descrito no trecho anterior da “Amélia”:

“[O que dificulta o uso?] A masculina? Ah..., às vezes a hora certa de pedir. Quando que é a hora certa de: “- Vamos lá!”... (...) Porque eu tinha uma paranóia muito grande de estar cortando aquilo ali, de estar cortando o tesão do cara! De falar: “- Pô, sacanagem! Vou cortar o tesão dele, ele vai ficar puto comigo! Daqui a pouco o pau dele começa a descer, e é uma dificuldade para subir de novo!”. Tem muito disso! Então, quer dizer, ele vai ficar puto, eu vou ficar quieta, vou continuar esperando para ver se ele toma a iniciativa. (...) Eu sou extremamente irresponsável! (...) Eu tenho. Eu tenho KY. Eu tenho tudo! Tenho o kit completo!” (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

Por outro lado, as mudanças referentes às expectativas e possibilidades de práticas sexuais satisfatórias por parte de homens e mulheres se difundem. Os

argumentos de nossa entrevistada Claudete, segundo grau completo, moradora de Marilândia (ES), cujo marido (único parceiro sexual) faz uso consistente da camisinha masculina por tratamento de DST, são claros no sentido das transformações que vem possibilitando maior autonomia para o desejo feminino:

“Eu acho a coisa mais triste aquelas mulheres que chegam e falam que ‘meu marido é rapidinho, um minuto vira para o outro canto, já está roncando, quando não dorme em cima de mim!’. Ah não! Eu acho que isso aí, para mim pode acontecer não, acho que eu vou ficar muito triste! Tem que ter amor, ter tesão, tem que ter vontade! O dia que acabar isso, ou espera um pouco para ver se volta, ou se separa porque casamento sem sexo também não existe!” (Claudete, 25 anos, empregada doméstica, parceria fixa).

Liloca resume bem sua demanda por autonomia para negociar trocas eróticas. A sexualidade é dotada de significado positivo, e é parte importante de sua vida. Ela está na terceira união conjugal e tem segunda série completa:

“Eu acho o sexo uma coisa muito boa, muito gostosa, desde que as duas pessoas estejam a fim! Porque não existe esse negócio porque um quer o outro tem que querer! E desde que haja primeiro uma preparação, uma coisa assim, porque você tem que estar com a sua mente ligada naquilo! (...) Então, quer dizer só de você pensar naquilo, você já sente vontade!” (Liloca, 41 anos, do lar, parceria fixa).

A autonomia, categoria baseada na decisão individual própria mediadora do processo de busca de satisfação por ambas as partes, transforma formas preexistentes de poder entre os sexos. No trecho abaixo, Guto, universitário que faz uso inconsistente da camisinha masculina, expõe a questão do “*respeito*” ao desejo do outro:

“[Para uma vida sexual satisfatória é importante] Orgasmos, respeito... Principalmente acho que respeito, se uma pessoa não está legal um dia para fazer, não ficar insistindo. Isso porque já rolou comigo de eu ficar insistindo um pouquinho, e hoje não. Quando está legal, está legal. Se não, não tem jeito” (Guto, 24 anos, aluno universitário, parceria mista).

Já a entrevistada Marlene, que faz uso consistente de ambas as camisinhas, cobra do parceiro o seu prazer. Ela está aqui formalizando sua iniciativa de demandar e negociar o próprio prazer, aspecto valorizado e desejado para que o relacionamento tenha continuidade:

[Atualmente você tem uma parceria sexual que lhe satisfaz?] “Mais ou menos”... [entrevistada ri] Esse de agora não está me satisfazendo o suficiente, mas eu já cobrei dele, chamei ele de egoísta inclusive... Ele está até meio chateado comigo por causa desta questão...” (Marlene, 37 anos, auxiliar de serviços gerais e líder comunitária, parceria ocasional).

A entrevistada Rosana tem primeiro grau completo e seu marido faz uso consistente da camisinha masculina após diagnóstico de HIV de ambos. Ela afirma que: *“Você tem que saber jogar na hora que precisa também. O homem não vai fazer isso por você! (...) Se a pessoa souber se impor, na hora certa, ela consegue!”* (Rosana, 26 anos, do lar, parceria fixa). Sua perspectiva expressa a negociação como elemento presente nas trocas, entretanto, o valor da prevenção só foi incorporado com a descoberta da soropositividade durante o pré-natal.

A postura e a atitude que podem configurar-se na sustentação de práticas protegidas exigem firmeza e valorização da proteção, conforme nos fala Andressa, *“adepta”* da camisinha masculina e da pílula para dupla proteção há sete anos. Ela tem segundo grau completo, e no trecho abaixo narra episódio passado com um namorado, de quem engravidou. Após um afastamento, ao retomarem a relação, além do uso da pílula, ele começou a usar camisinha de forma consistente por iniciativa e insistência dela. Ao ser perguntada se alguma vez não foi bem sucedida em sua intenção de usar a camisinha nestes sete anos em que o valor da proteção passou a ser inegociável, ela afirma que sim, e informa não ter cedido e transado sem camisinha: *“Não transei! Nunca, nem... eu, hein? Deus me livre!”*. Em seguida ela narra seu estilo na hora da negociação: *“Converso abertamente numa boa, tento passar para eles uma tranquilidade, assim, porque tem uns que são meio assim durões... ‘Ah, eu não tenho nada, não tenho nada!...’ Tranqüila, faço normal, eu sou muito tranqüila para essas coisas!”* (Andressa, 30 anos, comerciária, parceria fixa).

Margot, que faz uso consistente da proteção desde que iniciou vida sexual ativa, narra algumas dificuldades encontradas. Ela que tem terceiro grau completo, disse que desde sua primeira relação foi *“automático pensar em alguma coisa”* [proteção], sendo que foi dela a iniciativa.

“Desde quando [uso camisinha]? Bom eu usei desde os meus dezenove anos mesmo, porque eu fiz tentativa. Parei. Aí com os outros, no começo sempre usava. Aí quando o negócio encravava, ou fazia exame para eu largar e ficar só na pílula, ou acabava o relacionamento mesmo! Já perdi namorado por causa disso! Porque, turrão, cabeça dura, não combina comigo e acabou! (...) Eu já vivi isso várias vezes... Quem justamente foi um que eu mais

gostei, na hora da primeira vez que ia rolar entre a gente [no motel], o cara deu uma de machão, mandou eu ir embora para casa de táxi, morrendo de chorar! Por quê? [Porque] Não gosta de mim!” (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

Segundo a opinião de Eveline, a negociação sobre a adoção da proteção entre o casal é mais fácil se conversada antes do momento da transa, por causa “*daquele fogo*” que não deixa você nem respirar direito, “*que dirá conversar!*”. Seu namorado, parceiro fixo atual, faz uso de camisinha masculina de forma consistente, e a entrevista aconteceu quando ela foi buscar resultado de seu exame de aids no CR. Ela tem segundo grau completo e veio recentemente do interior do estado para a capital. Seu discurso é de alguém que tem a prevenção como um valor do qual não quer abrir mão, um valor inegociável.

“(…) se o homem não quer usar, dá uma prensa nele! “- Não, sem camisinha não dá não!”. Os homens são tudo uns cara inchada mesmo! Eles não estão nem aí às vezes. Ainda mais nessas horas que está tudo no bem bom! Eles estão pegando fogo! Eles não querem nem saber! Querem apagar o fogo deles! Eu acho que a mulher tem que ficar mais em cima. Ela tem que cobrar mais, hoje ela ainda tem que cobrar muito mais isso do o homem! “- Não, sem camisinha não! Tem que ser com camisinha! O mundo está de cabeça para baixo!”. (...) Eu acho que a gente tem que se gostar primeiro! Porque você se gostando, pensar: “- Pô, eu estou sã! Eu tenho que me cuidar! Vai lá que eu pego uma doença? Vou usar camisinha!”. Então eu acho que você tem que se gostar... Primeiramente da gente. Dar valor à vida que tem! Para depois gostar de outra pessoa! Eu acho que as coisas funcionam dessa maneira” (Eveline, 19 anos, trabalha em lanchonete, parceria fixa).

Na mesma linha de argumento, Alcidélio, que informa usar camisinha masculina de forma consistente desde 1990, justifica categoricamente sua atitude afirmando: “*Eu tenho medo doutora! Eu gosto de mim!*” (Alcidélio, 43 anos, segurança, sem parceria).

Tito, vinte anos mais moço, também age com a prevenção em mente. Ele usa camisinha masculina de forma consistente. Abaixo trecho em que expõe seu ponto de vista sobre o que acredita sustentar a adoção de práticas protegidas: “*Creio que o que facilita mesmo [o uso da camisinha], é realmente a própria preocupação pessoal de estar bem com seu próprio corpo (...) se valorizar, a sua saúde etc e tal. Creio que não seja pela informação não. A informação é necessária*” (Tito, 22 anos, aluno universitário, 3 parcerias ocasionais).

Valores relativos à auto-estima e auto-cuidados, como os expressos por Alcidélio e Tito, pertencem à uma dimensão nova no discurso do gênero masculino.

Rose também não abre mão da prevenção. Sua irmã é soropositiva e ela estava cursando o supletivo do segundo grau na ocasião da entrevista. Abaixo ela nos fala de como se sentiu negociando a proteção em seu recém iniciado namoro (relação fixa) com um ex-parceiro que conhece há 14 anos.

“Me senti é..., independente [propondo o uso da camisinha]. Achei um grande passo porque a mulher tem muito medo de tomar iniciativa. Eu penso dessa forma, eu vou falar com ele: "- Ou a gente usa camisinha ou a gente não transa". Porque eu não quero isso na minha pele, não! A vida da gente é uma só! (...) Eu não tomo anticoncepcional, porque eu não sei, eu não vi nenhum exame dele. Ah, uma época eu fiz exame, estava tudo normal comigo. Eu não quero arriscar a minha pele! Nem a dele, nem a minha, e também não quero ter filho. Então, eu acho que ele tem que ceder! Alguém tem que ceder, não é?” (Rose, 32 anos, do lar, parceria fixa).

O trecho abaixo da entrevistada Regiane nos remete explicitamente ao embate entre o casal, e do processo de auto-convencimento necessário para que a proteção possa ser um valor incorporado, algo que realmente faça sentido para o indivíduo, que por isso passa a não abrir mão, até que o outro lado ceda. Ela e o marido são soropositivos.

“No começo, mesmo com os médicos disseram para usar [camisinha], ele [o marido] falava [que não gostava, colocava dificuldades] e eu entrava na dele! Aí meu CD4 baixou, eu falei ‘se quiser, se não esquece!’. Mesmo sabendo que eu tinha HIV, era um papel! Eu não sentia nada! Quando eu senti na pele [bate no próprio braço!], aí eu tomei sentido...” (Regiane, 33 anos, fotógrafa, parceria fixa).

Como já citado, houve o caso da Valdete, diagnosticada com HPV e com o tratamento suspenso há um ano. Ela tem sétima série completa, é laqueada e há oito meses coabitava com um antigo parceiro, sem uso de qualquer método de proteção. A entrevista foi realizada por ocasião do retorno em busca de tratamento. Apesar da suspensão do tratamento e da camisinha masculina, ela respondeu que para “*Facilitar* [o uso da proteção?], *só depois quando você... O que aconteceu comigo, não é? Você ter algo. Que você sabe que é real, que existe!*” (Valdete, 25 anos, desempregada, parceria fixa).

A entrevistada Mariana tem sétima série completa e era gari quando se descobriu soropositiva. Por esta motivação quer adotar práticas protegidas com o parceiro fixo. Foi neste contexto que começou a ter que lidar com a perda de ereção e recusa dele (soronegativo) em usar camisinha masculina. Há seis meses ela faz uso da feminina de forma consistente, o que significa possibilidade de adoção de práticas protegidas nesta parceira específica. Os trechos abaixo descrevem parte do seu processo de adaptação ao produto, e a necessária superação de barreiras:

“Ah tive [dificuldades para usar a camisinha feminina]! Porque eu olhava para aquilo ali assim, eu ficava: “- Ah, mas eu vou ter que enfiar isso dentro de mim?”. É igual eu tô te falando, eu nunca tinha enfiado o dedo dentro de mim! Nessa idade que eu estou, nunca tinha enfiado o dedo dentro de mim! (...) agora estou sabendo enfiar a camisinha! Mas tudo a gente vai aprendendo, não é?”

Ela prossegue em seu relato das suas negociações com o parceiro ainda resistente. A existência da camisinha feminina acessível gratuitamente para esta mulher que participa da distribuição do “coquetel” – anti-retrovirais – viabilizou alternativa para prevenção, dadas as características desta situação concreta:

“Eu falo para ele: ‘- Oh, se você acha que não está bom assim, você é livre para arranjar outra pessoa que não tenha esse problema’ [HIV]. Aí eu falo assim: ‘- Se você também decidir, eu vou a procura de uma pessoa que esteja na mesma situação que eu. Aí vai me entender, porque você não está me entendendo’. Mas você sabe o quê que ele fala? Que eu jogo duro. Antes de ontem ele falou isso para mim (...) Ele não liga. Ele não liga. Para ele o que importa eu e ele lá na cama. Eu falei: ‘- Mas não é assim! Vai nós dois para o buraco!’” (Mariana, 32 anos, do lar, parceria fixa).

Tal atitude de seu parceiro contradiz não só as recomendações técnicas da prevenção, mas também repete a ideologia tradicional do gênero masculino que não se mobiliza no sentido da auto-proteção. Tal resistência vivenciada por casais sorodiscordantes tem sido relatada por diversas pesquisas. Seus significados permanecem em aberto e merecem melhor investigação.

Como também já descrito na literatura, pode-se afirmar que eram esperadas mudanças nas práticas consideradas de risco nos relatos de pessoas que experimentaram algum episódio de adoecimento. Entretanto, com tantos elementos e valores em jogo, esta atitude nem sempre se torna realidade nas negociações eróticas e sexuais cotidianas.

8. NEGOCIAÇÕES: RISCO E PROTEÇÃO

No que se refere à categoria risco, as formações discursivas trazem a idéia de perigo ou chance de que ocorra dano ou evento ruim, geralmente com ameaça física para o homem e/ou para o meio ambiente. Já as formações discursivas referentes ao controle de riscos referem-se à tentativa de evitar imprudência, imperícia e negligência.

Spink (2001) afirma que o conceito de risco tem sua origem na pré-modernidade. É óbvio que a humanidade sempre enfrentou perigos, sejam eles da ordem natural (manifestações da natureza), por guerras ou por ações voluntárias. Esta noção emerge, segundo a autora, para designar a possibilidade de eventos no futuro, portanto surge a partir do momento histórico em que se almeja controlar o que está por vir. Dentro da sociedade capitalista, a previsibilidade e o cálculo implicam na racionalização das condutas, tornando assim o futuro pautado na “previdência”, o que demanda cuidados conforme determinados modelos.

A apatia, e até o desespero, podem nascer como reações, se diante de uma situação ameaçadora, avaliar-se que não há como reagir. Os infortúnios têm sido interpretados, desde a antiguidade, como resultado de condutas impuras, algum tipo de violação moral que geram castigo como consequência (Brandt & Rozin, 1997). Rozin (1997), apresenta literatura referente a estudos transculturais acerca dos significados atribuídos às doenças. Das 139 culturas pesquisadas, somente 49 apresentaram o contágio como forma de explicação, sendo muito mais comum a explicação pela moral.

A palavra epidemia vem do grego ‘visita’, ou seja, vem de fora, do estrangeiro. Assim como Dioniso traz a desordem e o caos. Trata-se de um termo religioso que foi apropriado e naturalizado pelo discurso médico. Dioniso é o deus mais epidêmico do panteão, sendo encontrado em toda parte, e em nenhum lugar está em casa. É uma divindade sempre em movimento, forma em perpétua mudança. Nunca se sabe se será reconhecido. Subsiste em sua face algo estranho, e refere-se ao cidadão de uma comunidade vizinha, e não a um bárbaro de fala ininteligível. Assim sendo, o ameaçador não é do lugar, ele vem de fora (Detienne, 1994).

A religião foi visão explicativa hegemônica para os eventos da vida. Na Idade Média, a razão era serva da revelação, sendo meio de percepção, mas não de criação. A lei divina era a responsável pela restauração do conhecimento perdido pelo pecado. Assim, na Escolástica o conhecimento é fruto da revelação e da fé. A realidade é, neste contexto, imutável, dotada de uma ordenação inviolável.

Com o advento do Iluminismo, novamente cabe ao homem julgar, avaliar e raciocinar, passando a escolher “livremente” entre agir e não agir. O saber é concebido como proveniente da história. No discurso do sujeito livre, o indivíduo é responsável por seus atos, podendo haver mérito ou culpa. A felicidade pode ser construída através das preocupações com a prevenção de doenças. Segundo Diderot, os “vícios” individuais prejudicam a felicidade da sociedade. A ação médica visa a “felicidade social”, neste momento histórico marcado pelo mercantilismo. Para que houvesse aumento da produção, se fazia necessário aumentar a população. Com o movimento sanitário as idéias de nação, e de razão, passam a fundamentar a preocupação com a saúde da população, a chamada medicalização do corpo social. O Iluminismo dá novo valor e legitimidade à prática médica, engendrando o indivíduo, a mãe burguesa, o aleitamento materno e a infância medicalizada. A saúde adquire dimensão política. O corpo passa a ter um novo valor, uma vez considerado em sua estreita ligação com o espírito. Trata-se da educação sanitária que valoriza a descendência. O cidadão aqui se refere ao homem útil e esclarecido, não qualquer homem. As recomendações médicas criticam os excessos em tom de sentença. Por outro lado, neste contexto, a idéia de cidadão, veio perverter o mundo aristocrático e seus valores. Surpreendente, ou não, já em 1767, Tissot recomendava o uso de preservativos (Ferraz, 1993).

Conforme já discutido, na concepção de Foucault (1977), a sociedade disciplinar objetiva a gestão da vida. Os chamados *biopoderes* são exercidos através dos dispositivos disciplinares (dentre eles a própria invenção da sexualidade), e técnicas de governo das populações. Para tal utiliza-se da classificação e de estratégias de vigilância continuada. A norma se constitui por dois mecanismos: as disciplinas (saberes como a escola, prisão) e a higiene (ordenações internalizadas).

No Ocidente, desde os tempos bíblicos, as práticas discursivas sobre o sexo o relacionam com a idéia de pecado (sujo, impuro), com a possibilidade de concepção e de transmissão de doenças. Em outras palavras, sexo implica em risco, seja ele em maior ou menor grau.

Douglas (1992), afirma que uma recusa a adotar recomendações sadias não deve ser atribuída à fraqueza do entendimento, pois pode ser, na verdade, uma preferência. Acreditamos que pode se tratar de uma “necessidade”, dentro de significados culturais divergentes, ou até contrários, a tais recomendações. Há uma luta cultural de valores, e os ensinamentos da medicina provocam resistência. Os indivíduos têm suas razões para resistir, ou mesmo duvidar das informações. Como falar que o modelo do casal conjugal

está em risco, se oficialmente o que vigora é a monogamia, ou em caso contrário, cabe o silêncio da mulher diante da “infidelidade” masculina e seu desejo incontrolável?

As noções de território e comunidade formam uma camada protetora em torno do corpo, de maneira que ‘a casa’ refere-se a um conjunto de relações em um grupo estável, enraizado na vizinhança, em que o bom comportamento “garante” a saúde, semelhante à idéia de cordão sanitário (Douglas, 1992). Há uma defesa política da comunidade e seus valores, configurando uma verdadeira aversão ao risco. A atenção é colocada na proteção desses valores, em lugar do cuidado com seus próprios corpos. Neste sentido, não surpreende o fato de que a recomendação de avaliação da saúde do casal antes da adoção de práticas sexuais desprotegidas, pouco seja levada em conta.

A epidemiologia contemporânea define risco como as chances probabilísticas de suscetibilidade a um dado agravo orgânico, atribuíveis a qualquer indivíduo de grupos particularizados, analisados em função da exposição, ou não, a agentes agressores, ou protetores, considerados (Ayres et al., 1997).

Segundo Brandt & Rozin (1997), a sociedade e ciência americanas vêm agressivamente se comprometendo a banir o risco. Segundo estes autores, a epidemiologia e as inferências estatísticas estimulam a responsabilização do indivíduo pelo adoecer e pela prevenção, desconsiderando processos culturais, psicológicos e biológicos. As oportunidades de moralização se multiplicam (Rozin, 1997). As doenças não são mais encaradas como fatos fortuitos, mas como negligência relativa às precauções para riscos específicos, falta de controle individual, fracasso da disciplina e da moral intrínseca. O bom comportamento está enraizado na racionalidade biomédica, na qual os indivíduos têm obrigação de serem saudáveis (Brandt, 1997).

Diante da indesejável confirmação diagnóstica e/ou adoecimento de um, ou ambos os membros do casal, os impactos variam idiossincraticamente. Questões relativas à via e data do contágio são, muitas vezes, levantadas e comparadas com a duração da parceria sexual atual. Caso haja período assintomático envolvido, como no caso do HPV e/ou do HIV, por exemplo, pode se considerar a hipótese que o(a) infectado(a) desconhecia sua condição. Obviamente que a existência de outros parceiros entra em pauta. Pode haver aceitação e ajuda mútuas, crise com, ou sem, rompimento relacionados à perda de referências e desilusão no pacto conjugal. Padrões de comportamento podem vir a ser relativizados, ou o conservadorismo moral pode ser exacerbado. Concordando com Brandt & Rozin (1997), mesmo com toda a tecnologia médica na identificação, definição e respostas às doenças, a moral continua presente nos discursos da ciência e da medicina.

Brandt (1997) argumenta que, apesar dos avanços da biomedicina nas últimas cinco décadas, há freqüente moralização no ambiente das mudanças no espectro das doenças, de agudas e infecciosas a crônicas, assim como nas atitudes em relação às mesmas. A progressiva responsabilização do indivíduo, advinda da descrição do chamado estilo de vida e dos fatores de risco, tratados como se fossem doenças em si, invocam fatores morais subjacentes ao adoecer. As doenças crônicas em sua complexidade são difíceis de serem compreendidas, dadas suas multicausalidades. Rozin (1997) discute a secularização da moralidade, na medida da mudança da religião como visão de mundo explicativa, e da consolidação da biomedicina, e em particular a epidemiologia, como discursos hegemônicos. A atividade moral neutra se transformou em atividade de peso moral significativo.

Segundo Brandt & Rozin (1997), a epidemia de aids vem explicitando o poder com que as noções morais continuam influenciando, não somente o que a doença implica, e o que se faz a respeito da mesma, mas também seus significados. Daí decorrem as chamadas “vítimas inocentes”. Este rótulo salienta valores culturais implícitos sobre a natureza das práticas, responsabilidade sobre a doença, acesso aos cuidados e serviços de saúde. O triunfo da ideologia social do controle individual marca a negação da nossa relativa falta de controle. Segundo estes autores, há uma sutil defesa psicológica contra as inexoráveis vulnerabilidades humanas. Esta questão está também presente no discurso da “*contaminação legítima pelo HIV*” (Knauth et al., 1998), situação narrada por mulheres infectadas por seus parceiros fixos. Haveria uma suposta justificativa e argumento em prol da “pureza moral” da mulher infectada, apesar de obviamente não garantir proteção em relação à transmissão sexual de doenças. Como figura de fundo encontra-se a mulher impura, a *outra* não legítima, “da rua”.

A abstinência sexual pode ser considerada como prática que não oferece risco, entretanto, ela em si não provê as habilidades necessárias para práticas sexuais protegidas. Além disso, presumir que a abstinência será seguida de monogamia pode ser um equívoco (Santos, 1992). As chamadas monogâmias sucessivas são possibilidades no decorrer das trajetórias sexuais, seja pelo aumento da expectativa de vida, e/ou pela flexibilização dos contratos matrimoniais.

A transgressão é valorizada positivamente na cultura sexual brasileira, o que transforma e valoriza práticas sexuais consideradas para “além do permitido” culturalmente (Parker, 1991). Para este autor a cultura brasileira valoriza a obtenção do prazer.

Muitas atividades são “arriscadas de fazer, mas gostosas” segundo pesquisa realizada por Monteiro (1999) com jovens cariocas. Nesta investigação, a resposta predominante encontrada acerca destas atividades, foi práticas sexuais, sujeitas a especificações tais como: sexo sem camisinha, ou com parceira desconhecida, além de ir ao baile, namorar na rua, namorar escondido, ou com a namorada dos outros.

Podemos afirmar que há grande diversidade de discursos, assim como atitudes diante do risco. Tal variedade expressa escolhas de modos de viver individuais e coletivos, além de manifestar contradições de um projeto para o qual as ações racionais que buscam ordenar o mundo deveriam se fundamentar somente na perspectiva utilitarista. Para Spink (2001), é o imperativo da escolha substituindo a norma. Estas escolhas são dinâmicas e mutáveis de acordo com o contexto. Têm em si determinantes que extrapolam a racionalidade, e o imediatismo utilitário.

O discurso sobre risco inclui a possibilidade que o mesmo seja assumido por uma opção, na medida em que o mesmo pode ser fonte e objeto de prazer. A possibilidade de controle, caso as situações de perigo sejam contornadas, compõe a modalidade de interpretação denominada por Spink (2001) como *risco-aventura*. Segundo a autora, trata-se de uso metafórico do conceito referente ao enfrentamento da imponderabilidade e volatilidade dos riscos modernos, manufaturados, produtos do desenvolvimento da ciência e tecnologia. As formas de viver na modernidade alteraram a natureza dos riscos, tornando-os complexos, desterritorializados e globalizados. Assim, os riscos são percebidos como sistêmicos e imponderáveis, o que promove novas formas de vigilância (Spink, 2001). Através da desnormatização, há o imperativo da opção, o que pressupõe autonomia (Deleuze, 1992). Com a desterritorialização, o sentido da vida refere-se à emoção e à adrenalina.

A escolha do termo *risco-aventura* é uma maneira de enfatizar o deslocamento que recupera a aventura como dimensão positivada da gestão dos riscos, expandindo processos de disciplinarização. A perspectiva racionalizadora da análise dos riscos é entendida como triangulação entre cálculo, percepção e gerenciamento dos riscos, não sendo, entretanto, suficiente para compreensão do mesmo, uma vez que as incertezas inerentes às atividades ou eventos, são componentes essenciais e propositais. A incerteza tem sentido de possibilidade e de prazer. A associação entre a necessidade de correr riscos e os resultados potencialmente positivos é parte do gerenciamento racional dos riscos no contexto caracterizado pelo discurso da imponderabilidade e da imprevisibilidade (Spink, 2001).

De acordo com Monteiro e Santos (2001), a vinculação discursiva risco controle existe, é inerente, mas se inscreve em esferas de análise diferentes. Tais esferas têm a sociedade do conhecimento como base, sociedade na qual a informação é o principal produto de acumulação. Segundo as autoras, a informação, hoje acontecimento sistêmico e simultâneo, é modulador e fundante dos processos de gestão da produção. Percepção de risco e adoção de medidas de proteção, entretanto, não se limitam ao acesso às informações e à decisão individual, decorrendo de processos dinâmicos construídos a partir da experiência social e da visão de mundo dos sujeitos.

Diante de um contexto social desfavorável, fruto de rápidas mudanças e imprevisibilidade, a concepção do controle individual se torna um objetivo social. O corpo como foco se torna um imperativo com profundo potencial moralizante (Brandt, 1997).

A violência atual no âmbito público reforça a importância do privado, onde se procura gozar a vida e os prazeres que restam. Acrescente-se a isto a observação de Goldstein (1996), que em sua análise comparativa entre a sociedade americana e a brasileira, afirma que nesta última o privado é considerado sagrado.

De maneira geral, as formações discursivas sobre proteção referem-se ao ato de proteger-se, tomar abrigo e/ou resguardo. Podem também significar auxílio, amparo, ou aquilo que protege, seja numa perspectiva divina (“outro mundo”, Da Matta, 1987), mágica e/ou técnico pragmática.

Trata-se de uma forma de purificação que desfaz as impurezas, ou ainda, de castigo que redime efeitos maléficos. Assim, a proteção funciona como barreira, impedindo o avanço e continuidade do indesejável, impuro e sujo. Esta barreira pode ser concretizada na forma de procedimentos que garantam a pureza, como no caso das recomendações epidemiológicas e do sexo mais seguro, ou de forma mágica, como no romantismo.

Códigos morais discursivos são construções históricas que atendem às contingências datadas (Douglas, 1976). No discurso romântico, o casamento pode ser interpretado como um “dispositivo de proteção”, neste caso baseando-se no amor redentor, e na confiança. Dentro do jogo de responsabilidades e atribuições culturais da dupla moral sexual, o homem provedor deve prover sexo limpo, e ela, a geradora, deve dar origem à prole sadia.

Como na lógica da “casa”, o conhecido, aquele com quem se tem laços pessoais é identificado como fonte de proteção, ficando a ameaça no âmbito do desconhecido, da “rua” (Da Matta, 1987). Deste modo, a hierarquia de riscos centrada na familiaridade-

confiança, e na desconfiança-ameaça, se diferencia da hierarquia analisada em estudos epidemiológicos. A ética da confiança difere da ética da proteção, uma vez que aquele em quem confio não é qualquer pessoa, mas alguém especial e distinto. Nesta perspectiva, na medida em que o outro é semelhante a mim, ele não é encarado como possível fonte de infecção (Santos, 1992 e 1995). Neste raciocínio, troca-se a proteção oferecida pela camisinha, por exemplo, pela proteção oferecida pela familiaridade e pela confiança, oriundas do compromisso e dos laços afetivos, sem que necessariamente se faça nenhuma testagem dos envolvidos.

Segundo Giami & Shiltz apud Monteiro (1999), o sexo sem proteção está relacionado à existência de vínculo amoroso e/ou relações estáveis, parceiro(a) conhecido(a) e na crença na fidelidade conjugal. A percepção de proteção está ligada à noção de vizinhança, honestidade e limpeza. São critérios de uso, ou não uso de método de proteção:

- a) Caráter sentimental, envolvimento amoroso ou não, dos encontros sexuais;
- b) Conhecimento do(a) parceiro(a), pessoa familiar, ou desconhecida;
- c) Distância social relativa à vizinhança, ou rede de relações, ou desconhecido;
- d) Aparência visual, beleza, limpeza e honestidade contraposta à feiúra, sujeira e imoralidade;
- e) Natureza da relação, se longa, íntima, estável, ou casual, paga, profissional.

Fica claro que as relações afetivas tendem a se guiar por uma lógica mágica e idealizada, influenciadas pelo descontrole e pela irracionalidade, em um contexto que pode glorificar o risco. Afinal, quem poderia querer viver uma vida segura na paixão? Como conciliar êxtase e renúncia? Os discursos sobre risco e paixão são velhos conhecidos. Os obstáculos culturalmente definidos, e por que não, até esperados como componentes do amor e do romantismo, podem ter no risco mais uma etapa a ser “vencida”, como se fosse uma “prova de amor”, ainda que este pedido possa vir a ser uma manipulação de parte a parte.

Não é de se estranhar que sexo sem camisinha pareça ser uma preferência geral. Cuidados especiais, dentre eles a adoção de práticas protegidas, via de regra são adotados somente quando o indivíduo se sente doente (Monteiro, 1999), por vezes nas situações em que se está a ponto de possivelmente infectar o(a) parceiro(a), ou ainda de se submeter ao julgamento deste em relação a ser objeto de preconceito e estigma, ser fonte de alguma “lepra”. Estamos nos referindo ao predomínio de reações de cuidado/proteção em caso de algum mal estar físico concreto como, por exemplo, nas manifestações de sintomas dolorosos de DST.

É de crucial importância levar em consideração o prazer, aspecto cultural envolvido nas mudanças, ou na manutenção de práticas humanas, dentre elas as sexuais. Se o foco se faz no controle, subentende-se a existência de concepção patológica acerca do objeto de controle (Santos, 1992). É crucial que se fale do prazer com tanta ou mais força do que se fez com o perigo sexual. Estimular a curiosidade de experimentar outras vias além daquelas que o vírus utiliza, indo além da dimensão negativa do sexo mais seguro (Barbosa, 1996).

Dentro da concepção romântica, na medida da idealização, enfatiza-se o desejo e busca do contato corpo a corpo, da fusão, da complementariedade “total”. O “verdadeiro amor” pode ser representado pelo “príncipe” dos contos de fadas.

Margot, entrevistada que possui terceiro grau completo, tenta colocar em palavras os limites “indesejados” advindos de sua opção pelo uso consistente de proteção desde que iniciou vida sexual.

“Gostar não gosto não! [da camisinha. Seu tom de voz ficou sério]. Mas eu me satisfaço, entendeu? Mas... [silêncio]. Eu não gosto porque é uma questão psicológica. Eu acho que quebra muito a união. (...) É por uma questão psicológica, não é física não. Porque física eu já me adaptei. (...) Mas eu acho que é, não sei, parece que é uma... paradinha de separação” (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

Jovani, declaradamente um exemplo de quem parece evitar o uso da camisinha masculina, expõe suas queixas. Ele tem segundo grau completo, faz uso inconsistente da camisinha masculina e não informa ter na proteção um valor internalizado.

“Eu acho que o sexo mesmo [ênfase do entrevistado] é o contato corpo a corpo. Você está transando com a menina de camisinha, seja feminina, ou masculina, você está transando com sacola de plástico cara! Eu acho isso. Pô! O contato físico, aquela coisa de você sentir que a mulher está realmente molhada. Ela sentir você gozando, esse tipo de coisa, eu acho que é o complemento de tudo! A partir do momento que você cortou isso... Logicamente hoje isso é uma necessidade [ênfase do entrevistado]! É uma necessidade [a proteção]. Mas para mim bicho, é horrível isso!” (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

Danusa tem segundo grau completo, e no trecho abaixo, justifica sua queixa a respeito da camisinha masculina usando de imagem fria e mecânica para descrever suas sensações físicas. Ela e seu marido fazem uso eventual da masculina para contracepção somente. Ela toma pílula.

“Quando você está de camisinha, parece que você está com um negócio encapado ali! Tipo um pênis de borracha, quando você está enfiando, para mim é a mesma coisa, só que tem um homem mexendo! No pênis de borracha não, você mesma pode introduzir em você e começar a mexer. Sem camisinha é diferente porque você sente o calor, você sente quando o homem goza, quando você goza o homem também sente aquele calor, aquele contato do pênis do homem com a sua vagina” (Danusa, 20 anos, proprietária de comércio, parceria fixa).

Já Mariana, soropositiva com sétima série completa, é uma das mulheres entrevistadas que faz uso consistente da camisinha feminina exclusivamente. Ela também se queixa da falta “daquele contato”:

“É porque a feminina, a gente usa. Mas ela faz quase o mesmo efeito da outra. Porque sem ela, a gente sente propriamente o calor da pessoa ali dentro da gente. Já com o preservativo, tira um pouquinho” (Mariana, 32 anos, do lar, parceria fixa).

NEGOCIANDO RISCOS

O conhecimento (informação) acerca dos riscos, e mesmo o acesso aos artefatos de proteção não se fazem necessariamente acompanhar de controle, adoção práticas protegidas. A previsibilidade das condutas não se traduz em ação, na medida em que, entre outros fatores, o compartilhamento de valores e estéticas corporais (*héxis corporal*) pode favorecer o não uso de proteção, a “*burla*” das recomendações médicas. O entrevistado Edésio tem terceiro grau completo, e no trecho a seguir nos oferece sua via de análise de risco. Ele faz uso inconsistente da camisinha masculina:

“É aquela coisa, você olha, avalia e diz: ‘vamos lá!’. Mas usar camisinha é fator de segurança, de relaxar, de ficar tranquilo, de não preocupação. Porque mesmo que você avalie positivamente, sempre fica pulga atrás da orelha! Sempre, mesmo que até na hora você relaxe e tal, no mínimo depois!!!... Quando não usa, rola aquela preocupação! Tanto que eu fiz exame agora no início do ano. (...) No fundo o que determina isso é a avaliação que você faz da pessoa, digamos assim! [entrevistado ri]. (...) Porque eu acabo burlando mesmo... Em alguns momentos, mesmo tendo a camisinha, eu acabo burlando, não usando. Sei que está errado, sei que eu tenho que mudar isso, mas... (...) Qual é o raciocínio tradicional? Se essa mulher é minimamente confiável aos meus olhos, se ela está contando a verdade, se ela parece ser de uma procedência boa, se ela tem uma educação, se ela tem um nível cultural razoável, se ela é de um meio social que você identifica mais ou menos. Aí você já relaxa um pouco na paranóia,

digamos assim, e acaba podendo rolar sem camisinha. Porque você considera, avalia que aquela mulher ali não vai ter doença, então você vai e faz sem camisinha! É uma furada, claramente é uma furada! Mas o raciocínio é esse! Todo mundo que dispensa a camisinha deve ter este raciocínio!” (Edésio, 25 anos, professor universitário, parceria ocasional).

Na mesma linha de argumento, o entrevistado Jovani, usuário de forma inconsistente da camisinha masculina e que tem pânico só de pensar na idéia de fazer teste HIV, afirma: “*Eu evito [usar camisinha], mas depende muito da pessoa, cara! Não é com qualquer pessoa não. Não é com qualquer pessoa [abaixou o tom de voz]*”.

Falando da sua atual parceira ocasional (Helena), ele afirma:

“Até se chegar a essa conclusão, de transar com ela sem camisinha, a gente conversou e tal. Batemos um papo a esse respeito. Então, em função de todas declarações que ela me deu, eu achei que ela é uma pessoa apta de trepar com ela sem camisinha”. (...) É acho que foi uma problemática disso mesmo! De não ter ereção. Ah quer saber de uma coisa? “Vupt”! [transou sem camisinha]” (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

NEGOCIANDO O PRAZER

A excitação e a busca do prazer podem constituir fatores de imprevisibilidade para o ato sexual, acarretando muitas vezes situações nas quais a proteção é “esquecida”, ou seja, ocorrem práticas de risco, ainda que haja proteção disponível. Abaixo se apresentam alguns trechos sobre essas situações naturalizadas e “*frenéticas*”.

Palavras da entrevistada Valdete, que tem sétima série completa e não faz uso de método de barreira:

“Às vezes acontece que você não percebe, entendeu? A penetração quando você vê já foi! Aí, agora não precisa mais, já foi. Porque normalmente a concepção mais é essa. Na hora que você está naquele fogo, do beijo, das carícias, aí acontece e a pessoa deixa para lá. O bom é quando, normalmente a coisa vai mais devagar. (...) Porque se eu tivesse naquela frenética, daquele jeito, de repente não teria usado [camisinha masculina] com algumas pessoas” (Valdete, 25 anos, desempregada, parceria fixa).

Jovani, que faz uso inconsistente da camisinha masculina defende seu ponto de vista sobre dificuldades para o uso dependendo das circunstâncias nas quais acontece o encontro erótico:

“Olha, eu acho que primeiro, aonde que você vai estar. De repente se é uma coisa... Você está dentro do elevador, você está numa escada, tem que ser uma coisa rápida! Ou então dentro de uma cabine de som como eu te falei. (...) Você não tem tempo [entrevistado ri]! É vai ou racha ali, sabe? Aí é aquela coisa: é a cabeça de cada um, de você ter consciência do que você está fazendo... Se você está fazendo certo, se você está fazendo errado, não é? Quer dizer, é uma... É uma loteria, não é? Considerando o fator, principalmente aids [ênfase do entrevistado] hoje, é uma loteria!” (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

Em vários relatos o que surge como risco que se deseja controlar está centrado na gravidez não planejada, não incluindo os riscos de transmissão de doenças por via sexual. O relato da entrevistada Regiane, segundo grau completo, soropositiva e cujo marido faz uso consistente da camisinha masculina. No trecho a seguir ela fala do seu primeiro relacionamento com vida sexual ativa:

“De repente eu contei com o fator sorte, não sei! Talvez eu me ache tão controlada assim, mas a verdade é eu sempre me preocupava com isso, beeeem longe do período fértil [ênfase da entrevistada]. (...) Alguma doença? É uma coisa assim que realmente eu nunca parei para pensar!” (Regiane, 33 anos, fotógrafa, parceria fixa).

Da mesma forma, Gilson nos descreve o processo de escolha de método de proteção ocorrido em sua atual parceira fixa (namoro) de dois anos de duração. Ambos tem terceiro grau completo e ele não faz uso de camisinha, já fez exame de aids, mas não sabe responder em relação à sua namorada. A questão da iniciativa feminina em usar proteção também está presente no trecho a seguir:

“Olha, não foi definido juntos, não. Num primeiro momento não tinha nenhum ato contraceptivo, era na sorte mesmo [coito interrompido]. Inclusive, é assim, a primeira relação sexual não teve camisinha, e as outras também não tiveram. A partir do momento em que a coisa foi ficando séria [ênfase do entrevistado], a gente começou a trabalhar essa questão. Depois ela resolveu tomar anticoncepcional, até porque ela também não gosta da camisinha. (...) Eu não gosto de camisinha” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

INICIATIVA FEMININA E USO DE MÉTODO DE PROTEÇÃO

Na experiência narrada por Danusa, era ela quem tomava iniciativa de ter e propor o uso da camisinha. Sua mãe é soropositiva e o padrasto morreu de aids. Ela tem segundo grau completo, e se refere ao então namorado, atual “*esposo*”, com quem fez uso inconsistente da masculina desde o início do relacionamento: “*Eu sabia que se eu tivesse que pegar doença, eu pegaria em uma ou duas noites só! Eu sabia, eu estava consciente daquilo, mas eu não sei o que era, não sei o que se passava na minha cabeça, umas vezes era sem camisinha...*” (Danusa, 20 anos, proprietária de comércio, parceria fixa).

O trecho acima parece confirmar a afirmação feita por Régis, que faz uso inconsistente da camisinha masculina, sobre os possíveis efeitos da iniciativa feminina em propor uso de proteção: “*O que facilita usar a camisinha é você sair com uma parceira que..., que dê o toque e... Todas as vezes que me deram o toque, eu nunca rejeitei usar não!*” (Régis, 28 anos, vocalista e dono de bar, parceria mista).

Por outro lado, há circunstâncias nas quais o desejo da mulher não é respeitado, além de casos de violência e estupro. Como já dito no capítulo 5, entre nossas dezenove entrevistadas, há menção a doze episódios de abuso sexual, dos quais seis foram praticados (ou tentativa) pelo marido, namorado/noivo, tio, ou até mesmo pai. A seguir o exemplo narrado por Liloca, fato ocorrido com seu primeiro marido. Ela tem segundo série completa, é laqueada desde os 24 anos, está na terceira união conjugal e não faz uso de nenhum método de proteção.

“Ele [1º marido] forçava de vez em quando para eu ir com ele para essa casa no fim de semana. Se eu não ia, ele era violento, ele era agressivo e eu morria de medo dele!... Eu tinha pânico dele! Para mim era como se ele fosse um Sansão! (...) Então eu fiz, que foi o sexo... Como é que se fala?... Sexo por trás com ele! Mas eu considereei um abuso sexual porque foi uma coisa contra minha vontade, foi uma coisa muito dolorosa, uma coisa que me deixou muito revoltada na época! Aquilo fez com que eu sentisse mais ódio, mais nojo dele!” (Liloca, 41 anos, do lar, parceria fixa).

PROBLEMAS NO USO DA CAMISINHA MASCULINA: “PARANÓIA GERAL!”

Dentro das formações discursivas do romantismo, as manifestações da sexualidade masculina são freqüentemente descritas como incontroláveis, “naturais”. Segundo Bourdieu (1999), o trabalho de socialização fazem também os homens prisioneiros, e

“sem que se apercebam, vítimas da representação dominante. (...) O privilégio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e contensão permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade” (1999:63-4).

O desejo dele é culturalmente concebido como uma “necessidade” que demanda satisfação. Neste raciocínio, a valorização da virilidade é figura forte, e a possibilidade de que ocorra algum contratempo deve ser controlada e evitada. A potência masculina é cobrada, e deve ser reafirmada freqüentemente, tornando-se uma carga. Dentro da chamada “crise da masculinidade”, discute-se as mudanças em curso, e os desdobramentos de tal momento histórico. Diversos aspectos vêm questionando o estereótipo tradicional do masculino, o que pode interferir na potência e virilidade masculinas.

Muitos dos entrevistados (homens e mulheres) mencionam dificuldade no uso da camisinha masculina por quebra no clima erótico e perda da ereção. Este artefato sabidamente depende desta para ser utilizado com sucesso. Gilson descreve com detalhes o que denomina “*paranóia geral!*”, o medo de falhar diante de um modelo de masculinidade viril e sempre pronta para o sexo. As conversas femininas são apontadas como momento importante de colocação da virilidade à prova. O entrevistado tem terceiro grau completo, não faz uso da camisinha e aponta um facilitador para a possibilidade de perda da ereção: diálogo prévio com a parceira sobre o assunto.

“Você corre o risco de perder a ereção e fica aquela coisa toda. Se você perde, fica aquele compromisso de ter a ereção de novo. E se ficar nessa coisa de tem que subir, tem que subir, aí que não sobe mesmo! E fica aquela coisa: “-Putz, se eu brochar aqui agora, como é que funciona? Eu não conheço essa menina, o quê que ela vai falar de mim?”. Isso é agonizante! Quando você está com a sua namorada não. Porque acontece uma vez, acontece duas, aí chega uma hora, quando acontece: “- Se eu perder a ereção ah, não tem problema, imagina!”. Ela sabe que, é uma coisa, te confesso assim, coisa de homem! “-Ah ela sabe que eu não sou brocha mesmo!”. (...) Isso é um medo muito grande! Pelo menos para mim! E eu já conheço essa história de outros amigos meus que deixaram de usar a camisinha, justamente porque tinham medo de parar para botar a camisinha. Eu já vi namorada, minha namorada comentando que a amiga comentou, que saiu com um cara, que o cara brochou na hora de botar a camisinha. Então, isso é uma paranóia geral! [ênfase do entrevistado]. (...) eu acredito que pelo menos oito entre dez amigos meus têm esse receio de brochar na hora de botar a camisinha”.

Segundo ele, uma conversa franca pode ser fator que facilite o lidar com a questão da “*paranóia geral*”:

“[Quando na negociação a conversa caminha por metáfora] Sem usar o nome em si. Até o ponto de chegar e falar assim: “-Vai ter festa...”. Tipo assim, o ato sexual, entendeu? “-Mas ele tem que estar vestido a caráter”. (...) Aí, a partir daí, a gente chegou e tratou do tema. A gente fala assim: “- Realmente, você tem que parar e botar a roupa no meio da festa!”. Aí começou essa discussão informal e ela falou assim: “- Não, realmente é chato, não é?”. Falei: “-Imagina? Você chegar numa festa...”. Aí a gente começou a trabalhar com isso, como se fosse assim de verdade, da gente ir convidado para uma festa, chegar no meio da festa a pessoa: “- Pára, bota a roupa!”. Aí você brinca, fala assim: “- Putz! E eu vou lá no chão, não é?”. Ela fala assim: “-Ah tá!”. Justamente fazendo alusão a esse problema [perda da ereção]. Aí a pessoa fala assim: “-Não, imagina, não tem problema. A gente pode fazer disso um ritual de botar roupa”. A partir daí, você se sente seguro. Beleza! (...) Como foi colocado, e hoje todo mundo entende dessa forma, pelo menos as pessoas do meu meio entendem dessa forma. Essa questão de discutir que brochar na hora de botar a camisinha não é problema! [voz enfática e pausada]. Eu sei que você não é brocha, eu sei que você não é viado, sabe? Não tem problema! [ênfase em voz pausada]. Eu acho que isso deveria ser colocado” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

A expectativa internalizada (cobrança) da virilidade e prontidão constante para o sexo como atributos e “prova de masculinidade” podem constituir obstáculos para o uso da camisinha masculina nas relações ocasionais, segundo ele. Esta colocação pode ser contraposta à colocação do mesmo entrevistado sobre o valor atribuído ao desejo e prazeres masculino e feminino em sua parceria fixa atual e na anterior, tema tratado no capítulo precedente. Neste caso, a camisinha é sinônimo de “*incômodo*” para ele, e a opção feminina pela pílula seria uma forma de retirar este “*empecilho da vida dele. Não tem problema, eu tomo pílula, mas, por favor, transa comigo!*”.

Régis, que faz uso inconsistente da camisinha masculina confirma a perspectiva descrita por Gilson:

“Todas as vezes que eu uso camisinha, ou o bicho fica meio molenga... atrapalha! Perde a sensibilidade, e na hora mesmo do ato não... Não é a mesma coisa! Não é tão satisfatório como sem! Tudo bem que com camisinha se previne. Mas não é a mesma coisa do que sem não!” (Régis, 28 anos, vocalista e dono de bar, parceria mista).

Já Edésio afirma que o fato de perder a ereção não está necessariamente relacionado ao uso da camisinha masculina. Ele faz uso inconsistente deste método de proteção, e afirma que:

“Não me sinto tranquilo [para usar camisinha] porque varia muito o momento. Tem momentos que eu realmente estou muito excitado, ou que eu estou relaxado, e vai sem problema nenhum. Tem outros momentos que, ou eu estou um pouco nervoso, ou eu não estou tão excitado assim, e na hora de colocar interrompe, e às vezes a ereção diminui um pouco, tem que recompensar...” (Edésio, 25 anos, professor universitário, parceria ocasional).

Outro aspecto apontado como fator que dificulta o uso da camisinha é o desejo da paternidade. Guto, que faz uso inconsistente da camisinha masculina, nos informa que sua intenção de ter filho configura-se como um obstáculo ao uso. Ele afirma que percebeu isso posteriormente, e compactua com a opinião de que o uso “*atrapalha muito*”, na medida em que às vezes ele não consegue gozar. Neste caso, “*fica um troço muito chato!*” (Guto, 24 anos, aluno universitário, parceria mista).

Entre as mulheres, Helena nos leva ao que poderíamos chamar da “versão feminina (irritação) decorrente da ‘*paranóia geral!*’ masculina”, desestímulo ao uso da camisinha masculina. Ela não faz uso de método de proteção de forma consistente.

“Tem muitos parceiros que eu tive também, tem uma coisa assim: de estar de pau duro, vai colocar a camisinha, e na hora que coloca, fica mole! De novo, coloca, fica mole! Então, aquilo vai... Pô! Eu estou morrendo de tesão, aquilo já vai começado a me irritar, entendeu? Aí eu vou ficando... “- Vamos tentar, então deixa eu colocar para você!”. E coloco. Sei colocar, sei colocar com a boca, sei fazer carinho, sei fazer tudo direitinho! Aí faço. Muito legal. Entra. Na hora que vai entrar, de novo!” (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

Mariana é soropositiva e faz uso consistente da camisinha feminina há seis meses. Ela tem sétima série completa, e no trecho abaixo nos fala de quando ela e o parceiro soronegativo tentavam usar a masculina sem sucesso: “*É, a gente costumava de vez em quando usar, mas aí quando não dava certo, largava ela de lado e ia sem, sem preservativo*” [ele perde a ereção] (Mariana, 32 anos, do lar, parceria fixa).

PROBLEMAS NO USO CAMISINHA MASCULINA: NÃO SER CIRCUNCIDADO

Dois entrevistados (homens) que fazem uso inconsistente da camisinha masculina, apontam para o fato de por não serem circuncidados, encontram mais este fator que dificulta o uso. No trecho a seguir, Edésio, que tem terceiro grau completo explica suas tentativas de lidar com a questão:

“Tem mais uma coisa também, eu não sou circuncidado. Então, é diferente como o homem coloca camisinha se ele não tem prepúcio, ou se ele tem prepúcio. No caso quem tem, que é o meu caso, você tem duas formas de colocar camisinha: uma sem abrir, e outra abrindo o prepúcio, a fimose e tal, expondo a glândula. São duas formas muito diferentes. Inclusive, isso é um detalhe que eu nunca vi ninguém falar! Nem em campanha, nem em lugar nenhum, nem intimamente. Enfim, eu nunca nem conversei com ninguém sobre isso! Primeira vez. É muito diferente!!! (...) Colocar camisinha com a glândula exposta atrapalha um pouco a ereção, não sei porque” (Edésio, 25 anos, professor universitário, parceria ocasional).

Jovani tem segundo grau completo e no trecho abaixo ele se queixa, descrevendo a situação:

“A cabeça do pau está aqui, aí tem a pele, não é? Você coloca uma camisinha e “tum!”. Aí você vai penetrando a mulher, aquele troço vai chegando para frente. A pele vai para frente, causa dor, incômodo! (...) Mas só que eu tenho um problema muito sério, cara! Eu vou te ser sincero. Eu detesto! Detesto porque eu tenho a... Eu não sou circuncidado” (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

Este aspecto, como afirma Jovani, não vem sendo discutido na literatura. Trata-se de uma particularidade que interfere na adoção e no prazer obtido principalmente no uso da camisinha masculina.

Há também outra forma de uso inconsistente da camisinha masculina, a saber, a sua colocação somente na hora da ejaculação, depois que “*já está no quente, já está forte!*” (Giuseppe). Tal maneira de uso é citada por dois homens e duas mulheres, indivíduos que fazem uso inconsistente (basicamente para contracepção), ou que não fazem uso deste método de barreira.

PROBLEMAS NO USO DA CAMISINHA MASCULINA: ALERGIA AO LÁTEX

Outra queixa repetidamente descrita é a alergia das mulheres ao látex da camisinha masculina. A entrevistada Eveline que tem segundo grau completo narra

como chegou à conclusão sobre sua alergia, além de descrever as restrições que vivencia decorrentes da mesma:

“Eu sinto tipo uma alergia. Quando eu tenho relação com a camisinha, eu me coço e ficam tipo uns caroçinhos na minha vagina. Mas eu me cuido. Às vezes eu desconfiava que era a camisinha, mas, nunca tinha feito a observação. Aí eu falei: “- Não, vou me observar”. [Depois da relação] Passo sabonete, lavo bem direitinho. Aí vai indo, dois dias, eu verifico, some. (...) [Não dá para ter uma relação atrás da outra com camisinha] porque me machuca. É perigoso ferir. [Por isso] Eu tenho que ir agüentando, não é? [entrevistada ri!]. É tipo assim, hoje eu posso ter umas três, quatro relações, tudo com camisinha. Aí, amanhã eu não consigo ter... Porque fica tudo vermelhinho. Eu fico com alergia” (Eveline, 19 anos, trabalha em lanchonete, parceria fixa).

Segundo Margot, também alérgica, há o fato que tal reação alérgica, principalmente quando não diagnosticada, pode se tornar fator que dificulta o uso:

“Tem outra coisa também que dificulta: muita mulher tem alergia e não sabe! “-Ah, eu sinto um desconforto, arde, não sei o quê!”. Isso já é uma alergia e elas não sabem. Elas têm uma pré-experiência negativa, e ficam com um pé atrás para usar [novamente]” (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

Já o entrevistado Régis que faz uso inconsistente, parece confirmar a hipótese de Margot sobre as mulheres: “*Porque como é ruim para nós homens [transar de camisinha masculina], deve ser ruim para elas também, não é? Porque depois fica machucado. Fica ardendo. Fica sensível*” (Régis, 28 anos, vocalista e dono de bar, parceria mista).

Tito, que afirma usar camisinha masculina de forma consistente desde que iniciou sua vida sexual, faz comentário que confirma a queixa feminina sobre os efeitos: “*Apesar delas falarem: “-Não, não é legal”. Elas tomam anticoncepcional, fazem teste, que a camisinha assa! “- Não é legal”. Eu falo: “- Não, sem camisinha não rola!”* (Tito, 22 anos, aluno universitário, 3 parceiras ocasionais).

PROBLEMAS NO USO DA CAMISINHA COMO EFEITO DE USO DE DROGAS

O desejo masculino “indomável” e contínuo pode ter no uso de drogas lícitas, ou ilícitas, mais um fator que dificulta o uso de métodos de proteção. Para adoção de práticas protegidas há necessidade de controle sobre esse “drive”, que se somado a

outros fatores de rejeição da camisinha masculina, configuram contextos fortemente desfavoráveis. A narrativa aponta para a atividade sexual sendo valorada, ficando a proteção em segundo lugar.

Régis, por exemplo, faz uso inconsistente da camisinha masculina. Ele tem segundo ano do segundo grau completo. Quando perguntado se já fez teste para HIV, ele afirma que sim, há uns 04 anos atrás. Justifica ter feito por causa de “*umas relações meio esquisitas na noite, droga, bebida*”. Disse ter ficado grilado para receber o resultado. Afirma que em outros tempos

“Já saía com um telefonema armado com alguém. Para tomar uma cerveja. Para... sair para transar mesmo! (...) Algumas vezes eu tomei a iniciativa. Outras vezes elas pediam para usar e... usava. Tinha vez que você estava com a camisinha na carteira, e não lembrava. Queria o bem bom logo [entrevistado ri]. (...) [Gosta de usar a camisinha?] Não gosto de jeito nenhum! (...) Cara! Para dizer a verdade, se dependesse dos homens, nenhum usava camisinha! (...) Porque eu conheço muitos amigos aí que... Que sai mesmo na noite e pega até mulher em [Praia de] Camburi. Às vezes, até esquece também. Depois vem falar arrependido. Eu acho que o que dificulta usar a camisinha é a bebida. É euforia, não é? É..., sei lá o quê que é! Maconha eu nem digo não. É bebida mesmo. (...) Na verdade, eu nunca fui muito de usar camisinha não! (...) Porque esse negócio de doença, eu acho que as pessoas nem estão muito ligadas ainda nisso não. Está muito... largado ainda! As pessoas não se conscientizaram ainda não. Eu digo por mim mesmo!” (Régis, 28 anos, vocalista e dono de bar, parceria mista).

Guto também levanta a questão da bebida influenciando o uso da camisinha masculina:

“Eu acho que eu não esquento muito a cabeça não, sabe por quê? Eu acho que normalmente rock e tal, chapado, não sei o que... (...) Por exemplo a última vez que rolou com a camisinha, não tava muito legal [não tinha bebido], então eu usei a camisinha numa boa, tranquilo. (Guto, 24 anos, aluno universitário, parceria mista).

SUJEIRA E PROTEÇÃO

Gilson contrapõe sua preferência pelo não uso da camisinha masculina (não faz uso dela), mencionando o “fantasma” da perda de ereção na colocação e a limpeza decorrente do uso. Proteção contra sujeira?

“Porque é diferente com camisinha e sem camisinha. Sem camisinha é infinitamente melhor do que com camisinha! Apesar de que fazer com camisinha, falando muito abertamente: depois que você, o sexo depois com camisinha é muito melhor... Porque é menos sujo. Sujo assim, no sentido de..., é mais limpo, é mais prático depois do uso da camisinha. Porque você chega, tira, está tudo ali dentro! Não tem aquela coisa de ficar todo sujo, nada disso! Realmente, nesse ponto é positivo. Mas até que você coloque, até que você passe por toda essa problemática de colocar e de enfrentar aquela coisa... [medo de perder a ereção]” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

Já Eveline, que tem segundo grau completo, e cujo namorado faz uso consistente da camisinha masculina, também cita a questão da limpeza, aqui como uma necessidade de higiene depois do ato sexual:

“Porque sempre que tenho relação, eu tomo banho, eu me lavo! É uma coisa assim que eu acho essencial! [ênfase da entrevistada]. Eu não sei ter relação e não ir tomar um banho, não me lavar. Para mim não está bom. Inclusive eu não durmo [ênfase da entrevistada]. Pode ser de dia, pode ser a hora que for, entendeu?” (Eveline, 19 anos, trabalha em lanchonete, parceria fixa).

Tais colocações podem ser interpretadas como relativas à noção de impureza atribuída culturalmente ao sexo, como uma tentativa de proteção e manutenção da saúde.

PROTEÇÕES E CONTROLE DO PRAZER

A questão da heteronomia e do controle do prazer nas relações pode ser uma via para compreensão deste trecho da entrevista de Helena. Ela é aluna universitária, não faz uso de proteção, e neste momento argumenta sua visão dos limites da proteção oferecida pelo uso da camisinha masculina:

“Eu não me sinto protegida de verdade [mesmo usando a camisinha masculina], porque, por exemplo, você não consegue adaptar aqui o sexo oral. Você acaba fazendo. E o cara transa com você, e não adianta, ele não vai querer ir lá, levantar, tirar a camisinha, lavar o pênis dele, sentar do lado, se limpar para tocar em você. Ele tira, ele te abraça e ele joga aquilo ali do lado, amarra e joga ali do lado... E suja a mão mesmo! E o pênis dele ainda está sujo, ainda está saindo secreção. Acaba me tocando. Às vezes também tem alguns parceiros que gostam de transar um pouquinho sem, depois colocar, e transar. Então, quer dizer, a gente fica exposta à secreção do

mesmo jeito. Então, é lógico que não protege tanto assim não” (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

Na mesma linha de argumento sobre heteronomia nas negociações eróticas e sexuais, Guto, que faz uso inconsistente da camisinha masculina, narra situação em que é a parceira (atual namorada) quem controla o uso da proteção. Ambos são alunos universitários, e ele compõe o conjunto dos entrevistados que tem queixas e dificuldades no uso da camisinha masculina. Foi ele o entrevistado que informou a existência no mercado comercial de uma marca de camisinha masculina tamanho maior, e também o único que conhecia a camisinha feminina.

“Olha, eu tive contato com a camisinha tanto que a namorada, agora esse mês ela praticamente esqueceu de tomar pílula. Então, ela fica tão tensa que eu me senti na obrigação de usar e me acostumar com isso, senão não rola alguma coisa! E eu experimentei usar uma outra que tem, que é um pouco maior, um pouco mais larga. As normais me apertam demais! É a Preserv, e aí eu uso e fica mais fácil. Fica mais confortável! Não é muita coisa, mas eu estou tolerando melhor” [Refere-se a Preserv Extra, 2 milímetros maior] (Guto, 24 anos, aluno universitário, parceria mista).

Em outro trecho, ele informa o quanto a iniciativa feminina para o uso de proteção faz diferença em suas experiências pessoais. Ele parece colocar na mão da(s) parceira(s) a iniciativa da proteção, uma vez que este valor parece não ter sido propriamente internalizado por ele, apesar do tom perplexo e reflexivo:

[Suas experiências sexuais foram em geral] “Sem camisinha, normalmente sem camisinha. Na primeira [relação sexual], de repente foi ela que falou qualquer coisa [não se lembra bem, estava bêbado]. Às vezes sim, às vezes não. Tem situação que não usa. O que muda? Acho que eu não esquento a cabeça muito! (...) Agora eu não sei como vou reagir a isso. Eu estou querendo me cuidar um pouco mais, mas é muito louco essa coisa, sabe? A gente tem toda instrução, sabe das coisas, dos perigos todos e não está nem aí! [Não tem] Uma direttriz” (Guto, 24 anos, aluno universitário, parceria mista).

Este trecho trás foco sobre uma questão atual e delicada, dado o contexto que põe lado a lado elementos “contraditórios” como os cuidados necessários para proteção (autodisciplina, em contraposição ao sexo sem proteção) e valores como consumo, conforto e individualismo. Como fica a questão do sujeito se cuidar, se proteger, ter uma “*diretriz*”? Até que ponto o valor da autoproteção e da auto-estima são compatíveis com a vida em sociedade tal qual está colocada, em especial para os jovens que

nasceram neste contexto em termos de valores? E os cuidados com o outro? Guto, por exemplo, é um jovem com grande capital acadêmico, que verbalizou seu atual propósito de se “*cuidar um pouco mais, mas é muito louco essa coisa*”. Prazer, negociação e atitude de proteção, prática e valor internalizados por alguns.

PROTEÇÕES

Margot, que adota práticas de proteção desde que iniciou vida sexual ativa, sugere com firmeza argumentos e ferramentas para negociação da prevenção:

“Acho que um cara tem que argumentar, se a menina fala, por exemplo: “- Para quê é isso?”. O cara tem que argumentar, ensinar para ela como se ela nunca tivesse visto, “- Ah, mais isso eu já sei!”. “- Então, eu uso camisinha para me proteger. Aliás, eu uso camisinha para proteger você!”. Eu acho que tem que colocar nesse sentido, deles estarem protegendo a mulher. E da mulher, também falar com ele: “- Pôxa, você já pensou com quem eu já andei na minha vida? Você quer ter um filho? Eu estou no período fértil!”. Até mentira para mim vale!: “- Tô no período fértil!”. “- Ah, mas eu gozo fora!”. “- Ah vai! Nem pensar!”. (...) E tirar [suspender o uso da camisinha], tudo bem, mas tirar sem pesquisa, não! Mas eu acho que eles, antes de um ficar bravo com o outro: “-Ah, eu não quero mais usar”. “- Ah pôxa! Quer dizer que você não cuida mais de mim?...”. Antes disso, eu acho que tem que ter um diálogo muito bom. (...) Primeiro haver uma conversa, porque tem mulher que agüenta determinadas coisas, e não diz o que está passando!” (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

Rose tem uma irmã soropositiva e faz uso de forma consistente da camisinha masculina e da feminina. Ela estava cursando o supletivo do segundo grau na ocasião da entrevista. No trecho abaixo, justifica a adoção desta prática:

“Olha, eu acho que por necessidade porque, na verdade, era melhor antigamente. Antes da gente saber esse monte de coisas. É muito triste também [abaixou a voz]. É bom, eu acho bom, mas ninguém usa camisinha porque gosta, usa por proteção! Só por proteção mesmo. Porque na verdade do outro jeito era melhor! (...) Hoje o grupo de risco não está mais entre meia dúzia de pessoas. Hoje todo mundo pode fazer parte do grupo de risco. Todas, todos que têm uma vida sexual normal. Mesmo que seja de vez em quando, é risco, é grupo de risco, faz parte do grupo” (Rose, 32 anos, do lar, parceria fixa).

A entrevistada Eveline tem segundo grau completo, e também adota práticas de proteção. Abaixo trecho no qual ela aponta a disponibilidade da camisinha como aspecto que influenciam no seu uso:

“Tem que sempre ter [camisinha]! Você tem namorado? Sempre carrega, entendeu? Não deixa de carregar não, porque quando você está namorando, você não sabe que hora que vai acontecer. Então, a gente tem que manter a camisinha no bolso, ou lá dentro de casa, no quarto, no guarda roupa, ou escondido da mãe em qualquer lugar! Eu acho que a gente tem que ter, tanto eu quanto o homem... (...) [Para manter o uso da camisinha pode ser argumento:] Eu acho que aí se tem que conversar, falar assim: “ - Não, a gente não foi no médico. A gente não sabe o que a gente tem” (Eveline, 19 anos, trabalha em lanchonete, parceria fixa).

O entrevistado Alcidélio tem segundo grau completo e usa camisinha masculina de forma consistente. Quando perguntado se gosta de transar sem camisinha afirma que: “*Bom, naquele tempo... No tempo... Sem camisinha é melhor! Se não tivesse doença nenhuma, seria muito melhor do que...*” (Alcidélio, 43 anos, segurança, sem parceria).

Tito, que faz uso consistente da camisinha masculina mesmo quando namora, expõe argumentos que acredita sustentarem a adoção de práticas protegidas:

“Creio que o quê facilita mesmo [o uso da camisinha], é realmente a própria preocupação pessoal de estar bem com seu próprio corpo (...) se valorizar, a sua saúde etc e tal. Creio que não seja pela informação não. A informação é necessária” (Tito, 22 anos, aluno universitário, 3 parceiras ocasionais).

Jacó tem segundo ano do segundo grau, e a princípio, afirma em sua entrevista usar camisinha masculina de forma consistente. Na verdade, no decorrer da mesma, fica explícita a ambigüidade quanto a tal prática na relação com a parceira atual (Luciana). Trata-se de uma das limitações de estudos baseados em relato dos entrevistados, sem observação direta. Por causa desta ambigüidade, ele foi considerado como parte do grupo de entrevistados que faz uso consistente por força de tratamento. Ele afirma ter tido uma “*alergia no pênis*” depois de ter transado sem camisinha por sugestão dela.

[O que pode facilitar o uso da camisinha?] “A cisma da gente! A gente querer [ênfase do entrevistado] É a cisma. Por isso que a gente usa. E eu nunca confiei muito em mulheres [entrevistado ri]. Por isso que eu sempre usei. Porque aquelas que me passaram doenças quando eu era garotão, ninguém me avisou que estava com nada não! [O que ajudou a não se sentir mais atrapalhado?] Constantemente usando, aí vai esquecendo! Porque tudo

que a gente começa a praticar, a gente começa a ter mais... a ficar mais a vontade, não é?” (Jacó, 44 anos, vigilante, parceria fixa).

O entrevistado Valdomiro fala a respeito da adoção de práticas protegidas de forma consistente de 2 anos para cá. Ele tem quarta série completa.

“Se eu tiver de ficar com uma menina, e ela tiver sem preservativo, eu não faço! (...) Para falar verdade, às vezes eu..., às vezes não, dá vontade é de ficar sem! Mas só que a gente sabe que não pode! Sabe que tem um compromisso ali. Sabe que acima de tudo é a saúde da gente! Vacilou dançou!” (Valdomiro, 20 anos, chaveiro, parceria ocasional).

Andressa afirma que seus parceiros fazem uso da camisinha masculina de forma consistente há sete anos. Ela tem segundo grau completo. Seguem-se abaixo trechos sobre a parceria atual, namorado de dois anos com quem ela tem vida sexual há quatro meses, e sobre um relacionamento anterior:

“Porque tem que se prevenir, eu ainda não conheço ele totalmente, a gente nunca conhece!... Mas depois com o tempo... ele me provando que ele não tenha nada! Do passado dele, não é só de agora não, mas do passado dele. Que ele não tenha doença nenhuma, que a gente vá mesmo ficar numa boa, e ele me respeitando, eu posso até... Ou uma provável gravidez a gente tando juntos, porque ele quer muito ter um filho! Mas por enquanto nem eu nem ele temos nada a reclamar não! (...) Teve um ex-namorado meu, um policial, que ele dizia que ele não ia usar camisinha porque ele é um policial e ele se tratava, ele se cuidava... E eu dizia que não quero saber se você se trata, se você se cuida! Ou você usa, ou você não faz!... E no início eu fiquei um bom tempo com ele assim batendo birra, vão! Ele dizia que eu era uma mulher vivida... e eu dizia que por eu ser uma mulher vivida mesmo que eu não vou... Fiquei um bom tempo com ele sem ter relação, e ele tentando e eu não... aí ele abriu mão e foi usar! Eu não conheço a vida sexual dele, minha filha! Policial é terrível!...” (Andressa, 30 anos, comerciária, parceria fixa).

Já Tito, que também faz uso consistente da camisinha masculina, neste trecho fala de sua “*bela paranóia*”:

“Creio que eu só fiz sexo sem camisinha, só com uma namorada minha. Até com as minhas namoradas eu insisto em usar camisinha. (...) Eu insisto. Apesar delas falarem: “- Não, não é legal”. Elas tomam anticoncepcional, fazem teste, que a camisinha assa e não sei o quê. “- Não é legal”. Eu falo: “-Não, sem camisinha não rola de jeito nenhum!”. Eu só sei que é uma paranóia minha cara! Eu sempre usei camisinha! Confesso que é bem melhor sem! Não tem nem comparação! Mas eu sempre insisto em usar. Não é nem contra ser pai, eu acredito que quando eu for ser pai, eu vou ser um pai babão. O moleque vai ser um saco. Adoraria ser pai! (...) Paranóia,

eu acho bela paranóia mesmo, entendeu? (...) Não gosto de usar a camisinha. (...) é real que você põe para você mesmo que tem que usar, porque é a única forma que você tem de se proteger como homem e etc... Sem ela não adianta” (Tito, 22 anos, aluno universitário, 3 parceiras ocasionais).

A entrevistada Marlene tem sexta série completa. Ela informa uso consistente de ambas as camisinhas, e neste trecho compara os produtos (camisinha masculina e feminina):

[Gosta de usar a camisinha feminina?] “Gostar não gosto não, mas é uma opção! Por causa da proteção... (...) Agora eu vou dar continuidade à feminina porque é até mais seguro! Tapa tudo! Esses dias atrás pouco a camisinha masculina, o pênis dele sendo mais grosso, aí estourou. Aí teve que colocar outra, teve aquela confusão toda!” (Marlene, 37 anos, auxiliar de serviços gerais e líder comunitária, parceria ocasional).

Ela está se referindo à resistência do poliuretano contraposto ao látex, e à diferença de área coberta pelos preservativos. Este último aspecto é apresentado pela literatura, mas não há até o momento estudos específicos a respeito (Bounds, 1997; WHO & UNAIDS, 2000).

CONTROLE DE QUALIDADE PRÓPRIO

Dois entrevistados do sexo masculino informam testar a qualidade das camisinhas masculinas por iniciativa própria. Um deles não faz uso, e o outro, que usa de forma consistente, Tito, descreve suas precauções no trecho a seguir:

“Foi a Jontex que eu tive sérios problemas com ela, estourava toda hora! Não era por não saber usar. A camisinha estourava freqüentemente. Uma outra já não estourava, mas um dia eu fiz um teste com ela, peguei coloquei água e fiz pressão, e realmente tinha locais aonde a água saía... parei de usar! (...) Encho, enrolo, amarro, faço um nó e depois faço pressão ainda. (...) Acredito, não é? Na Blowtex, não é? Acredito na Blowtex, não na camisinha!” (Tito, 22 anos, aluno universitário, 3 parceiras ocasionais).

PROTEÇÃO COMO FRUTO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR NEGATIVA

Roberto, pedreiro que tem primeiro grau completo, verbaliza que o “*medo entre aspas*” facilita que as pessoas adotem práticas de proteção. “[Usar camisinha] *é sagrado. É como se fosse um remédio para viver*”. Ele faz uso consistente da masculina por força de tratamento de HPV que sua esposa (Jesuína) estava se submetendo. Ele já se encontrava em fase de controle somente. Neste trecho, ele fala de mudanças que este diagnóstico e adoecimento geraram em seu ponto vista e condutas:

“Antes eu não me importava! Tipo antes, por exemplo, é... se eu conhecesse e tivesse oportunidade de levar um relacionamento para frente... Eu levaria. Hoje já penso diferente. Por quê? Por medo. Aí o cara fala assim: “- Mas já tem a camisinha”. Quer dizer. Eu não confio na camisinha [em sua experiência a camisinha masculina já arrebitou] (...) Eu acho que facilita a usar, eu acho que... [entrevistado ri], facilita entre aspas, não é? Eu acho que é o medo. O medo faz usar. (...) Realmente as pessoas se acomodam. As pessoas tinham que ser realistas: “-Oh, de repente vá que eu conheço alguém”. Vou dar o exemplo de mim, de repente se eu falar você conhece alguém, eu vou ofender a pessoa! De repente eu posso conhecer alguém e vou me relacionar com alguém, vou ter algum tipo de problema. Eu não vou te falar. Você não vai saber”. Ou vice-versa, não é? Porque se eu falar diretamente “você pode fazer” [ênfase do entrevistado]... a pessoa vai se sentir ofendida. Então, eu acho que um diálogo devia ser mantido com as pessoas, para chegar a... usar sempre a camisinha! “-Ah, mas eu não estou te traindo, eu não traio você”. “-Ah, nem eu!”. “-Então a gente não vai usar não”. “-Vamos usar porque, pôxa sei lá! Tem tantos fatores aí que a gente pode ter motivos de problemas”. Sei lá, inventa uma história...” (Roberto, 31 anos, pedreiro, parceria fixa).

Já sua esposa, Jesuína (ele tem sete anos de casamento) expõe sua experiência, e se queixa do uso da camisinha masculina. Ela tem terceira série completa.

“Não é mais aquela mesma coisa de antes, não é? Porque tem um ano e pouco já que eu estou usando preservativo. Por esse problema. Mas, tipo assim: não é, a gente namora, brinca e tudo, mas sei lá! Não é a mesma coisa.... sabe? Ficou diferente!” (Jesuína, 31 anos, balconista, parceria fixa).

A entrevistada Mariana discute alternativas de proteção usadas por ela, desde seu diagnóstico HIV. Ela era gari antes de se aposentar, e tem a sétima série completa:

“Quando é o preservativo masculino, eu acho que é pior do que a feminina. Porque eu com a feminina, eu sinto mais prazer do que se tivesse com a masculina. Agora eu não sei por que... Eu não sei se é porque ele não coloca direito. Eu não sei se é porque ele fica com medo daquele “trem” parar lá dentro de mim! Eu não sei o quê que é! (...) A feminina, a gente usa. Mas ela faz quase o mesmo efeito da outra. Porque sem ela a gente sente propriamente o calor da pessoa ali dentro da gente. Já com o preservativo,

tira um pouquinho. (...) Não gosto, mas se tiver que usar, tem que usar não é?” (Mariana, 32 anos, do lar, parceria fixa).

A entrevistada Rosana avalia risco e proteção hoje. Ela tem primeiro grau completo. Seu marido faz uso consistente da camisinha masculina desde que foi diagnosticado HIV em ambos.

“Eu sei que é preciso, aí eu uso proteção. (...) Porque se fosse comigo, por exemplo, se eu pudesse voltar atrás, podia fazer o teste, podia fazer o que for! Porque eu acho que coração dos outros é território onde ninguém pisa, e de repente você acha que ele está só com você, e não está! Certo? Então eu acho que de maneira alguma! O certo seria em todas as relações. Inclusive casados mesmos! (...) Não tenho nada da anormal, eu estou bem de saúde. Está tudo direitinho. Eu não sinto nada. Quer dizer, você vai imaginar que você está com doença? Eu acho difícil! E não é por nada não, mas tem muita gente ainda que não usa a camisinha, quando conhece a pessoa não usa. Por incrível que pareça!” (Rosana, 26 anos, do lar, parceria fixa).

Como já apresentado nos Quadros II e III no capítulo 4, dos trinta sujeitos do estudo, dezenove, a saber, cinco homens e quatorze mulheres, estavam fazendo uso consistente de proteção. Destes, somente oito (três homens e cinco mulheres) o faziam preventivamente. Os outros onze adotaram práticas protegidas somente após diagnóstico de alguma DST. Há outro caso, também já citado, que apesar do HPV já diagnosticado, ela estava sem tratamento há um ano, e com parceria fixa recente (oito meses) sem uso de qualquer método de proteção.

9. NEGOCIAÇÕES: PAPEL DO PRESERVATIVO FEMININO

As entrevistas que informam uso prévio do preservativo feminino podem nos oferecer elementos de análise das dificuldades vivenciadas, e por vezes superadas. Além disso, podemos perceber claramente o papel que a orientação e acompanhamento adequados podem desempenhar em prol da adoção de práticas sexuais protegidas, dentre elas o uso consistente do preservativo feminino.

Marlene, por exemplo, obteve o preservativo feminino e, por iniciativa própria tentou fazer uso do mesmo. Ela tem sexta série completa e faz uso consistente de ambos os tipos de preservativos. Abaixo segue trecho no qual narra com bom humor sua primeira tentativa frustrada de uso da feminina, além de alguns problemas experimentados com parceiro no uso da masculina. Naquela ocasião, ela estava no impasse em sua parceria fixa devido à recusa dele em usar a masculina. A seguir, esta relação foi rompida.

“A questão da feminina, eu fiz a primeira experiência, não deu certo para mim não, no início foi muito difícil! Eu estava com esse velho, eu vivi cinco anos com ele. Quando eu introduzia para dentro, ela pulava para fora! Ninguém me ensinou como tinha que usar. Foi uma experiência! Foi boa a experiência, mas na hora do tesão acabava tudo, botava para dentro, e pulava para fora. Para mim no início não deu certo! Acabou que a gente nem fez nada por não saber colocar. Mas agora eu estou gostando. (...) Agora já aprendi, pode colocar uns 40 minutos antes... Quando deu este problema, foi naquela hora que a gente tava naquele tesão todo, ele ali de pau duro, e eu enfiando o negócio, pulando para fora, enfiando e pulando para fora! [entrevistada ri!] (...) Agora eu vou dar continuidade à feminina porque é até mais seguro! Tapa tudo! Esses dias atrás pouco a camisinha masculina, o pênis dele sendo mais grosso aí estourou. Aí teve que colocar outra, aquela confusão toda!” (Marlene, 37 anos, auxiliar de serviços gerais e líder comunitária, parceria ocasional).

Carmem estava em tratamento para HPV, e faz uso consistente da camisinha feminina. Ela tem sexta série completa, é falante, alegre e desinibida. Abaixo trecho descrevendo com detalhes a importância do acompanhamento médico e da família (apoio social) para sua saúde. Fala também com experiência sobre o uso de ambas as camisinhas e das dificuldades vividas, ponderando prós e contras:

“Para mim, a doutora “X” me pegou desde os 15, porque ela trabalhava lá no posto onde eu moro. (...) Tudo ela acompanhando, a primeira gravidez, a segunda gravidez, preventivo, tudo. Ela sempre me ensinou a me olhar e a me tocar, porque o homem tem para fora e a mulher tem por dentro. Tem que se tocar para sentir e compreender o que você tem, não adianta só olhar.

Eu achava aquilo o cúmulo! Deus me livre enfiar o dedo em mim! Para mim aquilo era o cúmulo da vida, eu não vou fazer isso nunca! Com o tempo eu comecei a fazer isso, mas não com frequência, lá uma vez ou outra eu me tocava, mas achava aquilo: “Oh!!”. É horrível! Parece uma flor, é parece uma flor. Aí eu parei. Quando foi agora nessa gravidez eu comecei a me tocar. Foi minha avó que disse: ‘Se você se tocar, se você passar o dedo você vai sentir pulsar dentro de você’. Vou sentir o neném pulsando, minha avó, olha só, mãe da minha mãe falando isso comigo! Eu disse: ‘Vó, passar o dedo...’!!! [entrevistada ri!]. Acabou com a moral dos velhos! Aí foi aonde eu me toquei. (...) Eu tenho um livro [material educativo sobre DST] que eu não largo! Eu ganhei [da ginecologista “X”], e tem tudo sobre doenças venéreas, eu nunca joguei ele fora! E eu fui me observando por aquele livro, eu olhava lá, e olhava cá! “Esse negócio tá errado, não tá ficando igual!”. Foi onde eu consultei (...) me encaminhou para cá, cheguei aqui, achei uma benção ter encontrado doutora “X”, eu não sabia onde que ela estava! (...) [Ele, o seu atual marido] Reclama sim [da camisinha masculina], incomoda. Aperta, e é como se perdesse o tesão! (...) Eu sinto um desconforto [com a masculina], não sei porque, mas a feminina para mim fica melhor!”

A seguir outro trecho desta mesma entrevista. Aqui ela descreve sua estratégia de convencimento para experimentar a camisinha feminina com o marido resistente ao uso de proteção, até aquele momento:

“Usamos [a masculina] depois de muita briga, muita conversa, muito falatório, consegui! Depois foi difícil outra vez! Aí eu voltei aqui [no CR], porque toda semana agora eu estou vindo para fazer o tratamento [HPV]. Eu falei com ela [ginecologista “X”], ela disse: ‘eu não posso fazer nada se ele não quer usar, a única coisa que eu tenho é a camisinha feminina’. ‘Então me dá esse negócio para mim usar!’. Quando cheguei em casa já fui pro lado dele. ‘Você não quer usar meu amor, vou dormir com isso aqui oh! Na hora que você quiser subir em cima de mim, já estou preparada!’ [entrevistada ri!]. Ele perguntou ‘- O que é isso?’. ‘- Camisinha feminina, você nunca tinha visto não?’ Ele, ‘- Não!’’. ‘- Pode deixar que quando você me procurar, eu já vou estar com esse negócio agarrado! Vou ficar uns 3 dias sem ter relação com você, que eu sei que no terceiro você vai vim me procurar! Mas quando você vim, já tô agarrado no negócio!’ [entrevistada ri!]. Foi justamente isso o que eu fiz! Quando ele veio me procurar, que veio, que veio, que veio, eu falei bem assim, ‘- Meu bem pera aí!’’. Eu não deixava ele botar a mão embaixo. Tá me beijando, tá me alisando, tá assim, tá assado, até que ele perguntou ‘- O que é isso?’ Eu disse: ‘- Estou prevenida contra você!’ [entrevistada ri!]. Ele foi, riu, e continuou, não cortou! Foi quando ele achou melhor a camisinha feminina, porque não teve que parar, cortar o clima para colocar, aquela coisa toda. E até eu, porque eu gosto do negócio, eu preferi a camisinha... [feminina]. (...) Eu acredito mais do que na do homem, porque fica mais folgada, fica melhor. Tá em mim, eu tô vendo, eu sei!” (Carmem, 22 anos, cozinheira de restaurante, parceria fixa).

Mariana tem sétima série completa e é soropositiva. Ela é adepta exclusivamente da camisinha feminina com uso consistente há seis meses. Abaixo um pouco de sua experiência com o produto:

“Eu ainda prefiro a feminina (...), por exemplo, se você prestar a atenção, for com mais calma, se não for com muita loucura, não vai entrar para dentro! Já a do homem, não. Se bobear na hora fica lá dentro [refere-se a dependência da ereção]. (...) Eu gosto da feminina, eu me sinto bem! É melhor, eu mesmo coloco, não é? Não corre risco de arrebentar. É melhor para a gente até tirar, até para jogar fora. Eu achei melhor essa feminina” (Mariana, 32 anos, do lar, parceria fixa).

Os argumentos de Rose são claros e objetivos. Ela faz uso consistente, fala de maneira contundente sobre a adoção de práticas protegidas e diferentes atribuições de valor no que se refere à negociação de poderes, prazeres, proteção e “visões por gênero”. Ela estava cursando o supletivo do segundo grau, sua irmã é soropositiva, e sua parceria fixa atual é com homem de quem já foi parceira antes:

“Eu acho que o quê dificulta o uso da camisinha é o homem! Porque ele acha que vai ser menos homem. Eu acho que o problema do uso da camisinha não está na mulher, está no homem. “- Ah, porque isso faz isso. Isso aperta, isso é incômodo!”. Ele sempre tem um argumento. A mulher também é muita descuidada! Eu espero que nós tenhamos pegado consciência e passamos a se cuidar mais. Geralmente a resistência é do homem. É muito difícil! Se eu fosse homem, eu nunca diria: “- Não vou transar com você já que você só quer de camisinha”. Não, eu jamais faria isso! É sinal de inteligência! (...) Eu acho que essa idéia da camisinha feminina [pode facilitar o uso da proteção]. Não precisa implorar o homem para usar. Apesar de que a gente vai ficar sem, a gente vai ceder mais uma vez. Porque quando a gente se adaptar à camisinha feminina, que gostar da idéia, o homem não vai mais precisar usar a dele! Então, ele ganhou mais uma vez porque a gente vai estar sempre prevenida para ele: “-Ah, ela já usa mesmo! Então, não vou nem levar a camisinha comigo!”. (...) Agora eu estou tentando me adaptar com o preservativo feminino. Porque é melhor, a gente já fica tranqüila, não precisa nem ele saber! Vai sentir, é claro. Eu acho que dá para saber a diferença. Mas, pelo menos, não precisa ficar incomodando: “- Você não vai usar preservativo? É melhor!”. Eu adorei a idéia! (...) porque a gente se torna mais independente ainda! (...) Eu tive um pouco de agonia com a feminina por causa do barulho. Mas de repente, pode ser até psicológico, quando a gente nunca usou, a gente acha um monte de defeito!”.

Abaixo outro trecho da mesma entrevista, no qual ela fala sobre sua facilidade em inserir a camisinha feminina:

“Então, por isso eu não tive muita dificuldade em colocar ela: eu também uso O.B. Então não é tão difícil, para a gente não é complicado, porque a gente já está acostumada com aplicação... Eu acho a idéia da camisinha feminina excelente! (...) Não [acredita na proteção oferecida pela camisinha masculina] na verdade, eu não acredito muito porque eu já tive a experiência dela arrebentar. Aí, se não tivesse tomando anticoncepcional, e se o cara tivesse algum problema, já era! (...) eu acho que eu me sinto, ah, depois da experiência que eu tive com a feminina, eu acho que o mais seguro é a feminina, porque ela parece mais resistente!” (...) eu uso a camisinha masculina há muito tempo, eu me sinto confortável com ela, não segura porque ela arrebenta, talvez pelo jeito de colocar, aqueles macetes todos. Mas, eu acho que é a mesma coisa, talvez eu pense assim da camisinha feminina daqui mais um tempo, quando eu acostumar com aquele barulhinho que faz, parece que está com água dentro da gente, sei lá... [entrevistada ri!]” (Rose, 32 anos, do lar, parceria fixa).

O trecho a seguir expressa possíveis dificuldades para o uso da camisinha feminina (durante a penetração o produto saiu do lugar), algumas delas oriundas da maneira como a sexualidade feminina é legitimada (Fine, 1988; Carovano, 1991). Regiane tem segundo grau completo, é casada há sete anos, soropositiva, assim como o marido que faz uso consistente da camisinha masculina. Ela afirma que, caso ela se prepare para o sexo e ele recuse, ela se sente “cortada”.

“(...) entra uma coisa assim de rejeição! (...) eu não conseguia procurá-lo, porque o medo de eu procurá-lo, fazer um carinho, fazer uma carícia, dizer ‘eu quero!’, e ele dizer ‘não!’, eu me encolhia no meu canto! (...) Na verdade, nenhum dos dois gostou muito [da camisinha feminina]! Não é dizer que é por causa dele, ou é por causa ... Na verdade, está nas minhas mãos, se eu colocar ele vai usar! Mas eu acho que eu também não gostei muito! Eu achei assim uma iniciativa válida! Em vários sentidos! (...) [A camisinha feminina] É muito barulhenta, não sei se eu não coloquei direito!... Eu só sei que no meio do caminho a coisa saiu foi nele! Saiu de mim e ficou foi nele! Ficou esquisito, ficou uma coisa sem graça, perdeu o pique, perdeu o tesão! [entrevistada ri] (...) Eu vou experimentar de novo a camisinha feminina” (Regiane, 33 anos, fotógrafa, parceria fixa).

Guto foi o único dos homens entrevistados que havia tido relação com parceira usando camisinha feminina. Ele é universitário e faz uso inconsistente da masculina. No trecho abaixo, levanta alguns pontos a respeito da feminina, reforçando a importância do apoio social:

“Eu acho que para facilitar [o uso da proteção] não é usar a camisinha masculina, usar a feminina. Baixar o preço da feminina. O acesso é muito caro, mas ela é milhões de vezes melhor que a masculina! Se eu tiver duas opções, eu vou escolher a feminina! Ela não aperta!”.

Ele continua argumentando acerca da camisinha feminina como pretexto para brincar e explorar o corpo feminino, valorizando assim tais elementos, além de trazer novas possibilidades de aumento do prazer para ambos, já que “*não aperta*” o homem, e o anel externo vem sendo apontado como fator de aumento do prazer feminino (Ministério da Saúde, 1999). A preocupação com a possível nova atribuição de responsabilidade e cuidado por parte da mulher, já apontada por Rose em trecho anterior, também é discutida por ele:

“Por exemplo, a masculina é muito mais rápido, você pega, põe e vão bora! A feminina demora mais, mas se bem que você pode brincar, não tem muito problema não, ela é grandona, dois aneiszões, um maior... Eu tenho um pouco de dificuldade, eu já a pus, e tenho um pouco de dificuldade de estar colocando. Ela é um pouco complicada porque tem que colocar, encaixar por trás [refere-se ao osso púbico]. (...) Se encaixar direitinho, ela não sai. Mas eu acho que deveria ser mais explorada a camisinha feminina, inclusive divulgação, fazer propaganda, estar orientando porque é muito mais complicado usar. Fazer uma propaganda grande nos homens, porque senão é mais um troço para responsabilizar as mulheres! Mais uma coisa! (...) Usei duas vezes só, duas ou três no máximo! Podia até usar mais!” (Guto, 24 anos, aluno universitário, parceria mista).

A fala acima expõe aspectos ligados à histórica responsabilização das mulheres pela proteção nas práticas sexuais. Fala ainda sobre a novidade trazida pela inserção do produto, agora no corpo feminino. Tal gesto, como já discutido, pode trazer obstáculos, por vezes superados. Trata-se de uma possível “nova” fonte de “brincadeira” nos momentos eróticos e sexuais entre homens e mulheres.

No exemplo vivido por Fábria, ela não conseguiu ariscar e tentar usar o produto sem orientação especializada. Ela tem quarta série completa e não faz uso de nenhum método de barreira, somente contraceptivo oral. Abaixo resumo de suas dificuldades e reação à camisinha feminina:

“Um ex-namorado meu comprou da masculina e da feminina, a gente usou a masculina. Eu não tive coragem de usar a feminina, ficou guardada, eu até dei para minha tia, eu acho! Nem sei! Eu não tive coragem de usar, achei assim, estranho! Uma coisa assim diferente! (...) não cheguei a abrir não, só vi pelo deseinho!” (Fábria, 23 anos, balconista, parceria fixa).

Danusa, prima de Fábria, faz uso inconsistente da camisinha masculina, e se mostra sensibilizada pela existência da camisinha feminina, mas não tem familiaridade com a mesma. Ela tem segundo grau completo e sua mãe, além de soropositiva, ficou viúva por causa do HIV:

“Eu nunca vi a camisinha feminina, não conheço. Vi só em palestra, em televisão já vi também, mas pegar nela mesmo, eu nunca usei e nunca peguei nela! Se for o caso de broxar, tem alternativa da feminina. E para facilitar o uso dela, ah não sei, não sei te falar, não sei explicar...” (Fábria, 20 anos, proprietária de comércio, parceria fixa).

Edésio faz uso inconsistente da camisinha masculina, e manifesta espontaneamente sua curiosidade a respeito da camisinha feminina ao responder a última pergunta do roteiro: “*Ouvi falar [da camisinha feminina], mas nunca usei, nunca vi pessoalmente, nunca peguei. Gostaria muito, ia até pedir para você trazer! Você não tem um exemplar aí para me mostrar?*” (Edésio, 25 anos, professor universitário, parceria ocasional).

Gilson, apesar de nunca ter usado, já ouviu comentários positivos e negativos sobre o produto. Ele tem terceiro grau completo e não faz uso de método de barreira:

“Sim, conheço [a camisinha feminina]. Já vi. Nunca transei com ninguém que usasse camisinha feminina. (...) Tenho [curiosidade]. Essa minha amiga que usou e falou que para ela foi tranquilo, que ela imaginava que tivesse barulho, que fosse incômodo, que fosse assim aquela coisa meio..., de que aquilo ia sair. Diz ela que não. Nada disso. Foi tranquilo. (...) [Não conhece nenhum homem que tenha tido relação sexual com a parceira usando a feminina] e muito pelo contrário, existe uma espécie de preconceito, entre meus amigos: “- Ah, não transaria com isso não! Deus me livre! Ah, a mulher bota um coador!... Ah, não!”. E tem aquela coisa: “- Ah imagina, eu vou entrar com camisinha e tudo!”. Como se ele tivesse um membro deste tamanho [ênfase do entrevistado]! E tipo assim: “- Pô! Uma limitação! Qual é?”. Não é bem vista!” (Gilson, 30 anos, advogado e bancário, parceria fixa).

Valdete na ocasião da entrevista havia acabado de sair de consulta ginecológica na qual recebeu a camisinha feminina como amostra. Ela tem sétima série completa, e o trecho de sua fala abaixo expressa seu interesse: “*Agora com o surgimento da feminina ficou melhor ainda porque não cortar o clima... peguei hoje para experimentar. Mas gostei de todo o processo dela! Vou estrear hoje!* [entrevistada ri]” (Valdete, 25 anos, desempregada, parceria fixa).

Já Giuseppe, universitário que faz uso inconsistente da camisinha masculina, expressa sua clara rejeição ao produto:

“Já ouvi falar sim. Já vi até na farmácia, mas nunca usei. Eu tenho a impressão que deve ser horrível! Porque parece uma sacola... Eu fico imaginando que deve dar uma sensação de que você está pegando um pacote

de fandangos [ênfase do entrevistado] e comendo! [entrevistado ri]" (Giuseppe, 22 anos, aluno universitário, parceria fixa).

No mesmo sentido, Helena, universitária que não faz uso de método de barreira, manifesta impressões negativas sobre a estética da feminina: "*Nunca vi na minha mão. Eu já vi uma demonstração na televisão. Achei horrível! Achei horrorosa! Achei estabanada! Achei uma coisa muito grande! Então eu nunca tive nem interesse de procurar para pegar*" (Helena, 26 anos, aluna universitária, 2 parceiros ocasionais).

Já seu parceiro ocasional, Jovani, já havia conhecido a camisinha feminina através de um trabalho voluntário realizado num restaurante no centro de Vitória. Na ocasião recebeu uma unidade, e não se interessando em experimentá-la, deu para uma amiga. Seu comentário também é negativo: "*Pô, é horrível cara!* [entrevistado ri]. *Parece um coador de plástico essa coisa! É horrível!* [ênfase do entrevistado] (...) *acho que a estética é péssima!*" (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

Margot é alérgica ao látex da camisinha masculina, e seu parceiro vem fazendo uso de forma consistente da camisinha masculina de silicone. Ela tece comparações entre as masculinas (látex e silicone) e a feminina, além de comentar suas dificuldades com a feminina. Até aquele momento, ela só havia feito uma tentativa de uso "*com a pessoa errada!*". Em seguida ela afirma: "*A feminina é hipoalergênica*" (Margot, 35 anos, dentista, parceria ocasional).

Há diversas convergências entre os dados encontrados entre os sujeitos desta investigação e a literatura sobre o tema. Certamente o preservativo feminino não traduz os anseios inerentes a um "método ideal" de dupla proteção. Não há "método ideal" para todas as situações (Latka, 2001). No entanto, podemos mais uma vez encontrar relatos nos quais a existência e disponibilidade do produto viabilizaram situações nas quais a proteção estava sendo adotada. Ou seja, diante da configuração atual de alternativas para proteção, a camisinha feminina representa ampliação de possibilidades de vida sexual protegida para homens e mulheres (WHO & UNAIDS, 2000).

CONCLUSÕES E CRÍTICAS

Este capítulo tem por objetivo discutir em conjunto à luz da literatura alguns dos resultados encontrados, e já analisados separadamente em capítulos anteriores.

A estratégia usada para construção do objeto empírico privilegiou as histórias de vida tendo por temas a sexualidade e o uso de métodos de proteção. Tais trajetórias expressam possíveis eventos marcantes que (re)definem rumos da vida dos indivíduos concretos em seus respectivos contextos. A estratégia escolhida possibilitou alternativa para tematização das “práticas sexuais” ou das “identidades sexuais”. Tais conceitos, intencionalmente, ou não, podem forjar “confissões” por parte do sujeito entrevistado, reflexo da herança da “ciência sexual” definidora dos “grupos de risco”. Houve a intenção de não reforçar qualquer suposta “universalidade”, uma vez que *“ninguém é imune a nada!”* (Rose). Tal racionalidade pouco reflete a sexualidade humana, assim como os discursos a seu respeito. São dignos de menção dois exemplos das inúmeras incompatibilidades possíveis entre a terminologia biomédica, os discursos e o cotidiano das pessoas reais. Ambos são advindos de pesquisas de campo. No primeiro, um travesti ao assistir plenário do I Encontro Nacional do Movimento Homossexual gritou: *“Que bichisse é essa de home-sexual? Todo home é sexual e ponto!”* (Guimarães, 1998:24). Santos também relata caso curioso ocorrido quando da realização de pesquisa com alunos de escolas cariocas. Naquela ocasião, a homossexualidade feminina foi por vezes aludida como *“mulher-sexual”* (Santos, 1992:231).

Buscou-se chegar ao que está sendo negociado no uso, e no não uso, dos preservativos. No decorrer de todo o processo de análise do material de campo perguntou-se o que move as escolhas feitas, que valores essas escolhas expressam? Quais são os motivos simbólicos e/ou objetivos para rejeição das camisinhas, tanto masculina quanto feminina? Que possíveis mudanças são potencializadas com a adoção do preservativo feminino?

Aspectos que poderiam constituir diferenciais dentro das trajetórias dos indivíduos entrevistados foram aventados. Para citar alguns: background sócio econômico, gênero, idade, escolaridade, tipo de parceria, tipo de método usado, e ter (e/ou ter tido) DST diagnosticada.

É crucial discutir analiticamente as categorias e as relações entre elas que, em última instância, formam redes de concentração de capital simbólico, valor cultural. Pode-se questionar até que ponto tal conjunção garante o aumento das possibilidades de adoção de medidas de proteção. Claramente este não foi o caso de uma das jovens

entrevistadas, Helena de alto poder aquisitivo e capital acadêmico elevado, nem de Edésio e Guto, todos da mesma faixa etária. Eles não incorporaram o valor da proteção em suas práticas. Jovani difere basicamente quanto à faixa etária, sendo de uma geração mais velha, e é atual parceiro ocasional de Helena.

A menor escolaridade (capital acadêmico) entre mulheres vem sendo modificada, o que fomenta possibilidades de autonomia financeira das mesmas. Mudanças recentes no mercado de trabalho não necessariamente garantem aumento da igualdade entre os gêneros, uma vez que a sobrevivência das mulheres e das famílias chefiadas por elas tem se dado com pauperização. Já a legislação civil que constituía o homem como tutor vem passando por alterações.

Nas classes menos favorecidas, o trabalho remunerado feminino sempre esteve presente, pode ser percebido como mais uma de suas obrigações familiares. Este poder aquisitivo não é, portanto, configurado como um meio de afirmação individual da mulher, pois não tem valor em si, mas valor para a família. Desta forma não modifica o lugar da autoridade masculina. A gratificação e os benefícios são oferecidos à família, aos filhos.

Não nos parece demais reforçar o fato de que os obstáculos para consolidação de capital simbólico necessário para adoção de práticas protegidas persistem de forma generalizada, independente de classe social ou gênero. Dados acumulados apontam para o fato de que a situação das classes populares é mais difícil quando comparada às classes médias que vêm conseguindo avanços e conquistas.

A manutenção do relacionamento e do vínculo amoroso parece motivar as pessoas em suas escolhas, mais do que a manutenção da saúde, prevenção de doenças, e em alguns casos, até a prevenção de gravidez. Ou seja, o valor do “amor” não se equipara ao valor dado à proteção. O conhecimento mútuo é fundamental no processo estruturante das relações sociais, funcionando como garantia de segurança que permite aproximação e intimidade (“a casa, a rua e o outro mundo”, DaMatta, 1987). É a valorização da capacidade que ambos detêm de saber se escolher. Se a rejeição da camisinha masculina pelo parceiro pode ter o sentido de marcar sua virilidade e presumida fidelidade, a rejeição pela mulher pode ser um sinal que ela confia nele, que existe um “compromisso” transformador do ato sexual em algo sublime. Assim, o ideal conjugal romântico fica mais próximo do vivido.

Assumir o risco de uma possível gravidez pode ser um ato intencional. Frequentemente não há nenhuma testagem dos envolvidos. Evita-se, talvez, a imagem “fria”, calculista, ou até “sexualmente ativa demais”, em especial se o sujeito for uma

mulher (Fine, 1988; Carovano, 1991). Esta visão negativa pode ser considerada um risco maior do que desafiar o “destino”, ir “*na sorte*”.

Segundo Guimarães (1998), muitas de suas entrevistadas afirmaram que o amor protege. A idealização do outro é fruto de um complexo processo advindo da sobrevalorização que supõe atributos quase mágicos. Esta qualidade particular extraordinária é precisamente a “perfeição”, e o veículo pelo qual esta “perfeição” transita é a idealização da auto-satisfação. Por isso, o suporte empírico deste objeto fantasmático (o ser amado) é tido como único, embora possam existir muitos exemplares da mesma categoria. No objeto idealizado existe, portanto, um fator que não provém do próprio suporte, mas da fantasia, fruto de complexas interações psíquicas. Estas têm estreitas relações com a auto-imagem do sujeito, que está longe de ser uma noção simples. Como nos narra Carmem, no seu primeiro casamento, “*Tudo era ele. Eu nem ligava!*”. Designa também o próprio corpo, cuidados consigo, autovalorização com implicações diretas sobre aspectos da vida e práticas sexuais. Há mediação simbólica que relaciona dialeticamente estruturas objetivas e estruturas mentais, princípio do *habitus*.

No que diz respeito à contracepção, a mulher “sexualmente passiva”, paradoxalmente pode ser a responsável pela “atividade sexual masculina”, como no caso do uso da pílula. A dinâmica das relações de gênero constrói subjetividades, sexualidades e afeta as percepções corporais (*habitus e hexis corporal*). É significativa a dificuldade relatada por algumas entrevistadas em tocar-se, quanto mais a “*enfiar o dedo*” (Mariana) em si, ato legítimo se executado pelo homem – parceiro, ou pelo profissional da saúde. Ela segue explicando sua fantasia de que “*se eu botar o dedo aqui, eu vou me machucar*”.

Dentre os entrevistados, grosso modo percebe-se que a responsabilidade sobre a proteção continua sendo de “responsabilidade feminina”. A imprevisibilidade da relação e o desejo também colaboram na não adoção de métodos de proteção. Há de se ressaltar que, dentre os entrevistados do sexo masculino, temos três relatos nos quais o valor da dupla proteção vem orientando as práticas, Valdomiro, Tito e Alcidélio, sendo estes de gerações e background socioeconômicos distintos. Tal fato aponta para mudanças desejadas em prol da prevenção e merecem ser valorizadas. Há também o caso de Guiseppe que assume responsabilidade de proteção somente contra gravidez indesejada, e Jacó que, apesar da contradição que emergiu de sua entrevista, e quando do cruzamento da mesma com a de sua parceira fixa, Luciana, afirma adotar medidas de proteção desde 1985.

A percepção de risco da infecção pelo HIV associa-se aos aspectos emocionais e relacionais das pessoas, não se limitando apenas aos conceitos classificatórios da epidemiologia (Kane, 1999). As escolhas dependem de um conjunto de fatores correlatos e não somente do risco aparente. A perda de laços afetivos e do compromisso amoroso, além de gerar dor, coloca a necessidade de arcar com as durezas da vida, assim como rebaixamento do status social e da auto-estima.

Entretanto, pode ser ingênuo imaginar que a condição de desigualdade de poder seja confortável para os homens, uma vez que medo, insegurança, ambivalência e conflitos são realidades integrantes da vivência das sexualidades e das vidas humanas. Segundo Bourdieu,

“a *virilidade*, entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também como aptidão ao combate e ao exercício da violência (sobretudo em caso de vingança), é, acima de tudo, uma *carga*. Em oposição à mulher, cuja honra, essencialmente negativa, só pode ser defendida ou perdida, sua virtude sendo sucessivamente a virgindade e a fidelidade, o homem ‘verdadeiramente homem’ é aquele que se sente obrigado a estar à altura da possibilidade que lhe é oferecida de fazer crescer sua honra buscando a glória e a distinção na esfera pública” (Bourdieu, 1999:64) (grifos do autor).

A interpretação de alguns dos achados empíricos desta investigação, como a denominada “*paranóia geral*” baseia-se neste referencial teórico.

Usar ou não usar camisinha não é a questão, por mais paradoxal que possa parecer. As questões maiores são aquelas diretamente ligadas à sexualidade, construção social historicamente datada; mudanças de hábitos e promoção da saúde.

Das trinta entrevistas analisadas, em dezenove os sujeitos afirmam a adoção de práticas de dupla proteção de forma consistente, sendo que onze por força de tratamento e prevenção de reinfeção por DST (quatro casos de HIV, três de HPV e outros quatro não definidos na narrativa do(a) entrevistado(a)). Ou seja, são oito os casos (três homens e cinco mulheres) de adoção –uso consistente- de proteção (prevenção primária). As razões alegadas estão diretamente relacionadas ao medo, ainda que esta justificativa se apresente de formas e intensidades diferentes, indo da “*bela paranóia!*”, precaução, à culpa por transmissão ocorrida anteriormente. Dentre eles, somente um homem (Tito) e uma mulher (Margot) afirmam fazer uso consistente de dupla proteção desde que iniciaram vida sexual ativa. Ambos pertencem ao grupo de maior capital acadêmico, ele ainda cursando o terceiro grau, e ela pós-graduada em odontologia. Nestas duas narrativas está presente nítida rede de apoio social, a começar pela própria

família de origem, passando por profissionais da saúde, escola, igreja – Católica - movimento de jovens, e mídia em geral.

Se analisarmos estes sujeitos adeptos da dupla proteção sem adoecimento prévio em termos do tipo de parceria atual, podemos afirmar que o uso consistente entre estes entrevistados confirma os dados encontrados em pesquisa nacional (Ministério da Saúde, 2000). Ou seja, o uso consistente do preservativo masculino, objeto daquela pesquisa nacional, se dá na maioria dos casos em relações ocasionais. Entre os entrevistados desta investigação também. Dentre os homens, todos os três estão tendo parcerias eventuais. Já entre as mulheres, duas afirmam ter parceiros ocasionais, que neste caso, segundo elas, significa relação sem compromisso. As outras três informam ter parceiro fixo, todas sem coabitação.

Um conjunto composto de onze sujeitos (seis homens e cinco mulheres) não informou uso consistente de dupla proteção. Há casos de uso de métodos contraceptivos orais (sete), duas mulheres com laqueadura, e ainda outros dois (um homem e uma mulher, casal em parceria ocasional) que praticam coito interrompido. Todos estes seis homens foram enfáticos ao narrarem os incômodos “intransponíveis” relacionados ao uso da camisinha masculina. Como já dito anteriormente, dentre o total de onze homens entrevistados, somente um tinha tido relação sexual com a parceira usando a camisinha feminina. Ele a apresentou como sendo a sua preferência, basicamente porque ela “*não aperta*”. Foi este mesmo entrevistado (Guto) que narrou “*estar tolerando melhor*” a camisinha Extra (dois milímetros maior) existente no comércio. Portanto, não é de se admirar que a camisinha masculina seja freqüentemente recusada diante de tantas queixas.

Dentre as mulheres que não estavam praticando dupla proteção, nenhuma delas havia experimentado a camisinha feminina, sendo que uma teve a oportunidade quando o então namorado comprou uma caixa, mas ela afirma que não teve “*coragem de usar*” (Fábia). Outras duas foram enfáticas ao se queixarem da camisinha masculina: uma delas afirmou que transar de camisinha é “*tipo um pênis de borracha, quando você está enfiando, para mim é a mesma coisa só que tem um homem mexendo*” (Danusa). A outra descreveu sua impaciência e irritação diante das dificuldades para obter satisfação e prazer com a freqüente perda de ereção por parte do(s) parceiro(s) no momento do ritual de colocação da camisinha masculina (Helena).

Se por um lado, as razões e queixas no uso e manuseio da camisinha masculina não são novidade, por outro lado, as semelhanças e recorrências destas queixas nas falas

de homens e mulheres, em diversas investigações realizadas em países diferentes, podem estar apontando para a necessidade de maior atenção a respeito.

A seguir as razões alegadas pelo conjunto dos entrevistados neste estudo para o não uso da camisinha masculina: desprezo e apatia diante do risco; medo do desempenho e queda da potência sexual; repulsa; quebra do clima erótico; desconfiança quanto à eficácia do método; alergia ao látex; desejo de contato com “*o calor*” do corpo do outro; barreira “*de separação*”; estranheza; desconforto; confiança na pessoa/parceiro(a); riscos são inevitáveis nas práticas sexuais; valor simbólico da procriação; uso de outros métodos em parcerias de longa duração; resistência da parceria, o que não necessariamente significa relações assimétricas.

Foi bastante comum o desconhecimento, e até atitudes preconceituosas em relação ao uso de lubrificante hidrossolúvel. Este produto foi explorado como fator importante para o prazer sexual de ambos seja em sua aplicação no pênis antes da colocação da camisinha masculina, seja sobre a mesma, ou no corpo feminino. Tais especificidades, dentre outras descritas a partir dos dados empíricos, emergiram das trajetórias de vida reafirmando a ineficácia de recomendações técnicas descontextualizadas (Seffner, 2002), como “use camisinha em todas as relações sexuais”.

Em parcerias consideradas “seguras”, o risco temido é de gravidez, que pode ser contornado com uso de pílula, coito interrompido e/ou aborto. Em parcerias “arriscadas”, camisinha, ou vai “*na sorte*”.

Em termos de contracepção, no total das mulheres ouvidas, há seis casos de mulheres laqueadas e uma histerectomizada. Há também cinco usuárias de contraceptivos hormonais, e uma que não faz uso consistente de nenhum método de proteção.

A proteção na ótica feminina está ligada à existência do outro, Deus, “casa”, ordem (DaMatta, 1987). As mulheres que adoeceram, ou que se tornaram “*adeptas*” (Andressa) da proteção preventiva, contam consigo para tal atitude. Agindo com autonomia, cuidam de si e do parceiro através do uso consistente de proteção. Duas entrevistadas (Valdete e Jesuína) continuam na dependência do outro, seja do afeto, do prazer ou do compromisso. Ambas têm diagnóstico de HPV, mas somente a segunda fazia uso de práticas protegidas.

A proteção para os homens está relacionada à noção de proteção ligada à figura da mãe, aquela que tudo aceita. Os que fazem uso consistente de proteção agem orientados pelo valor atribuídos à prevenção, ou estão assumindo os cuidados de si

motivados por experiências anteriores (adoecimento) que geraram medo (Roberto e Jacó). Somente os entrevistados Valdomiro, Tito e Alcidélio agem por prevenção, sem episódio de adoecimento progressivo.

Com já discutido no capítulo 1 (em especial nos itens 1.5 e 1.6), há dilemas na prevenção entre os gêneros. A busca do prazer, do contato com o corpo e do “*calor do outro ali dentro da gente*” (Mariana), proporcionam motivação para se evitar a “*paredinha de separação*” (Margot), aspecto “*psicológico*”, segundo esta mesma entrevistada. Em outros casos, “*Tinha vez que você estava com a camisinha na carteira, e não lembrava. Queria o bem bom logo!*” (Régis).

Além disso, o elevado valor dado à família e filhos relativiza os perigos decorrentes da vida sexual ativa (Carovano, 1991). Isto pode ser verdadeiro para os dois gêneros (como nos casos dos entrevistados Guto e Jacó), ainda que a marca seja mais visível nas mulheres. A situação relacional implica na avaliação e no reconhecimento do outro como a pessoa escolhida. Trata-se de um impasse “insolúvel”? Como propor medidas preventivas eficazes sem desestruturar os ideais de virilidade, um dos arcabouços que sustenta a organização social? O sexo protegido trás em si uma erótica e uma ética de compromisso prático por cuidados e responsabilidades mútuas. Se por um lado é na família que as questões de gênero se reproduzem, por outro, a família pode ser um locus de resistência ao processo de fragmentação, individualização e consumismo que está submetendo a sociedade como um todo, ainda que de maneiras diferenciadas. O conceito de dádiva, considerado fundamento de sustentação do tecido social (Mauss, sd; Godbout, 1999), pode ser uma ferramenta de interpretação e análise, dentre outras, deste tema.

O acesso, acompanhamento especializado e distribuição gratuita do preservativo feminino em alguns serviços viabilizam oportunidade real de ampliação das alternativas de proteção, e alternância do corpo no qual se usa o artefato, antes só o masculino, possibilitando um fato novo dentro dos encontros sexuais negociados. É uma alternativa que atende à necessidade e preferência de muitos (Ministério da Saúde, 1999). Por outro lado, até que ponto este produto controlável pela mulher (ou outros que venham a surgir no futuro), “encobre” questões das desigualdades intra e entre gêneros que contribui na transmissão sexual de doenças?

Estabelecendo como base o uso e não uso do PF, podemos aventar tipologias dentre os que usam determinado método de proteção?

No caso do preservativo feminino, sua disponibilização oferece alternativa de proteção diante da queixa de interrupção do clima erótico, da recusa do parceiro e/ou

dificuldade de ereção no uso do preservativo masculino (WHO & UNAIDS, 2000; Gollub, 2000). Esta é a narrativa das entrevistadas Carmem e Mariana. Ambas têm parceria fixa e vivenciam o uso imperativo de proteção determinado por DST diagnosticada (tratamento HPV e soropositividade). As outras duas entrevistadas que também estavam fazendo uso da feminina (Marlene e Rose) afirmaram ter no produto uma garantia de maior segurança diante das chances e/ou experiências anteriores de rompimento da masculina, e pelo fato que a feminina protege uma área maior, e “*vai lá no útero mesmo*” (Claudete).

O preservativo feminino explicita a questão do desejo feminino, aspecto presente nos relatos tanto das que aderiram ao seu uso, quanto das que não se adaptaram. Além do fato que o manuseio do produto exige toque vaginal para inserção (ato problemático que, se não superado, inviabiliza a possibilidade de uso e de adaptação), a iniciativa torna claro o apetite sexual feminino nem sempre considerado legítimo (Fine, 1988; Carovano, 1991; Parker & Galvão, 1996) e fonte de possíveis constrangimentos. A entrevistada Regiane tem segundo grau completo e aprofunda razões para sua rejeição ao produto até aquele momento:

“A feminina eu cheguei a experimentar algumas vezes, mas ela é tão barulhenta! Que tem algumas guardadas lá, mas eu nunca mais a usei! É, de repente porque eu não usei? Além desta questão do barulho (...) entra uma coisa assim de rejeição! Se eu me preparar para o sexo, e ele disser não, isso me corta! (...) eu não conseguia procurá-lo, porque o medo de eu procurá-lo, fazer um carinho, fazer uma carícia, dizer ‘eu quero!’, e ele dizer ‘não!’, eu me encolhia no meu canto!” (Regiane, 33 anos, fotógrafa, parceria fixa).

Neste sentido ela parece se sentir mais confortável delegando a ele a possibilidade de procura pelo sexo, da iniciativa, o que neste caso, significa ainda uso da camisinha masculina.

As dificuldades de inserção podem ser quase inexistentes dependendo da história passada do sujeito: “*Eu não tive muita dificuldade em colocar. Eu também uso O.B. Então não é tão difícil, para a gente não é complicado, porque a gente já está acostumada com a aplicação*” (Rose). Outras narram processo paulatino de superação da “*vergonha de enfiar o dedo. Eu nunca tinha enfiado o dedo em mim, agora estou sabendo enfiar a caminha! Mas tudo a gente vai aprendendo, não é?*” (Mariana), para o qual a orientação e incentivo por parte de médicos e familiares foram importantes (Ministério da Saúde, 1999; WHO & UNAIDS, 2000).

O único entrevistado do sexo masculino que havia tido relação sexual com a parceira usando camisinha feminina (Guto), nos conta sua experiência de inserção do produto. Ou seja, ele descreve brevemente possibilidades de exploração e brincadeiras com o corpo feminino, além de possível fonte de prazer, conhecimento e intimidade para o casal, conforme já descrito pela literatura (Gollub, 2000).

As características do preservativo feminino podem facilitar a adoção de práticas protegidas (Gollub & Stein, 1993; WHO, 1997; WHO & UNAIDS, 2000), hipótese confirmada pelas entrevistadas que dela fazem uso, assim como por Guto: “*Se eu tiver duas opções, eu vou escolher a feminina! [Porque] Ela não aperta!*”.

Por outro lado, alguns dos entrevistados também discutem mais esta possível delegação de cuidados para as mulheres, caso a camisinha feminina seja adotada como método: “*(...) é mais um troço para responsabilizar as mulheres! Mais uma coisa!*” (Guto). Ao reafirmar que gosta de usar a feminina, este entrevistado se justifica: “*Porque ela não aperta e..., realmente porque ela não aperta! Não tem muito essa questão de passar a bola ou alguma coisa deste tipo*”.

A literatura que problematiza a negligência em relação as DST não é novidade, nem se trata de um problema de saúde recente. As DST, além de diretamente relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, são consideradas importante co-fator para transmissão e para o adoecimento pela imunodeficiência causada pelo HIV (Singer, 1993; Carrara, 1994; Bastos, 2000). Tal negligência pode ser interpretada como uma maneira de se evitar este problema, que não se restringe às inúmeras diferenças e hierarquias sociais, mas envolve antigos valores morais. Um diagnóstico de DST nas parcerias fixas pode levantar delicadas questões e ser recebido como uma “acusação” de comportamentos desviantes, o que torna a pessoa “duvidosa”, especialmente as mulheres, ainda que não unicamente. Nas parcerias ocasionais, as repercussões do diagnóstico e/ou adoecimento por DST também existem, ainda que com intensidades distintas. O profissional da saúde estará lidando com um tema bastante problemático, carregado de vergonha, ansiedade, preconceito e estigma (Carrara, 1994 e 1996; Parker & Galvão, 1996; Brandt & Rozin, 1997), aspectos que podem colaborar para o abandono do tratamento por parte de homens e mulheres (Guimarães, 1998), além de comprometer a ideal diálogo franco (distinto de prescrições e normas técnicas) sobre sexualidade, prazer e saúde (Paiva, 2003). Mesmo quando o tratamento é feito, as dificuldades se fazem presentes e influenciam nos procedimentos e orientações. O trecho é da entrevistada de Claudete que fala de seu primeiro exame preventivo motivada por sintomas dolorosos:

“Eu só fiz o primeiro preventivo com 25 anos! Outro erro absurdo! Hoje eu me arrependo! Eu podia ter feito... Mas você sabe o que que é? Não foi nem por ignorância, por nada! É porque às vezes é preciso de alguém para pegar e falar, ‘vai fazer! Porque você precisa fazer!’ Sabe o que é nem passar pela sua cabeça que você teria que fazer aquilo? Não ter uma orientação! Fiz o preventivo e deu, deu uma anormalidade. Eu não sentia nada! Só uma queimação após a relação!... Exatamente por causa disso que eu fui no ginecologista. O meu ginecologista não me alertou nada não! Mas eu falei, ‘não, se eu estou com alguma coisa, eu corro risco..., ou eu peguei dele, ou eu corro risco de estar, e passar para ele! Camisinha!’ Por iniciativa minha!” (Claudete , 25 anos, empregada doméstica, parceria fixa).

Doenças sexualmente transmissíveis seriam consideradas meras fatalidades? Seriam elas como que acidentes de percurso que não merecem cuidados que “diminuem” o prazer? Os sujeitos sexualmente ativos não são imunes, caso medidas de proteção não sejam levadas em conta. Por outro lado, o silêncio sobre a sexualidade feminina, a concepção de que o pudor e ignorância feminina significariam “pureza”, fomentam o preconceito relativo as DST, já que estas trariam dúvida sobre a moralidade dos acometidos, em especial para mulheres. Nos homens poderia ser interpretado como sinal de virilidade, e ironicamente passível até de comemoração (Vance, 1995). A dicotomia (duplo padrão moral) entre “mulheres decentes e as outras” aparece em diversos relatos dos entrevistados.

Pode parecer meramente um fato histórico para olhos desavisados, mas só em 1993 o CDC (Centro de Controle de Doenças americano) incluiu o câncer de colo de útero como doença associada ao complexo HIV/aids (Guimarães, 1998). É do mesmo ano a incorporação de mulheres nos estudos de novos produtos farmacêuticos, uma vez que havia uma regulamentação de 1977 do FDA no sentido de excluir dos estudos fase I e fase II mulheres em idade fértil (as mais afetadas) até que fosse claramente demonstrada a não teratogenicidade desses produtos (Bastos, 2000). Ou seja, uma regulamentação que visava evitar lesões ao feto, estava tornando substancialmente demorado o acesso de mulheres doentes de aids aos produtos que necessitavam. Como discutido por Fine (1988), Carovano (1991) e por diversos outros em Parker & Galvão (1996), há dificuldade em se considerar a sexualidade e o prazer femininos.

As trajetórias sociais, as práticas e os discursos são componentes do *habitus*. As experiências de vida, violências e/ou abusos sofridos, assim como as relativas à classe social, gênero, idade e escolaridade, são exemplos comuns. Buscou-se intencionalmente

alcançar significados e valores específicos contextualizados nos relacionamentos sociais, afetivos e sexuais.

Amigos, família, escola e assistência dos serviços de saúde são algumas das fontes de acesso a recursos que parecem influenciar os diversos contextos particulares, facilitando, ou dificultando o *empowerment*, a “segurança [para] dar as cartas na hora certa!” (Rosana), aspectos importantes para os cuidados e manutenção da saúde de homens e mulheres (Castro et al., 1997; Valla, 1999).

O relato do entrevistado Jovani nos ilustra a ausência de diálogo em sua experiência familiar. Ele é um dos entrevistados que não expressa ter na proteção um valor internalizado.

“[Conversa sobre sexualidade] Nunca existiu! Até mesmo porque eu acho que a educação dos meus pais não era uma educação voltada para isso. Minha mãe era uma pessoa que morava em Guarapari, pessoa humilde, família humilde. Meu pai era uma pessoa de classe média alta, na época, entendeu? Mas com uma postura, aquela postura de “homem da família é macho!” [ênfase do entrevistado], entendeu? Não tem que conversar nada com o filho! Conversa é com a mãe. O que for tem que ser na porrada! Ou gritando, entendeu? Tinha vezes que eu ia dar um beijo no meu pai: “- Não! Não tem essa de me beijar não! Homem não beija homem!”. Então, em relação à sexualidade, nem se fala!” (Jovani, 41 anos, promotor de eventos e DJ, parceria ocasional).

A disponibilização de recursos materiais como artefatos tecnológicos de prevenção não garantem sua incorporação na prática cotidiana, caso não haja capital simbólico suficiente para gerenciar conflitos e dificuldades do processo. A reação de Fábia, cujo namorado comprou ambas as camisinhas (masculina e feminina) é ilustrativa. Ela afirma que não teve “*coragem de usar a feminina*”, e nem chegou a abrir a embalagem para conhecer. Tal fato nos leva a analisar o papel e o significado dos recursos emocionais, afetivos e instrumentais (apoio social) passíveis de ampliação através de orientação, trocas de experiências e acompanhamento adequado, como informado por alguns entrevistados. São exemplos de rede de apoio citados nas entrevistas: escola, amigos (mais velhos muitas vezes), profissionais da saúde, mídia (revistas pornográficas, material educativo e mais recentemente a TV e as campanhas), parceiro(a) sexual, vizinhos, em alguns casos religião e familiares.

Gilson critica o fato dos filmes e a TV não mostrarem pessoas usando camisinha. Segundo ele, nas cenas eróticas e sensuais a camisinha nunca aparece. Interessante ressaltar que em sua trajetória de vida, no despertar de sua sexualidade, ele

costumava encenar fotonovelas com uma menina ao redor dos 11 anos. Narra ainda que sempre chegavam ao beijo final, e se perguntavam com curiosidade o que mais acontece depois. De maneira pertinente ele aponta para o papel educativo e social que a mídia poderia estar exercendo de forma mais consistente.

Na falta dos diversos tipos de recursos (materiais, instrumentais, emocionais e afetivos) necessários para a construção de práticas protegidas consistentes, a “tragédia” de se opor ao desejo e atitude do(a) parceiro(a) – em geral do homem - pode ser pior que a de se expor ao risco, e sofrer “sozinho(a)” as conseqüências. A adoção de práticas de proteção de forma crítica e consciente pressupõe a não submissão ao desejo do outro. Tal atitude pode ter em nossa cultura mais um fator que dificulta sua consolidação, se considerarmos a colocação de Da Matta, que no Brasil o “*movimento é sempre no sentido da relação e da conexão*” (1987:26). Se conciliar é crucial, como não ceder diante da recusa e resistência alheia, a pessoa desejada? A “casa” é mais um santuário, um ninho do que um local de lutas e discórdias. Como garantir ato sexual prazeroso em clima de desacordo? Há de se ter muita “*tranqüilidade*” (Andressa), “*segurança*” (Rosana) e firmeza de propósito (“*Vacilou, dançou!*”, Valdomiro). Como unir proteção consistente ao desejo de “ *fusão*” do casal? Como conciliar liberdade com o compromisso de caminhar junto de alguém? Diante da filosofia consumista e do tudo fácil (sem dor nem desconforto), o trabalho necessário para manutenção do vínculo pode ser considerado excessivo. O que dizer da adoção de práticas protegidas consistentes?

A ênfase na repressão do desejo como “*método de proteção*”, quer seja pela abstinência sexual, ou pela monogamia exclusiva, pode cercear possibilidades de exploração e de reflexão sobre prazer e práticas protegidas. Diante de possíveis situações “*fora dos padrões estabelecidos*”, ou seja, quando da erupção do desejo reprimido, as recomendações da prevenção podem simplesmente ser desconsideradas, tornando as chances de infecção reais, como em diversas entrevistas. Segundo Regiane, soropositiva, o HIV e outras DST são “*por causa da traição do marido*”, “*que resolveu ter uma aventura! Foi a pior aventura da vida dele! (...) Foi o ser perfeito que falhou!*”.

A própria explicitação do tema proteção e cuidados para saúde sexual pode ser um dos limites para a adoção de práticas protegidas. Tal interpelação pode ser interpretada como atitude política que viola princípios das relações eróticas e sexuais (Praça & Latorre, 2003). Tais princípios fundantes e éticos dependem da cultura em questão.

Indivíduos com condições simbólicas e práticas de conquistar a atitude que viabilize o prazer com proteção podem se constituir em objeto de investigação estratégica para promoção da saúde, mesmo considerando-se as dificuldades para se chegar a estes potenciais sujeitos de pesquisa. Certamente que o pacto conjugal, o “compromisso” entre o casal não se é uma mercadoria. Trata-se da suposta “garantia” do relacionamento, felicidade, companheirismo (dentro da perspectiva das relações igualitárias entre os gêneros). Idealmente seria sinônimo de saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, valores da modernidade como auto-afirmação, autonomia e competição ancoram-se em uma lógica que não necessariamente inclui a prevenção. Acrescente-se a este contexto, a crise do sistema público de saúde (Simões-Barbosa, 1999), falta de condições de trabalho em saúde reprodutiva no PSF (Moura & Souza, 2002), políticas discriminatórias nos serviços, crise das masculinidades (Giffin, 2002), duvidosa comunicação franca sobre sexo nos atendimentos (Paiva, 2003), necessidade de readequação das atividades de planejamento familiar (Kalckmann et al., 1997), além da conclamação pela efetiva implementação do PAISM (Osis, 1998). Estes aspectos, dentre outros, influenciam na qualidade do apoio disponibilizado à população para lidar e vivenciar a sexualidade. Os bons programas de prevenção priorizam os indivíduos e suas trajetórias de vida, e não as informações técnicas (Seffner, 2002). Parece-nos significativa a necessidade de se analisar com mais atenção os limites e possibilidades de atuação dos profissionais da saúde neste cenário, e a vital importância de se politizar o discurso da prevenção. Outro fato a ser considerado é que o acesso aos serviços não é universalizado. A priorização de políticas públicas e investimentos bem avaliados e gerenciados se faz urgente para a promoção da saúde.

Camisinhas (especialmente a masculina) se rompem, além de saírem do lugar. Apesar das considerações de ordem técnica e moral, o uso consistente de proteção parece ser a única estratégia disponível para prevenção da transmissão do HIV e de outras DST (Santos, 1992; WHO & UNAIDS, 2000). Não há uma tecnologia universal “eficaz”, uma vez que o contexto social e intersubjetivo é componente importante, e a maneira de lidar com a sexualidade depende da qualidade do apoio recebido (Paiva, 2003).

Em diferentes épocas a sociedade encontra muitas maneiras de definir o que é considerado desvio da norma. Com a medicalização, denomina-se como doença alguns dos desvios. O poder de mudança reside no indivíduo, ainda que ele não deva ser responsabilizado, uma vez que indivíduo e sociedade não são entidades autônomas. A

tarefa crucial é criar condições favoráveis para mudanças, condições nas quais a prevenção seja possível.

Focar nos danos (doenças) se mostra ineficaz até porque estes sempre estiveram presentes no cotidiano, nos diferentes momentos históricos. Os indivíduos não são particularmente vulneráveis ao medo do que lhes possa acontecer. Diante de questões diversas enfrentadas cotidianamente, fontes de alegria e prazer são freqüentemente valorizadas.

A tendência da sociedade humana de estigmatizar, ou tentar proibir certas condutas através da criação de sanções, é tão antiga quanto o desejo de usufruir prazer e satisfação. O que é considerado “bom” e/ou “natural” num momento, pode ser considerado indesejado em outros. Além disso, o que é “condenado” também estabelece um encanto e sedução.

Em momentos de crise, as oportunidades e o risco “se aproximam”. Se a agenda conservadora pode ser atualizada nas redefinições por força da progressiva disseminação da epidemia, por outro lado, há também a possibilidade de inovações políticas, sociais e/ou tecnológicas nas respostas e atitudes individuais e coletivas engendradas e catalisadas neste contexto. A introdução do preservativo feminino nas práticas sexuais pode ser uma delas, fato que certamente não se restringe à questão de disponibilidade, acesso ou conhecimento para uso e manuseio do produto. Caso a prevenção não seja inserida em uma proposta pedagógica política que inclua o agenciamento do sujeito, ela pode se reduzir à promoção de consumo de preservativos (Seffner, 2002). Buscou-se fomentar a autonomia e a adoção de práticas protegidas dentre de um diálogo problematizador e crítico.

CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS

A estratégia definida para se chegar aos sujeitos da pesquisa, em especial a escolha do Centro de Referência DST/aids (CR) da Prefeitura Municipal de Vitória, determinou em certa medida, as várias pessoas acometidas por DST. O investimento na rede oriunda dos contatos pessoais viabilizou sujeitos com perfis diversificados.

É considerável a crítica de não ter sido feito o pedido para que os entrevistados avaliassem a entrevista após o término da mesma. Na prática isso implicaria em religar o gravador após o momento de conversa informal. Tal gesto poderia ajudar a responder o que faz o sujeito participar da pesquisa. Seria uma forma de tentar esclarecer o(s)

sentido(s) que o pesquisado fez da situação da pesquisa e seus objetivos, e quais foram as razões que o levaram a aceitar participar daquela troca (Bourdieu, 1999b).

Outro aspecto não explorado foi raça (etnicidade), apesar dos indícios que apontam para a influência desta na capacidade de negociação dos indivíduos. Segundo Guimarães (1998), a omissão ou ausência desta informação em formulários de pesquisa pode ser atribuída ao racismo e discriminação disfarçados, fruto de interesses materiais e simbólicos de grupos dominantes brancos. Seria possível oferecer uma classificação sobre o tema, mas como não houve solicitação de auto-definição por parte dos entrevistados, este aspecto não foi levado em consideração para análise do material de campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGLETON, P; RIVERS, K.; SCOTT, S., 1999. Use of female condom: gender relations and sexual negotiation. In: Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. A comparative analysis of multi-site studies in developing countries (UNAIDS Best Practice Collection), pp.104-145, Geneva: UNAIDS.
- ARENDT, H., 1981. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA Jr., I.; CALAZANS, G. J., 1997. Aids, vulnerabilidade e prevenção. II Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de aids. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ.
- BADIANI, R.; QUENTAL, I.; SANTOS, E.M., 1997. DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização. Rio de Janeiro: BEMFAM.
- BARBOSA, R. M., 1996. Feminismo e aids. In: Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil (R. Parker & J. Galvão, orgs.), pp. 153-168, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ.
- BARBOSA, R. M., 1997. Negociação sexual ou sexo negociado? Gênero, sexualidade e poder em tempos de aids. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- BARBOSA, R. M., 1999. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder (R. M. Barbosa & R. Parker, orgs.), pp. 73-88, Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.
- BARBOSA, R. M., 2000. HIV/AIDS, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva, N.º 2, Rio de Janeiro: ABIA.
- BASTOS, F. I., 2000. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva, N.º 3, Rio de Janeiro: ABIA.
- BECKER, H., 1977. Uma teoria da ação coletiva. Rio de Janeiro: Zahar.
- BECKER, H., 1997. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec.
- BERQUÓ, E. & SOUZA, M., 1994. Homens adultos: conhecimento do uso do condom. In: Aids e sexualidade. O ponto de vista das Ciências Humanas (M. A. Loyola, org.), pp. 161-182, Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ.
- BLANCHET, A. & GOTMAN, A., 1992. L'enquête et les methodes: l'entretien. Paris: Éditions Nathan. Tradução de Greice Menezes.
- BONZON, M., 1995. Amor, sexualidade relações sociais na França contemporânea. Estudos Feministas 3(1):122-135.
- BOTTOMORE, T., 1988. Dicionário do Pensamento Marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- BOUDON, R. & BOURRICAUD, F., 1993. Dicionário Crítico de Sociologia. São Paulo: Ática.
- BOURDIEU, P., 1979. Desencantamento do mundo. São Paulo: Perspectiva.
- BOURDIEU, P., 1989. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- BOURDIEU, P., 1996. Razões Práticas. Sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papius.
- BOURDIEU, P., 1999. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- BOURDIEU, P., 1999b. Compreender. In: A miséria do mundo (P. Bourdieu et al., orgs.), pp. 693-732, Petrópolis: Vozes.
- BRANDT, A. M., 1997. Behavior, disease, and health in the Twentieth-Century United States. In: Morality and health (A. M. Brandt & P. Rozin, orgs.), pp. 53-77, New York - London: Routledge.

- BRANDT, A. M. & ROZIN, P., 1997. Introduction. In: Morality and health (A. M. Brandt & P. Rozin, orgs.), pp. 1-11, New York - London: Routledge.
- BRIGGS, C. L., 1994. Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in Social Science research. New York: Cambridge University Press.
- CARDOSO, R., 1986. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: A aventura antropológica. Teoria e prática. (R. Cardoso, org.), pp. 95-105, Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CAROVANO, K., 1991. More than mothers and whores: redefining the aids prevention needs of women. International Journal of Health Services 21(1):131-142.
- CARRARA, S., 1994. Aids e doenças venéreas no Brasil. In: Aids e sexualidade. O ponto de vista das Ciências Humanas (M. A. Loyola, org.), pp. 73-108, Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ.
- CARRARA, S., 1996. Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B., 1997. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Revista de Saúde Pública 31(4):425-435.
- CIVIC, D., 1999. The association between characteristic of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. AIDS Education and Prevention, 11(4):343-352.
- CN DST/aids (Coordenação Nacional de DST/aids), 2002a. Preservativos continuam isentos de ICMS 20/12/2001. Brasília: Ministério da Saúde. 23 de julho 2002 <<http://ww.aids.gov.br/final/imprensa1/icms.htm>>
- CN DST/aids (Coordenação Nacional de DST/aids), 2002b. Ministério da Saúde duplica distribuição de preservativos femininos. Brasília: Ministério da Saúde. 23 de julho 2002 <<http://ww.aids.gov.br/final/video.htm>>
- CN DST/aids (Coordenação Nacional de DST/aids), 2002c. Dia Internacional da Mulher. A mulher em tempos de aids. Brasília: Ministério da Saúde. 23 de julho 2002 <http://ww.aids.gov.br/final/dia_mulher1.htm>
- CORREA, M., 1994. Medicalização e a construção da sexualidade. In: Sexualidade. O olhar das ciências sociais (M. L. Heilborn, org.), pp. 117-140, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- COSTA, J. F., 1979. Ordem médica, norma familiar. Rio de Janeiro: Graal.
- COSTA, J.F., 1998. Nem fraude nem favor. Estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco.
- CUMMINGS, G. L.; BATTLE, R. S.; BARKER, J.C.; KRASNOVSKY, F. M., 1999. Are African women worried about getting AIDS? A qualitative analysis. AIDS Education and Prevention 11(4):331-342.
- DA MATTA, R., 1978. O ofício de etnólogo, ou ter “Anthropological blues”. In: A aventura sociológica (E. O. Nunes, org.), pp. 23-35, Rio de Janeiro: Zahar.
- DA MATTA, R., 1987. A casa e a rua. Rio de Janeiro: Guanabara.
- DARROW, W. W., 1997. Health education and promotion for STD prevention: Lessons for the next millennium. Genitourinary medicine 73(2):88-94.
- DAVENPORT-HINES, R. & PHIPPS, C., 1998. Amor maculado. In: Conhecimento sexual, ciência sexual. A história das atitudes em relação à sexualidade (R. Porter & M. Teich, orgs.), pp. 421-439, São Paulo: UNESP.
- DELEUZE, G., 1992. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34.
- DETIENE, M., 1994. Dioniso a céu aberto. Rio de Janeiro: Zahar.
- DKT DO BRASIL, 2000. Atuação no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 11 de outubro 2000 <www.aids.gov.br/usaid/dkt/atua.htm>
- DOUGLAS, M., 1976. Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva.
- DOUGLAS, M., 1992. Risk and blame. Essays in cultural theory. London: Routledge.

- DUDEN, B., 2000. População. In: Dicionário do desenvolvimento. Guia para o conhecimento como poder (W. Sachs, org.), pp. 251-266, Petrópolis: Vozes.
- EL-ANSARY, A. & KRAMER, JR., O. E., 1973. Social marketing: the family planning experience. Journal of Marketing 37:1-7.
- FABIAN, J., 1983. Time and the other. How anthropology makes its object. New York: Columbia University Press.
- FAIRCLOUGH, N., 2001. Discurso e mudança social. Brasília: UNB.
- FERRAZ, R. C. F., 1993. A aritmética da saúde na Encyclopédie de Diderot e d'Alembert, Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- FERREIRA, A. B. H., 1999. Novo Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FC (FEMALE CONDOM), 2003. The Female Health Company. Chicago: FHC. 03 de maio de 2003 <<http://www.femalehealth.com/fhcompany.html>>
- FGV (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS), 1987. Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: FGV.
- FHI (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL) / AIDSCAP, 1997. The female condom: from research to marketplace. Arlington: FHI. (mimeo.)
- FINE, M., 1988. Sexuality, schooling and adolescent females: the missing discourse of desire. Harvard Educational Review 58(1):28-53.
- FLECK, L., 1986. La gènesis y el desarrollo de um hecho científico. Madri: Alianza.
- FONTANA, A. & FREY, J., 1994. Interviewing. The art of science. In: Handbook of qualitative research (N. Denzin & Y. Lincoln, orgs.), pp. 361-376, London: Sage.
- FOUCAULT, M., 1977. História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, M., 1995. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- FOUCAULT, M., 1996. A ordem do discurso. Aula inaugural no *Collège de France*. São Paulo: Loyola.
- GIAMI, A., 1994. De Kinsey à Aids: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: Aids e sexualidade. O ponto de vista das Ciências Humanas (M. A. Loyola, org.), pp. 209-240, Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ.
- GIDDENS, A., 1993. A transformação da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP.
- GIFFIN, K., 2002. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cadernos de Saúde Pública 18(Suplemento):103-112.
- GODBOUT, J. T., 1999. O espírito da dádiva. Rio de Janeiro: FGV.
- GOLDSTEIN, D., 1996. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In: Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil (R. Parker & J. Galvão, orgs.), pp. 137-152, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ.
- GOLLUB, E. L., 1999. Human right is a US problem, too: the case of women and HIV. American Journal of Public Health 89(10):1479-1482.
- GOLLUB, E. L., 2000. The female condom: tool for women's empowerment. American Journal of Public Health 90(9):1377-1381.
- GOLLUB, E. L. & STEIN, Z., 1993. Commentary: The new female condom - Item 1 on a women's AIDS prevention agenda. American Journal of Public Health 83(4):498-500.
- GUIMARÃES, C. D., 1994. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível. In: A AIDS no Brasil (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão; J. S. Pedrosa, orgs.), pp. 217-230, Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ e Relume Dumará.

- GUIMARÃES, C. D., 1996. "Mas eu conheço ele!": um método de prevenção do HIV/AIDS. In: Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil (R. Parker & J. Galvão, orgs.), pp. 169-181, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ.
- GUIMARÃES, C. D., 1998. Descobrimo as mulheres: uma antropologia da Aids nas camadas populares. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, UFRJ.
- HEILBORN, M. L., 1999. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Sexualidade. O olhar das ciências sociais (M. L. Heilborn, org.), pp. 40-58, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- HEILBORN, M. L. & BRANDÃO, E. R., 1999. Ciências sociais e sexualidade. In: Sexualidade. O olhar das ciências sociais (M. L. Heilborn, org.), pp. 7-17, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M. S., 2001. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.
- HUBERMAN, M. & MILES, M., 1994. Data management and analysis methods. In: Handbook of qualitative research (N. Denzin & Y. Lincoln, orgs.), pp. 428-444, London: Sage.
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA), 2000. Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Brasília: IBGE. 30 de maio de 2003 <<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/perfildamulher/apresentacao.shtm>>
- JOHNSON, A. G., 1997. Dicionário de Sociologia. Guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- KALCKMANN, S.; LAGO, T.G.; BARBOSA, R.M.; VILLELA, W.; GOIMAN, S., 1997. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. Cadernos de Saúde Pública 13(4):647-657.
- KANE, S., 1999. HIV, heroin and heterosexual relations. In: Culture, society and sexuality. A reader. (R. Parker & P. Aggleton, orgs.), pp. 284-304, Philadelphia: UCL Press.
- KNAUTH, D. R; VÍCTORA, C.G. & LEAL, O. F., 1998. A banalização da aids. Horizontes Antropológicos 4(9):171-202.
- LAGO, R. F., 1999. Bissexualidade masculina: dilemas de construção de identidade sexual. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- LAMPTEY, P. & PRICE, J. E., 1998. Social marketing sexually transmitted disease and HIV prevention: a consumer-centered approach to achieving behavior change. AIDS 12(Sup. 2):S1-S9.
- LATKA, M., 2001. Female-initiated barrier methods for the prevention of STD/HIV: where are we now? Where should we go? Journal of Urban Health 78(4):571-580.
- LAWLOR, R., 1991. Honrando a Terra. A nova sexualidade masculina. São Paulo: Interação.
- LOYOLA, M. A., 1994. Aids e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: Aids e sexualidade. O ponto de vista das Ciências Humanas (M. A. Loyola, org.), pp. 19-72, Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ.
- LOYOLA, M. A., 1999. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: Sexualidade. O olhar das ciências sociais (M. L. Heilborn, org.), pp. 31-39, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LUZ, M. T., 1982. O lar e a maternidade. Instituições políticas. In: O lugar da mulher. (M.T. Luz, org), pp. 11-31, Rio de Janeiro: Graal.
- MAUSS, Marcel, [19..]. Ensaio sobre a dádiva. Lisboa: Edições 70.
- MEDICAL LETTER ON DRUG AND THERAPEUTIC, 1993, 35(912):123-124.
- MERCHÁN-HAMMAN, E., 1999. Os ensinso da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. Cadernos de Saúde Pública 15(Sup.2):85-92.

- MINAYO, M. C. S., 1999. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Aceitabilidade do condom em contextos sociais diversos. Relatório final de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde-SPS-CNDST/HIV/AIDS.
- MONTEIRO, S., 1999. Aids, sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- MONTEIRO, S., 1999b. Aids e proteção: a visão de jovens de um bairro popular. Estudos feministas 7(1): 72-88.
- MONTEIRO, S. & SANTOS, E. M., 2001. Naturalização do risco: do molde à modulação? Cadernos de Saúde Pública 17(6):1298-9.
- MOURA, E.R.F. & SOUZA, R.A., 2002. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? Cadernos de Saúde Pública 18(6):1809-1811.
- O'LEARY, A., 2000. Women at risk for HIV from a primary partner: balancing risk and intimacy. Annual Review of Sex Research 11:191-234.
- OLESEN, V., 1994. Feminism and Models of qualitative research. In: Handbook of qualitative research (N. Denzin & Y. Lincoln, org.), pp. 158-174, London: Sage.
- OSIS, M. J. M. D., 1998. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 14(Supl.1):25-32.
- PADGUG, R., 1999. Sexual Matters: On Conceptualizing Sexuality in History. In: Culture, society and sexuality. A reader. (R. Parker & P. Aggleton, ed.), pp. 15-28, Philadelphia: UCL Press.
- PAIVA, V., 2003. Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial. Divulgação em Saúde para Debate 27:58-69.
- PARKER, R., 1991. Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best-Seller.
- PARKER, R., 2000. Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.
- PARKER, R.; HERDT, G.; CARBALLO, M., 1995. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: AIDS. Pesquisa social e educação (D. Czeresnia; E. M. Santos; R. H. S. Barbosa; S. Monteiro, orgs.), pp. 17-45, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO.
- PARKER, R. & GALVÃO, J. (orgs.), 1996. Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
- PATTON, C., 1990. Inventing AIDS. New York: Routledge.
- PETCHESKY, R. P., 1999. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder (R. Barbosa & R. Parker, orgs.), pp. 15-38, Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34.
- PRAÇA, N. S. & LATORRE, M. R. D O., 2003. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil 3(1):61-74.
- PSI (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL), 1999. AIDSMARK. Social marketing: on target, on time. Achieving results in HIV/AIDS prevention 15 de Janeiro de 2000 <http://www.psiwash.org/psi_ops/sm_hiv.htm>
- ROBINSON, P., 1977. A modernização do sexo. Ensaio sobre Ellis, Kinsey, Masters & Johnson. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- ROHDEN, F., 2001. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- ROZIN, P., 1997. Moralization. In: Morality and health (A. M. Brandt & P. Rozin, orgs.), pp. 379-401, New York - London: Routledge.
- RUBIN, G., 1993. O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. Recife: SOS Corpo. (mimeo.)
- RUBIN, G., 1999. Thinking sex: notes for a radical theory of politics of sexuality. In: Culture, society and sexuality. A reader (R. Parker & P. Aggleton, orgs.), pp. 143-178, Philadelphia: UCL Press.
- SANTOS, C. N. F., 1980. Como e quando pode um arquiteto virar antropólogo? In: O desafio da cidade. Novas perspectivas da antropologia brasileira (G. Velho, org.), pp. 37-57, Rio de Janeiro: Campus.
- SANTOS, E. M., 1992. AIDS related knowledge, and sexual practices among two groups of adolescents of Rio de Janeiro, Brazil: a contribution to HIV/AIDS prevention programs. Tese de Doutorado, Urbana-Champaign: Universidade de Urbana-Champaign, Illinois.
- SANTOS, E. M., 1995. Comportamentos sexuais, práticas sexuais, *habitus*, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades. In: AIDS. Ética, medicina e biotecnologia (D. Czeresnia; E. M. Santos; R. H. S. Barbosa & S. Monteiro, orgs.), pp. 77-100, São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO.
- SANTOS, E. M. & CARVALHO, A. M. T., 1999. Crônicas da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV/aids e trabalho em saúde. Cadernos Saúde Coletiva 7(2):147-172.
- SCHALL, V. T. & STRUCHINER, M., 1995. Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: Teorias e tendências pedagógicas. In: Pesquisa Social e Educação (D. Czeresnia, E. M. Santos, R. H. S. Barbosa & S. Monteiro, orgs.), pp. 84-105, São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO.
- SCHIEBINGER, L, 1998. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: Conhecimento Sexual, Ciência Sexual. A História das atitudes em relação à sexualidade (R. Porter & M. Teich, orgs.), pp. 219-246, São Paulo: UNESP.
- SCOTT, J. W., 1999. Gender as a useful category of historical analysis. In: Culture, society and sexuality. A reader (R. Parker & P. Aggleton, orgs.), pp. 57-75, Philadelphia: UCL Press.
- SEFFNER, F, 2002. Prevenção: uma ação político pedagógica. In: Prevenção à aids: limites e possibilidades na terceira década (R. Parker & V. Terto Jr, orgs.), pp. 28-35, Rio de Janeiro: ABIA.
- SIMÕES BARBOSA, R. H., 1995. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: AIDS. Ética, medicina e biotecnologia (D. Czeresnia; E. M. Santos; R. H. S. Barbosa; S. Monteiro, orgs.), pp. 65-83, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO.
- SIMÕES BARBOSA, R. H., 1999. Aids e saúde reprodutiva: novos desafios. In: Questões de Saúde Reprodutiva (K. Giffin & S.H. Costa, orgs.), pp. 281-296, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- SIMÕES, C.; SANTOS, E. M.; CARDOSO, R. L.; BADIANI, R., 1998. Mulheres Brasileiras e Vulnerabilidade DST-AIDS. Rio de Janeiro. (mimeo.)
- SINGER, L, 1993. Erotic welfare. Sexual theory and politics in the age of epidemic. New York: Routledge.
- SPINK, M. J. P., 2001. Tópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora da modernidade. Cadernos de Saúde Pública 17(6):1277-1311.
- STEIN, Z., 1990. HIV prevention: the need for methods women can use. American Journal of Public Health 80:460-462.
- STEIN, Z., 1999. A hora e a vez das mulheres. Boletim ABIA 42:8-9.
- STRASSBERG, D. & LOWE, K, 1995. Volunteer bias in sexuality research. Archives of Sexual Behavior 24(4):369-382.

- TREICHLER, P.A, 1988. Aids, gender and biomedical discourse: current contests for meaning. In: AIDS. The burdens of History. (E. Fee & D. M. Fox, orgs.), pp-190-266, Berkeley: University of California Press.
- TREICHLER, P.A, 1999. Aids, homophobia, and biomedical discourse: an epidemic of signification. In: Culture, society and sexuality. A reader (R. Parker & P. Aggleton, orgs.), pp. 357-386, Philadelphia: UCL Press.
- UNAIDS, 1997. The female condom and AIDS. UNAIDS point of view (UNAIDS Best Practice Collection), Geneva: UNAIDS. 20 de maio de 2000 <<http://www.unaids.org>>
- USAID/AIDSCAP/FHI, 1993. The potential role of the female condom in international AIDS prevention. Arlington, Va: USAID. (mimeo.)
- VAITSMAN, J., 1989. Biologia e História (ou, Por que a igualdade é possível). In: Mulher, saúde e sociedade no Brasil (M. E. Labra, org.), pp. 26-38, Rio de Janeiro: Vozes-ABRASCO.
- VAITSMAN, J., 1994. Flexíveis e plurais Identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco.
- VANCE, C., 1995. A Antropologia redescobre a sexualidade. Physis 5(1):7-31.
- VALLA, V. V., 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública 15(Sup.2):7-14.
- VELHO, G., 1978. Observando o familiar. In: A aventura antropológica (E. O. Nunes, org.), pp. 36-46, Rio de Janeiro: Zahar.
- VILLELA, W. V., 1996. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre mulheres. In: Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil (R. Parker & J. Galvão, orgs.), pp. 181-189, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ.
- VILLELA, W. V., 1999. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. In: Saúde sexual e reprodutiva no Brasil (L. Galvão & J. Díaz, orgs.), pp. 310-23, São Paulo: Hucitec; Population Council.
- VILLELA, W. V. & BARBOSA, R. M., 1996. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: Sexualidades brasileiras (R. Parker & R. M. Barbosa, orgs.), pp. 189-199, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ.
- WARREN, M., 2000. Expanding access to the female condom: policy implications and advocacy issues. (mimeo.)
- WATNEY, S., 1999. Safer sex as community practice. In: Culture, society and sexuality. A reader (R. Parker & P. Aggleton, orgs.), pp. 405- 415, Philadelphia: UCL Press.
- WEBSTER'S 1828 DICTIONARY, 2000. 10 de julho 2000 <http://christiantech.com/cgi-bin/webster.cgi?search_for_texts_web1828=negotiation>
- WEEKS, J., 1985. Sexuality and its discontents. London: Routledge & Kegan Paul.
- WEEKS, J., 1999. O corpo e a sexualidade. In: O corpo educado (G. L. Louro, org.), pp. 35-82, Belo Horizonte: Autêntica.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997. The female condom: a review. Geneva, WHO. 20 de maio de 2000 <<http://www.who.org>>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNAIDS, 2000. The female condom: a guide for planning and programming. Geneva: WHO & UNAIDS. 20 de maio de 2000. <<http://www.who.org>>
- ZUFFEREY, M. M., 1992. Que penser du preservatif feminine? Medicine et Hygiene 29(50):1285-9.

ANEXO 1

BREVE PERFIL DOS ENTREVISTADOS (NOMES FICTÍCIOS):

ALCIDÉLIO (24ª Entrevista) - 43 anos, natural de Colatina (ES), mora em Vila Velha desde os 12 anos. Tem 2º grau completo com interrupções e “*umas duas repetências*” por necessidade de trabalhar. É segurança, separado (quando se casou, a esposa estava grávida), reside com um irmão solteiro. Tem 1 filho (10 anos). Parceria ocasional (“*tem uns 3 meses que eu não transo*”). Relata uso consistente de camisinha masculina desde 1990, pois “*já se falava em aids*”. Aparenta ter algum tipo de deficiência leve, fato mencionado pela psicóloga do CR DST/aids que o indicou para entrevista. Foi o único entrevistado que se negou a preencher seu endereço no termo de consentimento livre e esclarecido. Já fez testagem. Afirma ser praticante da religião católica, frequenta grupo carismático, vai à missa, “*tudo*”.

ANDRESSA (11ª Entrevista) - 30 anos, nascida, criada e moradora de Vitória (Praia do Suá), 2º grau completo sem interrupção, trabalha em comércio pertencente à sua mãe, desquitada, tem duas filhas de pais diferentes. Namora há quase dois anos, vida sexual há 4 meses com este namorado - parceria fixa sem coabitação. Narra uso de pílula e camisinha masculina de forma consistente há 7 anos. Estava no CR DST/aids para fazer exame HIV. Afirma ser simpatizante da igreja evangélica.

CARMEM (6ª Entrevista) - 22 anos, natural de Itaguaí (RJ), moradora de Vitória (Bairro São Pedro) desde os 6 anos, 6ª série primária completa. Considera os vários abandonos como decorrência das separações dos pais. É cozinheira de restaurante, “*casada*” pela 2ª vez (coabita), parceria fixa há quase 2 anos. Tem 3 filhos, sendo as duas mais velhas do 1º casamento (formalizado “*com tudo direitinho*”). Método atual camisinha feminina por motivo de tratamento HPV e recusa do marido em usar a masculina. Parceria sem testagem. Religião católica, não praticante.

CLAUDETE (12ª Entrevista) - 25 anos, nascida, criada e moradora de Marilândia (ES), tem 2º grau completo, com interrupção por 5 anos. Empregada doméstica. Casada há 2 anos, tem vida conjugal com o marido há 5, sendo ele o único parceiro de sua vida. Sem filhos. Usa pílula e camisinha masculina (pela primeira vez) desde diagnóstico de DST por ocasião do seu primeiro preventivo aos 25 anos. A iniciativa de adoção da camisinha partiu dela, e não por orientação do médico local. Desloca-se ao CR

DST/aids de Vitória através da “*facilidade*” da disponibilização diária de transporte pela prefeitura de Marilândia. Religião católica, “*já fui mais praticante, mas ultimamente, (...) só de vez em quando*”.

DANUSA (9ª Entrevista) - 20 anos (emancipada por razões comerciais), nascida e criada no mesmo bairro (Cobilândia) em Vila Velha, 2º grau completo, proprietária de comércio, casada (coabita), parceria fixa e sem testagem. Tem um casal de filhos (1 menino de outro pai, e uma bebezinha da atual união). Usa pílula e camisinha masculina de forma complementar para contracepção. Religião nenhuma.

EDÉSIO (13ª Entrevista) - 25 anos, natural e morador de Vitória (mora sozinho em Jardim da Penha), morou B.H., DF e Buenos Aires na infância por razões de trabalho do pai. Mestrando, professor e psicólogo, solteiro, parceria ocasional, “*ainda não estamos namorando. A gente está começando alguma coisa...*”. Sem filhos. Relata uso de camisinha masculina de forma inconsistente, visando contracepção. Dá preferência ao uso da pílula, e sua trajetória é marcada por namoros longos, “*Eu aprendi afetividade, de paixão!*”. Já fez testagens. Religião católica “*de criação*”, praticante ocasional.

EVELINE (18ª Entrevista) - 19 anos, nascida e criada em Ecoporanga (ES), mora em “*república*” em Vitória (Bairro Santo Antônio) há 2 meses, tem 2º grau completo, trabalha em lanchonete na capital: “*Ah, eu vou fazer uma aventura!. Aí eu vim para cá. Agora estou fazendo curso de cabeleireira e depois eu vou voltar*”. Solteira, tem namorado há 6 meses que ficou no interior. Sem filhos. Relata uso de camisinha masculina de forma constante, mas não 100% das vezes com dois ex-namorados. Estava no CR DST/aids para “*fazer um check up*”. Religião Batista praticante há 2 anos.

FÁBIA (8ª Entrevista) - 23 anos, natural de São Paulo, foi criada desde bebê em Vila Velha (Bairro Cobilândia), 5ª série incompleta tendo abandonado na primeira gravidez. É balconista, coabita pela 2ª vez há 1 ano e meio, parceria fixa e sem testagem. Tem 2 filhas (8 anos e outra de meses) das diferentes uniões. Habitam a casa da mãe dela (7ª entrevistada - Liloca). Faz uso de pílula desde os 15 anos (primeira gravidez) dependendo do(s) parceiro(s). As situações nas quais afirma uso da camisinha masculina foram por iniciativa alheia. É sobrinha da 2ª entrevistada (Iracema) e prima da 9ª (Danusa). Moram todas no mesmo “quintal” em bairro de periferia em Vila Velha. Afirma “*visitar a igreja evangélica*”. Não se considera praticante.

JESUÍNA (19ª Entrevista) - 31 anos, nascida em Vitória, moradora de Cariacica (Bairro Jardim América), tem 1º grau incompleto, afirma não lembrar qual a última série estudada e atribui o abandono à distância da escola e a pouca importância dada por sua família aos estudos. É balconista, casada pela segunda vez - parceria fixa testada - há 7 anos. Teve 3 filhos, um é falecido, o outro mora com o pai (1º marido), e a filha mora com ela e o atual marido (Roberto, 30º entrevistado). É histerectomizada e afirma uso consistente de camisinha masculina em função de tratamento de HPV diagnosticado após a operação, motivo de “crise” no casamento. Foi a entrevista mais “assustada”, não tirou a bolsa do ombro durante nossa conversa bastante curta (20’) se comparada com as outras. Religião Evangélica, não praticante: “*sou crente*”.

GILSON (31ª Entrevista) - 30 anos, natural de Montanha (ES), morou durante 10 anos em Teixeira de Freitas (BA) com a família, reside sozinho em Vitória (Bairro Barro Vermelho) desde 1990 quando iniciou curso de advocacia. Tem terceiro grau completo, advogado e bancário. Solteiro, sem filhos, tem namorada há 2 anos - parceria fixa sem testagem. Atualmente ela faz uso de pílula (na medida em que a relação foi ficando “*mais séria*”, antes “*foi na sorte*”), e eventualmente camisinha masculina, quando necessário para contracepção. Parceria sem testagem. Acha camisinha “*muito incômoda*” e enfatiza “*a paranóia geral!*”: medo de perder a ereção. Foi criado no catolicismo, mas não frequenta nada. Tem influência da ioga e do espiritismo.

GIUSEPPE (16ª Entrevista) - 22 anos, nascido em Vila Velha, reside com os pais e irmãos em Vitória (Bairro Jardim da Penha), estudante de 3º grau (Ciências da Computação), solteiro, tem namorada, parceria fixa (“*uma e única*”) há 3 anos e meio, sem filhos. Parceria sem testagem. Relata fazerem uso de pílula, camisinha masculina (como contraceptivo) ou coito interrompido: “*Se esquecer um dia no mês, para mim já não vale!*”. Religião espírita praticante.

GUTO (14ª Entrevista) - 24 anos, natural do Rio de Janeiro, já morou em São Paulo, hoje mora em Vila Velha (Praia da Costa) com os pais e irmãos, estudante de 3º grau (Psicologia), solteiro, parceria mista (namoro de 7 meses), sem filhos. Relata que a namorada usa pílula, sua preferência (“*Não sei lidar com camisinha*”). Parceria sem testagem. Eventualmente ele usa camisinha masculina, para contracepção, ou fora da parceira fixa. Já experimentou a camisinha feminina. É ateu, agnóstico.

HELENA (17ª Entrevista) - 26 anos, natural de Ipanema (MG), morou parte da infância com a família em São Mateus (ES), reside com os pais e irmãos em Vila Velha (Praia da Costa), é estudante de 3º grau (secretariado executivo trilingüe, tendo abandonado outra faculdade no Rio), solteira, tem duas parcerias ocasionais: um “*amigo*” de 25 anos com 15 dias de duração, e “*parceiro sexual sem envolvimento nenhum*” de 41 anos (Jovani, 26º entrevistado) com uns 2 meses de duração. Parceiras sem testagem. “*Foram raros os casos d’eu estar namorando, e ser somente um parceiro*”. Sem filhos. Relata coito interrompido como método de proteção, já tendo feito uso de contraceptivo hormonal e camisinha masculina de forma inconsistente: “*Eu sou extremamente irresponsável!*”. Religião nenhuma: “*tenho a minha religião, mas não frequento nenhuma*”.

IRACEMA (2ª Entrevista) - 43 anos, natural de Barra de São Francisco (ES), moradora de Vila Velha (Bairro Cobilândia) desde os 9 anos, 2º ano primário completo, auxiliar de serviços gerais encostada (soropositiva), divorciada do primeiro marido, viúva do segundo (HIV), coabita com o irmão do falecido há 2 anos e 3 meses - parceria fixa. Tem um casal de filhos (20 anos, 9ª entrevistada - Danusa; e um rapaz de 15 anos), e afirma uso consistente preservativo masculino desde o diagnóstico HIV. Religião católica, não praticante.

JACÓ (29ª Entrevista) - 44 anos, natural de São Pedro do Ivã (PR), morou desde os 12 anos em São Paulo, capital. Veio para Vitória em 1989, onde reside (Bairro Ilha do Príncipe) com o filho mais velho. Tem 2º ano do 2º grau tendo evadido por necessidade de trabalhar. Vigilante, separado, tem 2 filhos vivos (15 e 10 anos, sendo um terceiro falecido). Está “*meio amasiado*” com Luciana (5ª entrevistada), parceria fixa, sem testagem. Narra uso consistente de preservativo masculino desde 1985, mas há contradições, quer seja com a atual parceira, seja no passado. Fala em “*alergia no pênis*” oriunda, segundo ele, da relação atual, ficando a suspeita de herpes. O tempo desta relação ficou indefinido, já que ele falou em 6 a 8 meses, e ela em 15 dias. O intervalo entre a realização das entrevistas foi de 57 dias. Católico não praticante.

JOVANI (26ª Entrevista) – 41 anos, natural de Vitória onde viveu a maior parte de sua vida. Morou também em Goiânia, reside com os pais, irmãos e sobrinho em Vitória (Bairro Jardim da Penha). Tem 2º grau completo, é promotor de eventos e DJ. Solteiro,

sem filhos, parceria ocasional. Afirma ter uma parceira sexual “*voltada para necessidade sexual mesmo*”, parceria “*inexplicável! (risos!)*”, referindo-se à Helena (17ª entrevistada). Parceria sem testagem. Como método, coito interrompido e ocasionalmente camisinha masculina. Católico não praticante, mas “*crê em Deus*”.

LILOCA (7ª Entrevista) - 41 anos, natural de Ecoporanga (ES), moradora de Vila Velha (Bairro Cobilândia) desde os 9 anos, 2ª série primária completa, do lar, casada pela 3ª vez há 4 anos (coabita), parceria fixa. Tem duas filhas de diferentes uniões (23 anos - 8ª entrevistada, Fábica - e outra de 17 anos). Habitam a casa além do parceiro, dois netos, genro e as duas filhas. É ligada desde os 24 anos (“*problema de pressão alta*”), e só usou camisinha masculina “*umas duas ou três vezes no máximo para saber como seria!*”. Parceria sem testagem, ela alega medo/pânico, ter “*cabeça fraca*” e acha que vai “*entrar em desespero*”. Sua irmã (2ª entrevista - Iracema) é soropositiva, e o cunhado morreu de aids. Foi batizada na igreja católica, mas “*visita a igreja evangélica de vez em quando*”.

LUCIANA (5ª Entrevista) - 43 anos, nascida e criada em Vitória onde reside (Bairro Ilha do Príncipe), tem 2º grau completo por supletivo concluído em torno dos 30 anos, é do lar, casada há 20 anos, “*meio casada porque meu marido fica fora. (...)Eu fico sozinha aqui, encontro uma vez na vida! Na verdade só de aliança!*”. Parceria fixa há 15 dias (Jacó, 29º entrevistado), sem testagem. Tem 1 filha (19 anos) com quem mora. Fez ligadura de trompas desde a agressão do marido durante a gravidez, quando foi operada de urgência. Método atual camisinha masculina (pela primeira vez) por razão de DST. Estava no CR DST/aids levada pelo atual parceiro e já colhido sangue para exame HIV. Religião católica, não praticante.

MARGOT (21ª Entrevista) - 35 anos, natural de Itapira (SP), mora com os pais e irmã em Vitória (Praia do Canto) desde 9 anos, é pós-graduada, dentista, solteira, sem filhos, parceria ocasional, sem compromisso (“*amante, caso antigo*”), relata uso consistente de camisinha masculina de silicone, uma vez que é alérgica ao látex. Já fez uso da feminina e usa métodos de proteção desde início vida sexual/dupla proteção. Já fez testagens. Não tem religião, mas acredita em Deus.

MARIANA (32ª Entrevista) - 32 anos, natural de Afonso Cláudio (ES), foi criada em Vila Velha desde bebê, mora em Cariacica (Bairro Liberdade) com os filhos e a mãe.

Tem 7ª série completa tendo abandonado pelas diversas mudanças de domicílio. Gari aposentada (soropositividade), é do lar, “*formalmente solteira*”, tem 3 filhos de um mesmo pai (filha de 17, filho de 15 e filha de 8 anos), com episódios de separação e retorno entre o nascimento dos filhos. É ligada desde a terceira gravidez. A atual parceria (fixa) tem 6 anos de duração, já coabitaram, hoje são “*namorados*”. Ele é soronegativo e há desentendimento quanto à adoção de práticas protegidas. Além disso, ela afirma que quando ele bebe, fica agressivo. Relata uso consistente da camisinha feminina há 6 meses. Religião católica.

MARLENE (10ª Entrevista) - 37 anos, nascida em Vila Velha, moradora de Vitória (Morro do Cruzamento), 7ª série completa tendo evadido quando engravidou. Auxiliar de serviços gerais e líder comunitária, solteira, parceria ocasional (“*só ficar*”). Tem duas filhas (19 e 14 anos de uniões diferentes) com quem mora. É ligada desde o nascimento da segunda filha (teve eclampsia e a bebê nasceu prematura). Relata uso consistente de dupla proteção há 5 anos. Afirma ter sido testada e faz uso de ambos os preservativos. Religião budista praticante.

REGIANE (4ª Entrevista) - 33 anos, natural de São Paulo (SP), morou no RJ, PA e DF com a família, atualmente mora em Cariacica (ES, bairro Bela Aurora), tem 2º grau completo magistério, é formada também em estilismo, fotógrafa, casada há 7 anos - parceria fixa. Tem 3 filhos, 2 meninos (5 e 3 anos), e 1 filha (13 anos), “*fui mãe solteira*”. É ligada, usa camisinha masculina por serem ambos soropositivos. Já experimentou a camisinha feminina. O HIV foi por causa da “*traição do marido*”. Religião evangélica praticante “*desde que engravidei dessa minha filha*”.

RÉGIS (28ª Entrevista) - 28 anos, natural da Paraíba, morou no Rio e mudou-se para Vitória aos 15 anos com a família. Tem 2º ano 2º grau completo, tendo tentado concluir através do ensino regular e supletivo, mas não conseguiu. Relaciona o início das repetências a ter “*conhecido a galera*”, ao consumo de álcool e outras drogas. É vocalista de banda de rock e dono de bar. Solteiro, tem 1 filho (6 anos), parceria mista. Namora há 3 anos sem coabitação, ela usa pílula, parceria sem testagem. Relata uso muito esporádico de camisinha masculina, com a atual namorada nunca usou, apesar do “*dilema*” entre eles, pois disse já “*ter aprontado*”, e ela “*não confia muito*” nele. É cristão, batizado na igreja católica, não praticante. Afirma ler a bíblia quase todos os dias.

ROBERTO (30ª Entrevista) - 31 anos, nascido e criado em Cariacica, onde reside com a esposa e filha (Bairro Jardim América), tem 1º grau completo por supletivo tendo evadido por necessidade de trabalhar. Pedreiro, casado há 7 anos (sua esposa é Jesuína, 19ª entrevistada), tem 1 filha (6 anos). Relata uso consistente de preservativo masculino por razão de tratamento de HPV, diagnosticado após a histerectomia (câncer de colo de útero) da esposa. Seu relato expressa muita culpa *“Porque a minha esposa está com um problema que eu [ênfase do entrevistado], infelizmente aconteceu comigo. Eu procurei esse problema. Passei para ela. Hoje isso me machuca demais!”*. Afirma ser *“desviado de uma igreja evangélica”*. Considera-se praticante do cristianismo. *“É muito raro quando eu vou. Por causa de problemas que eu tive”*.

ROSANA (23ª Entrevista) – 26 anos, nascida e criada até os 12 anos em Colatina (ES), mudou com a família para Vila Velha aos 12 anos, onde mora (Bairro Vila Garrido). Tem 1º grau completo por supletivo, tendo abandonado na 6ª série por mudança de domicílio. Do lar, coabita desde que ficou grávida da filha de 3 anos e meio: *“ele era casado”*. Tem parceria fixa, sendo ambos soropositivos. Relata uso consistente de camisinha masculina após o diagnóstico, já experimentou a feminina através do CR DST/aids. Afirma ser *“católica afastada”* e tem freqüentado reuniões de Testemunha de Jeová.

ROSE (33ª Entrevista) - 32 anos, natural de Colatina (ES), mora em Cariacica (Bairro Campo Grande) desde bebê. Divide a casa com familiares (irmãos, mãe, filho e sobrinhos). Está cursando supletivo do 2º grau depois de 16 anos sem estudar, e atribui o abandono à falta de recursos financeiros. Do lar, já foi promotora de vendas, solteira, tem 1 filho (14 anos), parceria fixa recente (1 mês) com alguém que conhece há 14 anos, e de quem já foi parceira por 5 anos. Relata uso consistente de proteção há 6 anos, provavelmente ocasião em que sua irmã soropositiva esteve muito mal. Usa tanto camisinha masculina quanto feminina, com a qual estava se adaptando. Afirma gostar do espiritismo, que freqüenta *“de vez em quando”*, não se considera praticante.

SEBASTIANA (3ª Entrevista) - 23 anos, nascida e criada no mesmo bairro (Forte São João) em Vitória residindo com a avó materna, irmãos, filho e sobrinho. Tem 2º grau completo tendo interrompido quando engravidou, vindo a concluir depois. Do lar, coabita há 10 meses - parceria fixa – *“marido praticamente”*. Tem 1 filho de união

anterior. Usa pílula e camisinha masculina de forma consistente por força de tratamento de DST. Antes deste diagnóstico, usava ambos os métodos de forma complementar, visando contracepção. Não houve testagem na parceria atual quando suspenderam o uso da camisinha, *“já que ele tava levando mais a sério comigo, ele achou melhor suspender. Ele achou que eu era de confiança”*, e ela concordou. É católica, mas *“atualmente estou relaxada para ir para igreja”*.

TITO (15ª Entrevista) - 22 anos, nascido em Vitória, foi criado em BH até os 14 anos onde residem as famílias de origem, mora com os pais e irmãs em Vitória (Bairro Jardim da Penha), é estudante de 3º grau (Psicologia), solteiro, parcerias ocasionais (*“Só amizade colorida. Inclusive as 3 se conhecem”*), sem filhos. Relata uso consistente de camisinha masculina, mesmo com namoradas que se queixam do fato (*“Paranóia minha! Eu acho bela paranóia mesmo, entendeu?”*). Não tem religião, apesar de *“não ser ateu”*. *“A família toda é católica”*.

VALDETE (20ª Entrevista) - 25 anos, natural de Campos (RJ), mora na Serra (ES) desde 5 anos de idade (Parque Residencial Tubarão), tem 6ª série completa atribuindo a evasão pelas mudanças de domicílio e para tomar conta da irmã. Desempregada já trabalhou em limpeza hospitalar, como garçoneiro, doméstica, babá e educadora de creche. Coabita há 8 meses - parceria fixa sem testagem - mas mantém vida sexual com este parceiro há 2 anos, antes sem exclusividade. Tem duas filhas de duas uniões anteriores. É ligada, tem HPV diagnosticado (tempo indeterminado), estava com tratamento interrompido por 1 ano na ocasião da entrevista. Relata uso de nenhum método de proteção. Nunca foi batizada, e tem *“pretensão de um dia ser evangélica”*.

VALDOMIRO (1ª Entrevista) - 20 anos, natural de Vila Velha (ES), mora sozinho em Vitória (Bairro Vila Rubim) há 4 meses, 5ª série incompleta. Atribui sua evasão por ter *“mente fraca”* para lidar com as perturbações por ocasião da separação dos pais. Chaveiro, solteiro sem filhos, parceria ocasional (*“só uns casos”*), afirma nunca ter tido *“namorada”*, narra uso consistente do preservativo masculino há 2 anos. *“Acima de tudo a saúde da gente. Vacilou, dançou!”*. Estava no CR DST/aids para fazer exame HIV. Religião católica *“lá uma vez ou outra”*.

ANEXO 2

ROTEIRO BASE PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Dados pessoais: sexo, idade, endereço, ocupação, local de origem, há quanto tempo reside na Capital, escolaridade, estado civil, filhos.
Religião? Praticante?
Tempo de duração da(s) atual(is) parceria(s) sexual(is), status da(s) parceria(s) sexual(is). Moram juntos?

Como era a situação familiar na qual você foi criado(a) (infância)? Pai presente? Mãe? Irmãos(ãs)? Quantos(as)? Quantas pessoas habitavam a casa? Quem?
Em que cidade você passou a infância? E a adolescência? E a idade adulta?

Freqüentou a escola na idade regular (alfabetização aos 6-7 anos)? Alguma repetência?

Como foram suas vivências relacionadas com a sexualidade?
E com o gênero (atribuição de “coisas de menino” e “de meninas”)?
Qual era sua idade quando do primeiro namoro?
Qual era a idade na primeira menstruação? Como foi a experiência?
Primeira ejaculação? Como foi a experiência?
Como foi sua primeira vez? Foi por opção? Usou alguma proteção? Qual? Idade (de ambos na época) e status da parceria?

Alguma gravidez? Desfecho.
Alguma DST? O que fez a respeito? Diagnóstico? Tratamento? Parceiro(a) tratado(a) também?

Alguma experiência sexual “aprovada” ou “desaprovada” socialmente que você queira registrar? Efeitos emocionais e sociais decorrentes dela(s)?

Alguma experiência com pessoa do mesmo gênero?

Alguma experiência de abuso sexual?

Para você, o que é importante no sexo? Por quê?
O que você acha importante para uma vida sexual satisfatória?
Atualmente você tem parceria(s) sexual(is) que lhe satisfaz(em)?

Usa algum método contraceptivo atualmente? Qual(is)? Usa, por quê? Não usa, por quê?

NO CASO DE NÃO TER PARCEIRA NO MOMENTO, EXPLORAR AS DUAS ÚLTIMAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS.

Usa esse método desde quando? E antes, usava algum outro método? Como aconteceu o início do uso? Quem propôs o seu uso?

Por que mudou de método? E antes deste, o que usava? Quem propôs o seu uso?

Sabe usar o atual método? Se sente tranqüila(o) para usar? Tem algum problema para usar? Como é o uso? Sente-se preparado(a)? Fez algum treinamento? Oficina? Aprendeu com o(a) parceiro(a)? O que o(a) constrange?

O que facilita? Usa quando? Usa sempre? Sim, por quê? Não, por quê?

Quem propôs o método? Como você se sentiu? Tranqüilo(a)? Constrangido(a)? Tolhido(a)? Satisfeito(a)? Você gosta de usar tal(is) método(s)? Sim, por quê? Não, por quê? Como aconteceu o início do uso?

Você já fez exame de aids? Sim, por quê? Não, por quê?

E o(a) parceiro(a) atual, já fez exame de aids? Por que sim? Por que não?

Você acredita na proteção oferecida pelos preservativos feminino e masculino? Por quê?

Você se sente seguro(a) ao usar o método? Por quê?

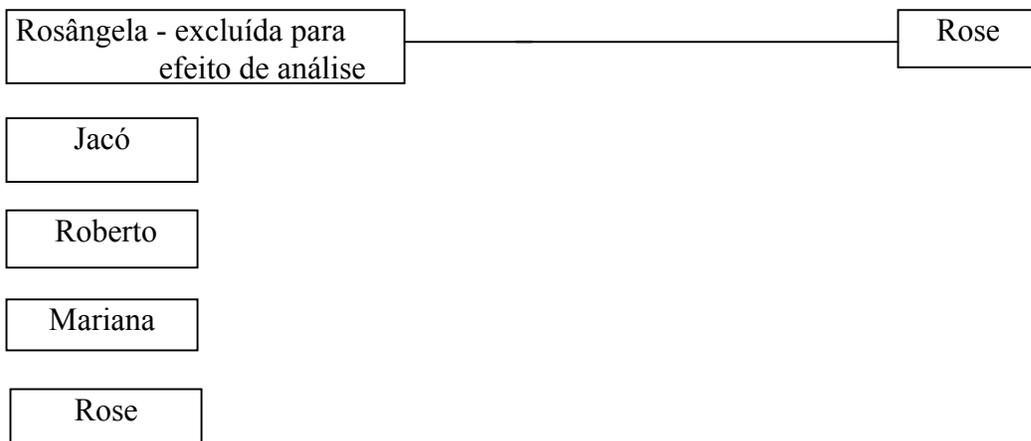
Argumentos utilizados por homens e mulheres para introdução, ou não, da camisinha feminina, assim como argumentos para manutenção, ou não, do seu uso.

INDICAÇÕES PARA NOVAS ENTREVISTAS, preferencialmente 2 homens e 2 mulheres:

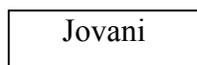
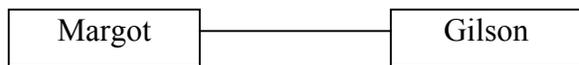
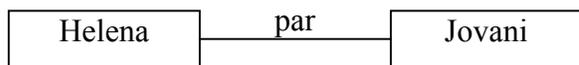
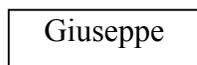
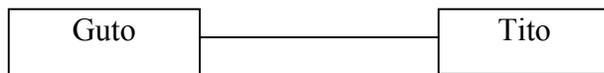
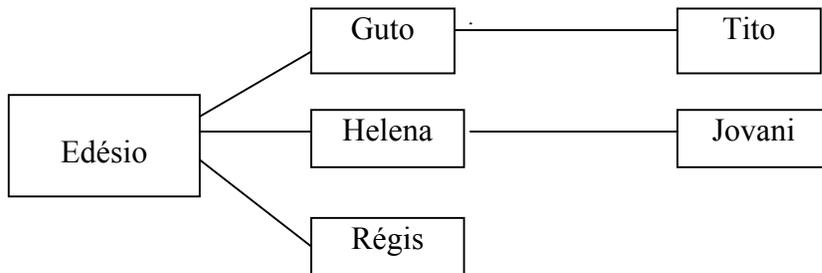
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

REDE DE ENTREVISTADOS ORIUNDOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DST/aids
EM ORDEM DE REALIZAÇÃO – NOMES FICTÍCIOS





REDE DE ENTREVISTADOS ORIUNDOS DOS CONTATOS PESSOAIS
EM ORDEM DE REALIZAÇÃO – NOMES FICTÍCIOS



ANEXO 3

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento orienta a participação na pesquisa “Velhas e novas negociações entre homens e mulheres: negociando mais que preservativos masculinos e femininos” da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que tem como tema sexualidade e os métodos de proteção contra gravidez indesejada, e doenças que se transmitem sexualmente. O objetivo da pesquisa é estudar o uso desses métodos de proteção, entrevistando homens e mulheres.

Dentre os métodos de proteção há a camisinha feminina, produto ainda pouco usado pelas pessoas e até agora, única alternativa às camisinhas masculinas para dupla proteção, isto é ao mesmo tempo previne doenças que se transmitem sexualmente e evita a gravidez. A camisinha feminina é distribuída de graça em alguns serviços de saúde. Aumentar as informações sobre como e contra o que ela protege, e divulgar como utilizá-la corretamente pode ajudar as pessoas a diminuir as chances de se infectarem, por exemplo, com o vírus da aids quando estiverem fazendo sexo.

Assuntos como esse só podem ser estudados com ajuda e colaboração de pessoas, que se dispõem a fornecer informações sobre sua intimidade e vida sexual. A entrevista tem perguntas sobre sexualidade e uso de meios de proteção. Para participar deve-se ler e consentir com o que está escrito neste documento, ter idade entre 18 e 49 anos, vida sexual ativa, e não pretender ter filho no prazo de 1 ano. A participação nesta pesquisa é uma decisão pessoal, livre e de grande importância para que se alcance os objetivos pretendidos. Você pode se recusar a participar, ou interromper sua participação a qualquer momento. Todas as informações sobre os participantes neste estudo são confidenciais e sigilosas. Não serão divulgados nomes dos participantes em nenhuma hipótese, e os resultados da pesquisa só serão apresentados em conjunto, sem revelar a identidade dos participantes.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro estar ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento, as quais li e entendi com clareza. Declaro neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a minha concordância em participar desta pesquisa. Estou ciente da existência de uma cópia deste termo que permanecerá arquivada pelos pesquisadores.

Nome Completo:

Endereço para contato:

Vitória, ____ de _____ de 2001.

✘

Assinatura do participante

No caso do participante ter menos de 21 anos, e não ser emancipado, este termo deverá ser também assinado pelos seus pais ou responsáveis.

Como responsável pelo participante, declaro estar de acordo com sua participação nesta pesquisa

✘

Assinatura do **responsável** pelo participante menor de 21 anos

✘

Assinatura do **responsável** pelo participante menor de 21 anos

Assinatura do responsável pela pesquisa
 Professora Maria Amélia Lobato Portugal
 Departamento de Psicologia - Centro de Ciências Humanas e Naturais
 Universidade Federal do Espírito Santo - U.F.E.S.