

**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Departamento de Ciências Sociais**  
**Subárea: Saúde e Sociedade**

**DÁDIVA E BATALHA:**  
**NARRATIVAS DE VOLUNTÁRIOS**  
**A UM ENSAIO DE VACINA ANTI-HIV**

**Nilo Martinez Fernandes**

**Orientadores:**

**Luis David Castiel**

**Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso**

**Elizabeth Moreira dos Santos**

**Rio de Janeiro**

**2000**

## RESUMO

O objetivo principal deste estudo qualitativo foi investigar, através das narrativas, as construções simbólicas e imaginárias de voluntários dispostos a participar de um ensaio de vacina anti-HIV.

Foi utilizado o banco de dados do Projeto Praça Onze, um estudo de soroincidência, preparatório de um futuro ensaio de vacina anti-HIV, realizado no Rio de Janeiro entre 1995 e 1998. O Projeto estava localizado no centro do Rio de Janeiro, no Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ). A população-alvo deste projeto era a de homens que fazem sexo com homens (HSH).

O método de pesquisa foi o de construção de fontes orais, que prioriza o falar como recurso importante e revelador não só da subjetividade, mas também das visões de mundo inseridas nas suas condições históricas, sócio-econômicas e culturais. A análise e interpretação dos dados foi construída a partir dos marcos teóricos da análise indiciária, apresentada por Carlo Ginzburg (1995).

As entrevistas indicaram que a AIDS ainda é um grave problema para os HSH e que a adesão desta população a ensaio de vacina é influenciada por múltiplas motivações. Inicialmente, os voluntários procuram o projeto pela necessidade de conhecer seu *status* sorológico, por ter tido uma prática sexual de risco. Depois do resultado negativo do teste anti-HIV, passam a ter outras motivações. Estas podem ser desde motivações de fundo altruístas e de “prestígio”, até um certo “mito de batalha” contra o HIV. É também marcante o engajamento dos homossexuais nesta luta contra a epidemia de AIDS, motivados pelo impacto sofrido por esse grupo em particular. Em muitos dos relatos pode ser identificado um sentimento de solidariedade e de “honrar” os amigos, que vivem ou morreram com a doença.

Palavras chave: AIDS, homossexualidade, voluntariado, vacina e solidariedade.

## **ABSTRACT**

The main objective in this qualitative study was to investigate through narratives the symbolic and imaginarian constructions of volunteers willing to participate in HIV vaccine trial.

The database of Projeto Praça Onze, a HIV seroincidence study for a future vaccine trial, that took place in Rio de Janeiro from 1995 and 1998 was used. The Praça Onze was located in downtown of Rio de Janeiro at the Hospital Escola São Francisco de Assis, an university hospital of the Federal University of Rio de Janeiro. The target population of this project consisted of men who had sex with men.

The methodology used in the research was the oral history interview, which emphasizes the speech as an important and revealing resource not only of subjectivity but also of the world visions inserted in their historic, social, economic and cultural conditions. The analysis and interpretation of the data shall be built from the theoretical issues of the analysis recommended by Carlo Ginzburg (1995).

The interviews indicated that AIDS continues to be a serious issue for MSM and the willingness to participate in a vaccine trial in this population is determined by many motivations. In a first moment, the volunteers join the project because they need to know their serological status following an unsafe sexual activity. After a negative anti-HIV test result, this motivation changes. That may be either altruistic and prestigious or even a certain “battle myth” against the HIV. The commitment of the homosexual individuals in this battle against the AIDS epidemic is remarkable, which is motivated by the impact suffered by this particular group. In many of the reports was identified a feeling of solidarity and honor to friends living with the disease, or who have died of it.

Key words: AIDS, homosexuality, volunteer, vaccine and solidarity.

## **SUMÁRIO**

**Lista de Tabelas**

**Lista de Anexos**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>O Projeto Praça Onze</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b>	<b>19</b>
<b>1-Tecendo as Construções Simbólicas e Imaginárias em torno da Sexualidade e da epidemia</b>	<b>21</b>
<b>2 - Homossexualidade e AIDS no Brasil</b>	<b>31</b>
<b>3 - A Obrigação de Retribuir o Presente Recebido</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo II - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	<b>39</b>
<b>Capítulo III - OS VOLUNTÁRIOS</b>	<b>50</b>
<b>Capítulo IV - NARRATIVAS DE VIDA E ADESÃO</b>	<b>59</b>
<b>1 - Primeiras Experiências Sexuais</b>	<b>59</b>
<b>2 - Redes de Sociabilidade</b>	<b>63</b>
<b>3 - Primeiras Práticas Sexuais Penetrativas</b>	<b>66</b>
<b>4 - Construções sobre a Homossexualidade</b>	<b>68</b>
<b>5 - As Parcerias</b>	<b>77</b>
<b>6 - As Práticas Sexuais</b>	<b>80</b>
<b>7 - Percepção de Risco</b>	<b>83</b>
<b>8 - Construções sobre AIDS</b>	<b>97</b>
<b>9 - Motivações de Adesão</b>	<b>105</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>130</b>

**INTRODUÇÃO**

Desde janeiro de 1987, quando ingressei na saúde pública lotado em um hospital-colônia psiquiátrico, venho acompanhando o processo de abandono e sucateamento dos serviços e a redução dos níveis salariais dos trabalhadores de saúde. Esse processo acontece em detrimento da Constituição de 1988 que, em seu artigo 196, preconiza o acesso universal, gratuito e igualitário à saúde, como direito de todos e dever do estado. Esta situação é acompanhada de um descrédito da saúde pública, por parte da população que, entretanto, não consegue se organizar e lutar pelos seus direitos.

Não é proposta deste estudo discutir as complexas causas da alienação política da população brasileira, mas esse parágrafo inicial é uma tentativa de traçar um panorama que vai servir de contraponto da situação totalmente oposta, em termos de mobilização social, que encontrei quando, em 1993, me transferi para a Assessoria de Controle das DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

A AIDS, desde o seu início em 1981, embora tenha despertado muito preconceito e discriminação, também estimulou a organização e a reação dos grupos homossexuais, com uma intensidade raramente percebida na história das organizações civis do mundo ocidental. Inicialmente os grupos homossexuais americanos e logo em seguida os europeus vieram a público exigindo direitos, respeito, tratamento, adequação das ações de prevenção e investimentos em pesquisas. (Ferreira, 1998).

No Brasil, a história da epidemia de AIDS aparece em um contexto político marcado pela redemocratização do país, depois de praticamente vinte anos de ditadura militar em que o envolvimento dos cidadãos nas questões da sociedade foi quase que totalmente reprimido (Daniel e Parker, 1991). A segunda metade da década de oitenta é também uma época de grande atividade em torno da Assembléia Nacional Constituinte e do movimento de reforma sanitária.

Com os partidos políticos colocados na clandestinidade começam a surgir os movimentos sociais no Brasil como primeira expressão da sociedade civil. São eles que vão fazer a interlocução com o Estado colocando as demandas sociais na pauta das discussões. Estes movimentos vão contribuir para a criação de algumas Organizações Não-Governamentais (ONG) e partidos políticos como por exemplo o Partido dos Trabalhadores (PT) (Silva, 1998).

O ambiente de pluralismo e diversidade gerados por estes movimentos caracterizou o contexto social em que surge a epidemia de AIDS, que aos poucos vai constituindo um

movimento social próprio, identificado como ONG (Silva, 1998). Landim (1993) referindo-se ao termo ONG vai dizer que: “ [ele] começou a ser usado, em meados da década de 80, para identificar um conjunto de entidades que veio se formando a partir dos anos 70, misturando cristianismo e marxismo, militância e profissionalismo, dentro de um quadro de crescente cooperação internacional não governamental, ao qual se ligam” (p. 33).

Silva (1993) relata que o que marca a diferença entre as outras ONG feministas ou Gay e as ONG/AIDS, que começam a surgir, é que embora existam pontos de interseção com estes movimentos, como, por exemplo, os temas ligados à questão da emancipação do desejo e da liberdade sexual, estas últimas organizações são constituídas em resposta aos preconceitos e discriminação produzidos pela epidemia e pelos direitos dos portadores do HIV/AIDS.

Todo este contexto negativo de preconceito, segundo Carrara (1985), se deve em parte ao fato de que as notícias sobre a AIDS chegaram ao país antes que os primeiros casos fossem aqui identificados, fazendo da AIDS brasileira, no seu início, um “mal de folhetim”. As primeiras matérias na mídia brasileira foram influenciadas pela maneira como a mídia norte-americana concebia questões como homossexualidade, AIDS, comportamento e grupos de risco (Galvão, 1999). Como não havia no começo casos registrados era a própria AIDS que se constituía em um “caso”, pela repercussão que provocava. “*Seu verdadeiro impacto era puramente simbólico, traduzido numa determinada concepção de uma doença bizarra que vinha de terras estrangeiras*” (Daniel e Parker, 1991: 34). A concepção da doença no Brasil acompanhou, deste modo, o “modelo” epidemiológico norte-americano, com velhos preconceitos e deixando de levar em consideração a grave crise de saúde pública que enfrentava o país (Daniel e Parker, 1991).

Galvão (1999) argumenta que as respostas à AIDS vão formar um “complexo mosaico” com componentes específicos e diferenciados de cada sociedade, mas também sofrendo reflexos e dialogando com vários contextos internacionais. Deste “mosaico” fariam parte as instituições governamentais e não-governamentais, a comunidade científica, o setor privado (inserido nele os laboratórios), as agências das nações unidas e as agências internacionais de financiamento, entre estas o Banco Mundial (BIRD).

A autora (1999:17) vai classificar, citando Parker, as respostas políticas implementadas em quatro períodos:

**1982 a 1985:** período de abertura; eleição de forças progressistas; notificação dos primeiros casos de AIDS; criação do Programa de AIDS do Estado de São Paulo; fundação das primeiras ONG com atividades em HIV/AIDS; omissão das autoridades governamentais; onda de pânico e preconceito; uma portaria do governo federal, em maio de 1985, cria a Divisão Nacional de Controle de DST/AIDS;

**1986 a 1990:** governo José Sarney e a gradual redemocratização da sociedade brasileira. Criação de uma resposta em nível federal; mudança na coordenação do Programa Nacional de AIDS; abordagem pragmática da epidemia com uma portaria em 1986 estabelecendo a notificação compulsória dos casos de AIDS; aumento da cooperação internacional; crescimento do número de ONG com atividades em HIV/AIDS; mobilização das pessoas com HIV/AIDS;

**1990 a 1992:** governo Collor. Sensação inicial de otimismo em virtudes da eleição para presidente da República; esperança de mudança nas políticas em relação à AIDS; suspensão de elementos-chave do Programa Nacional de AIDS durante o governo Collor; antagonismo crescente entre o Programa Nacional de AIDS e os demais setores envolvidos na formulação de respostas frente à epidemia; suspensão das principais relações internacionais do Programa Nacional, como, por exemplo, o Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde (OMS);

**1992 a 1997:** renúncia de Collor. Estabelecimento de um novo governo; maior espírito de colaboração, principalmente nos primeiros anos, por conta da experiência desastrosa da administração anterior no Programa Nacional de AIDS (período do então ministro da Saúde, Alcení Guerra); disposição da sociedade civil para trabalhar com o Estado.

A epidemia de AIDS no Brasil, cujo primeiro caso registrado data de 1982, em São Paulo, no que diz respeito ao binômio preconceito/organização cidadã não foi muito diferente do resto do mundo. A segunda metade de 80 é marcada pelo preconceito e discriminação contra as pessoas portadoras de HIV/AIDS: testagem sorológica como forma de seleção para acesso a emprego ou cirurgias; recusa de atendimento em hospitais; recusa de matrícula em escolas; demissões em empregos; isolamento do convívio social e etc. Entretanto, é também um momento em que começa a intensificação da organização da sociedade civil, através do surgimento de cada vez mais ONG (Organizações Não-Governamentais) que irão pressionar as autoridades governamentais para implementarem

as ações necessárias ao enfrentamento da epidemia e do preconceito (Terto, 1997). Cabe apontar aqui um dos momentos importantes dessa luta que foi aquele empreendido pela garantia do controle da qualidade do sangue, que se refletiu em leis e portarias proibindo a sua comercialização e estabelecendo o teste anti-HIV obrigatório nas atividades hemoterápicas (Rocha, 1999).

No início, esse trabalho é levado por grupos já existentes anteriormente, como a Associação dos Hemofílicos e pequenos grupos que já lutavam pelas questões da cidadania homossexual, como o Atobá de Emancipação Homossexual (RJ), “Somos” (SP), “Outra Coisa”(SP) e o Grupo Gay da Bahia (GGB). A partir de 1985 um variado número de novos grupos e organizações formaram-se em resposta à AIDS. Entre estes o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS) de São Paulo, que reuniu um grupo de voluntários entre profissionais de saúde, ativistas políticos, membros de organizações homossexuais, familiares e parceiros, comprometidos em fornecer ajuda básica e serviços de aconselhamento para pessoas com AIDS, além de educação e informação preventiva para o público em geral. Outros GAPA são fundados em várias cidades do Brasil (Daniel e Parker, 1991).

No Rio de Janeiro, alguns importantes intelectuais entre eles Herbert de Souza fundam a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS). São criados também o ARCA/ISER (Apoio Religioso Contra a AIDS, um programa do ISER, Instituto Superior de Estudos da Religião) e em 1989 Herbert Daniel funda o Grupo Pela VIDDA (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade dos Doentes de AIDS), constituído basicamente por soropositivos, doentes ou não, seus amigos, parceiros e familiares, que lutam pela cidadania e pelos direitos humanos das pessoas com AIDS na sociedade brasileira. Alguns grupos que já trabalhavam com profissionais do sexo passam a incorporar a prevenção à AIDS em sua agenda, é o caso do grupo NOSS (Núcleo de Orientação e Saúde Social – com um trabalho com “michês” masculinos) e o DA VIDA, que trabalhava com mulheres profissionais do sexo. Em 1991 surge dentro do ISER o ASTRAL (Associação de Travestis e Liberados), com uma proposta de trabalhar as questões da cidadania e da prevenção do HIV/AIDS entre os travestis (Daniel e Parker, 1991). Em São Paulo aparecem algumas “casas de apoio”, que abrigam pessoas com AIDS que não tem moradia nem apoio familiar, é o caso da Casa de Apoio Brenda Lee, criada para atender travestis e que leva o nome de sua fundadora, ela também um travesti. No Rio de Janeiro é fundada a



Sociedade Viva Cazuza que mantém uma casa de apoio para crianças e adolescentes com HIV/AIDS, desamparadas. Estas instituições viriam suprir a ausência deste tipo de serviço por parte do poder público (Silva, 1998).

Em 1995, com o crescimento da participação das ONG/AIDS nas discussões das políticas de enfrentamento da epidemia, emerge no cenário das organizações da sociedade civil brasileira a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, que atualmente tem representação em vinte dois estados e no Distrito Federal. Esta Rede vai formular, no início, um discurso de oposição radical às tradicionais ONG/AIDS, criticando-as pelo fato de colocarem em segundo plano questões relativas à vivência do portador do HIV/AIDS, além de questioná-las por estarem advogando em nome destes portadores. Este clima de conflito inicial é bem menor nos dias de hoje, havendo um espaço maior de trocas entre as várias organizações (Rocha, 1999).

Em nível das respostas governamentais em 1985 são criados vários Programas Estaduais e Municipais de AIDS e o Programa Nacional de Controle das DST/AIDS. Um outro marco importante é a criação da Comissão Nacional de AIDS, em 1986, através de uma portaria ministerial de nº 199. No Rio de Janeiro a Comissão Estadual de AIDS é instituída em 1989. Estas comissões têm uma importância política fundamental, pois sendo constituídas por representantes de órgãos governamentais, institutos de pesquisa e da sociedade civil organizada, são elas que vão diagnosticar e implementar diretrizes político-técnicas mais consistentes para os programas.

Em 1992, o Programa Nacional de Controle das DST/AIDS inicia negociações com o BIRD (Banco Mundial) para um financiamento de três anos de um plano operativo com quatro componentes principais: assistência, prevenção, desenvolvimento institucional e vigilância epidemiológica. Estes recursos passam a integrar a dívida externa brasileira e são condicionados a que 20% dos mesmos sejam contrapartida do governo brasileiro.

No Estado do Rio de Janeiro o gerenciamento desses recursos tem início a partir de 1994 e a despeito de enormes dificuldades burocrático/administrativas as ações têm sido realizadas com a oferta de mais leitos para a assistência, projetos de prevenção, desenvolvimento institucional e informatização da vigilância epidemiológica das DST/AIDS.

A partir de 1996, com o surgimento dos novos medicamentos anti-retrovirais, a área de assistência aos pacientes é colocada em destaque, sendo perigosamente priorizada

a esfera exclusiva da medicina e da ciência como fator de controle da epidemia da AIDS em detrimento da prevenção. Estes medicamentos, que foram alardeados pela mídia que cobria a XI Conferência Internacional de AIDS de Vancouver, comprovadamente melhoram a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS e passam a ter sua distribuição gratuita no Brasil (Rocha, 1999).

Através desse breve histórico da epidemia pode-se perceber que sem a parceria, a “vigilância” e a pressão da sociedade civil organizada nas ONG/AIDS talvez o processo de enfrentamento da epidemia no Brasil não tivesse tido os investimentos em recursos humanos, materiais e financeiros que teve. Conhecendo mais de perto as ONG/AIDS no Brasil comecei a perceber que a grande maioria destas instituições é composta, em grande parte, de militantes homossexuais, com uma enorme disponibilidade em se engajar voluntariamente nas várias frentes de luta contra a epidemia do HIV/AIDS.

Ao ingressar em 1995 no Projeto Praça Onze, um estudo epidemiológico preparatório para ensaio de vacina anti-HIV tendo como público-alvo a população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH)\*, percebi que esta não era uma realidade pontual, apenas de alguns “militantes” mais engajados politicamente. Mas que tal compromisso com esta verdadeira “batalha” contra a epidemia estava presente na grande maioria dos voluntários do Projeto, que referem significativa motivação em participar de um ensaio de vacina anti-HIV, caso houvesse um destes no Brasil.

\*Esta categoria HSH será utilizada neste estudo pelo fato de possuir maior abrangência, estando inseridos nela aqueles homens que embora tenham práticas homo ou bissexuais não se incluíam nesta identidade ou orientação sexual. Poder-se-ia fazer uma crítica de que ela não abrangeria aqueles homens que tenham inclinações homoeróticas, mas que não tenham relações homocorporais, entretanto essa crítica não seria pertinente, pois o público-alvo do Projeto Praça Onze é o de homens que podem estar vulneráveis à transmissão sexual do HIV e, portanto, não incluindo aqueles que não têm práticas sexuais.

### **O Projeto Praça Onze**

O Projeto Praça Onze foi uma pesquisa preparatória para avaliação de um futuro ensaio de vacina anti-HIV. Os pesquisadores principais foram o Dr. Mauro Schechter (MD PhD, Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ) e o Dr. Lee Harrison (MD, Professor Associado de Epidemiologia e Medicina da Universidade de Pittsburgh-EUA). O Projeto foi financiado pelo NIH (National Institutes of Health) que é o

órgão do governo dos EUA responsável pelo financiamento de pesquisas na área de saúde. Em 1993, o NIH criou a Rede de Estudos de Prevenção da Infecção pelo HIV (HIVNET), que inclui onze universidades nos EUA e onze em outros países.

A seleção para participar do HIVNET deu-se através de um processo competitivo, em que as universidades foram selecionadas tendo como base critérios que avaliaram o mérito científico de suas propostas, a infra-estrutura existente e a experiência de seus pesquisadores. O objetivo do HIVNET é realizar estudos para prevenir o avanço do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Estes estudos incluem vacinas anti-HIV, microbicidas tópicos, tratamentos de DST e estratégias comportamentais de redução de exposição a risco para a infecção das DST/HIV/AIDS. O HIVNET, pela sua abrangência e disponibilidade de verbas, é o principal programa, em nível mundial, de desenvolvimento e avaliação de vacinas anti-HIV/AIDS. O Projeto Praça Onze, ao ser selecionado, passou a ser a única unidade do HIVNET nas Américas do Sul e Central.

Além dessa parceria, o Projeto contava com a participação de profissionais da UFRJ, da FIOCRUZ, da UERJ, da Universidade de Pittsburgh, da Universidade Johns Hopkins, das Secretarias Estadual e Municipal da Saúde do Rio de Janeiro, dos Grupos Pela VIDDA RJ e Niterói (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) e do grupo NOSS (Núcleo de Orientação e Saúde Social).

O Projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das Universidades Johns Hopkins e de Pittsburgh, da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da UFRJ e recebeu pareceres favoráveis quanto à sua relevância para o país emitidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e pelo Ministério das Relações Exteriores. Funcionou entre 1995-1998 no Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA-UFRJ), ocupando todo um andar de um dos prédios desta unidade de saúde, que foi todo remodelado para receber o projeto. Ao todo eram treze salas, divididas em: recepção, gerência e administração, consultórios, banco de dados, sala de reunião, copa e banheiros. A equipe era composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, flebotomistas, laboratoristas, recrutadores/visitadores, motorista e pessoal de apoio administrativo.

O objetivo primário do Projeto Praça Onze era estimar a incidência de infecções pelo HIV em uma coorte de 862 voluntários da população de homens que fizessem ou tivessem feito sexo com outros homens (HSH), mesmo que também fizessem ou tivessem

feito com mulheres. Este grupo de indivíduos foi escolhido baseado em estudos preliminares, realizados em centros de testagem anônimas (CTA), que indicaram uma relevante soroincidência nesta população (Schechter e Harrison, 1994; Harrison, 1999).

Os objetivos secundários do estudo eram:

1. Investigar fatores biológicos e comportamentais associados ao risco de infecção pelo HIV na população estudada;
2. Documentar se a população estudada era de tamanho suficiente para participar, no futuro, de testes de vacinas anti-HIV/AIDS;
3. Averiguar o interesse dos membros deste grupo em participar destes testes e,
4. Estocar, no Rio de Janeiro, soro, plasma e células sanguíneas coletadas em cada visita para futuros estudos de isolados virais obtidos de participantes que porventura viessem a soroconverter.

O período de recrutamento de voluntários iniciou em julho de 1995 e encerrou em maio de 1997. O recrutamento foi realizado nas unidades públicas de testagem e aconselhamento anônimos para o HIV (CTA) da cidade do Rio de Janeiro e Niterói e em locais de frequência *GLS\**, como bares, saunas, boates e espaços ligados à moda ou decoração.

Também foram realizadas palestras em empresas e em organizações não-governamentais (ONG) ligadas às questões homossexuais ou ao combate da epidemia do HIV/AIDS. Entretanto, a principal estratégia de recrutamento foi o método da “bola de neve”, em que os próprios participantes divulgam e trazem novos amigos para tornarem-se voluntários do Projeto (tabela 1).

\* *GLS* é uma sigla construída a partir da reunião das iniciais das palavras *gays*, lésbicas e simpatizantes, muito utilizada nos países de língua inglesa, tendo sido seu uso adaptado em diversos locais do Brasil.

Este método pode não ter possibilitado uma captação totalmente aleatória da população estudada, influenciando no perfil socio-demográfico, ao homogeneizar as características do tipo de pessoa que buscou o Praça Onze.

**Tabela 1** - Distribuição dos voluntários quanto às formas de recrutamento (Lago,1999)

<b>Forma de recrutamento*</b>	<b>N o</b>	<b>%</b>
-------------------------------	------------	----------

<b>(n=871)</b>		
“Bola de neve”	333	36
CTA	292	32
Locais de frequência <i>GLS</i>	211	23
Mídia	38	4
Outros	52	5

\* Os entrevistados podem ter escolhido mais de uma alternativa.

Uma importante estratégia do recrutamento foi atribuir uma maior relevância à questão das práticas sexuais, relativizando a questão da identidade sexual. Assim, ao optar-se por divulgar o público alvo do Projeto como sendo o de homens que “fizessem ou tivessem feito sexo com outros homens, mesmo que mantivessem ou tivessem mantido sexo com mulheres”, pode-se ampliar o universo de captação de voluntários, atraindo também aqueles homens que embora tivessem práticas sexuais com outros homens, não se consideravam identificados com as categorias de homo ou bissexuais (Daniel e Parker, 1991, 1993).

O Projeto Praça Onze produziu material padronizado para divulgação como cartazes e folders. Foi produzido também um folheto informativo que tinha a função de “vale-camisinha”. Caso o potencial participante comparecesse ao Projeto teria direito de receber dez preservativos, mesmo que não efetivasse sua participação. Todos esses materiais eram distribuídos pelos recrutadores que foram preparados para sempre esclarecer as dúvidas, inclusive oferecendo informações preventivas contra o HIV/AIDS.

Os critérios de inclusão dos participantes eram: ser homem e ter feito ou fazer sexo com outro homem; ter entre 18 e 50 anos e concordar em fornecer um endereço para contato. Os de exclusão eram: ser soropositivo para o HIV; recusar-se a assinar o termo de consentimento e informar na primeira entrevista não poder comparecer às visitas seguintes.

Os participantes que tinham um resultado HIV positivo no primeiro teste, durante o processo de seleção, recebiam aconselhamento pré e pós-teste e eram encaminhados para atendimento nos centros municipais de saúde (CMS), conforme convênio previamente firmado com a Assessoria de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde.

Ingressaram no Projeto 862 voluntários. Destes, 753 foram considerados incluídos. A principal razão da exclusão dos demais 109 participantes foi o fato de seu teste para

detecção de anti-corpos anti-HIV ter resultado reagente/positivo. O projeto teve duração de três anos, encerrando-se em dezembro de 1998. Os voluntários durante este tempo deveriam retornar a cada seis meses e repetirem todas as etapas anteriores. As taxas de seguimento obtidas foram de 96,7% nas visitas de 6 meses, 91,7% nas visitas de 12 meses, 91,1% nas de 18 meses e 92,9% nas de 24 meses.

Estas taxas significativas talvez se devam a três características da rotina do Projeto: a primeira, a de mandar correspondência, lembrando com antecedência a data da visita previamente marcada; a segunda, a existência da figura do “visitador” que tinha a função de, em caso de atraso, ir à residência do voluntário para estimular o comparecimento ao Projeto; uma última, mas também importante, seria a formação de um vínculo com os voluntários, através de um atendimento eficiente, com resolutividade e garantia do sigilo e confidencialidade, sem uma atitude homofóbica, em um ambiente confortável (com televisão, vídeo, café e água gelada, na sala de espera). Os voluntários também tiveram acesso aos seguintes procedimentos (fluxograma das atividades no anexo 2 - p. 133):

- respondiam a um questionário de comportamento e atitudes (ver anexo 3 e 4 p.134), faziam exame clínico para verificar a presença de DST e doavam uma amostra de sangue para testagem de anti-corpos para HIV, HBV, HTLV e VDRL para diagnóstico da SÍFILIS, além de uma amostra de urina para testagem de eventual infecção para gonorréia e clamídia;
- era garantido ao voluntário tratamento das DST e caso se tornasse sorroconvertor para o HIV era encaminhado para acompanhamento no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ);
- cada vez que ele comparecesse ao local do Projeto recebia também preservativo, lubrificante, vale-transporte e vale-refeição, este último, só nas visitas em que era colhido sangue para os exames;
- uma vez por mês era oferecido aos voluntários um espaço de “oficinas” onde eram discutidos temas referentes à questões como: sexualidade, cidadania, prevenção, tratamento e vacinas anti-HIV, além de um espaço de convívio social e,
- a cada visita os participantes do Praça Onze recebiam aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, com o objetivo de:

- propiciar uma reflexão sobre o teste anti-HIV e o significado dos possíveis resultados;
- estimular a reflexão sobre as informações acerca das DST/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- avaliar os riscos de infecção pelas DST/HIV propiciando a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de riscos;
- estimular a comunicação e/ou convocação, para tratamento, de parceiros(as) sexuais e de uso de drogas injetáveis;
- dar apoio emocional e,
- refletir sobre a importância da adesão ao tratamento.

A análise das amostras sorológicas mostrou que 34 voluntários tornaram-se positivos para o HIV, o que indicava uma taxa de soroconversão de 3,1% na população estudada. Ao analisar-se essa taxa por faixa etária verificou-se uma concentração no intervalo de 18 a 24 anos, onde ela atingia 6%.

No ano de 1999, a estrutura física e a equipe foram mantidas e, no local, está sendo desenvolvido o Projeto de Profilaxia Pós-exposição ao Risco de Transmissão Sexual pelo HIV (Projeto PEP), com 200 voluntários desta mesma população-alvo. Neste novo projeto os participantes se comprometem a utilizar, de forma experimental, uma medicação profilática sempre que tenham tido algum contato sexual, sem preservativo, com potencial exposição a risco para a infecção pelo HIV. A droga prescrita é uma combinação de zidovudina (AZT, 300mg) e lamivudina (3TC, 150 mg) que precisa ser ingerida até 48 horas após a potencial exposição a risco, devendo continuar a ser utilizada na dosagem de um comprimido de doze em doze horas durante 28 dias.

Embora várias formas de motivação possam influenciar a adesão de voluntários a um projeto de profilaxia como este, a predominante é a busca de proteção a uma potencial exposição a risco para a infecção pelo HIV, através da via sexual. Neste sentido, procurando evitar um eventual viés, este grupo de voluntários do Projeto PEP não foi selecionado para participar da presente dissertação.

Um estudo realizado por Longo (1996), com o objetivo de avaliar as motivações de voluntários do Projeto Praça Onze em participar em um ensaio de vacina anti-HIV, indicava que de um total de 753 participantes, 522 (69,5%) responderam que participariam

de um teste de vacina anti-HIV, caso houvesse no Brasil. Destes, 91,3% relataram como motivação para participar ajudar a parar a epidemia e 84,1% ajudar a comunidade.

Durante os meses de abril a novembro de 1995 uma pesquisa semelhante com 4892 indivíduos negativos para o HIV-1 foi realizada nos EUA em oito cidades americanas (Boston, Chicago, Denver, New York, Philadelphia, Pawtucket/Providence, San Francisco e Seattle). Estes indivíduos foram recrutados entre as populações de homens que fazem sexo com outros homens, homens e mulheres usuários de drogas injetáveis (UDI) e mulheres não UDI, com potencial exposição a risco para a infecção pelo HIV, através da via de transmissão heterossexual, com a finalidade de participarem de um estudo que tinha como objetivo determinar a disposição dessa população em participar de um teste de eficácia de vacina anti-HIV.

Os resultados obtidos apontam que cerca de 77% da população entrevistada referiu que participaria de testes de vacina. As motivações mais frequentes para a participação são altruísmo e o desejo de proteção através de uma vacina. O crescimento da disposição em participar estaria associado ao comportamento de alta exposição a risco para a infecção pelo HIV, baixos níveis educacionais e à inexistência de cobertura de seguro-saúde. Entre os participantes que têm cobertura de saúde, a motivação seria maior naqueles que têm seguro público do que entre os que têm seguro privado (Koblin, et alii., 1998).

Embora esse tipo de pesquisa sobre a disposição de voluntários em participar em ensaios de vacinas seja comum nos EUA (existem cerca de onze projetos semelhantes na HIVNET), aqui no Brasil ele é pouco freqüente, tendo existido apenas o Projeto Praça Onze, o Projeto Rio (Fiocruz), o Projeto Horizonte (BH) e o Projeto Bela Vista (SP). Alguns pesquisadores tendem até a achar que não existiria no nosso país uma cultura de voluntariado para participação neste tipo de investigação.

É neste sentido que esta presente dissertação, partindo dos resultados apontados por Longo (1996), buscou investigar, através de uma pesquisa qualitativa, nas narrativas dos voluntários do Projeto Praça Onze, as construções simbólicas e imaginárias desta população de homens que fazem sexo com homens sobre homossexualidade, AIDS e motivações de adesão a ensaio de vacina anti-HIV.

O que significa participar de teste de vacina para ajudar a comunidade e a parar a epidemia? Esta atitude estaria informando um sentimento de altruísmo que se ancoraria, por sua vez, em um sentimento de solidariedade, construído por essa população específica



de HSH no entrelaçamento histórico entre a epidemia do HIV/AIDS e as lutas pelo respeito às diferenças sexuais e contra a discriminação? Seria esta adesão influenciada pelo sentimento de identificação desta população de HSH com a visão preconceituosa do imaginário social da AIDS como doença dos *gay* ou *Peste Gay*, fazendo com que se sentissem mais vulneráveis que a população em geral à infecção pelo HIV e buscassem mais proteção e cuidados?

Todas estas questões, que permearam esta presente dissertação, serão discutidas no capítulo I, a partir dos argumentos e reflexões de alguns autores que já dirigiram com perspicácia seu foco sobre algumas delas. Na questão da sexualidade/homossexualidade, identidade e organização homossexual foram utilizados como marcos teóricos os conceitos de Jeffrey Weeks, Michel Foucault, Jurandir Freire Costa, Herbert Daniel, Richard Parker, Maria Luiza Heilborn e Veriano Terto Junior.

As pesquisas de Marcel Mauss sobre dádiva e trocas em algumas populações e a possível relação deste estudo com a adesão dos homens que fazem sexo com homens do Praça Onze a um futuro ensaio de vacina anti-HIV serão discutidos também neste primeiro capítulo.

No capítulo II é desenvolvida a metodologia utilizada que foi a de construções de fontes orais proposta pela historiadora Maria Helena Cardoso, que considera o falar um recurso fundamental e revelador das subjetividades e visões do mundo. As teorias de Hydén (1997) e Hawkins (1993) sobre narrativas de doenças são aqui também desenvolvidas. Neste ponto, não poderia deixar de sublinhar que as narrativas também constituem a matéria-prima da Psicanálise, teoria que informa minha prática como terapeuta, com a qual convivo há muitos anos, e que portanto, não poderia deixar de estar aqui presente, contribuindo no meu olhar sobre as questões que envolvem esta dissertação. Neste capítulo, também será explicitado como foi feita a análise dos dados.

No capítulo III e IV é feita a apresentação dos voluntários desta dissertação e o tratamento do material obtido a partir das entrevistas, relacionando os conceitos teóricos com as narrativas, ilustrando, com as falas que forem pertinentes, as concepções sobre homossexualidade, AIDS e adesão a ensaio de vacina anti-HIV. Aqui também foi desenvolvida uma comparação deste material com alguns resultados do Projeto Praça Onze. Até porque os resultados de um projeto de pesquisa só tem sentido se podem servir à

sociedade. E no caso específico, estes dados são de fundamental importância para a saúde coletiva e para as ações de prevenção ao HIV.

Embora não seja propósito desta dissertação refletir diretamente sobre as ações preventivas em saúde pública, alguns dos resultados aqui alcançados podem contribuir para a implementação destas ações. Deste modo, a ausência de correspondência entre práticas sexuais entre os homens que fazem sexo com homens e suas identidades, assim como a singularidade das concepções sobre homossexualidade, AIDS e das motivações para participar em ensaios de vacina anti-HIV deveriam ser levados em consideração nas estratégias preventivas dirigidas a esta população específica.

Aqueles que elaboram estas estratégias deveriam compreender os grupos populacionais a serem alcançados como construções produzidas a partir de variáveis históricas, culturais e sócio-econômicas, que estão em constante transformação. Além disso, cada grupo humano é constituído de sujeitos que não ficam passivamente recebendo as informações do mundo externo, mas que fazem uma “interpretação” singular destas. Tentar identificar e refletir sobre algumas destas “interpretações” e “construções” é uma das propostas desenvolvidas nesta presente dissertação.

## **Capítulo I – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) atingiu inicialmente homens com práticas homossexuais, bissexuais e hemofílicos nos Estados Unidos da América em 1981. Entretanto, o agente causador da síndrome - o HIV - só foi isolado em 1983. Nos Estados Unidos e no continente africano, desde o início da pandemia, a via de transmissão sexual foi a prevalente. Contudo, neste último continente, a epidemia atingiu principalmente pessoas com práticas heterossexuais, enquanto que no continente americano, Oceania e Oeste Europeu, o padrão de transmissão entre homens com práticas homo e bissexuais foi o predominante até 1990. (*UNAIDS and WHO, 1996*).

Inicialmente foram identificados dois tipos de vírus, o HIV-1 e o HIV-2, sendo o primeiro mais disseminado no mundo. O HIV-2 é encontrado principalmente no oeste africano, embora tenham sido isoladas algumas cepas em outras partes (*UNAIDS and WHO*, 1996). A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida caracteriza-se por uma grave deficiência do sistema imunológico provocada pelo ataque constante do HIV às células de defesa, que impedidas de exercerem sua função deixam o organismo exposto às infecções oportunistas.

Estima-se que existissem no mundo, até dezembro de 1999, cerca de 39 milhões e 500 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS. Até esta data, calcula-se que os órfãos da AIDS já serão 8 milhões e 200 mil. A doença já levou ao óbito cerca de 14 milhões de pessoas desde o início da epidemia. Acredita-se que ocorram 16.000 novas infecções/dia no mundo e que 90% delas aconteçam em países em desenvolvimento. No ano 2000 mais de 40 milhões de pessoas estarão vivendo com HIV, e um grande número delas sem conhecerem seu *status* sorológico (*Global HIV/AIDS and STD Surveillance*, 1999).

Os primeiros casos de AIDS no Brasil foram identificados em 1982 e até agosto de 1999 foram notificados 170.073 casos à Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. O perfil epidemiológico da transmissão do HIV no Brasil aponta, no período de 1981 a 1986, para um predomínio da transmissão sexual, principalmente entre homo/bissexuais masculinos de escolaridade elevada. O período entre 1987 e 1991 caracterizou-se pela introdução da via de transmissão sanguínea entre os hemofílicos e o aparecimento do uso de drogas injetáveis (UDI) como fatores de exposição a risco. Neste período também inicia-se um processo de juvenilização, pauperização e interiorização da epidemia. A partir de 1992, começa a haver um aumento do número de casos na sub-categoria de exposição heterossexual, alterando a razão homem/mulher de 28:1 em 1985 para 2:1 em 1999. Essa sub-categoria que representava menos de 5% dos casos notificados na categoria de exposição sexual no início da epidemia, já é responsável por 55% dos casos em 1997. Embora tenha sido observado um pequeno declínio no número de casos notificados nas categorias de transmissão homossexual, esta população permanece ainda bastante atingida (Ministério da Saúde, AIDS-Boletim Epidemiológico, 1999).

Desde o aparecimento da AIDS os países atingidos tem implementado esforços no sentido de enfrentar a epidemia da doença dirigindo-os para duas áreas básicas: a primeira a biomédica, incluindo-se aí a identificação do vírus, seu mecanismo de transmissão, a

resposta do sistema imunológico e o tratamento. A segunda se refere ao comportamento humano e o desenvolvimento de políticas de prevenção da transmissão do HIV.

Tanto a área biomédica como a de prevenção tiveram seu processo de implementação de forma gradual. Esta última passou por três estágios: um primeiro entre 1981 e 1984 caracterizou-se pela difusão de informações sobre mecanismos de transmissão e identificação de comportamentos relacionados a um potencial maior risco de exposição a infecção pelo HIV. Um segundo situado entre os anos 1985 e 1988 em que a ênfase maior era nas campanhas de redução de potencial exposição a risco e estímulo à mudança de comportamento individual. Um terceiro momento, iniciado em 1989, em que a dimensão social começa a ser trazida para a discussão da redução de potencial exposição a risco de infecção (M. S., 1998).

A partir dos anos 90 o conceito de vulnerabilidade individual e social passa a ter um lugar de destaque nas estratégias preventivas e de controle do HIV/AIDS. Mann e colaboradores (1993) vão desenvolver melhor este conceito, que amplia o conjunto de fatores cuja interação aumenta ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV. Este conceito será retomado e aprofundado no capítulo IV - 7 referente as percepções de risco dos entrevistados desta dissertação.

A elaboração do conceito de vulnerabilidade associada ao conceito de risco traz para o campo da análise epidemiológica maior precisão e amplitude. Neste sentido, embora o potencial risco de exposição, em nível biológico, exista para a maioria das pessoas, pois qualquer um exposto ao vírus, seja através de sangue ou da relação sexual pode se infectar, o componente biológico não é o principal elemento da vulnerabilidade. Os fatores políticos, econômicos, institucionais, sociais, culturais, familiares e emocionais que influenciam o comportamento individual são de fundamental importância como intervenientes na vulnerabilidade.

Considerando-se que a principal via de transmissão do HIV tem sido a sexual e que a sexualidade humana está indissociavelmente atravessada pelo simbólico e pelo imaginário, pelas regras, leis e tabus da cultura, mas também pelo desejo, fantasias e transgressões inconscientes, dever-se-ia levar em conta todos esses outros fatores ao se pensar a vulnerabilidade e a elaboração de ações preventivas que tivessem como objetivo a promoção do sexo mais seguro.

A compreensão das motivações de adesão a ensaio de vacina anti-HIV passa também pela reflexão dessas construções simbólicas e imaginárias já que não é uma vacina qualquer que se está pretendendo testar, mas uma que possa imunizar contra um vírus que tem como via principal de transmissão a sexual. Se considerar-se que todas as pesquisas têm apontado que os esforços das políticas de saúde dirigidas à prevenção têm mostrado que é extremamente difícil mudar comportamento sexual no sentido de se obter práticas sexuais mais seguras com a inclusão de preservativos nas relações sexuais, pode-se inferir que todo este “cenário” talvez influencie as pessoas sexualmente ativas a achar que uma vacina contra o HIV seria uma solução mais fácil e segura.

### **1 -Tecendo as Construções Simbólicas e Imaginárias em Torno da Sexualidade e da Epidemia**

O papel das construções simbólicas e imaginárias no trajeto da epidemia no Brasil é tão importante quanto os aspectos biomédicos. Neste sentido é que a AIDS apareceu primeiro como um fenômeno da mídia e só depois se tornou uma evidência médica. Antes mesmo de o ser, o doente-padrão já estava definido, como aponta Parker: “(...) coincidentemente, o primeiro óbito publicamente identificado correspondia ao modelo ‘midiático’: homossexual, glamouroso, afortunado, badalado e viajado - estamos nos referindo ao costureiro Markito (...) considerado o primeiro caso de AIDS no país.” (Parker, R. et alli, 1994:31).

“Peste gay”, “Doença dos quatro H” (homossexual, hemofílico, heroinômano, haitiano), “Doença transmitida para mulheres por maridos bissexuais”, “Castigo de Deus”, “Grupo de Risco”, estas são algumas das concepções estigmatizantes e preconceituosas que ajudaram a associar a AIDS aos homossexuais. Herbert Daniel e Richard Parker (1991) vão definir essa associação de velhos estigmas e preconceitos, contra grupos já previamente marginalizados acoplados à AIDS, como a Terceira Epidemia. Segundo estes autores a primeira e segunda epidemias se relacionariam a AIDS e a propagação do HIV causador da doença, a terceira, entretanto, seria a epidemia do preconceito.

A Terceira Epidemia da AIDS fez emergir toda a intrincada rede imaginária e simbólica onde está ancorado o tema da sexualidade. Culpa, pecado, transgressão, desvio, marginalidade, vergonha, crime, castigo, vieram à tona e “flutuam”, agora, como fantasmas nas nossas salas de jantar. Essas concepções que tentam culpabilizar os homossexuais como causadores ou propagadores da epidemia do HIV/AIDS não são novas

e tem suas origens em uma tendência de pensamento, o essencialismo, que surgiu como um corpo teórico no final do século XIX, na onda do evolucionismo darwinista. Seus argumentos estão baseados na concepção de que a sexualidade humana é uma força natural, ancorada na biologia, nos instintos e nos impulsos internos (Weeks, 1985).

Embora esta tendência de pensamento tenha sido contraposta pelo construtivismo social, que ao contrário, entende que a sexualidade humana é um produto da construção de complexas interações entre indivíduo e forças históricas e sociais, ela ainda permanece hegemônica entre vastas camadas da população leiga e até mesmo entre alguns pesquisadores e ativistas homossexuais que afirmam que existiria uma “natureza” homossexual e, neste sentido, algumas pessoas já nasceriam com uma orientação homossexual.

Jeffrey Weeks (1985) argumenta que até o século XIX era o cristianismo quem detinha as “normas” sobre o sexo. A ideologia ocidental foi formada na tradição judaico-cristã da perseguição aos pecados da carne, através dos tratados, leis canônicas, penitências e codificada desde o século XVII nos procedimentos da confissão e na consciência do puritanismo. A principal discussão nestes textos cristãos era sobre a sexualidade reprodutiva e a não reprodutiva, sendo esta última vista como uma ameaça.

Segundo Weeks (1985), a partir do século XVIII começa a ficar em evidência alguma literatura leiga preocupada com as questões eróticas. Ao lado do aparecimento, em 1758, do primeiro livro prevenindo sobre os perigos da masturbação - *On Onania* - de Samuel Tissot, desenvolveu-se uma literatura de novelas, tratados morais e mesmo manuais populares sexuais de auto-ajuda. A preocupação com as manifestações e efeitos dos prazeres do corpo, entretanto, não eram novidades no mundo não cristão e estes produtos da sabedoria sexual oriental começam a circular no mundo ocidental no século XIX. Em 1883 Sir Richard Burton traduz o *Kama Sutra*, livro religioso de artes eróticas que segue os costumes praticados no antigo oriente.

No final do século XVIII, vai havendo um declínio da influência da Igreja e discursos alternativos ao religioso começam a proliferar. O Marquês de Sade descreve os prazeres da sodomia, ensejando, involuntariamente, as bases para o futuro discurso classificatório da perversão efetuado pela sexologia.

Weeks (1985) vai dizer que, no século XIX, os imperativos do capitalismo de expansão e realização de mais valia geram uma certa anarquia moral nas relações sociais.

As lógicas dos negócios e da moralidade, freqüentemente, se chocaram saindo esta última sempre derrotada. A ideologia burguesa, preocupando-se com este estado de coisas, montava campanhas evangélicas entre as classes trabalhadoras na tentativa de prevenir a multiplicidade de parceiros entre os casais estáveis.

No fim do século XIX no que diz respeito às atitudes sobre prostituição, controle da natalidade e aborto, casamento e divórcio ou mesmo homossexualidade, verifica-se diferentes padrões dentro da mesma classe e um hiato entre “crença” e comportamento. Weeks vai sugerir que: *“a articulação entre capitalismo e sexualidade vai se dar através de complexas mediações das agências morais, intervenções políticas, diversas práticas sociais, cujas histórias ainda precisam ser descobertas”* (1985: 22).

Uma mudança fundamental do século XX que se deu após a segunda guerra mundial, entre o final dos anos 40 e até o princípio dos anos 70, segundo Weeks (1985), foi a de um capitalismo de acumulação para um capitalismo distributivo produzindo para o consumo. Esse novo momento, embora não tenha resolvido o problema da pobreza, trouxe renovados padrões de “viver melhor” assim como mudanças nas morais sexuais. *“Sexo era até um longo tempo o que você era. A partir dos anos 50, passa a ser alguma coisa que você pode comprar. Não somente da forma tradicional de prostituição para os homens, mas sob a forma de brilhantes fantasias mercantilizadas”* (p. 23).

A separação cada vez mais intensa entre uma sexualidade voltada para o erotismo e outra para a procriação, facilitada em parte pelo desenvolvimento tecnológico do capitalismo que permitiu meios mais eficazes de controle da natalidade, abriu caminho para a proliferação de novos desejos e a busca de prazer como um fim em si mesmo tornou-se cada vez mais hegemônica. O sexo passa a ser assim uma área que pode ser colonizada e expandida pelo capitalismo. Contudo, segundo Weeks: *“os propositores e beneficiários de todas essas mudanças sexuais do pós-guerra foram indubitavelmente os homens, empresários das novas oportunidades sexuais. As mulheres eram sempre o foco de seus interesses e do novo consumismo”* (1985: 25).

Emergem novas e contraditórias construções discursivas acerca do papel feminino: mulher como mãe e consumidora, como companheira doméstica e parceira sexual, mulher como trabalhadora que, em muitos países capitalistas, foram um pré-requisito indispensável para a contínua expansão econômica.

A “liberação sexual” e a sexualização do corpo feminino compuseram um fenômeno problemático, não acontecendo de forma autônoma, e tendo seu

desenvolvimento em um contexto dual: por um lado, a organização capitalista do mercado de trabalho e consumo, onde a mulher era pior remunerada; e por outro as definições masculinas de prazer e necessidade sexual. A mulher, que continua mantida em uma dependência familiar, tem agora que responder às novas exigências de necessidades de atrativos impostas pela expansão da sexualização do corpo feminino a partir das definições ditadas pelos desejos masculinos.

A importância do sexo para o casamento é apontado desde o cristianismo, e não somente neste, como uma obrigação marital e a partir do século XVII é considerado também um sacramento. Porém, a natureza do casamento onde a escolha do parceiro marital é determinada pela compatibilidade entre os parceiros e pela atração sexual é bastante recente. Só a partir da década de 20, com o aparecimento das teorias dos sexologistas, esta concepção da ligação do casal que incluía a intimidade sexual passa a ter força.

Segundo Weeks (1985) a primazia das teorias que apontam a harmonia sexual como importante para a sustentação do casal nos EUA e Inglaterra não é resultado apenas de uma manipulação ideológica, mas é também constituída através de amplas mudanças sociais: *“A partir da Segunda Guerra Mundial cresce a separação entre trabalho e lazer, fracionando-se os laços de camaradagem entre os trabalhadores. A urbanização crescente também ajuda a quebrar as relações de boa vizinhança e com isto as bem estabelecidas ligações de solidariedade entre as mulheres”* (1985:28).

Esse novo contexto vai resultar no enfraquecimento de velhas formas de convivência comunitárias, provocando mudanças sociais que vão fortalecer ainda mais a hegemonia do casal e da família burguesa na sociedade. Weeks (1985) afirma que o casal, mais que o casamento, emerge como o que parece constante na vida ocidental. O casal heterossexual passa a ser visto como o pilar de sustentação de nossa sociedade, o fórum de ambição, realização pessoal e felicidade. Entretanto, como as forças que os mantêm juntos são tênues, torna-se necessário pesquisar melhor esta relação e os obstáculos à sua manutenção. A partir desse desejo de um maior controle “científico” dos casais surgem as primeiras teorias dos sexologistas sobre a relação entre homens e mulheres no casamento.

Margaret Jackson (1987), antropóloga e feminista americana, pesquisou a sexualidade masculina e sua função de controle social das mulheres e o papel dos sexologistas em legitimar os mitos prevalentes na sexualidade masculina, como, por



exemplo, o mito de que homens estupram mulheres porque eles são dominados por incontrolláveis vontades sexuais. Os sexologistas, segundo ela, no seu afã de definir “cientificamente” a sexualidade e as diferenças sexuais tentaram “naturalizar” a submissão sexual feminina ao homem como sendo um normal “fato da vida”. Segundo ela:

*“o que está em jogo nos trabalhos dos sexologistas é um tipo particular de luta entre os sexos que está sendo, até agora, negligenciada e mal entendida. Deste modo, quando eles definem certas espécies de práticas sexuais e instituições como naturais, ao invés de sociais e políticas, significa que removem a sexualidade da larga extensão da arena política e colocam-na sob a proteção da ciência” (pp.: 75,76 ).*

Examinando a literatura sexológica do século XX, ficou claro, para a pesquisadora, que esta não apenas legitimava os mitos, mas que sustentava, através de um discurso científico e objetivo, um modelo de sexualidade que promovia os interesses dos homens em uma sociedade dividida.

*“ (...) Embora tivesse clareza sobre o significado da ‘revolução sexual’ como incremento e legitimação do direito do homem de acesso sexual sobre as mulheres, surpreendeu-me o grau de anti-feminismo e de reforço a supremacia masculina, contido nos escritos dos sexologistas, muitos dos quais tinham o apoio de alguns membros do movimento feminista. É o caso de Havelock Ellis, Stella Browne, Master and Johnson. (...) O que Ellis e seus contemporâneos estavam tentando, conscientemente ou não, era defender os interesses masculinos contra os ataques feministas, despolitizando a sexualidade; em outras palavras removendo-a da arena político-sexual e colocando-a na esfera do ‘natural’ (...) O modelo científico de sexualidade construído pelos sexologistas é um reflexo dos valores da supremacia sexual masculina e promove o interesse dos homens definindo sexo em termos masculinos, assim como facilita o controle político-social da mulher pelo homem dentro da instituição da heterossexualidade e privilegiando certas específicas práticas heterossexuais” (Jackson, 1987: 52, 55, 74).*

A obra de Michel Foucault é um marco para a maioria dos autores que pretendam estudar a sexualidade. Segundo ele, a sexualidade emerge como conceito, transformando práticas e regras sociais relativas ao sexo em um campo autônomo de conhecimento, a partir dos séculos XVIII e XIX. Ao contrário dos autores que afirmam ter sido esta uma era

de repressão, Foucault vai dizer que o que aconteceu foi uma proliferação dos discursos sobre o sexo como um mecanismo de positivação.

Esta proliferação discursiva teve dois desdobramentos: o primeiro foi dar à monogamia heterossexual o lugar de modelo de prática legítima; o segundo foi dar ao antigo libertino o caráter de perverso, instaurando o campo das perversões e categorizando a sodomia como homossexualidade. Segundo Foucault (1985), o que se quer com estas categorizações das perversões não é acabar com elas, mas promovê-las e imprimí-las na realidade.

Weeks (1985) também compartilha com o argumento de Foucault da sexualidade moderna ter sido, em parte, uma invenção das canetas dos sexologistas e como todas as invenções, algumas vezes podendo acarretar efeitos contraditórios. Assim, estes auto-proclamadores pioneiros, avatares do iluminismo sexual, trabalharam para construir a ciência do desejo, um novo continente do conhecimento que revelaria as chaves de nossa natureza. Enquanto a sociologia com os estudos de Comte, Marx, Spencer, Durkheim e Weber buscava as “leis da sociedade”, para esses sexologistas importava trazer à tona os imperativos escondidos de nossa natureza animal que causavam profundas influências no bem comum. Para eles a ciência do sexo era uma necessidade junto à ciência da sociedade e para se entender esta última tinha-se que se entender o sexo.

Ao fazer isto, eles também deram suporte a outra, mais ambígua atividade, da patologização das práticas sexuais “perversas” e a institucionalização de tratamentos dúbios. Entretanto, segundo esses sexologistas pioneiros, sua tarefa era descobrir, descrever e analisar, as leis da natureza, para harmonizá-las. Mas quanto mais se mergulha dentro deste emaranhado que é a sexualidade, mais se percebe que a natureza tem muito pouco a ver com isto. Esses sexologistas, na verdade, contribuíram de diferentes formas no século XX para modelar e manter a elaborada tecnologia de controle.

Assim, segundo Weeks (1985), no que diz respeito às questões ligadas a sexualidade o código moral cristão vai sendo substituído, através dos conceitos dos sexologistas, por um código moral “científico” que, na verdade, se sobrepõem. O que antes era “pecado” agora passa a ser “desvio”. Este não é condenável por se opor ao sagrado, mas porque se opõe à uma lei “natural”. O “desvio”, contudo, por estar no plano da terra, é passível de mudança. A novidade aqui é o isolamento e a individualização das características específicas da sexualidade, detalhando seus patamares normais e variações

mórbidas, enfatizando seu poder e especulando seus efeitos. O desejo seria uma força poderosa que preexistia ao indivíduo, seduzindo seu corpo com fantasias e distrações, as quais ameaçavam sua individualidade e sanidade.

Dois momentos marcam fundamentalmente o curso do discurso emergente de “classificações científicas” (Weeks, 1985): o primeiro foi o impacto do darwinismo e a aplicabilidade de sua teoria da seleção natural ao homem. Se a sobrevivência da espécie humana dependia da seleção sexual, tornava-se extremamente importante delinear a dinâmica da seleção sexual, o instinto sexual e as diferenças entre os sexos. O segundo momento é o aparecimento da *Psychopathia Sexualis* como uma estrutura etiológica, descrita por Krafft-Ebing, professor de psiquiatria da universidade de Viena. Seus estudos encontravam “provas” da morbidade de aspectos da sexualidade que satisfaziam as preocupações legalistas sobre o sexo do final do século XIX. O sucesso de sua obra levou a muitas outras. Entre 1898 e 1908 haviam mais de 1000 publicações somente sobre homossexualidade.

O aspecto central do trabalho de Krafft-Ebing (apud Weeks, 1985) era a noção de que sob a diversidade das experiências individuais e efeitos sociais estava um complexo processo natural que necessitava ser entendido em todas as suas formas. Muitos outros autores o sucederam na mesma linha de estudos de catalogação das “perversidades” (fetichismo, exibicionismo, sadomasoquismo, ninfomania, etc.). O próprio Freud usa os estudos de Ebing como referência nos seus trabalhos psicanalíticos sobre a sexualidade.

Foucault (1985) sugere que a sexualidade tornou-se central no século XIX por duas mudanças nas operações de poder. Primeiro, por uma nova preocupação com o policiamento da população objetivando a maximização da sua produtividade e saúde; e segundo, por novas tecnologias de controle dos corpos. O sexo era um meio de acessar ambos: a vida do corpo e a vida da espécie. Para Foucault, isto aponta para a emergência de uma nova forma positiva do poder, espalhando seus tentáculos de regulação e controle nos recantos e cabeças da vida social.

O que vemos no século XIX é uma “luta por controle” no rastro das rápidas mudanças sociais e econômicas. Toda esta situação produziu mudanças nas relações entre os gêneros e entre os códigos morais. Em um grande número de práticas, o sexual é descoberto como uma chave do social, através de conceitos, preocupações, campanhas (e suas resistências). Longe de ser a área mais resistente às operações de poder, ela é a

mediação mais suscetível para várias pressões do poder. A sexologia emerge dessas pressões e práticas sociais e começa a tarefa de analisar, codificar e constituir teorizações sobre o sexo, apontando-o como um domínio unificado e enquanto uma força autônoma.

Os movimentos reformadores (como também a sexologia, que de muitas maneiras foram paralelos) desenvolveram-se não contra uma monolítica repressão sexual preexistente, mas ao lado da emergência da higiene social e reforma moral hegemônica, com as quais os sexologistas e os reformadores sexuais eram implicados de várias maneiras. Segundo Weeks (1985) não haveria nenhum corte claro dividindo a eugenia, o moralismo social e as teorias reformistas sexuais: eles habitavam o mesmo mundo de valores e conceitos.

A sexologia ao associar-se à ciência e à medicina da época legitima-se através da produção de conhecimentos, discursos, práticas e técnicas que passam a controlar e regular os corpos e prazeres (Foucault, 1985). Os discursos sexuais sobre o corpo, aparentemente neutros, podem tornar-se justificativas para a produção de normatizações que limitam e demarcam o comportamento erótico. A sexologia nunca esteve fora ou contra as relações de poder, esteve sempre implicada nelas.

O poder de naturalizar o sexo foi principalmente marcante em três áreas, segundo Weeks (1985) :

- nas características do sexo propriamente dito que se torna a fonte do senso de *self* e potencialmente da identidade social. Ele passa a ser definido como um super poder existente no indivíduo, uma lei fisiológica, uma força gerada por poderosas ferramentas que é uma garantia da sensação do *self*, mas que precisa ser controlada pela matriz cultural;
- no privilegiamento teórico e social da heterossexualidade, já que a definição da avaliação da normalidade das práticas sexuais é usualmente feita em termos de manterem elas alguma relação com a reprodução. Neste sentido, algumas práticas como a felação e a cunilíngua, só são reconhecidas como “normais” quando vinculadas à reprodução, só se tornando “anormais” quando são um fim em si mesmas, somente para o prazer;
- na descrição e categorização das variantes sexuais, particularmente a homossexualidade, embora, divisões entre formas de sexo aceitáveis e inaceitáveis não fossem novas ao século XIX. A divisão principal da era cristã foi entre a sexualidade reprodutiva e a não reprodutiva.

Os sexologistas, ao naturalizar os padrões sexuais e identidades, não só mudaram as concepções de homem e mulher, submetendo a sexualidade feminina à masculina, como mostrou Margaret Jackson (1987), mas, apropriando-se dos conhecimentos do corpo e de sua sexualidade, passaram a demarcar também as fronteiras entre o “normal” e o “anormal” e definiram o homossexual e outros como “desviantes”. Os resultados foram profundas modificações nas concepções de sexo e nas subjetividades sexuais humanas.

Embora as atividades eróticas de homens com homens e mulheres com mulheres tenham existido em todos os tempos e culturas, até o século XIX não existia o que pode ser definido como uma identidade homossexual ou heterossexual. A “descoberta” do homossexual, no final do século XIX, foi um momento crucial. A sexologia deu um nome, uma etiologia e potencialmente o embrião de uma identidade. Demarcou uma nova dicotomia, um tipo especial de pessoa homossexual, com uma psicofisionomia distinta, gostos e potencialidades, diferentes da heterossexual, que passa a ser conceituada como padrão natural e normal.

Os sexologistas, rapidamente, tentaram explicar a etiologia desta “criatura” homossexual: corrupção ou degeneração, causa congênita ou transmissão de um trauma da infância. Era a homossexualidade natural ou perversa, inata ou adquirida, devendo ser aceita como um destino ou matéria de cura? Elaboraram a partir daí várias tipologias.

A concepção biológica era, então, vaga em termos científicos e ambígua nas explicações sociais, mas preenchia um espaço conceitual que a fez indispensável. Os sexologistas, informados por uma concepção essencialista, não tinham certeza do que era o sexo, mas sabiam que por trás dele, jazia uma força sexual que explicava tanto a natureza da subjetividade individual, quanto seu objeto de escolha e práticas sexuais.

Weeks, neste ponto, faz a seguinte interrogação: “*Foram eles, os sexologistas, que criaram o homossexual?*” (1985: 93). Para ele, esta pergunta não tem uma resposta única nem tampouco simples. Para alguns pensadores, como Michel Foucault (1985), a resposta é sim, o aparecimento do homossexual, enquanto categoria, só foi possível a partir das categorizações dos sexologistas.

Embora a realização de práticas homoeróticas tenha existido durante a história da humanidade, segundo Weeks (1985), essas populações que utilizavam essas práticas eram frequentemente participantes casuais e certamente poucos adotaram a categoria da homossexualidade enquanto orientação sexual e como um modo de vida antes do século

XIX. Neste sentido, os sexologistas produziram suas definições para entender um fenômeno social que estava aparecendo diante dos seus olhos. A “invenção” do homossexual é uma expressão de determinados movimentos sociais. Entretanto, essas definições tiveram um efeito poderoso e levaram à “colonização médica” das pessoas (Weeks, 1985). Elas deram os limites além dos quais, neste século, tem sido muito difícil pensar.

Weeks (1985) vai dizer que a sexologia associada à lei, à medicina e à psiquiatria construiu as definições das identidades homossexuais, *gay* e lésbica, mas aqueles homens e mulheres então definidos não aceitaram-nas passivamente. Segundo o autor existiriam fortes evidências de que os sujeitos sexuais tomaram e usaram estas definições em propósitos próprios. Neste sentido, Terto (1997) afirma que:

*“o essencialismo também trouxe aspectos positivos para a homossexualidade, ao permitir que os homossexuais não fossem mais vistos como criminosos ou pecadores sujeitos à punição e à repressão. Se a homossexualidade é inata, está na natureza e é resultado de instintos que o indivíduo não pode controlar, não haveria muito o que fazer para evitá-la. Segundo a lógica do novo saber sexual, estes indivíduos poderiam e deveriam ser tratados cientificamente, e não mais no âmbito dos códigos penais ou cânones religiosos. O homossexual poderia ser “curado”, talvez, ou controlado, porém dentro dos cânones científicos da clínica moderna e potencial beneficiário dos melhoramentos propostos à humanidade pela ciência positivista” (p.12).*

As definições e significados dos conceitos dos sexologistas nunca foram unificados, nem em suas operações nem em seus impactos, deixando brechas que possibilitaram a resistência e a emergência dos modernos movimentos feministas e *gays* internacionais.

## **2 - Homossexualidade e AIDS no Brasil**

No que diz respeito ao Brasil, assim como em vários países da América Latina, a construção das manifestações da homossexualidade masculina, inicialmente, vai se dar dentro da lógica de *passivos* e *ativos*, segundo a posição assumida no ato sexual. Dentro desta lógica, *ativos* seriam os *viris* (*bofes*) que desempenhariam o papel de macho e que na

hierarquia de comportamentos e identidades seriam mais valorizados socialmente, e os *passivos* seriam os fracos, que se deixam penetrar e menos valorizados socialmente, identificados como efeminados (*bichas*), ocupando os mesmos significados negativos que o gênero feminino assume nas sociedades latino-americanas (Fry, 1982).

Segundo esta concepção, informada por uma identidade de gênero, os *ativos* não seriam homossexuais, pois o que define um homossexual, do ponto de vista desta lógica, é a posição no ato sexual e como ele é quem penetra é definido como homem, pois isto é o que se espera dele. Os *passivos*, estes sim, são considerados homossexuais muito mais por se deixar penetrar do que por seus desejos homossexuais.

Deste modo, o fato de um homem ter relações sexuais com outro homem não é por si só definidor de uma identidade homossexual. Assim, no Brasil, haveria uma dissociação entre comportamentos e identidades sexuais, possibilitando a existência de uma identidade social homem/macho, desde que esses homens façam sexo ativo/viril com outros homens. Perlongher (1987a) chama a esse modelo hierárquico, calcado em uma identidade de gênero (masculino/feminino; ativo/passivo), de “homossexualidades populares e arcaicas” que estariam presentes principalmente entre os homossexuais das classes mais populares da população.

Perlongher (1987a) vai referir que esse “*modelo ‘bicha/macho’ está em concorrência com outro, ‘moderno’ ou ‘igualitário’, onde já não a ‘bicha’ efeminada e ‘passiva’ se submete perante um bofe viril e ‘ativo’, mas um sujeito assumido como ‘homossexual’ se relaciona de igual para igual com outro homossexual - modelo gay/gay*” (p. 22). Estando este último modelo apoiado em uma identidade baseada em uma atração mais homoerótica do que em uma identidade de gênero, no sentido do papel “passivo” ou “ativo” desempenhado na relação sexual.

Estes modelos não são estáticos, mas extremamente dinâmicos, podendo os homens que fazem sexo com homens reconhecerem-se em diferentes momentos de suas vidas, em diferentes identidades sexuais, dependendo de condições sociais, culturais e psicológicas. Deste modo, o fato de um homem fazer sexo com outro homem não necessariamente o colocaria em posição de adesão a uma identidade homossexual, pois a prática homoerótica não seria o único atributo desta identidade. Concorreriam para ela entre outros componentes o desejo, a atração e o afeto por outro homem, além do sentimento de pertencer a essa categoria homossexual.

Ao final da década de 70, apesar ainda do autoritarismo, alguns fatores tais como o início da abertura política em busca de democracia; a discussão sobre direitos individuais; a reorganização da sociedade civil; a modernização do país; a industrialização; a urbanização; a importação de modismos do primeiro mundo e a liberação da sexualidade no ocidente criaram condições para o surgimento dos primeiros núcleos constituidores do movimento de identidade entre os homossexuais (Perlongher, 1987 a ; Parker, 1994; Terto, 1997).

Em 1978 é lançado o *Jornal Lampião*, com sede no Rio de Janeiro e circulação nacional, que pretende ser porta-voz do que estava acontecendo em torno da homossexualidade no Brasil. Em 1979 é fundado em São Paulo o *Grupo Somos*, o primeiro grupo organizado por ativistas homossexuais que pretendiam discutir a questão da identidade homossexual e lutar contra a discriminação.

Os anos 70 são, assim, um marco para os homossexuais que assumem sua identidade *gay*, definindo-se socialmente como homossexual, consciente de sua condição social, saindo da lógica de gênero na organização da homossexualidade em termos de atividade/passividade. São incorporados agora estereótipos mais viris, nos quais a valorização da homossexualidade é compartilhada, inclusive na busca de um outro parceiro *gay*.

Segundo Terto (1997), em um primeiro momento, a afirmação da homossexualidade entre os ativistas é centrada em uma lógica bastante reivindicatória, buscando “*articular o direito à igualdade com o direito à diferença*”(p.38). Neste primeiro momento do movimento homossexual a identidade é colocada em uma lógica essencialista ao compreender esta população a partir de uma unidade de interesses políticos-sociais próprios, transculturais e trans-históricos. Esta “unidade forçada” teria como objetivo a afirmação de uma “identidade homossexual”, seguindo o modelo dos *gays* norte-americanos.

MacRae (1990) vai dizer que embora, inicialmente, o movimento homossexual tivesse como premissa essa igualdade interna entre seus membros, esse ideal é, no começo da década de 90, logo questionado por militantes mulheres e negros que passam a marcar suas diferenças.

Na primeira metade da década de 80, acompanhando uma tendência mundial, começa a desenvolver-se uma crescente comercialização em torno da homossexualidade.



Uma parte dos *gays* passa a buscar se diferenciar, através de um processo de *status* e distinção de tudo o que comprometesse esta nova identidade mais masculina e viril, distanciada da marginalidade e da rejeição. Afastam-se também dos interesses políticos específicos e valores comuns. Se por um lado esta atitude teve o mérito de marcar um novo modo de vida *gay*, esteticamente mais próximo à dos *gays* dos países desenvolvidos e também mais “aceitáveis” socialmente, por outro lado aprofundou conflitos de classe historicamente existentes na sociedade brasileira. Para Terto (1997):

*“toda esta complexa variedade política, cultural e econômica, ampliou a visibilidade, a produção e circulação de informações sobre a homossexualidade e apontavam para novas e diferentes possibilidades de vivenciar desejos e estilos de vida homossexuais. A partir dos anos 70, esta variabilidade nas formas de ‘tornar-se homossexual’, terminava por contrapor a perspectiva essencialista de que a homossexualidade seria uma unidade trans-histórica estável universal e determinada pela herança genética dos indivíduos”*  
(p. 41).

Em um primeiro momento o advento da AIDS, a partir de 1982, vai produzir efeitos profundamente marcantes entre os homossexuais. Como os primeiros casos oficiais de AIDS só foram identificados em homossexuais, a associação AIDS e homossexualidade, que já era propagada pela mídia e pela medicina, passa a fazer parte do imaginário social da população como um todo. A ciência, negligenciando desde o início o padrão africano de transmissão do HIV, predominantemente heterossexual, favoreceu o alardeamento pela mídia de uma epidemia exclusivamente *gay* ou *peste gay*.

Esta associação viria reforçar uma série de preconceitos, principalmente aqueles que rotulam os homossexuais como “anormais”, “desvios da natureza”, “promíscuos”, “possuidores de uma sexualidade exacerbada”, responsabilizando-os pela disseminação da epidemia. Estes preconceitos na verdade não são novos, mas refletem velhos conceitos da teoria essencialista.

*“Reportagens na mídia expunham de forma discriminatória os estilos de vida ‘desviantes’ e doentamente ‘perversos’ dos homossexuais. Um verdadeiro coquetel de sexo e morte, quase beirando o ‘pornô’, sem assumi-lo, vai aparecer na mídia. Cruas descrições das vicissitudes do coito anal, da profundidade da penetração, da força da*

*felação e da letalidade do beijo, ganharam as salas familiares, complementadas com dados sobre os promíscuos e suas diabólicas 'performances'”(Perlongher, 1987b: 23).*

Paralelamente aos profundos impactos sociais, psicológicos e emocionais que a epidemia causou e vem causando nas vidas dos homossexuais, a AIDS possibilitou, por outro lado, uma maior visibilidade social e um novo impulso na organização política e social dos homossexuais. E, deste modo, o movimento homossexual brasileiro, repetindo o exemplo de outros países, viria a influenciar de forma decisiva a organização das respostas à epidemia do HIV/AIDS. Talvez a experiência de organização das redes (homo)sociais formadas nas lutas pelo respeito às diferenças sexuais e contra à discriminação, que contribuíram na afirmação de componentes de uma identidade e subcultura homossexual, tenham ajudado a comunidade *gay* a se mobilizar para o enfrentamento da epidemia da doença.

Parker (1994), quanto a isso vai dizer que se a AIDS não é uma questão exclusivamente homossexual, como trataram de diferenciar os grupos *gays*, afirmar, por outro lado, que ela está acabando ou diminuindo neste grupo é uma estratégia extremamente perigosa que poderia vir a banalizar as políticas de prevenção à transmissão do HIV nesta população.

A AIDS é um grave problema que, desde seu início, interessou aos homossexuais que através de suas organizações comunitárias e órgãos de imprensa implementaram os primeiros movimentos de mobilização contra a epidemia no mundo (Altman, 1995).

No Brasil, a partir da metade dos anos 80, antes mesmo da existência de um Programa Nacional de Combate à AIDS, várias organizações *gays* já existentes como o Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Grupo Atobá de Emancipação Homossexual do Rio de Janeiro iniciaram o trabalho de prevenção entre a população homossexual. Outras organizações não-governamentais (ONG) tendo como objetivo exclusivo o enfrentamento da AIDS começaram a aparecer, entre elas o Grupo de Apoio para Prevenção da AIDS (GAPA), a ARCA (Apoio Religioso Contra AIDS) e a ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Parker, 1994).

Embora a maioria destas ONG tivessem como objetivos comuns oferecer assistência e representar as reivindicações das pessoas com AIDS algumas antigas

diferenças políticas e maneiras de entendimento dos objetivos destas organizações produziram divisões entre elas.

Um dos reflexos deste cenário é a fundação em 1989 dos Grupos Pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) do Rio de Janeiro e São Paulo por Herbert Daniel, líder ativista contra a AIDS e um dos coordenadores da ABIA. Com o aparecimento destes grupos, constituídos de pessoas com HIV/AIDS, seus amigos e familiares, estas pessoas passam, a partir de seu diagnóstico de soropositividade, a reivindicar diretamente seus direitos de cidadãos.

Altman (1995) argumenta que o conceito de uma identidade de ‘Pessoa Vivendo com AIDS’ se originou a partir de discursos *gays* já existentes de ‘*coming out*’ (assumir-se), tendo sido utilizado inicialmente pelos *gays* soropositivos norte-americanos, expandindo-se em seguida entre as pessoas portadoras do HIV e da AIDS por todo o mundo ocidental.

Estas organizações, como afirma Terto (1997), ao socializar e coletivizar a vivência das pessoas com AIDS acabam propondo um outro ator social:

*“ (...) não mais o ‘aidético’ dos diagnósticos médicos, o paciente, passível de toda sorte de invasões e violações, apropriado e discriminado pelos setores sociais mais preconceituosos. Aquele trauma individual de tomada de consciência da própria morte pode ser vivenciado de forma coletiva, participativa, solidária, em um retorno ao movimento, à vida. Resgata-se o cidadão, com seus direitos individuais a serem garantidos, um sujeito importante na luta contra a AIDS, e que se identifica como soropositivo, para si próprio ou para seus amigos, ou para seus familiares, ou no local de trabalho, e em diversas dimensões pessoais e sociais. Neste sentido, a construção das identidades de ‘pessoas vivendo com HIV/AIDS’ se dá na esfera política e social, inclusive levando em conta os processos de mudanças da própria epidemia e nas respostas às suas consequências” ( pp.: 91-92).*

Neste sentido, talvez uma das respostas à questão da motivação da adesão dos homossexuais a ensaio de vacinas anti-HIV esteja contida no próprio entrelaçamento da história da epidemia do HIV/AIDS com a história da homossexualidade brasileira. Este enorme convívio, com suas construções simbólicas e imaginárias, estigmas, dor e luto, pode ter facilitado o enfrentamento coletivo da discriminação, do preconceito e da morte, física e civil, construindo o sentimento de solidariedade e compartilhamento de uma

identidade e história comuns e de uma busca de saídas conjuntas, seja através do engajamento em campanhas educativas de prevenção ou em teste de novas medicações ou vacinas que possam ajudar no enfrentamento da epidemia.

Conhecer as formas pelas quais os homens que fazem sexo com outros homens, voluntários do Projeto Praça Onze, vivenciam a epidemia do HIV/AIDS, suas percepções, emoções e mitos, como constróem os significados atribuídos a estas vivências nas suas narrativas e que contribuição este conhecimento pode emprestar ao entendimento da relevante adesão a ensaio de vacina anti-HIV é minha intenção nesta dissertação.

### **3 – A Obrigação de Retribuir o Presente Recebido**

A relevante motivação dos voluntários do Projeto Praça Onze em participar em um futuro ensaio de vacina anti-HIV pode ser explicada, também, pelas teorias de Marcel Mauss (1974) sobre a “dádiva”. Assim, embora a adesão possa ser motivada por sinceros sentimentos altruístas, em alguns casos estes sentimentos podem estar subliminarmente sendo também estimulados por expectativas de gratificações de “prestígio” pessoal e “honra”.

Marcel Mauss (1974) faz uma importante análise sobre o sistema de trocas, prestação e distribuição de bens entre polinésios, melanésios, tribos do noroeste americano e algumas outras regiões. Segundo o autor, essas trocas seriam fatos sociais totais e complexos, porque são ao mesmo tempo religiosos, jurídicos, econômicos e morais, tendo um caráter livre e gratuito, mas ao mesmo tempo, imposto e interessado.

Entre esses sistemas de troca, um chama a atenção, o *Potlatch*. Este tipo de troca está presente nas tribos riquíssimas que vivem no noroeste americano e na região situada entre as Rochosas e a costa, chegando até o Alaska. *Potlatch* quer dizer, “alimentar”, “consumir” e se caracteriza por ser uma doação total: os chefes dos clãs presenteiam ao chefe rival com toda a sua riqueza acumulada, ficando sem nada.

Mauss vai dizer que por trás de toda essa exibição de despreendimento e dádiva está um poderoso sentimento de prestígio e honra. Assim, quanto mais se dá, mais prestígio se obtém. Entretanto, existiria nesse acontecimento um outro fator importante. Todas as coisas tem um espírito (*hau*) que é levado junto quando se dá um presente. Este

deve ser devolvido a seu dono, retornando em forma de um outro presente. Aquele que não cumpre essa regra, corre perigo de vida. Isto não aconteceria somente porque houve um ato ilícito, mas também porque estas coisas que vêm de uma pessoa dão uma ascendência mágica sobre o indivíduo. A coisa dada não é coisa inerte, mas antes ela está viva e precisa retornar ao seu lugar de origem ou produzir uma outra coisa equivalente que a substitua neste retorno. Deste modo, por trás de toda dádiva, haveria uma obrigação de retribuição.

O autor relata um outro tipo dessa regra da obrigação de retribuir, de receber e de dar, entre os Haussa do Sudão, que são obrigados a oferecer dádivas, em forma de “esmolas”, às crianças e aos pobres pois isso agradaria aos mortos. A esmola seria:

*“o fruto de uma noção moral da dádiva e da fortuna, por um lado, e de uma noção do sacrifício, por outro. A liberalidade é obrigatória porque a Nêmesis vinga os pobres e os deuses do excesso de felicidade e de riqueza de certos homens, que devem desfazer-se delas: é a antiga moral da dádiva transformada em princípio de justiça; os deuses e os espíritos consentem que as partes que lhes seriam destinadas e que seriam destruídas em sacrifícios inúteis sirvam para os pobres e para as crianças” (Mauss, 1974:66).*

Essas “regras”, segundo Mauss, estão presentes hoje, no nosso dia a dia, quando oferecemos uma esmola a uma pessoa pobre. Neste caso, embora João, um dos entrevistados desta pesquisa, afirme que “faz o bem sem saber a quem”, a partir dos argumentos de Mauss fica claro que por trás desta dádiva desinteressada existiria uma expectativa de que o “bem” ofertado pudesse ser retribuído através de outro “bem” para o doador, que poderia vir em forma de “proteção” divina. Outro exemplo desta “regra” de retribuição é quando nos sentimos “obrigados” a retribuir um presente recebido ou quando, baseados em uma “regra de boa educação”, não devolvemos “vazio” um prato em que recebemos um alimento ou doce de alguém.

Esta “certeza” da retribuição simbólica da dádiva está presente, subliminarmente, nas narrativas altruístas de alguns daqueles entrevistados que aderem a ensaio de vacina anti-HIV, podendo ser identificada nas atitudes dos voluntários do Praça Onze uma certa “expectativa” de alcance de “prestígio” por ver seus nomes ligados à descoberta de uma “cura”.

## **Capítulo II - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Desde 1981 faz parte do meu “ofício” de psicanalista ouvir histórias. Tristes, alegres, fantasiosas, traumáticas, sofridas, libertárias, todas verdadeiras histórias de vida. Seguindo as “pegadas” dessas histórias, juntos, analista e analisando, buscando significado naquilo que é dito ou silenciado, reconstróem percursos de vida, re-significando estas histórias.

Ao procurar uma metodologia de pesquisa, buscava uma que fosse coerente com esse meu percurso profissional e que, além disso, levasse em consideração os homens como sujeitos complexos, imersos nas questões ideológicas e sócio-econômicas do seu tempo, mas por outro lado, sujeitos de sua própria história, dotados de desejos, conflitos, preconceitos, percepções e memória próprias e seletivas. Buscava integrar tanto o sujeito com seus valores, afetos e conflitos internos, quanto as estruturas e categorias históricas e sociais existentes e sempre em transformação.

As produções discursivas construídas como resultado da pesquisa, tanto pelo pesquisador quanto pelo pesquisado deveriam ter um caráter tanto subjetivo, quanto poderiam ser objetiváveis pela comparação temática interdisciplinar, com aquilo que já foi produzido sobre o assunto, nas diversas áreas do saber, além da verificação da coerência interna das interpretações produzidas. Levando em conta todas estas considerações é que foi escolhido o método para a construção de fontes orais, proposto e testado pela historiadora Maria Helena Cardoso (1989), como diretriz na pesquisa de campo.

*“Pensar um método significa refletir também sobre o que este implica. E, para nós, basicamente ele compreende uma tomada de posição face ao objeto da investigação que, no nosso caso, consiste em atores históricos com chãos sociais determinados, que produzem discursos sobre eles próprios e sua interligação com a trajetória da história que vivenciam”* (Cardoso, 1989: 60-61).

O método prioriza a narrativa como fonte privilegiada na coleta dos dados, transformando o falar em um recurso importante e revelador não só da subjetividade, mas também das concepções de mundo inseridas nas suas condições históricas, sócio-econômicas e culturais.

*“A fonte oral é uma construção produto da inter-relação entre o narrador e o ouvinte, podendo-se dizer que a narrativa é construída no entrelaçamento entre as histórias do entrevistado e do pesquisador, reconstruindo o passado e interpretando o presente, tendo aqui o pesquisador a função de relacionar as vivências teóricas e práticas de mundo com o processo histórico vivido pelos seus entrevistados”* (Cardoso 1989:16).

A historiadora prefere a expressão fonte oral à história oral porque não considera que exista aqui uma especialidade dentro da história, mas antes, a construção por parte do historiador de um certo tipo de fonte. Segundo ela, embora o trabalho com fontes orais já seja utilizado há muitos anos, existe ainda muita resistência por parte dos historiadores em trabalhar com esta metodologia de pesquisa, porque as fontes orais mais do que outros tipos de fontes, suscitam questões que envolvem temas interdisciplinares e os historiadores não se sentem muito confortáveis em explorar outros campos como antropologia, sociologia, psicologia, que lidam com os testemunhos orais ou outras formas de materiais.

Toda esta resistência cresce ainda mais, com a utilização de novas tecnologias, como o gravador e o vídeo na pesquisa histórica. Entretanto, não trata-se aqui de lançar mão de um gravador e sair por aí gravando aleatoriamente tudo o que aparecer, mas de se apropriar dessas novas tecnologias, que usadas de maneira eficaz, podem contribuir para a sistematização e coleta dos dados.

*“O que se quer é simplesmente a compreensão da fonte oral, sem descartar suas características peculiares - a variedade de informações transmitidas pela linguagem falada; a relação efetiva que se estabelece entre pesquisadores e sujeitos históricos e a*

*simultaneidade da criação e da reflexão sobre ela, dentre outras - enquanto oferecendo as mesmas dificuldades das demais acrescidas de vantagens como as da observação em primeira mão do comportamento dos atores humanos em toda a sua complexidade e da capacidade de se estabelecer um diálogo direto com eles” (Cardoso, 1989: 14-15).*

Os filósofos Taylor e MacIntyre, e outros como eles, argumentaram que os seres humanos criam estruturas para entender e julgar e as ligam a todas as circunstâncias de suas vidas, arrastando-as para distintos discursos políticos e morais. A importância da narrativa encontra-se em ser ela uma das principais formas através das quais se percebe, experimenta e julga as ações e o curso e valor da vida de cada um (Taylor, 1989; MacIntyre, 1981).

A narrativa é, também, uma das formas culturais eficazes para transferir, expressar ou formular experiências de vida, doença e sofrimento. Embora esta pesquisa não tenha como população-alvo homens soropositivos ou que estejam com AIDS, os conceitos de Hydén (1997) e Hawkins (1993) sobre narrativas de doença ofereceram importantes subsídios para a compreensão das vivências dos voluntários do Projeto Praça Onze que passíveis de serem infectados pelo HIV, a partir da realização de práticas sexuais sem preservativos, com potencial exposição a risco, vivenciam a possibilidade de serem atingidos pela AIDS. Suas narrativas de como vivem esta possibilidade e seus mitos de como enfrentar essa doença serão desenvolvidos nesta presente dissertação.

Hydén (1997) comenta que o discurso do paciente tem tido tradicionalmente um *status* ambíguo na biomedicina moderna. Desde a virada do século o olhar dos profissionais médicos tem focalizado prioritariamente o mundo corporal dos seus pacientes, tratando, em contrapartida, o discurso dos pacientes sobre seu mal, sintomas e problemas com considerável ceticismo. Os médicos parecem necessitar desses discursos apenas para investigar o diagnóstico das doenças.

*“(...) A visão e ações dos pacientes eram ligadas a essas concepções como significados da ‘perspectiva-leiga’. Só quando a distinção era feita entre illness e disease, a possibilidade se abria para o estudo do discurso e ações do paciente como uma importante e integral parte do curso de sua doença” (Hydén, 1997: 48-49).*



A sociologia médica anglo-saxônica faz uma importante distinção entre os termos *disease*, *illness* e *sickness*. Em síntese, o primeiro indicaria a dimensão biológica do adoecer, o segundo a esfera psicológica/perceptiva e o terceiro a repercussão e entendimento em termos sócio-culturais (Susser, 1973). Nesta dissertação estaremos refletindo sobre doença enquanto percebida pelo indivíduo (*illness*), assim como suas repercussões e construções sócio-culturais (*sickness*).

Narrativas de doença são encontradas desde 1970 em diferentes formas, como narrativas orais ou escritas, em vários fóruns sociais nos quais a experiência individual da doença é coletivizada, como por exemplo nos grupos de auto-ajuda. Existem também as narrativas individualizadas, como as entrevistas e exames médicos. A forma da narrativa e o fórum em que é relatada estão sujeitos a mudanças históricas e temporais, onde se observa que ambas, a narrativa e o falar sobre ela, são moduladas em relação a contextos sociais e culturais específicos.

A narrativa de doença pode ter diferentes funções. Uma delas é servir para vivenciar a doença, tornando-a compreensível e incorporando-a a história de vida. A outra é tornar coletiva a experiência individual da doença. Ela pode ser construída e apresentada pela pessoa que está doente, pela sua família, ou por um profissional de saúde.

Segundo Hydén (1997), os cientistas sociais deixaram de ver a narrativa como uma mera forma de representação e começaram a considerá-la como um dos caminhos pelos quais se cria e dá sentido à realidade social. O interesse dos pesquisadores passou a se concentrar nas narrativas no “como” as pessoas relatam e apresentam eventos e não somente sobre “o quê” é dito. Existe uma crescente convicção entre os pesquisadores de que a narrativa não é simplesmente um meio, mais ou menos transparente e neutro, de transmitir algo que está além da linguagem e da estória. Antes, a forma da narrativa, sua apresentação e organização, também transmitem algo sobre a própria imagem que o narrador espera transmitir a outros.

*“As histórias que as pessoas contam são importantes não só porque contrapõem experiências subjetivas, mas também porque refletem as imagens que as pessoas têm de si mesmas. Essas narrativas de auto-representações exercem um enorme poder”*  
(Hydén, 1997:50).

Todo tipo de doença ou a ameaça vivida de contraí-la, como no caso dos voluntários do Projeto Praça Onze, constitui uma ruptura e afeta um dos fundamentais aspectos da vida: sua temporalidade. A experiência de continuidade e coerência interna do cotidiano é obstruída, talvez bloqueada completamente. O filósofo francês Paul Ricoeur, diz que *“o tempo torna-se humano no ponto em que ele é articulado através de um modo de narrativa e a narrativa atinge seu pleno significado quando ela torna-se uma condição da existência temporal”* (1984: 52). Em outras palavras, as narrativas recriam um contexto temporal que foi perdido e, desse modo, incorporam o significado como parte do processo de vida.

A narrativa de doença é uma estória que a pessoa conta a fim de dar sentido e tornar possível integrar os sintomas e as consequências de uma doença em uma nova totalidade. Organizando os sintomas e os eventos de tal doença em uma ordem temporal, relacionando-os a outros eventos em suas vidas, os narradores estabelecem um contexto e uma coerência.

Hawkins (1993) é outra importante referência para estudar através das narrativas os mitos, atitudes e suposições que informam o modo como se lida com a doença. Segundo ela, estes relatos autobiográficos de histórias de doenças e perdas vividas, aos quais chama de patografias, são um verdadeiro gênero literário e podem oferecer parábolas anunciativas do que pode acontecer se as cotidianas vidas no mundo repentinamente sofressem um colapso. Contudo, a tarefa de um autor de uma patografia não é apenas descrever e contar seu processo de desordem frente ao colapso provocado por uma doença grave, mas também, através da narrativa, restaurar a realidade e a harmonia perdida e descobrir, ou criar, uma maneira de trazê-las de volta.

Hawkins vai descrever uma série de mitos que estão presentes nas patografias e que servem de referência simbólica para fazer uma costura nos “pedaços” dissociados pelo choque frente a uma doença grave, como o câncer e a AIDS, dentre outras. Mitos como o de “progresso”, “renovação”, “jornada”, “batalha” e outros, podem ajudar no processo de elaboração e construção da ponte entre o sofrimento interno e o mundo de fora, através de um ato de comunicação.

Segundo a autora, os mitos têm hoje significados contraditórios: assim como podem ser entendidos como ilusão ou ficção, também podem se referir a uma profunda verdade. O mito de “progresso”, por exemplo, representa um esquema conceitual presente na história humana, mas ele não descreve a história humana por si mesmo. Ele é um mito

ficcional que teve sua origem no Iluminismo. Por outro lado, os mitos podem ser profundas verdades, quando incorporam padrões significativos do pensamento e comportamento humanos que emergem nas práticas e crenças culturais. O mito da “renovação”, por exemplo, está presente em rituais de iniciação antigos e modernos e pode ser encontrado na lenda da *Fênix*, ave fabulosa que durava muitos séculos e, queimada, nascia das próprias cinzas.

No século XIX, a partir dos conceitos construídos pela “ciência” da mitologia, acadêmicos como o antropólogo Edward Taylor, definiram os mitos como histórias inventadas pelos “selvagens” para explicar o mundo a sua volta. Entretanto, para muitos acadêmicos e pensadores de muitas variadas disciplinas, os mitos não são apenas uma ficção explicativa, mas um modo de articular profundas verdades pessoais e culturais. Entre esses pensadores estão Ernst Cassirer, Lévy-Bruhl, Lévi-Strauss e outros. Freud e Jung foram importantes na restauração do conceito do mito. O mito de Édipo é para Freud central na estruturação do sujeito da psicanálise.

Hawkins vai adotar nos seus estudos das patografias os dois sentidos da palavra mito: ilusão e profunda verdade. Assim, os mitos sobre doença encontrados nas patografias podem ser ficções, por exemplo, quando a pessoa doente descreve sua “jornada” através da doença, mas na verdade não saiu do local do hospital. Por outro lado, os mitos também podem significar profundas verdades sobre a experiência interna da pessoa doente, quando ele descreve a doença como uma “batalha” entre duas forças, muitas vezes entre o bem e o mal.

Embora narrativas de doença se refiram mais a experiências individuais, no contexto da epidemia da AIDS, que atinge pessoas que na maioria das vezes são marginalizadas na sociedade, as narrativas têm sido eficazes para coletivizar a experiência da doença e questionar as implicações político-sociais. Carricaburu and Pierret (1995) mostram como homens vivendo na França e diagnosticados como HIV positivos, frente a toda uma sociedade que os discrimina e sem laços de apoio familiar, reconstróem suas vidas e adquirem força para organizarem-se individual e politicamente ao incorporarem os componentes da identidade homossexual em suas histórias de vida.

Richard Rorty (1994) critica amplamente o pragmatismo da tradição científica, que no seu desejo de objetividade busca conhecer a realidade humana tal qual ela é, sem levar em consideração o contexto histórico em que é apreendida. A este “desejo de

objetividade” ele contrapõe um “desejo de solidariedade”, que diferente do primeiro leva em consideração a contingência histórica e busca o maior acordo intersubjetivo possível sobre a natureza ética de certas crenças sobre os homens.

Rorty se opõe a idéia de ser o conhecimento um processo de representação mental da “verdadeira” realidade objetiva. Segundo ele as crenças surgem sobre os problemas humanos, se articulam com outras crenças, mas não representam realidades e sim são instrumentos para lidar com a realidade em uma busca metafísica de alcançar a solidariedade humana: “(...) *O outro modo de alcançar a solidariedade humana é tornar-se consciente de que pessoas muito diferentes de nós próprios, que usam vocabulários bastante diferentes dos nossos, podem sofrer o mesmo tipo de dor que nós sofremos (...)*” (p.109).

Partindo destes pressupostos teóricos esta dissertação teve como objetivo pesquisar, através das narrativas dos entrevistados, as concepções, crenças e os mitos envolvidos nas construções simbólicas e imaginárias dos voluntários do Praça Onze e em sua motivação em participar de ensaio de vacina anti-HIV. Para tanto foi utilizado o método de construção de fontes orais integrando em um todo quatro módulos de entrevistas interdependentes e articuladas, que visam a traçar um perfil identitário, psíquico, ideológico, político e social dos depoentes. Estes módulos serão descritos à seguir.

O **primeiro módulo** consistiu em uma entrevista previamente marcada, em que foi informado ao entrevistado os objetivos da pesquisa, como ele foi selecionado, assim como a importância de suas informações no desenvolvimento da pesquisa. Neste momento também foi apresentado a ele o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo p.130) para que fosse lido e assinado. Este módulo foi o único onde não foi usado gravador. Entretanto, foi de fundamental importância a superação do sentimento inicial de “estranheza” e “inquerito”, buscando-se estabelecer uma relação de confiança e respeito entre pesquisador e entrevistado.

Neste módulo de entrevista, foi fundamental que o pesquisador “estimulasse” mais do que “questionasse” o entrevistado a falar sobre como se sente sendo convidado a participar desta dissertação. Aqui, alguns dados básicos foram colhidos e ajudaram a compor o perfil do entrevistado. A partir das informações desta primeira entrevista foi produzido um documento que serviu como fonte de consulta posterior.

O **segundo módulo** teve como objetivo a reconstituição da história pessoal do entrevistado desde suas mais remotas memórias da infância até os dias atuais, delimitando-

se sua identidade sócio-cultural, através do levantamento das lembranças da infância, adolescência e mesmo vida adulta, assim como de hábitos, costumes, estrutura familiar, religião, comportamento sexual, etc.

Aqui, como nas demais entrevistas, foi de fundamental importância a construção de uma relação de confiança entre os interlocutores. Relação essa que pressupõe por parte do pesquisador uma disponibilidade interna de aceitação e acolhimento do outro e da sua história sem preconceitos, nem discriminação.

O objetivo desse módulo foi “*detectar pistas que apontem as vertentes de construção dos meios pelos quais nosso sujeito principiou a viver a realidade*” (Cardoso, 1989: 66). O pesquisador utilizou-se deste módulo para identificar as representações, concepções, crenças e mitos do entrevistado sobre família, religião, sociedade, sexualidade, doença, AIDS, vacina, etc.

**O terceiro módulo** teve um caráter essencialmente temático e demandou a realização de um roteiro prévio, a partir das informações das duas primeiras entrevistas, assim como do material pesquisado a partir de fontes primárias (patografias sobre AIDS, questionários de comportamento e atitude do Projeto Praça Onze, filmes, cartazes, boletins e campanhas sobre AIDS), além do material pesquisado em fontes secundárias (livros, teses, artigos sobre AIDS do IMS/UERJ e da ENSP/FIOCRUZ; bibliografia do referencial teórico). Questões que continham aspectos relevantes, que pudessem estabelecer interseções com os objetivos desta dissertação, foram aqui abordadas. Entre estas, foram selecionadas aquelas sobre concepções políticas, formas de organização, construções simbólicas e imaginárias sobre homossexualidade, percepção de risco, AIDS, sistema imunológico, sistema de trocas e adesão à vacina.

No **quarto módulo** o entrevistado foi estimulado a falar livremente sobre suas motivações para participar em pesquisa de vacinas e sua trajetória até se decidir a participar do Projeto Praça Onze. Essa fase complementou os módulos anteriores através de uma comparação dos dados.

Um **diário de campo** foi feito com o objetivo de sistematizar os dados da observação da rotina por que passaram os voluntários do Projeto Praça Onze. Esse diário foi integrado ao acervo das fontes que compuseram o material sobre o qual se baseou o roteiro do terceiro módulo.

A princípio, foram selecionados aleatoriamente cinco participantes, que foram escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- responder SIM à questão do questionário de atitudes sobre se aceitariam participar como voluntário de um teste de vacina anti-HIV/AIDS;
- ser voluntário desde o início do Projeto Praça Onze;
- ter cumprido todos os compromissos e visitas pré-estabelecidas pelo Projeto Praça Onze, com uma assiduidade espontânea, sem que tenha sido preciso lançar mão, por parte do projeto, da figura dos visitadores, que tinham por função ir à residência estimular a visita em caso de atraso. Esta atitude informa uma maior adesão por parte do voluntário.

A seleção dos voluntários foi complicada pelo fato de ter o projeto encerrado suas atividades há cerca de um ano e meio, tornando-se mais difícil localizá-los a partir do arquivo-morto do Projeto Praça Onze, já que um grande número deles tinha mudado de endereço e não comunicaram. Esta circunstância aponta para a necessidade de se manter o vínculo com a população pesquisada, através de algum tipo de atividade de interesse dos voluntários, sob pena de se perder uma grande parte da coorte.

Alguns dos voluntários contactados não quiseram participar talvez por terem se sentido “rejeitados”, ou “abandonados”, com o encerramento das atividades do Projeto, já que muitos mantinham com a equipe um vínculo bastante forte.

Deste modo, dentre os 753 voluntários do arquivo morto do Projeto Praça Onze só 522 (69,5%) responderam que participariam de um teste de vacina. Destes, 200 foram excluídos por estarem participando do Projeto de Profilaxia Pós-exposição (PEP), que por sua característica, já determinava a potencial exposição a risco como a principal forma de adesão destes voluntários, como já foi explicado anteriormente na descrição do Praça Onze. Dos 322 que restaram, 233 (80%) tiveram visitas domiciliares e foram também excluídos por não terem uma adesão espontânea. Restaram assim, 89 voluntários elegíveis para participar na pesquisa desenvolvida nesta dissertação. Um número muito pequeno se comparado aos 753 iniciais.

A maioria dos voluntários do Praça Onze tinha como referência o endereço residencial ou do trabalho e não tinham telefone. Enviei correspondência para 10 voluntários. Destes: 05 não foram localizados; 02 não quiseram participar e 03 aceitaram participar. Além disso, fiz contato telefônico com 06 voluntários: 02 não foram localizados; 02 não quiseram participar e 02 aceitaram.

Um total de 05 voluntários aceitaram espontaneamente participar da pesquisa. Foram realizadas 04 entrevistas com cada voluntário, perfazendo um total de 20 entrevistas ao todo.

As entrevistas foram realizadas em uma sala do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ), com o objetivo de conferir uma certa independência desta pesquisa de dissertação ao Projeto Praça Onze. De qualquer modo, o fato de ser realizada dentro de uma instituição pública de saúde, pode ter dado às entrevistas um ambiente um pouco formal, próprio destas instituições. Cada entrevista teve cerca de uma hora de duração.

A análise dos dados foi estruturada a partir da transcrição das várias escutas das fitas com as gravações das entrevistas, assim como, de cinco leituras do material e da observação de campo, além do cotejo dos dados. As cinco leituras foram distribuídas da seguinte maneira:

A **primeira leitura** corresponde ao momento da escuta em que aconteceram as entrevistas. Aqui foi importante “ler” as primeiras impressões e reações dos entrevistados ao tema e ao pesquisador.

A **segunda leitura** é a que se deu no momento da transcrição, onde procurou-se efetuar uma ordenação entre o que foi narrado e os temas da dissertação.

A **terceira leitura** correspondeu à uma comparação entre as narrativas dos diversos entrevistados, buscando-se as diferenças e pontos comuns nas várias histórias, que remetiam ao tema da dissertação.

A **quarta leitura** teve por finalidade uma análise comparativa entre o material transcrito das entrevistas e o material teórico das fontes primárias e secundárias. Realizou-se aqui uma conferência entre teoria e prática.

A **quinta leitura** correspondeu à comparação, classificação e separação dos dados surgidos a partir das quatro outras leituras, com a finalidade da realização da redação final.

A análise e interpretação dos dados foi construída a partir dos marcos metodológicos da análise descrita por Ginzburg (1995), que propõe: “*uma análise que vá além da aparência e ultrapasse a mensagem explícita, mostrando o ‘detalhe revelador’*” (p. 08).

Freud (1914) escreve em *O Moisés de Michelangelo*:

*“Muito antes de ter tido qualquer oportunidade de ouvir falar em psicanálise, soube que um conhecedor de arte russo, Ivan Lermolieff, provocara uma revolução nas galerias de arte da Europa colocando em dúvida a autoria de muitos quadros, mostrando como distinguir com certeza as cópias dos originais e criando artistas hipotéticos para obras cuja suposição anterior de autoria fora desacreditada. Conseguiu isso insistindo em que a atenção deveria ser desviada da impressão geral e das características principais de um quadro, dando-se ênfase à significação de detalhes de menor importância, como o desenho das unhas... Fiquei então extremamente interessado ao descobrir que o pseudônimo russo ocultava a identidade de um médico italiano chamado Morelli... Parece-me que seu método de investigação tem estreita relação com a técnica da psicanálise que também está acostumada a adivinhar coisas secretas e ocultas a partir de aspectos menosprezados ou inobservados, do monte de lixo, por assim dizer, de nossas observações” ( pp.: 264 - 265).*

Ginzburg vai descrever e utilizar este modelo de conhecimento, ao qual chamará de indiciário, proposto por Morelli, médico e perito em obras de arte italiano. Segundo ele, este método, que tem muito de semiologia médica, pode ser encontrado nos modelos de análise não só de Morelli, mas de dois outros médicos famosos: Freud e Sherlock Holmes, personagem de Arthur Conan Doyle. Diz ele:

*“Nos três casos, pistas talvez infinitesimais permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível. Mais precisamente, sintomas (no caso de Freud), indícios (no caso de Sherlock Holmes), signos pictóricos (no caso de Morelli)” (p. 150).*

É a partir deste método de análise descrito por Ginzburg e da experiência no trabalho de psicanalista, que buscou-se nos dados colhidos nas entrevistas, o que está oculto no olhar, no gesto, no “dito”, no “não-dito” (aquilo que está nas entrelinhas), no “mal-dito” (os ato-falhos, ou aquilo que não era para ser dito mas saiu despercebidamente), nas contradições, tudo aquilo que pode ser importante e articulado com os objetivos desta dissertação.



### **Capítulo III - OS VOLUNTÁRIOS**

Na apresentação dos voluntários, respeitando o sigilo e a confidencialidade ao utilizar nomes fictícios, foi selecionado a partir das narrativas, sem perder a fidedignidade, aquele material que melhor expressasse as histórias de vida de cada um. Contudo, a linguagem escrita para ser fiel a narrativa oral teve que sofrer pequenas modificações já que o sentido do que foi dito oralmente nem sempre fica explícito em uma transcrição literal.

#### **JOÃO**

Ele nasceu no Rio de Janeiro, no dia 13 de outubro de 1952, na Penha Circular, em uma vila operária. Sua família é de Cataguases, Minas Gerais, e tem sobrenome de origem italiana. O bisavô, por parte de pai, era negro e foi adotado por um italiano, não tendo conhecido a família de origem. O pai de João não gostava desse sobrenome italiano pois era o único filho que o tinha recebido. Ele tornou-se empregado da mãe, pois era um homem sem posses, que havia perdido o pai aos treze anos, sendo obrigado a arcar com o papel de “chefe da casa”. Para prover o sustento foi trabalhar na fazenda daquele que viria a ser seu sogro. Todavia, não foi através da mãe que João soube dessa história. Pelo contrário, ela sempre a negou. Parece que não queria que os filhos soubessem que o pai tinha sido seu empregado.

A casa da fazenda da mãe de João tinha dezesseis cômodos, porém quando ela veio para o Rio de Janeiro acompanhar o marido, que tinha vindo trabalhar no Curtume Carioca, teve que morar numa casa de meia água que era menor do que o chiqueiro da casa de seu pai. A mãe quando chegou e se deu conta desta realidade ficou muito triste e chorou a noite toda. Contudo, como tinha vindo para cá por amor ao marido, logo superou a situação.

Quando os pais de João vieram para o Rio a mãe estava grávida do 3º filho. Ela veio com dois filhos pequenos, tinha vinte dois anos, hoje está com 85 anos. Teve quatorze filhos, mas perdeu muitos e hoje tem apenas cinco. Toda esta mortalidade, segundo ele, deveu-se ao fato de ser a obstetrícia pouco evoluída na época. João é o mais novo dos filhos.

O pai trabalhou no Curtume até morrer. Foram 32 anos e durante esse período a família morou na meia água, até que o irmão mais velho, que era estivador e contrabandista, deu um apartamento para a mãe, que ao visitar o apartamento falou que parecia uma gaiola. Um mês e meio depois ele comprou uma casa na Vila da Penha para ela. O irmão comprou também um terreno em Parada de Lucas, que é onde a irmã mora e um terreno em Nova Iguaçu.

Segundo João, embora este irmão não tivesse cultura, era o mais inteligente. Ele não sabia uma palavra em inglês mas depois que passou a ser contrabandista no cais do porto do Rio de Janeiro recebia na casa de meia água americanos, japoneses e gregos, que se comunicavam com ele por sinais. Em uma época em que não tinha calça Lee no Brasil, ele recebia todo tipo dessas calças. Ele era alto, forte, tinha bigode e usava boné. Falava que ia deixar a vida de contrabandista mas estava muito preso ao dinheiro e não conseguiu. Acabou sendo assassinado.

A família que era pobre, depois que o irmão passou a ser contrabandista, ascendeu à condição social de classe média e, embora os colégios públicos fossem os melhores da época, João passou a estudar em colégio particular. Teve uma infância feliz. Brincava no quintal e na rua perto de casa. Não conhecia garoto de rua. Era o caçula dos irmãos e, segundo ele, aquele que teve a melhor vida. Era também o mais levado. Quebrou vidraças. Na escola com cinco anos mordeu o dedo da professora. Roubou cavalo, caiu do cavalo e quebrou o braço. A mãe levou-o ao hospital batendo nele.

O pai também era muito rigoroso, mas de acordo com ele, um rigoroso com educação. Toda a surra que dava, batia só nas nádegas. Eles nunca o castigaram, nem espancaram.

João nunca ouviu um palavrão em casa, pois o pai e a mãe eram muito religiosos. Assistiam a missa todos os domingos e eram de uma religiosidade tão grande que só deixavam os filhos saírem de casa depois que escutassem a hora da Ave-Maria do Júlio Lousada. A mãe era muito calma e entrou para a ordem de Nossa Senhora do Carmo.

Essa religiosidade João herdou dos pais, pois é muito católico e vai a missa uma vez por semana. Quando não pode ir faz as preces em casa mesmo. Leva sempre consigo um crucifixo que o pai lhe deu quando morreu. Na igreja católica, quando jovem, foi “*legionário*”, cuja função é “*fazer o bem sem saber para quem*”.

João fez Faculdade de Letras na UFRJ e levou dez anos para concluir o curso porque a faculdade era em tempo integral e isso atrapalhava, já que ele precisava dar aula em vários colégios para sobreviver. O magistério é uma vocação que ele adora. João hoje está com 47 anos é solteiro e mora só. Considera-se um “aprendiz” na vida e, deste modo, relata ter aprendido a amar e transar com os “homossexuais”. Assim como, aprendeu a se proteger do HIV, através de práticas mais seguras de sexo, no Projeto Praça Onze.

## **FRANCESCA**

O nome fictício Francesca foi escolhido pois o entrevistado desde o seu primeiro contato com o projeto pediu que fosse chamado pelo seu nome feminino. Deste modo, foi utilizado o gênero feminino sempre que houve referência a ele nesta dissertação.

Francesca nasceu no Rio de Janeiro, no Jardim América, em 07 de outubro de 1963 e atualmente está com 36 anos. Viveu a infância toda em Olinda, Nilópolis. Gostava de ficar brincando em casa de desenhar, colar papelzinho e de boneca. Quando o pai a levava ao jardim de infância sempre a confundiam com uma menina e ele, um militar nordestino sem muita instrução, ficava um pouco nervoso. Não tinha muito problema com o pai porque a mãe conseguia controlá-lo. O desentendimento que havia era com a avó, por parte de pai, que brigava com a mãe por causa da feminilidade de Francesca.

O pai era aquele tipo de homem que trazia problema da rua para dentro de casa. Quando isso acontecia qualquer coisa era motivo para ele querer bater. Contudo, segundo afirma, seu temperamento ajudou-a a não se tornar uma pessoa revoltada e ter uma infância feliz. Era muito querida na escola por colegas e professores. Tinha amigos dentro da sala de aula e fora dela. Desde o tempo do jardim de infância qualquer coisa que faziam, uma peça de teatro, uma festa, sempre a chamavam para participar de tudo.

Os meninos conversavam muito com ela e a tratavam sempre com respeito como a qualquer outra menina. Normalmente ficava com as garotas e se sentia uma menina no

meio das meninas. Mesmo o nome não causava confusão porque, embora fosse masculino, propiciava um apelido feminino através do qual todos se referiam a ela.

Vivia muito dentro de casa com a família, sempre perto de adultos, pois só tinha um irmão mais velho e não gostava muito de ficar no meio das crianças. Quando ia para a rua brincar acabava brigando, porque sempre foi estourada não suportando brincadeira bruta. Gostava muito de estudar e esse era outro motivo para ficar em casa.

Francesca não se sentiu despertada para o sexo durante a infância pois, devido a educação repressiva que teve, alguma coisa na sua cabeça sempre dizia que não estava certo e que não era a hora. Apesar de tudo diz não ter nenhum problema quanto a sua sexualidade.

A família precisou mudar muito de residência, mas em cada lugar Francesca fazia um círculo novo de amizade. Estudou o 2º Grau em um colégio de freiras e fez também um curso técnico em enfermagem.

Foi durante a adolescência, segundo ela, que começaram os problemas em casa, pois estava formando o corpo e como começou a ter formas femininas os pais levaram-na para um médico da marinha que, conforme soube bem mais tarde, lhe deu hormônio masculino. Daí para frente vivia sempre indo ao médico, embora não estivesse doente e se sentisse bem. Fazia exames clínicos, tomava remédios e o pai sempre aplicava as injeções. Ela não entendia o que acontecia. Mais tarde descobriu que eram hormônios masculinos. Começou a engordar e não ter forma definida. Acha que esses hormônios neutralizaram o seu despertar sexual, pois não tinha desejo sexual mesmo na adolescência. Só mais tarde, já adulta, quando parou de tomar os hormônios masculinos é que começou a ficar com o corpo feminino e sentir desejo sexual.

Quando, no início, saía na rua ou ia com as amigas nas festinhas e os rapazes mostravam interesse por ela sentia “*um clima*” se instalar. Mas, havia também muita confusão em sua cabeça. Afinal, ela se perguntava: como podiam dizer que ela era um homem e quando ia as festas seu corpo e rosto bonitos faziam com que os rapazes se encantassem e a convidassem para dançar?

As amigas davam muita força para que ela namorasse um dos rapazes. A atitude deles, segundo diz, não mudava muito depois que descobriam que ela não era mulher por completo. A mudança quando existia era no sentido de se interessarem mais por transar,

mas não a discriminavam. Não a agrediam nem se revoltavam, passavam a tratá-la com coleguismo.

Francesca teve vários namorados mas não gostava de transar com eles, pois sonhava ter uma relação completa, com um órgão genital feminino. Ela pretende fazer a cirurgia para mudança de sexo. Enquanto isso não acontece prefere transar com colegas do que com os namorados. Em um dos seus encontros sofreu uma violência sexual e por causa disso veio ao Projeto Praça Onze fazer o teste anti-HIV.

O pai faleceu em 1998 com câncer e isso, emocionalmente, abalou-a muito. Esta vivência de sofrimento e perda fez com que se decepcionasse com os médicos. Agora já conseguiu superar a falta do pai porque, de acordo com suas palavras, é espiritualista e tem muita fé. Atualmente está morando com a mãe com a qual sempre teve uma relação difícil, pois esta competia muito com ela.

## **COSME**

Nasceu em 28 de abril de 1963. Está atualmente com 36 anos. Teve uma infância muito sacrificada porque nasceu com lábio leporino e fenda palatina. Perdeu muito tempo de sua vida dentro de hospitais fazendo onze cirurgias corretivas. Por causa desta deficiência também teve dificuldade de relacionamento porque as crianças não entendiam o seu problema, que antes era muito mais visível do que agora, e faziam piadas. Tudo isto causou nele muitos distúrbios emocionais e todo esse quadro era agravado pelo fato de não contar nada para a família e sofrer sozinho.

Não conseguindo ter um bom relacionamento com as crianças e adolescentes, Cosme começou a procurar o convívio dos adultos que respeitavam mais o seu problema. Isto fez com que amadurecesse mais rápido e passasse a ver a vida de uma maneira mais adulta do que as pessoas da sua idade. Com o tempo, conforme foi fazendo as cirurgias e o problema foi ficando menos evidente, passou a se aproximar mais das pessoas, sendo melhor acolhido por elas. O racionalismo cristão, religião que abraçou, também ajudou-o muito a superar os momentos difíceis.

Na adolescência apaixonou-se por algumas garotas, mas teve sua primeira experiência sexual em “*puteiro*”. Até este momento, segundo afirma, nunca tinha tido nenhum indício de “*tendência*” homossexual e nem tão pouco preconceito contra *gay*.

Sempre se deu bem com todo mundo independente da orientação sexual que tivesse. Não tinha comportamento machista e, hoje, questiona se isso já era indicação de alguma “*tendência*” homossexual. Acha que não, porque às vezes ocorre o contrário e a pessoa tem resistência exatamente porque ela tem alguma “*tendência*”.

Cosme só se aproximava das mulheres que demonstrassem que o aceitavam. Jamais teve a ousadia de investir em alguém que sentisse oferecer alguma resistência. Algumas destas barreiras ele acha que eram da sua própria cabeça e outras as pessoas colocavam em função do lábio leporino. Por causa destas dificuldades a masturbação teve uma enorme importância na sua vida.

Apaixonou-se por uma namorada mas a família dela não gostou dele. Chamavam-no de monstro pelo seu problema de lábio leporino. Ficou muito abalado com isso e foi obrigado a terminar o namoro. Não teve relação sexual com esta menina porque ela tinha quinze anos e era virgem. Depois deste episódio, Cosme passou uns dois anos sem ter ninguém.

Com dezoito anos se relacionou com outra garota, mas, segundo ele, não foi uma coisa tão forte. Acabou, ficou mais um tempo sem ter relacionamento afetivo e sexual com ninguém. Se fechou durante uns dois anos. Até este momento não tinha tido nenhum desejo homossexual. Em torno dos 21 anos, mais ou menos, aconteceu o primeiro contato com um homem e embora não tenha havido penetração se sentiu muito estranho.

Cosme, atualmente, considera-se homossexual assumido e exerce a profissão de cabeleireiro que é estigmatizada como sendo de *gay*. No momento mora com a mãe e a irmã.

## **VLADIMIR**

Nasceu na cidade do Rio de Janeiro, no dia 20 de fevereiro de 1956. Está no momento com 44 anos. Atualmente mora com a família que é constituída por pai, mãe e seis irmãos: quatro mulheres e dois homens. Tem um irmão e uma irmã mais velhos que ele e três mais novos.

Vladimir tem boas lembranças da infância quando a vida era vivida de uma maneira mais lenta e curtia-se mais os momentos felizes. Nessa época, como relembra, não existiam

os brinquedos eletrônicos e as crianças tinham que ser mais imaginativas para desenvolverem suas brincadeiras.

A mãe de Vladimir só se dedicava às tarefas de casa e a educação dos filhos, pois neste ponto o pai era omissivo. Ele era bancário e como a família era grande não podia gastar muito dinheiro comprando presentes para todo mundo. Além disso, era bastante preocupado com educação e cultura, não priorizando os brinquedos. Dava um no natal e no aniversário, mas como criança destrói logo, em um instante acabava tudo. Vladimir tinha então que inventar novos jogos. A grande brincadeira era a mangueira no quintal: ela era seu “mundo”.

Quando a família descobriu a homossexualidade de Vladimir obrigou-o a ir a um médico e fazer terapia, que frequentou dos quatorze aos vinte e três anos. Na infância e adolescência sofreu muita discriminação sexual provocada pelo irmão mais velho e os colegas dele.

Vladimir fez primário, ginásio e segundo grau profissionalizante, onde se formou em tradutor-intérprete de inglês e francês. Entrou para a faculdade de jornalismo, mas não gostou do curso e parou no meio. O tempo foi passando, começou a trabalhar e não se interessou mais por nenhum outro curso superior.

O primeiro emprego de Vladimir foi na área de contabilidade de uma empresa onde trabalhou durante quinze anos. A princípio o escritório central da firma era no Rio de Janeiro. Depois ela cresceu muito e foi necessário abrir uma filial em São Paulo. Devido ao grande desenvolvimento desta filial a matriz da firma foi transferida para lá, em São Bernardo do Campo, e ele foi junto. Trabalhou em São Paulo, durante nove anos, de 1985 a 1994.

Quando voltou de São Paulo, em 1994, para o Rio de Janeiro, achava que estava contaminado pelo HIV, porque teve um caso que durou de 1987 até 1993 e não transava com preservativos. O final do caso foi uma coisa que abalou-o bastante, pois achava que a relação não iria acabar nunca. Então quando terminou, não comia direito e começou a emagrecer demais e a ficar cismado que estava contaminado, porque havia feito sexo sem preservativo.

Vladimir, ao retornar para o Rio de Janeiro, participou de um outro projeto de vacina, o Projeto Rio, da Fiocruz, onde fez o seu primeiro teste anti-HIV, que jamais será esquecido porque tinha “*certeza*” que daria positivo. Quando o resultado deu negativo não

acreditou e fez seis testes em seis meses, todos negativos. Aí foi uma festa, tomou três garrafas de vinho de tanta alegria. Como tinha feito uma promessa de que se não estivesse positivo iria militar no movimento *gay* ingressou em 1994 em uma ONG e está lá até o momento.

## LUÍS

Nasceu em 29 de novembro de 1963. Está no momento com 36 anos. A família era constituída de pai e treze irmãos. Dois homens e onze mulheres. É o nono filho na ordem de nascimentos. Pai e mãe são mineiros, mas moram no Rio de Janeiro há muitos anos. Todos os filhos nasceram aqui, em Caxias.

A mãe de Luís faleceu há uns seis anos. Ele sentiu muito a sua perda, pois a amava muito. O pai que era alcoólatra brigava muito com a mãe. Aos nove anos presenciou uma cena do pai agredindo a mãe que, afirma, marcou bastante a sua vida.

A convivência com o alcoolismo do pai foi muito difícil e embora hoje ele tenha conseguido se livrar da bebida, pois frequenta o Alcoólicos Anônimos, infelizmente Luís continua com uma mágoa muito grande dele. Sente muito também o fato da mãe ter sofrido a vida inteira com a bebedeira do pai e agora, quando podia curtir, pois ele parou de beber e a relação deles estava boa, ela veio a falecer de infarto.

Luís teve que batalhar muito, pois os pais não tinham condições financeiras para poder sustentar a escola. Trabalhou desde os quatorze anos para poder pagar os estudos. O primeiro emprego foi na construção civil com o pai que era pedreiro. Luís percebeu que esta vida não era para ele e tinha que estudar se quizesse melhorá-la. Lutou muito e conseguiu completar o 2º Grau.

Aos dezoito anos Luís foi para o quartel servir e parou de estudar. Quando saiu do quartel começou a fazer um estágio. Com vinte anos arrumou um emprego e foi para a África trabalhar. Ficou seis meses lá e quando voltou arrumou um estágio de informática em uma empresa. Mais tarde fez um concurso para a Caixa Econômica, passou e está lá há dez anos, mais ou menos. Luís adotou o candomblé como sua religião o que, segundo suas palavras, o tem ajudado a assumir a homossexualidade. Mora com seu companheiro há dez anos e atualmente toda a família sabe e aceita sua orientação sexual.



**Capítulo IV - NARRATIVAS DE VIDA E ADESÃO**

Inicia-se neste capítulo, a partir da análise minuciosa de cerca de duzentas páginas de entrevistas, o trabalho de comparação das teorias e das interpretações relativas às narrativas dos entrevistados. Como diz Cardoso (1989):

*“A palavra dos depoentes configura uma narrativa explícita, que esconde uma outra, nossa voz silenciosa. Desenvolve-se paralelamente a deles a nossa forma de contar. Não verbalizamos nossa narrativa. Construimo-la como artifices, como quem tece. Desentranhamo-la dos testemunhos, conferindo-lhes, de fora, uma lógica ordenadora...”*  
(p.39).

Entretanto, a condução desta tarefa deve ser cuidadosa, tendo-se clareza de que toda interpretação é um ato parcial e provisório que por mais que esteja apoiada em fatores objetivos, como as teorias já produzidas sobre o tema e a coerência interna da exposição, tem sempre um lado subjetivo, pois baseia-se nos depoimentos dos entrevistados e nos valores e conceitos do pesquisador. Assim sendo, toda interpretação séria, como diz Almeida: *“deve ser acima de tudo, uma responsabilidade”* (1995: 245).

O desenrolar das experiências, com seus desdobramentos, datas e circunstâncias em que ocorreram, tendo como pano de fundo as marcas históricas e sociais de classe, história familiar, ciclos de vida e redes de sociabilidade, são elementos que vão informar o processo de constituição da subjetividade. Neste sentido, todos estes elementos serão levados em consideração na análise do material, que será exposta nos tópicos à seguir.

## **1 - Primeiras Experiências Sexuais**

A relação que as pessoas têm com sua sexualidade está profundamente marcada por uma concepção tradicional de sexualidade, produto de um instinto biológico, que regula o erotismo através da exigência de reprodução da espécie e da perpetuação da família. Esta concepção sistematizada no início do século XX, a partir das teorias dos primeiros sexólogos como Kraft-Ebing e Havellock Ellis, conseguiu de tal modo ser naturalizada, que vivenciar formas de sexualidade diferentes desta causa enorme conflito aos “transgressores”.

Assim sendo, todos os entrevistados desta dissertação tiveram muitos problemas com as suas primeiras experiências sexuais. Por estas estarem inscritas em um rígido

código de moralidade são sempre vividas com muito conflito, medo, culpa e vergonha de estar fazendo algo que se por um lado é prazeroso, por outro é proibido pela família e sociedade. Quatro dos entrevistados iniciaram suas experiências sexuais entre os oito e nove anos de idade com meninos mais velhos. João, descreve-as assim:

*“Meu amigo, que morava lá na Penha, me chamou para fazer meia, ele me comia e eu comia, entendeu, quer dizer, depois é que eu vim saber que criança nem tem esperma. Nós fazíamos aquilo mas se o pai e a mãe vissem seria um Deus nos acuda. Graças a Deus ninguém nos viu! Era um beco que tinha lá no quintal. Uma vez eu me lembro que meu irmão mais velho passou e ele era de uma rigorosidade que se tivesse visto eu ia apanhar. Nós fizemos meia de sete até dez anos. Aí o que é que houve? Ele morava numa rua e eu morava na outra. Com quatorze anos ele, que era mais velho, começou a namorar. Aí eu o chamei para fazer meia de novo, ele não quis. Já namorava uma garota. Aí eu parei, nunca mais fiz.”*

Essa primeira experiência muitas vezes é provocada por um parente mais velho, que utiliza-se da chantagem de contar para os pais, para conseguir a continuidade dos contatos sexuais, conforme pode-se constatar na narrativa de Luís na página seguinte. É interessante ressaltar que neste tipo de experiência sexual o “ativo” na relação não teme que seu ato seja reprovado e lhe sejam impostos castigos e repreensões. Fry (1982) argumenta que esse tipo de concepção é possível porque em suas pesquisas sobre a homossexualidade masculina no Brasil verificou que conviveriam dois tipos de classificação das identidades sexuais. Uma que ele denominou de hierárquica, predominante nas classes populares, que concebe a sexualidade a partir de uma visão biológica. Para esta concepção o ato sexual é percebido a partir de uma dicotomia hierárquica entre ativo/passivo, em que o ativo ocupa um lugar de superioridade social sobre o passivo. Segundo Fry (1982) essa concepção relaciona identidade sexual e de gênero.

O conceito de gênero surge nos anos 70, a partir dos movimentos feministas, como crítica às teorias que tentavam relacionar a presença dos dois sexos presentes na natureza, macho e fêmea, com os papéis e relações do masculino e feminino na espécie humana. Heilborn (1994), afirma que embora existam machos e fêmeas na espécie humana, a qualidade de ser homem e ser mulher é condição realizada na cultura.

Esta concepção que classifica a identidade sexual a partir de uma hierarquia de gênero, identifica o “passivo”, a “bicha”, com o papel de gênero feminino. É ele quem “dá”, quem “fica por baixo”, enquanto que o “ativo”, identificado com o papel masculino, é quem “come”, quem “fica por cima”. O estigma recai totalmente sobre o “passivo”. Dentro desta lógica um homem pode transar com outro homem, desde que seja ativo na relação, sem ter sua masculinidade questionada.

A outra classificação, segundo Fry (1982), mais igualitária, está presente nas classes médias da população urbana. Para esta concepção, os papéis de gênero “ativo/passivo”, não são os mais relevantes na questão da identidade sexual e sim a orientação sexual que poderá ser homo ou heterossexual. A relação aqui é simétrica em termos de gênero e não acontece entre uma “bicha”/”passiva” e um homem “ativo”, mas entre dois homossexuais, dois iguais.

Estas duas concepções convivem paralelamente na nossa sociedade, embora o modelo igualitário tenha se expandido bastante, já que ele é originário das elites pensantes dominantes, aí incluídos, psiquiatras e psicólogos, que a partir de 1960, aderem a esta concepção de identidade sexual.

A primeira concepção, estabelecendo uma hierarquia de gênero em que o “ativo” tem mais poder e é mais aceito que o “passivo”, pode ser identificada no relato de Luís:

*“Minha primeira experiência foi com 9 anos, com meu primo mais velho. E na época, aquele lance de criança assustada, aquela coisa toda (...) Eu comecei a dizer não. E houve aquele lance assim de pressionar. Houve pressão da parte dele: ‘Ah, se você não for ter relação comigo, vou contar para os seus pais, para sua mãe...’ Eu sempre cedia. Chegou um dia que ele chegou e contou para o meu irmão... Eu tinha mais ou menos uns 10 anos. Aí meu irmão me chamou num canto e perguntou e eu dizendo sempre que não. Negando, negando, negando. Ele falou assim: ‘Não tem como negar pois fulano me falou isso.’ Aí, eu não pude fazer mais nada. Me calei e quem cala consente. Ele falou que se pudesse mataria todos os veados do mundo, que não sei o que, não sei o que lá... E eu não podia fazer nada. Fui engolindo a seco mesmo, pois ele é muito mais velho do que eu. Chegou no ouvido da minha mãe. Minha mãe ficou desesperada... Mas fui levando: arrumando namoradinho para disfarçar, aquela coisa toda... e a cobrança foi diminuindo.”*

As primeiras experiências sexuais enquanto crianças aconteceram sempre em um clima de muita desinformação e desamparo por parte dos membros da família que não acolheram as dúvidas, nem tampouco os primeiros “jogos” sexuais, mas ao contrário, tiveram uma atitude de rejeição quando os identificaram:

*“Eu comecei a fazer sexo com penetração com 8 anos de idade... Era com um garoto que era um pouco mais velho do que eu. Eu tinha 8, ele devia ter uns 11, 12 anos. E aí eu não sabia que aquilo era sexo, porque não se falava de sexo na minha casa. Ninguém nunca tinha me dito o que era sexo, como é que se fazia (...) E aí anos depois, quase 4 anos depois, é que me pegaram fazendo sexo com um vizinho, aí me contaram que aquilo que eu estava fazendo era sexo e o que eu estava fazendo não era para fazer. Eu falei: ‘mas tá acontecendo algum problema, porque eu faço há tanto tempo, eu gosto tanto e por que será que não é para fazer?’” (Vladimir)*

Francesca relata que o sexo não despertou para ela na infância e por isso não teve experiências sexuais nesta época. Entretanto, a partir da sua narrativa pode-se perceber que havia um conflito entre o corpo e a “cabeça que dizia que não estava certo”. Parece que para ela as primeiras experiências sexuais aconteceriam predominantemente a partir da interferência de um adulto, como se a criança não tivesse desejos sexuais:

*“Então, eu brincava, conversava. Agora, quando começava, eu não sei porque eu não ficava perto, mas escutava aqueles assuntos de longe. Aquelas brincadeiras de três vezes para virar homem, não sei o quê. Eu escutava aquilo e: ‘que história é essa?’ E via pessoas caírem. Só que essa coisa nunca me despertou em termos de sexo... Eu não tinha aquela curiosidade, quer dizer, eu não tive nada porque eu não tinha isso. Uma coisa na minha cabeça me dizia que não estava certo. Alguma coisa me dizia que não estava na hora, tinha tempo. E eu sempre tive sorte porque apesar de viver com pessoas adultas, nunca tive abuso, ninguém tentou... Nunca gostei de brincadeiras de me agarrar, me apertar, me botar no colo... nunca fui muito chegada a isso. De repente, foi minha sorte, entendeu? Então eu não tenho problema nenhum nesse setor também sexual, porque eu não sofri nada.”*

## **2 - Redes de Sociabilidade**

Os entrevistados desta dissertação de um modo geral têm a família como referência importante na construção de suas identidades sociais. As famílias de origem são de classe média baixa das regiões suburbanas do Rio de Janeiro. São famílias tradicionalmente constituídas, com um pai “provedor”, na maior parte das vezes ausente na educação dos filhos, e uma mãe, dona de casa, sem nenhuma inserção profissional. Todos têm irmãos, sendo que dois têm um único irmão e os demais têm cinco ou mais. O pai de dois deles já faleceu e um perdeu a mãe. Três dos entrevistados moram com a família, um vive só e um outro mora com o companheiro.

A grande maioria argumenta que a assunção da homossexualidade, para a família, foi muito conflituosa. Dos cinco, só dois assumiram para todas as pessoas e inclusive para o pai. Comentam que a mãe é aquela que “sabe”, desde o início, da homossexualidade. Essas mães embora reajam no começo acabam aceitando mais tarde. O pai é percebido sempre como aquele que “sabe”, mas finge que “não sabe”, ou não quer saber.

*“Minha família hoje em dia sabe que eu sou homossexual. No início foi uma barra. Quem sabia mesmo era a minha mãe que no início não aceitava. Acho que nenhuma família admite no início. Depois me deram o maior apoio. Meu irmão também. Pô, foi a maior barra com meu irmão! Mas fui superando isso e aos poucos fui mostrando a eles que não tinha nada a ver com eles a decisão com relação a minha sexualidade. Hoje em dia me adoram, adoram meu parceiro, tanto na família dele como na minha. São duas famílias super unidas. Eu e meu parceiro moramos juntos já tem 15 anos (...) Meu pai eu não sei se ele sabe ou não. Depois que minha mãe faleceu ele foi morar em Petrópolis, então eu vejo ele assim, poucas vezes.” (Luís)*

Em alguns casos só quem sabe da orientação sexual é a família nuclear (mãe e irmã), omitindo-se esta informação à família extensa (tio[a], primo[a]):

*“Eu me afastei da minha família e dos meus primos, tirando a minha mãe e minha irmã. A minha família sempre aceitou numa boa. A minha mãe, hoje em dia, é outra pessoa. A gente tem uma relação muito aberta, a gente conversa numa boa sobre tudo o que acontece. Ela sabe tudo, conhece todos os meus namorados. Ela adora o meu ex-caso de 9 anos. Então não tenho nenhum problema com ela em relação a isso. Meu pai morreu, mas eu acredito que ele não soubesse. Eu acho que mãe com certeza não se engana, agora pai eu também acho que não.” (Cosme)*

Um dos entrevistados chegou a processar um irmão por calúnia:

*“ O meu irmão, uma época, inventou uma série de mentiras. Isso na frente da minha mãe. Eu trabalhava em teatro. Era indicador de lugar, vendia balas, limpava o banheiro. Ele falava para minha mãe que eu ia lá pegar homem, porque teatro era lugar de veado, bicha. Nesses termos. E não era verdade. Eu era um garoto, tinha acabado de sair da aeronáutica. Eu voltava para casa sem aqueles pensamentos que ele falava lá. Ele era tão falso que não falava na minha frente. Ele sempre foi uma pessoa má. Fui diretamente à delegacia lutar pelos meus direitos como cidadão. Mas o primeiro processo eu tirei porque a minha irmã pediu: ‘Não faça isso! Nós somos da mesma família.’ Ai eu tirei.”*  
(João)

Em algumas famílias é marcante o intenso controle de categorização moral do sexo e de uma lógica de papéis tradicionais de gênero em que os problemas educacionais, inclusive os sexuais, são uma atribuição da mãe, enquanto que ao pai cabe prover a parte material/econômica. Deste modo, algumas vezes, recai sobre a mãe a “culpa” da homossexualidade dos filhos:

*“Comigo desde o início foi uma porcaria, como sempre é horrível, né? A família não aceita, a minha mãe não entendia. O meu pai dizia que a culpa era da minha mãe, porque essa parte da educação era com a minha mãe. Ele tem que comprar é a comida dentro de casa, comprar os livros, pagar a roupa, o aluguel, essas coisas assim. A minha mãe dizia que queria que eu morresse. Porque ela preferia - aquele chavão antigo - ter um filho morto do que um filho gay, gay não, porque ela não usava essa palavra. Era veado mesmo. Preferia que eu fosse um marginal do que um veado. A minha mãe chegou a ficar doente, descompensada mesmo, com problemas neurológicos. Chegou a se internar uma vez...”* (Vladimir)

O apoio emocional e as dúvidas sobre as questões que tenham a ver com a sexualidade são buscados fora da família, com parentes, professores ou amigos mais próximos:

*“O meu primo, professor de história, ele é homossexual também. Quando eu era pequeno ele foi um grande orientador para nós.”* (João)

*“Tinha um professor de geografia que ele era muito legal. Ele tinha a cabeça muito boa, ele era sacana, gordão. Eu adorava ele. Ele me ajudava muito. Quase fazia o papel*

*do meu pai, porque com o meu pai eu nunca tive a oportunidade de conversar seriamente sobre isso.” (Vladimir)*

A sexualidade é concebida por algumas das famílias dos entrevistados desta dissertação a partir de uma visão bio-psicológica, marca da disciplinarização dos corpos e da sexualidade, implementada pela medicina, a partir do século XVIII e XIX (Foucault, 1985). Assim, a homossexualidade é um “problema” que deve ser “tratado” por um profissional de saúde, frequentemente, um médico ou psicólogo.

*“Com 10 anos eu comecei a ter formatos femininos, fisicamente, não só o rosto. Ai me levaram para os médicos da marinha, que na época, fizeram um tratamento hormonal masculino...” (Francesca)*

Segundo Vladimir, sua experiência com os profissionais de saúde foi mais positiva:

*“ A minha mãe ela fez uma coisa. Eu não sei se ela pensou que tivesse me ajudando. Ela me ajudou muito, porque ela me levou a um médico. Ela me levou a um pediatra. Eu tinha 13 para 14 anos. E aí, o pediatra falou que esse problema não era com ele, que eu não tinha problema de saúde nenhum e que isso não era com ele. Isso devia ser tratado com um psiquiatra ou um psicólogo. E foi o psicólogo que falou para mim que eu não era anormal, que eu não era doente, que eu não era bobo, que eu não era nada disso, que a minha mãe é que tinha que entender aquilo.”*

### **3 - Primeiras Práticas Sexuais Penetrativas**

Dos cinco entrevistados desta dissertação, dois, Francesca e Vladimir, nunca tiveram experiência sexual com mulheres. Três tiveram relação sexual com uma única parceira feminina. Dois deles, Vladimir e Luís, tiveram sua primeira experiência sexual anal receptiva mais cedo que os demais, com oito e dez anos, respectivamente, com parceiros mais velhos. João teve sua primeira experiência penetrativa anal insertiva com homem, aos vinte e três anos, e com mulher aos trinta. Cosme teve sua primeira relação penetrativa, com mulher, aos quatorze anos e com homem aos vinte um anos. Luís teve sua primeira relação sexual penetrativa com mulher aos dezoito anos.



As primeiras experiências sexuais são sempre vividas solitariamente, em uma mistura de emoções às vezes contraditórias. Tesão, curiosidade, prazer, descoberta, podem vir acompanhadas de muitas dúvidas, angústias e culpas.

*“Eu tinha uma atração, uma admiração por homens. Mas, só a partir dos 23, 24 anos eu passei a praticar o sexo fisicamente com homens. (...) Aí, haviam uns rapazes que andavam de carro. Às vezes eu vinha de Copacabana e ali no Passeio, esperando o ônibus, eu notava alguma coisa diferente. Já tinha um entendimento, obviamente, de quem era assim, para pegação e quem não era. (...) Agora, era uma coisa assim, horrível, porque eu não sabia fazer. Eles me davam aula. Eu, sexualmente, eu era uma merda. Aquele negócio de pôr no cara, do cara me comer, não é só isso não. O sexo é uma coisa de afetividade. Tem que ter o tesão e tem que ter afetividade. E as pessoas que eu pegava tinham mais experiência em todos os sentidos” (João)*

Cosme, que teve sua primeira relação penetrativa, com uma profissional do sexo aos quatorze anos, comenta minimizando a importância dessa experiência e valorizando, por outro lado, a masturbação como sua vivência mais marcante:

*“Na adolescência já com quatorze para quinze anos, eu tive algumas relações com garotas. Aquela coisa de você ir em casa de puteiro: alguém te leva e você paga e aquela coisa assim. Eu acho que não me impressionou muito não, entendeu? Não teve assim uma coisa de tesão muito forte. Eu não posso dizer que relação com mulher tenha sido uma coisa muito forte. Eu tive relação afetiva, mas sexual não. Eu achei que foi uma coisa normal, até porque a experiência mais importante para mim foi a masturbação. A coisa da ejaculação eu descobri sozinho aos treze anos mais ou menos. Nunca tive uma orientação. Eu fui ouvindo outras pessoas falar e eu fui entender que aquilo que tinha acontecido comigo era ejaculação, era adolescência que estava chegando. Então a coisa da ejaculação, da masturbação chegou sem eu saber de nada. Quando eu comecei a me masturbar, me masturbava muito. Acho que isso aprimorou meu desempenho sexual. Eu acho que você quando sabe se dar prazer, você sabe dar prazer para os outros. A primeira relação com mulheres foi apenas um veículo para atingir aquele objetivo que eu já tinha atingido sozinho.” (Cosme)*

Cosme relata que o primeiro contato com homem só aconteceu aos vinte e um anos. Na ocasião sentiu-se muito confuso e, embora não tenha havido penetração, pela primeira

vez vivenciou uma mistura de tesão e emoção que não tinha tido com as mulheres com quem teve relação:

*“Estava vendo um show de transformistas na praia de Copacabana e um rapaz, que estava ao meu lado, se aproximou e puxou assunto. Esse rapaz era paulista e a gente começou a conversar, mas para mim até então, sem nenhuma intenção. Para mim era um cara que estava em uma cidade desconhecida e queria conversar com alguém. E, de repente, eu tinha carro e falei para ele: ‘olha, se quiser um cicerone, eu vou rodar a cidade toda no carnaval. Se você tiver a fim de vir comigo, a gente sai por aí’ Ainda dei idéia até, de repente, podia rolar de sair para azarar garota, mas aí, aconteceu uma circunstância, dentro do carro, na qual ele começou a me alisar e eu não resisti. A coisa rolou e eu não resisti. Aí, realmente nós passamos os 4 dias de carnaval juntos. Foi a primeira vez que realmente, nem com a mulher que eu tinha transado e com as outras também, eu tinha tido uma mistura de tesão com emoção. Então, eu achei aquilo tudo muito fantástico demais. Eu estava beijando um homem na boca, eu estava abraçado com um outro homem! Eu nunca me via em uma situação daquelas. Depois que acabou e eu deixei ele na casa em que estava hospedado, embora não tivesse havido penetração nem nada, até porque ainda era muito para a minha cabeça, eu estava sentindo satisfação. Mas eu me achei muito estranho, chorei muito. Tive uma reação muito contraditória, uma coisa muito esquisita. Um misto de reprovação com satisfação e surpresa ao mesmo tempo.”*

Luís também teve experiências sexuais com uma mulher, segundo ele, para responder à pressão familiar. Não era legal, pois para chegar ao êxtase tinha que imaginar que estava transando com outro homem. Chegou um momento que ficou insuportável e teve que se separar dela.

Francesca, que se considera mulher/hermafrodita, pois tem características femininas desde pequena, foi a única entrevistada que teve seu primeiro contato com outro homem, inclusive o primeiro beijo, bem mais tarde, só aos vinte um anos. Segundo ela, o pai era um militar rigoroso que xingava as pessoas em casa de “arrumbados” e como ela nunca tinha feito nada com ninguém achava injusta esta atitude dele. Prometeu a si mesma que o pai nunca teria a chance de chamá-la desse nome. Francesca narra assim a sua primeira vez:

*“A minha primeira vez foi com um colega. Nós fomos na base do coleguismo, da amizade. A gente ria. Ele era mais velho. Bom, se ele tinha interesse, tudo bem. Mas da minha parte*

*não tinha. Eu não via ele como homem, homem amor, homem marido. Eu via ele como colega, então, consegui assim. E esse é o meu problema. Eu só tenho vontade, eu só consigo se a pessoa for meu colega. Se for meu namorado, eu não consigo. Eu não consigo porque eu tinha que ser mulher total. Porque aí, se eu quisesse casar, ir até o final normal, tudo normal, eu faria. E outra: em termos de relação, eu acho que eu quero ter opção, eu não quero ser obrigada.”*

#### **4 - Construções sobre a Homossexualidade**

*“O homossexualismo é um assunto que ferve na boca de muita gente, toda vez que esse assunto é trazido à baila por pessoas heterossexuais.” (Cosme)*

Weeks (1986), como já foi relatado no capítulo I, argumenta que a sexualidade é uma construção histórica, rejeitando uma visão essencialista que define o sexo como uma energia natural, espontânea e perigosa, que precisa ser dominada pela cultura. Os resultados do trabalho de Messiah e Mouret-Fourme (1993) a partir de uma pesquisa realizada na França entre os anos de 1991 e 1992 (ACSF- *Analyse des Comportements Sexuels en France*, 1993), com uma amostra aleatória representativa no plano nacional de 20.055 pesquisados, dos quais 8.951 eram homens, corroboram esta concepção construtivista da sexualidade. O estudo identificou um número bastante expressivo de homens que embora mantenham relações sexuais com outros homens não se identificam como homossexuais, porque também mantêm relação sexual com mulheres.

Este mesmo estudo mostra também uma certa ambigüidade entre as práticas e os desejos declarados, pois entre homens que têm relações exclusivamente com mulheres, 2% relatam ter atração por homens, enquanto que entre aqueles que têm relações exclusivamente com homens, 18% comentam sentir-se atraídos por mulheres. Segundo os pesquisadores o percentual maior de homens que narram atração sexual por mulheres poderia ser resultante da grande pressão social exercida pela hegemonia da heterossexualidade na nossa sociedade.

Segundo Giami (1994), o conceito de comportamento sexual está tão fortemente impregnado pelo contexto social que as pesquisas não conseguem se libertar de vieses produzidos pelo momento histórico em que foram realizadas e da demanda social a qual pretendem responder. Assim, segundo ele, as pesquisas sobre o comportamento sexual dos tempos da AIDS, por se preocuparem mais com a questão da exposição a risco para o

HIV, enfatizam mais as questões sobre o número de parceiros ou as técnicas do coito anal, vaginal e o sexo oral, enquanto que as atividades sexuais apontadas nas pesquisas de Kinsey, como as posições do coito, sexo com animais e sexo para reprodução, não são agora selecionadas por não serem importantes na discussão sobre os riscos de exposição ao HIV.

A maior importância atribuída à categoria de exposição a risco, do ponto de vista de Giami (1994), não só pode produzir modificações na construção do comportamento sexual, ao serem selecionadas algumas práticas em detrimento de outras, como pode atribuir uma diferenciação entre práticas “seguras” e “não-seguras”. A exposição a risco pode, deste modo, se constituir em mais uma categoria que vem se juntar às da medicina, psicanálise, moral e jurídica, na tentativa de estabelecer uma conceituação para a sexualidade.

Foucault (1985) expôs apropriadamente que, a partir dos séculos XVII e XVIII, a profusão dos discursos sobre o sexo começa a fazer com que ele se torne a verdade de nosso ser. Nossa essência e nossa última identidade são como um efeito do que a nossa natureza sexual dita: nós somos construídos sobre o solo de nossos impulsos naturais. Mas quando tentamos explorar este domínio da verdade, nos achamos em um corredor de espelhos. As imagens reais e distorcidas são suficientemente poderosas. Mas existem tantas delas... Qual delas é a real?

Os resultados, tanto da pesquisa realizada por Parker (1994) em 1990, quanto os dados colhidos por Lago (1999) para sua dissertação de mestrado, no banco de dados do Projeto Praça Onze, corroboram os vários argumentos sociológicos e antropológicos que identificam a complexa relação entre identidade sexual e comportamento sexual.

Assim, segundo Lago (1999), embora a questão (C004) sobre identidade sexual no questionário de comportamento do Projeto Praça Onze (ver anexo 3 - p.134), oferecesse as alternativas de respostas “homossexual”, “gay”, “bissexual”, “entendido”, “veado”, “bofe”, “homem” e “outra”, baseadas no que a literatura tem apontado como sendo as mais difundidas, pudessem induzir a escolha de algumas delas, ainda assim os participantes escolheram espontaneamente, por 53 vezes (7% do total de todas as respostas) um número significativo de “outras” respostas:

**Tabela 2** – Frequência de “outras” respostas.

Travesti	15
Hetero ou heterossexual	13
Não identificado e não tem	03
Ativo	02
Normal	02
Bicha e bicha boy	02
Ser humano e pessoa	02
Passivo	01
Tridimensional	01
Hermafrodita	01
Michê	01
Mutante	01
Gilete	01
Sexual	01
Inseguro	01
Anjo	01
Aberta	01
Ser em definição	01
Não sei	01

Na mesma pesquisa, Lago (1999) aponta a existência de uma diversidade bastante significativa mesmo nas categorias mais freqüentemente escolhidas, na primeira visita, pelos 753 voluntários do Projeto Praça Onze, quanto à mesma questão (C004) sobre que termo usariam para definir sua identidade sexual:

**Tabela 3** – Frequência das respostas mais evocadas.

<b>Orientação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Homossexual	395	48,00
Entendido	102	13,00
Bissexual	109	13,00
Gay	77	10,00
Homem	77	10,00
Veado	02	0,27
Bofe	02	0,27
Outra	53	7,00

Embora todas estas alternativas tivessem sido evocadas na primeira visita ao Projeto, havendo mudanças nas demais respostas às visitas subseqüentes, ainda assim

apontam um enorme polimorfismo e descompasso entre identidade e práticas sexuais, mostrando, por outro lado, a grande riqueza de autodenominação desta população. João, um dos entrevistados desta dissertação, refere-se, assim, a essa multiplicidade de termos: “*As palavras brigam entre si*”.

Outro ponto relevante é o percentual elevado na escolha do termo “homossexual”. Este fato talvez possa ter sido produzido pelo caráter de pesquisa do Praça Onze, que talvez tenha influenciado, induzindo à respostas mais científicas por parte dos voluntários. De qualquer modo, Fry (1982) e Parker (1997) já tinham chamado a atenção para este fato, sugerindo que talvez a escolha do termo “homossexual” esteja ligado às camadas esclarecidas da população, mais familiarizadas com o discurso médico-científico.

Entre os entrevistados desta presente dissertação 02 se autodenominaram “homossexuais”; 01 “*gay*”; 01 “bissexual” e 01 “mulher”. Estas mesmas respostas foram dadas nas quatro visitas ao Projeto Praça Onze. A única exceção é João que na primeira visita ao Projeto se autodenominou “homossexual” e nas outras três “bissexual”, apresentando esta mesma autodenominação identitária em seu depoimento à esta dissertação.

Lago (1999) percebe uma atitude diferente desta entre os entrevistados do Projeto Praça Onze que na primeira visita se autodenominam “bissexuais”. Estes efetuam uma mudança desta autodenominação, nas visitas posteriores, para “homossexual” e “*gay*”. Segundo a pesquisadora, isto talvez se deva ao fato de estas últimas identidades sofrerem um estigma maior do que a identidade “bissexual”. Neste sentido, a adesão ao Projeto, segundo ela, pode ter servido com um processo de *coming out* presente nas escolhas posteriores. Parker e Terto (1998) já tinham encontrado resultados semelhantes em estudo anterior.

Essa mudança de escolha na autodenominação, no caso específico de João, talvez se deva ao fato deste entrevistado desta dissertação ser uma pessoa que se caracteriza por uma atitude de “aprendiz” frente à vida, tendo encontrado no Projeto um espaço de reflexão sobre sua sexualidade. João utiliza o critério da prática sexual para avaliar sua identidade. O fato de já ter transado com mulheres, o aproximaria mais de uma identidade “bissexual”. Por outro lado, levando em consideração a quantidade de transas com homens, a identidade seria a “homossexual”. Outro critério que o aproximaria de uma identidade

“bissexual” seria o fato de desejar ter um dia um lar nos moldes tradicionais heterossexuais. Segundo ele mesmo diz:

*“Eu me considero bissexual porque eu já transei com mulher, mas foi muito pouco. Agora, naquela época ou hoje, eu falaria ainda que eu me considero bissexual só por esse fato de ter transado com mulheres. Mas, se você for fazer uma estatística, eu sou mais homossexual, porque eu só transei com uma. Penetrando, foi só com uma. Embora eu tenha namorado outras. Agora, com homens eu transei mais. Agora, eu não tiro da cabeça que um dia eu vou ter um lar.”*

As dúvidas quanto à identidade também aparecem na questão da atração sexual. João relata que embora sentisse tesão por mulatas, não conseguia “funcionar” direito com sua namorada:

*“ Bate tesão quando eu vejo uma mulata, uma morena, entendeu? Bate sim, bate na boa. Com a namorada eu não funcionava direito. Eu saía com um rapaz às sextas-feiras e me encontrava com ela no sábado. Aí, o meu pau não subia para ela, entendeu? Mas eu também era burro, sexta-feira eu me encontrava com ele que sabia que eu tinha a namorada. E ele, nem taí. Tava se lixando. Eu que tinha que controlar a situação. Aí na sexta, era na sexta, toda vez que ele me via, vamos nós para a cama. Aí, quando chegava no sábado (...) vinha o lado psicológico e na hora que eu estava com ela lá no portão, batia o pensamento nele. Dava um tilt na minha cabeça, rapaz, entendeu? Aí, eu ficava de pau duro, ele descia, ficava de pau duro perto dela, descia. Era uma coisa de louco. Aí, eu me testava. A semana que eu não me encontrava com esse rapaz na sexta, eu funcionava maravilhosamente bem com ela, sábado e domingo. Foi numa dessas que ela, mesmo sem penetração, conseguiu ficar grávida. Chegou para mim e disse: ‘Olha, estou grávida, vamos tirar.’ Eu faço a vontade da pessoa, mesmo sendo contrária a minha. Fiz tudo que ela queria. Fui lá e ela fez.[o aborto] Só que aquilo ficou na minha cabeça, porque sou doído por criança. Eu queria ter um filho, queria tanto que pensei em adotar.”*

João, nesta passagem, faz novamente referência a “atração” que sente por outro homem, entretanto, parece que esta categoria não é suficiente para que ele se perceba com uma identidade “homossexual”. Outros critérios mais complexos, como o de gênero, podem estar pressionando-o à escolha da identidade “bissexual”. O Projeto Praça Onze era um projeto sabidamente de homens que faziam sexo com homens, assim, assumir essa

identidade poderia ser vivido por João como se, a partir de uma lógica de gênero, tivesse que abdicar de características masculinas como virilidade e paternidade, ficando mais exposto à discriminação dirigida aos “passivos”, “efeminados”, “bichas” e “veados”. A “bissexualidade” poderia estar servindo assim como ponte aproximadora de uma categoria mais aceita por seus “atributos” mais viris, que é a da “heterossexualidade” (Fry, 1982; Perlongher, 1987; Parker, 1994, 1997; Heilborn, 1994; Lago, 1997). Essa hipótese pode ser corroborada pelo fato de João ser o entrevistado que mais “segredo” faz de sua vida sexual. Apenas amigos e dois primos “homossexuais” partilham de suas preferências sexuais. Todos os outros quatro entrevistados desta dissertação não têm “segredo” para ninguém sobre sua “homossexualidade”.

A categoria de gênero, influenciando em uma representação negativa da homossexualidade ligada ao feminino ou “desviante”, está presente na fala de alguns dos entrevistados desta dissertação que tentam se diferenciar desta categoria criticando aqueles que se aproximam destes atributos:

*“ Até os dezoito anos eu achava que o homossexual era aquela coisa de dar pinta, aqueles veados espalhafatosos. Foi na aeronáutica [onde primeiro] eu vi os soldados saírem de noite para caçar. Tinha um soldado, bem forte, um negão, assim igual a mim [que] mantinha relações sexuais com o taifeiro. Todos os dois tinham aspecto de homem como todo o homossexual tem. (...) Cada um tem uma tendência. Freqüento a casa de um senhor aposentado. Ele é insaciável: fica falando que é mulher. Eu falei com ele: ‘não use isso para mim, porque eu não gosto’ Respeito, mas não aceito.” (João)*

*“O homossexual, ele não tem uma postura. Ele quer respeito, mas eu acho que ele não tem uma postura que peça esse respeito. Eu acho que o homossexual ainda está muito longe de modificar para o resto da sociedade a visão que a coletividade tem da gente. Eu não posso aceitar que você, no dia do orgulho gay, vá fazer uma passeata no meio da rua, aonde as pessoas estão esperando um monte de gente montada em cima de salto, fazendo palhaçada e tudo o mais. Tem muita lantejoula. E você quer em troca seriedade?! Não me cabe na cabeça isso. Eu acho que o posicionamento correto para mim, se você quer seriedade, se você quer respeito, é você ter respeito.” (Cosme)*

*“Nunca houve discriminação porque eu sempre me pus no lugar. Eu sei que eu nasci homem e tenho que demonstrar porque eu não gosto desse lance de mostrar minha sexualidade para ninguém, porque eu dou muito respeito para ser respeitado.” (Luís)*



Vladimir é o único que respondeu “gay” à questão da identidade. Talvez o fato dele já militar nas lutas pela cidadania homossexual em uma Organização Não-Governamental (ONG), antes de entrar no Projeto Praça Onze, tenha influenciado na escolha deste termo que além de ser o mais atual traz uma marca da organização e das lutas pela emancipação homossexual dos grupos homossexuais americanos, que parece ainda pouco presente entre os homossexuais brasileiros.

É importante ressaltar que todos os entrevistados desta dissertação referiram-se a este termo como sendo um “modismo americano” e que todos os demais termos se resumiriam a um mesmo: “homossexual”. Vladimir foi o único que considerou o termo “gay” mais apropriado:

*“Eu me identifico como gay. Eu acho um termo interessante, pequeno. Eu não acho legal homossexual porque homossexual pode ser tanto homem quanto mulher. Se eu fosse me identificar como homossexual teria que me identificar homossexual masculino e não apenas como homossexual. Parece assim que é como se fosse uma árvore, uma coisa qualquer. Nem parece gente [riu]. Então eu prefiro gay. Mas eu não vejo nada de mais nesses outros termos. Não vejo de forma pejorativa ou depreciativa da nossa comunidade. Tem gente que enxerga isso dessa forma, mas eu não vejo. Eu acho até muito positivo e importante que nós, dentro da nossa comunidade, usemos esses termos assim, sempre, que é para poder minimizar o impacto que eles têm sobre nós mesmos. Eu costumo tratar meus amigos, que tenho mais intimidade é evidente, de veado. ‘E aí veado, tudo bom?’ Que é justamente para quebrar esse ranço que tem de ruim, esse lance, quando alguém me xinga de veado: ‘Você está sendo é redundante. Isso que você está falando é bobagem. Me xinga de outra coisa, mas disso não. Você está perdendo seu tempo.’ [riu]”*

Vladimir considera que a diversidade de termos definidores das identidades é importante, pois traduz as diferenças de estilos culturais. Segundo ele, gay americano gosta de fazer um estilo mais viril, enquanto que gay brasileiro adotaria um estilo mais feminino. Mais uma vez vemos aqui enunciada a categoria gênero relacionada aos estilos de vida homossexuais:

*“Então, [de um lado] existem os travestis e [do lado oposto] existem os michês, que são os gays que são diferentes, que são mais fortes, que são mais masculinizados, conforme são os gays europeus que se apresentam daquela forma mais viril. Eles não são tão feminilizados. O que eu tenho percebido é que os gays latinos têm essa coisa feminina do*

*jeito de ser. Diferente dos gays europeus, que são mais viris. Eles exageram mais no corpo do lado da virilidade, do lado masculino. De mostrar o corpo, de mostrar que são másculos, machos, fortes e viris, né? Diferente do gay latino americano, alguns evidentemente, que são mais feminilizados. Eles adotam uma conduta mais feminina. Isso também faz parte da diversidade da conduta, com certeza.”*

Entre os entrevistados desta dissertação as explicações sobre a gênese da homossexualidade são quase sempre essencialistas (Weeks, 1985 e Terto, 1997). Alguns, como Francesca, colocam a origem na biologia, nos hormônios masculinos e femininos:

*“O despertar sexual, de repente, esse tratamento[hormonal] me neutralizou. Eu não tinha desejo sexual porque eu estava assim: meus hormônios naturais, os femininos, não funcionavam e os artificiais [masculinos] balançaram. Então, eu não tive desejo. Nem por uma coisa nem outra. (...) Não procurei médico, não fui mais. Não tomava mais remédio. Me rebelei. Não deixava fazer nada no meu corpo. Foi quando eu comecei a sentir diferença. Por exemplo, minha mama começou a crescer. Começou a doer, doer, criou um caroço, uma glândula. (...) Uma vez na rua senti aquela mesma tonteira, aquele enjoô. Quando nós chegamos no lugar onde nós íamos, paramos e como eu me virei na direção da minha colega que estava do meu lado, ela falou assim: ‘Olha a tua blusa!’ Aí eu olhei e estava aquele corrimento de leite, nas duas mamas.”*

Cosme e Vladimir também percebem a homossexualidade de uma maneira essencialista, como algo inato, natural, que pode ser genético ou espiritual.

*“Eu acho que você não é homossexual porque você escolhe ser. Você já nasce com isso. Você descobre tarde ou não. Mas você já nasce com a tendência. Você não é heterossexual a vida toda e um dia você levanta e diz: ‘Não, hoje eu quero ser homossexual.’ Não, não é assim. Você nasce com aquela tendência. Se é genético ou não, se é espiritual ou não, não sei. Não vou entrar no mérito dessa questão. Mas a tendência, ela nasce contigo. Você pode passar a vida inteira e lá no finalzinho descobrir que é. Ou você pode descobrir no início. Ou você pode descobrir e travar isso, podar isso dentro de você.” (Cosme)*

*“Eu acho que a homossexualidade é algo que acontece tão naturalmente quanto a heterossexualidade. É uma coisa natural. É um mero acaso. Eu não sei porque acontece, ninguém sabe, por mais que tentem dar mil explicações. Eu acredito que a pessoa nasce*

*com isso. Ninguém vira homossexual ou heterossexual. (...)Não acredito que exista uma cura para a homossexualidade.” (Vladimir)*

Luís tem uma concepção da gênese da homossexualidade mais alicerçada em componentes comportamentais, no sentido de que para ele a homossexualidade é adquirida por volta dos dez anos de idade e é dependente das primeiras experiências sexuais que depois se tornariam um hábito.

*“Eu nunca questioneei isso. Foi passando os 9, 10, eu como homossexual não questioneei por que será? Por que ele é homossexual? Nunca questioneei. Foi gradativamente. A minha vida foi acontecendo e sem fazer questionamento nenhum da minha homossexualidade, entendeu? Hoje a minha explicação é que a sexualidade da pessoa começa a partir dos 9, 10, 11 anos. A pessoa começa a ter o prazer, a vontade de ter uma relação. Eu acho que como você é uma criança, se você está acostumado a comer aquela comida, você vai comer ela sempre. Então eu acredito nisso. Eu me acostumei, o meu prazer foi como homossexual. E acredito que é por aí: é uma questão de formação de hábito. Se tivesse acostumado desde o início com mulher poderia ter sido diferente.”*

## **5 - As Parcerias**

Dos cinco entrevistados desta dissertação, quatro tiveram parceiros fixos e casuais e um só teve parceiros casuais. Esta classificação das parcerias em “fixas” e “casuais”, embora tivesse sido oferecida no questionário de comportamento do Projeto Praça Onze (ver anexo 3 - p.134), já era também utilizada nos discursos dos entrevistados.

Na maioria das vezes, entre os entrevistados desta dissertação, o que determina a qualidade da parceria é o vínculo afetivo. Este padrão de comportamento já tinha sido demonstrado nos voluntários do Projeto Praça Onze (Lago, 1999). Assim uma pessoa, em apenas uma semana, poderia vir a ser considerada parceria fixa caso houvesse um nível de amor na relação.

As parcerias casuais, entre estes mesmos entrevistados, são quase sempre mais motivadas pela atração física, enquanto que as fixas, mais pelo afeto. É claro que na prática esta dicotomia entre atração física e afeto é difícil de acontecer totalmente, já que nos encontros casuais pode existir também algum tipo de afetividade envolvida. Na verdade, a

diferença entre o tipo de parceria parece estar mais relacionada com a qualidade do afeto do que com sua presença ou ausência.

O vínculo afetivo entre os parceiros fixos é, muitas vezes, extremamente forte. Assim: Vladimir teve um parceiro durante 22 anos; Luís está com o seu há 14 anos e Cosme ficou 9 anos com o seu parceiro. Todos moravam na mesma casa com seus parceiros fixos. João é o único que embora tenha tido parceiro fixo não dividia a mesma residência com ele. A parceria, neste caso, era marcada por encontros afetivo-sexuais, com uma certa constância.

*“ Eu tive meu primeiro caso, onde eu fiquei com ele um ano. Depois, no final de um ano nós terminamos. Eu acho que ainda estava muito deslumbrado, eu queria mais. Eu queria descobrir mais sobre a coisa. E muita gente me assediando, muita gente que eu assediava também. Eu queria estar com elas. Então terminei com essa pessoa e fiquei uns dois anos assim avulso, tendo vários relacionamentos passageiros até que eu conheci um rapaz e nós começamos a ter um caso e fomos morar juntos e moramos juntos 9 anos. Não tive mais ninguém depois disso, quer dizer, enquanto estava com ele não tive relação com nenhuma outra pessoa, foi só ele mesmo. Eu aprendi muita coisa nesse relacionamento e ele veio junto também com o amadurecimento que ainda tinha para acontecer comigo. Foi um relacionamento bom. Teve seus altos e baixos. Teve seus momentos bons e ruins. Ele era uma pessoa mais velha do que eu, bem mais velho. Ele era 11 anos mais velho do que eu. Era uma pessoa ótima e tudo. Foi uma coisa de paixão, de amor mesmo. Que eu fui apaixonado e amei essa pessoa. Então, eu cito essa pessoa como exemplo, como parâmetro porque foi um relacionamento duradouro. (Cosme)*

Esse padrão de relação fixa e duradoura, talvez baseado na mesma naturalização do amor romântico heterossexual, é levado ao extremo como pode-se verificar na fala de Vladimir:

*“Depois que acabei esse caso, eu achava que aquilo ia até o fim da vida e não foi. Mas foi bom, porque hoje em dia, não é por estar na minha presença não, mas eu acho que estou muito melhor do que estava naquela época. Eu sou uma pessoa romântica que acredita no amor eterno. A gente sempre acha isso. Quer dizer, acho que todo mundo acha. Todo mundo que gosta de alguém, que gosta muito e, assim, não sei, eu acho que eu acredito ainda. Eu acho que eu ainda quero isso mesmo. Eu acho que isso é bom. Isso faz bem. Eu lembro que eu vivia assim momentos muito bons, muito bons mesmo, maravilhosos com esse meu caso. E eu queria que isso tivesse durado. Por mim isso teria durado. Não durou*

*por ele. Hoje em dia eu entendo perfeitamente. Eu estava disposto a ajudá-lo, ele era muito mal resolvido, ele era muito complicado. Ser gay não é uma coisa muito fácil. Ser gay, na América, na América do Sul, no Brasil. Ele era do interior de São Paulo. Então, isso para ele era uma coisa muito complicada.”*

Luís, que também tem uma relação duradoura, parece ter uma percepção mais realista e relata que com o tempo diminui o prazer, aparecem os “espinhos” e o que mantém a relação é o companheirismo:

*“Vivemos juntos há quinze anos. Ah, é uma relação legal, muito bacana! É uma pessoa excelente. Eu acho que no início tudo são flores, mas depois vêm os espinhos, mas a gente sabe contornar. Passa um certo tempo e já não é mais aquela satisfação, o prazer enorme. Muda um pouco, vai ficando espaçoso, mas a falta, a amizade da pessoa, isso influi muito e a gente sente falta um do outro, da amizade para conversar, para falar os problemas, lance de dívidas. Essa coisa a gente sente. Nossa relação é fechada. Porque eu acredito que em uma relação aberta, acho que não tem respeito nenhum. A partir do momento que se você quiser cobrar uma coisa, você não vai ter condições de cobrar nunca. Então, eu acho o seguinte: a nossa relação é uma relação, entre aspas, fechada, mas é uma relação boa. Eu prefiro que seja assim. Eu confio nele.” (Luís)*

Francesca nunca teve parceria fixa sexual, mas apenas namoros que não chegavam a se consumar em uma relação sexual, já que segundo ela para que isso acontecesse teria que ser uma mulher total. Francesca só tem relações sexuais com colegas com os quais não tem nenhum envolvimento afetivo. Ela revelou seu interesse em fazer a cirurgia de mudança de sexo, para aí sim, poder ter uma relação sexual com os homens que amasse. Não se considera um travesti porque nunca precisou usar nenhum produto artificial. Francesca coloca sua “feminilidade” no aspecto bio-fisiológico. Deste modo são os hormônios que determinariam sua identidade de “mulher”:

*“Pode ser que eu tenha uma fantasia que nem eu saiba. Eu tenho que ser o que eu acho que sou. O que aparenta eu ser: uma mulher com uma vagina. Aí sim, de repente, eu vou pensar nas outras coisas. Gostaria de fazer a cirurgia de mudança de sexo porque eu estou com 35, vou fazer 36. Então, eu tive bastante tempo para ter certeza do que eu quero. Como tudo na minha vida eu só fiz quando tinha certeza. Posso até vir a me enganar, mas eu acho que já estou em uma idade que eu já sei o que eu quero. Não é porque é emoção. Isso não. Eu cheguei a essa conclusão. Porque me atrapalha. Eu não tenho namorados, eu*

*não tenho nada, porque eu acho errado. Porque se eu for explicar... Vou para um lugar, eu estou como eu estou hoje, com um camisã e uma calça. Onde eu chego: 'a senhora quer alguma coisa?' É assim. Então, vamos dizer que alguém se aproxime, me interesse. Eu vou ter que falar uma coisa que na minha cabeça não é. Mas eu tenho que explicar. Porque, vamos generalizar: quem não conhece já me coloca no grupo dos travestis. A realidade é essa. Quem conhece em termos. Se eu chegar e falar assim: 'olha, não é bem isso.' Aí, já vai achar que eu sou um travesti. Que eu fiz alguma coisa. Eu prefiro chegar e falar prá pessoa que já está tudo solucionado. Tá lá no papel, no preto no branco, tá lá no físico, no corpo. Aí sim. Causa problemas? Me causa frustração? Me causa. Porque às vezes me dá um fogo. Porque agora eu sou uma mulher normal, tenho meu círculo hormonal, tenho períodos, minhas mamas ficam doloridas. Eu fico com um apetite sexual mais aceso. Só que, qual a minha opção? Ficar em casa? Ir para o banheiro? Não faz meu gênero. Já tentei masturbação, mas eu me sinto pior."*

Estes depoimentos que apontam para parcerias fixas duradouras diferem dos estudos que indicam um padrão de interação entre homens que fazem sexo com homens onde não é valorizada a estabilidade (Heilborn, 1993). Entretanto, embora estas parcerias fixas sejam marcadas por esse forte vínculo afetivo não determinam necessariamente a ausência de experiências com parceiros casuais. Esta característica é revelada na fala anterior de Luís (p.79) que, embora faça a apologia da relação fechada, coloca o “fechada nas aspas”. Esse padrão foi observado na pesquisa comportamental do Projeto Praça Onze e em outras pesquisas que apontam uma maior erotização nas interações masculinas. Haveria assim, um número de parceiros sexuais e de relações sexuais por parceiros maior entre os homens que fazem sexo com homens (Lago, 1999; Parker e Terto, 1998; Heilborn, 1993). Deste modo, mesmo aqueles entrevistados desta dissertação que relataram parceria fixa, referiram também a existência de parceiros sexuais casuais nos últimos seis meses.

## **6 - As Práticas Sexuais**

A concepção de relação ou prática sexual dos entrevistados desta dissertação pode estar marcada por aquela determinada pelo Projeto Praça Onze que, por suas características, considerava apenas as que tinham alguma relação com potencial exposição a risco de infecção pelo HIV. Este fato pode explicar a maior importância emprestada às práticas penetrativas evidenciada nas narrativas dos entrevistados. Contudo, este padrão de

valorização destas práticas também aparece nos resultados de outras pesquisas (Parker e Terto, 1998; Lago, 1999).

Entre os cinco entrevistados desta dissertação todos tiveram práticas sexuais penetrativas e sexo oral. Entretanto, Cosme e João só tem práticas sexuais penetrativas e sexo oral insertivos. João, teve experiência de sexo anal receptivo com um único parceiro tendo como motivação por um lado vivenciar essa prática, e por outro, propiciar uma certa simetria na relação, possibilitando a ele e ao parceiro as mesmas posições no ato sexual. Relata que não gostou, porque segundo ele, é uma relação que provoca certa dor:

*“O primeiro, eu nunca tinha comido também não. O segundo eu comi. Esse terceiro que me penetrou mesmo, duas vezes, eu nunca o comi. Eu tocava punheta nele, ele tocava em mim. Eu sinto um tesão no peito terrível. Ele não gosta que beije. Mas ele penetrou legal. Mas era uma dor, cara, vou te dizer assim, eu não nasci para dar a bunda. E também eu acho que não vou comer mais as pessoas não. Acho que eu vou ficar mais no carinho, entendeu? Primeira coisa, foi com vaselina. Ele falou: ‘com a vaselina, o meu pau vai e depois ele fica mole.’ Quando ele foi sem vaselina... Cara, puta que pariu, como é que essas pessoas gostam de dar?! Agora também, tem um lado da dor que dá prazer, né? (...) Ele sabia que estava doendo, parava, respeitava.”*

Nesta passagem também são referidas duas outras práticas: o beijo e a masturbação mútua. Na narrativa o parceiro de João não gosta de beijar. Segundo alguns autores, o beijo pode ser vivido por alguns homens que fazem sexo com outros homens, mas que resistem assumir uma identidade homossexual ou *gay*, como uma prática muito íntima e que envolve um certo nível de afeto, podendo aproximá-los de uma identidade menos viril, de “bicha”, “veado”, socialmente menos aceita (Perlongher, 1987).

Cosme, ao relatar seu primeiro contato sexual com outro homem (ver p.67), também comenta que, embora não tenha havido penetração, esta experiência de estar beijando outro homem foi estranha e fantástica ao mesmo tempo.

Perlongher (1987) descreve uma tabela de preços cobrados pelos “michês” paulistanos em que o beijo é proscrito e o sexo anal penetrativo é cobrado com um valor mais “caro” do que as outras práticas consideradas secundárias e, portanto, mais “baratas”. Segundo ele, o beijo só caberia em uma relação igualitária onde não haveria essa hierarquia de gênero entre “passivo” (“efeminado”) e “ativo” (“bofe”, “michê”). Neste

sentido, entre os “michês” que se identificariam com uma identidade mais viril, o beijo entre os homens seria percebido como coisa de homossexual, categoria com a qual não querem ser identificados. Parker (1994) defende que a noção de “homem” além de se constituir em oposição à de “mulher” também se constitui por contraste com outras categorias como a de “veado” e “bicha”. Esta característica de papéis de gênero em que “atividade” e “passividade” no ato sexual podem corresponder à “firmeza” e “submissão”, respectivamente, pode ser percebida na narrativa de João:

*“Olha só, eu fui durante bastante tempo ativo, mas eu era passivo também, porque eu era bastante submisso. Eu não era às vezes ativo, no ato, mas eu era... Aliás, eu era ativo no ato, mas eu era passivo assim no lado do sentimento.”*

Vladimir também faz alguns comentários sobre as práticas sexuais e os estereótipos que as relacionam a certas identidades *gay* popularizadas:

*“ A maioria das pessoas, algumas pessoas fazem isso. Eles colocam o gay como uma figura quase que exclusivamente sexual. Eles às vezes não conseguem ver o gay como uma pessoa produtiva, uma pessoa capaz de gostar de obra de arte, de cinema, de beber, de não gostar de nada disso. [riu] Tem o gay que não gosta de transar. Eles acham que gay, todo o dia que sai de casa, sai para transar. E se não transa, então você não é gay. Ou então acha que o camarada é menos gay se ele um dia já transou com mulher e se ele tem filho, é menos gay ainda. Eles fazem assim uma confusão. E às vezes o próprio gay, por não se informar, ele acaba achando isso e reproduzindo essas coisas. O próprio gay às vezes, para fugir de determinadas situações, ou para fugir da sua própria sexualidade, ele acaba tomando atitudes contra si.”*

Este relato crítico de Vladimir fala dessa tentativa de se capturar os homens que fazem sexo com homens dentro de uma única categoria fechada, quer seja através de uma teoria científica ou dos estereótipos populares. Existe, na verdade, um polimorfismo tão grande de práticas e identidades que torna-se difícil encaixá-las dentro de categorias, muitas vezes, simplistas e estáticas.



## 7 - Percepção de Risco

A noção de risco, categoria importante na epidemiologia, acompanha a epidemia do HIV/AIDS desde o seu início. Porém, um primeiro desdobramento produziu o conceito de “grupo de risco” que, além de não ser eficaz epidemiologicamente, contribuiu para os estigmas e as discriminações sofridas pelas pessoas portadoras do HIV/AIDS, entre elas os homossexuais, usuários de drogas e prostitutas. Um novo conceito, o de “comportamento de risco”, tenta aprimorar o anterior, mas peca por cair na noção de “responsabilidade” individual frente à transmissão do HIV, além de permitir a interpretação de que o perigo da infecção pelo vírus é igual para todas as pessoas.

Os perigosos reflexos destas concepções de risco são apontados por Bastos (1996):

*“ a limitação da questão a segmentos circunscritíveis de antemão confere a quem não se percebe como pertencente a estes segmentos uma sensação de invulnerabilidade e descaso com relação às medidas preventivas... Por outro lado, o essencialismo desses grupos geraria naqueles que se percebem de uma certa maneira participantes de seus hábitos e/ou práticas uma atitude perigosamente fatalista, por vezes compartilhada pelos formadores de opinião no sentido de uma culpabilização das vítimas (victim blaming) e de um caráter irreversível desses hábitos e atitudes geradoras de risco” (p.115).*

Um outro problema destas concepções, segundo Bastos (1994) é que elas produzem uma dicotomia determinação/evitamento que “coloca a cartografia dos riscos dentro da camisa-de-força de uma análise ‘atuarial’ dos riscos (característica dos procedimentos das companhias de seguros com relação a custo de apólices e benefícios), e da gerência apenas ‘técnica’ das ações preventivas, descartadas as sutilezas de estilo, percepção e plurideterminação inconsciente destes” (p.84).

Terto (1999) em um artigo em que analisa o *bareback sex* (que envolveria uma escolha de abrir mão do uso do preservativo nas relações sexuais, preconizada,

inicialmente, por alguns homossexuais norte-americanos) nos instiga a pensar sobre a noção de risco que tem orientado as ações de prevenção com a seguinte questão:

*“quando um casal heterossexual decide engravidar numa situação de risco de vida para a mulher e para a criança, este risco é até encorajado e admirado pelo resto da sociedade, quase como um ato heróico, mesmo que possa haver morte no caminho. Quando uma pessoa, de preferência homossexual, deixa de usar camisinha ou resolve enfrentar o risco de se infectar, é um escândalo e estaria sendo, segundo um esquema de prevenção mais estrito, um depravado, irresponsável” (p. 11).*

Esta reflexão nos remete ao seguinte questionamento: será que toda decisão em não adotar uma prática de sexo mais seguro é sempre negligente e irresponsável ou as pessoas têm o direito de decidir correr algum risco na vida? Este é um problema extremamente complexo do qual podemos distinguir questões tanto ligadas ao direito e as liberdades individuais como aquelas pertinentes ao direito e deveres coletivos e a saúde coletiva. Esta discussão, contudo, nos faz constatar que a noção de risco construída pelos epidemiologistas transcende os seus aspectos técnicos-metodológicos e que é de fundamental importância se considerar também os aspectos morais, políticos e culturais subjacentes a ela. Quanto a este ponto, Castiel (1999) argumenta:

*“é preciso ter em mente a dimensão múltipla da relatividade do risco: é um constructo produzido em uma época particular, especificada como tardo-modernidade; a categoria está ligada a determinada visão do mundo e do que é a experiência humana, de modo a influenciar os correspondentes enfoques teóricos, conceituais e metodológicos adotados em sua produção, com ênfase em seu caráter probabilístico e suas respectivas conseqüências; as pessoas lidam e percebem seus riscos (e dos outros) de modos variados, pois estes envolvem aspectos que ultrapassam os saberes científicos e mesclam dimensões simultaneamente biológicas, psicológicas e socioculturais. Enfim, se pode haver uma certeza estabelecida acerca das verdades sobre os riscos é a de que estas são relativas...”(p.66).*

Jonathan Mann (1993), na tentativa de encontrar um modelo mais dinâmico que incorporasse aspectos sociais e culturais na análise do processo da gênese do risco na transmissão do HIV/AIDS, desenvolve o conceito de “vulnerabilidade”. Segundo ele, as

formas de exposição ao HIV são determinadas por três dimensões interdependentes: individual, programática e social.

A vulnerabilidade individual envolve dois níveis: o cognitivo e o comportamental. O primeiro está relacionado a aquisição dos conhecimentos sobre o HIV/AIDS, que levaria à consciência da epidemia e a possibilidade de enfrentamento. O segundo está ligado aos fatores emocionais, percepção de risco, atitudes e comportamentos práticos em relação à ele. A vulnerabilidade programática relaciona-se com o nível de desenvolvimento das políticas e programas implementados para o controle do HIV/AIDS. Por último, a vulnerabilidade social sublinha a importância dos fatores coletivos e sociais, como condições socio-econômicas, cidadania, direitos humanos, crenças religiosas, relações de gênero e concepções sobre a sexualidade. O conceito de vulnerabilidade é assim uma tentativa de interligar os fatores socio-culturais, políticos e individuais na análise da gênese da infecção pelo HIV.

Mann (1993), enumera três elementos, que segundo ele são fundamentais para que a prevenção seja bem sucedida: informação/educação; serviços de saúde e sociais e, um ambiente social de apoio. Segundo ele a vulnerabilidade pessoal à infecção ao HIV aumenta:

- com a falta de informação/educação precisa;
- com a falta de acesso aos serviços necessários;
- quando o indivíduo não está suficientemente preocupado ou motivado e,
- carece de habilidades ou do poder ou confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais.

Segundo o autor, para que os dois últimos itens se realizem de forma efetiva, é necessário um ambiente social adequado. Até porque, prevenção e consciência cidadã andam de mãos dadas. Entretanto, a promoção de tal ambiente social que facilite a implementação das ações preventivas torna-se mais difícil em um modelo político e econômico que exclui do acesso à educação e à saúde a grande maioria da população. Infelizmente, o reflexo dessa exclusão tem contribuído no crescimento da epidemia do HIV/AIDS entre parcelas cada vez mais pobres da população como vêm apontando os dados epidemiológicos no Brasil (Ministério da Saúde, 1997).

Do ponto de vista da vulnerabilidade programática no Brasil, só a partir da chegada do empréstimo do Banco Mundial (BIRD), em 1993, os Programas de DST/AIDS puderam

efetivamente dar início às ações básicas de combate a epidemia do HIV/AIDS. Este financiamento trouxe uma marca importante que foi o compromisso de que parte dele seria aplicado em trabalhos desenvolvidos por organizações não-governamentais (ONG), na área de prevenção ao HIV e no apoio as pessoas soropositivas ao HIV e/ou com AIDS.

A despeito das enormes dificuldades para o gerenciamento do empréstimo, este vem possibilitando, através de treinamentos de recursos humanos, compra de equipamentos e insumos básicos, a implantação de oferta de alguns serviços que são, entretanto, insuficientes face ao crescimento da epidemia. O Ministério da Saúde iniciou no ano de 1999 um segundo financiamento com o BIRD denominado de AIDS II.

Se por um lado, no que diz respeito à vulnerabilidade social, a epidemia de AIDS causou um enorme impacto social, atingindo amplamente a população homossexual, contribuindo, com isso, para o preconceito e a associação desta população à noção de “grupo de risco”. Por outro lado, quanto a capacidade de mobilização da sociedade civil, ela propiciou o crescimento de organizações não-governamentais (ONG) que têm tentado dar um enfrentamento no que concerne ao movimento pelos direitos e contra a discriminação dos portadores do HIV/AIDS. Este processo de construção das respostas das pessoas atingidas, direta ou indiretamente, pela epidemia foi influenciado em grande parte pelo ativismo homossexual que emprestou sua experiência e determinação aprendida na luta contra o preconceito e pela cidadania homossexual (Larvie, 1998).

Lago (1999), utilizando-se de algumas das variáveis de Mann (1993) para avaliar a vulnerabilidade dos voluntários do Projeto Praça Onze, chegou aos resultados que serão apresentados à seguir, comparando-os com os obtidos com os entrevistados desta presente dissertação.

Quanto a vulnerabilidade social, o conjunto dos participantes do Praça Onze (N=753) era composto por pessoas oriundas dos segmentos inferiores das camadas médias e grupos populares, moradoras, em sua maioria, nas zonas central, norte e oeste da cidade, além dos municípios da Baixada Fluminense. São jovens, com média de idade de 28 anos. Comparando esses números com os correspondentes aos entrevistados desta presente dissertação, percebemos que quanto a variável local de residência 02 moram na zona oeste e 03 na zona norte, confirmando os números anteriores. A média de idade é maior que a do Praça Onze, assim um tem 35 anos, dois tem 36, um 42 e outro 46 anos de idade.

Quanto à variável escolaridade, a maioria dos voluntários do Praça Onze tinha o 2º grau completo (50%); 21% tinha completado o 1º grau; 12% tinha o curso universitário completo/14% incompleto; 2% tinha pós-graduação e 04 (1%) nunca tinham ido à escola. Dos entrevistados desta dissertação 03 tem o 2º grau completo e 02 tem curso universitário.

A renda individual no Praça Onze situava-se entre 0 e R\$6.000,00, com média de 583,51 e desvio padrão de 682,12. A renda familiar situava-se entre 0 e R\$9.200,00, com média de 1.346,92 e desvio padrão de 1.431,78. A renda dos entrevistados desta dissertação é a seguinte: 01 está desempregado e vive com a família, cuja renda é de R\$ 1.300,00; 02 tem renda individual em torno de R\$ 400,00 e renda familiar de R\$ 1.000,00; 02 tem renda individual em torno de R\$ 800,00, com renda familiar de R\$ 3.000,00 e R\$ 4.000,00.

O percentual de participação no mercado de trabalho dos voluntários do Praça Onze era relativamente alto, chegando a 78% se somarmos as categorias de “empregado” (54%) e “autônomo”(24%). 17% estavam desempregados e 18% eram estudantes. Esta mesma variável entre os entrevistados desta dissertação apresenta os seguintes resultados: 01 cabeleireiro autônomo desempregado; 01 professor de 1º e 2º grau; 01 operador de micro-computador; 01 cabeleireiro autônomo e 01 contador.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a grande maioria dos voluntários do Praça Onze recorria à rede pública (64%); 15% usavam serviços pagos diretamente pelo próprio; 13% seguro de saúde, pago pelo próprio; 19% seguro de saúde pagos por empresa; 3% seguro pago por sindicato; 6% outros. Todos os entrevistados desta dissertação usam serviços da rede pública de saúde, com exceção de dois que além de utilizarem estes serviços, também utilizam serviços particulares e seguro pago pela própria empresa. Esta variável é uma das que pode estar contribuindo para uma certa vulnerabilidade da população, pois em vista do baixo investimento em saúde pública, os serviços estão sucateados, com poucos e sub-preparados profissionais para atender a população. Além disso, os voluntários do Praça Onze reclamavam da atitude homofóbica da maioria destes profissionais no atendimento.

A variável discriminação social pela preferência sexual foi apontada por 58% dos voluntários do Praça Onze, enquanto que 40% relataram não ter sofrido discriminação alguma. Entretanto, quando questionados sobre quem sabe de suas preferências sexuais,

86% afirmaram que só amigos mais próximos, seguidos de 53% que apontaram só os familiares. Deste modo, talvez, muitos dos que disseram não sofrer discriminação, podem não tê-la sofrido pelo fato da maioria das pessoas não saberem das suas preferências sexuais. De qualquer modo esta variável é significativa e pode influenciar na maior vulnerabilidade da população homossexual, já que ao dificultar a maior visibilidade desta população, diminui a possibilidade de aproximação a uma organização não-governamental ou serviço de saúde, com objetivo de conscientizar-se dos riscos da transmissão do HIV e das formas de prevenção (Larvie, 1998).

Os entrevistados desta presente dissertação declaram não ter sofrido discriminação por orientação sexual. A única exceção é Luís que informa ter sofrido discriminação, por ser homossexual, em um banco de sangue. João informa que a única discriminação vivida por causa de suas preferências sexuais foi provocada por seu irmão, até porque, só quem as conhece são os amigos mais próximos e dois primos homossexuais. Entretanto, diz ter passado por várias situações de discriminação por ser negro.

Os voluntários do Projeto Praça Onze e os entrevistados desta dissertação, no que diz respeito à variável informação da categoria vulnerabilidade individual (Mann, 1993), têm um relevante nível de conhecimento sobre o HIV/AIDS e suas formas de transmissão. Entretanto, um item ainda desperta dúvidas entre os voluntários do Praça Onze, a possibilidade de exposição a risco através do beijo. Além desta, a única outra dúvida que apareceu em apenas um dos entrevistados desta dissertação foi relativa a possibilidade de exposição a risco através da doação de sangue que, às vezes, é confundida com a transfusão sanguínea.

Este índice significativo de conhecimento, embora possa estar contribuindo para algum tipo de mudança de comportamento, ainda não tem sido suficiente para evitar algumas práticas sexuais desprotegidas, com potencial exposição a risco de infecção pelo HIV. Estes mesmos resultados foram obtidos em várias outras pesquisas que fizeram este tipo de avaliação (Parker e Terto, 1998).

A promoção de mudança de comportamento é um tema extremamente controverso e participam dele diferentes fatores, econômicos, cognitivos, culturais, emocionais e psicológicos. Um destes fatores é a própria percepção de risco pessoal frente ao HIV. Os voluntários do Praça Onze assim se percebiam quanto as chances de pegar AIDS (ver

questionário de atitudes anexo 4 – p. 154): 7% muito provável; 29% provável; 46% pouco provável; 9% improvável; 4% impossível; 5% não sabem. Embora aqueles que responderam “improvável” e “impossível” possam estar refletindo uma percepção quanto a possibilidade de exposição a risco “demasiadamente otimista”, os dados, contudo, apontam para a existência de uma significativa consciência de risco nesta população.

A percepção de risco entre os entrevistados desta dissertação, de certo modo, se aproximou com os resultados do Praça Onze, tendo 03 (Cosme, Luís e Vladimir) respondido pouco provável, 01 (Francesca) improvável e 01 (João) provável. Chama a atenção o fato de Francesca ser um entrevistado com vida sexual menos ativa e talvez por isso ache improvável suas chances de exposição a risco para o HIV, entretanto, sua vinda ao Projeto Praça Onze foi determinada por uma potencial exposição a risco ocorrida por violência sexual. Este tipo de violência é muito comum entre os homossexuais e travestis e talvez Francesca, por não se ver identificada com essas categorias (considera-se “mulher”), não se sinta com possibilidade de ser exposta a esse risco novamente. Quanto a João, esta resposta foi dada na primeira visita ao Praça Onze, também motivada por uma potencial exposição a risco ocorrida anteriormente, daí este sentimento de uma maior possibilidade de pegar AIDS. Entretanto, nas demais visitas as respostas de João ao questionário mudaram para pouco provável. Talvez a maior proximidade a um projeto que lhe propiciava um espaço de discussão sobre sua sexualidade e práticas sexuais de menor exposição a risco, pudesse tê-lo feito se sentir mais protegido. João era um frequentador assíduo das oficinas de sexualidade e sexo mais seguro:

*“Se houve uma coisa boa que aconteceu comigo, foi eu ter tido a mãe que eu tive, que eu tenho, a família que eu tenho, modéstia à parte, e o Projeto Praça Onze que me esclareceu muita coisa. Esclareceu o quê? Olha, relacionamento e práticas sexuais com afeto, sem necessariamente usar a penetração. Sexo com segurança. Toda a terça-feira tem a oficina do sexo com segurança. Eu ficava ouvindo aquilo ali. Gente, se eu não estivesse às terças-feiras ali durante uma hora, uma hora e meia ou duas, eu não aprenderia um terço do que eu sei agora.”*

Na verdade todos os entrevistados desta presente dissertação chegaram ao Projeto Praça Onze motivados por alguma potencial exposição a um risco sexual acontecido

anteriormente. A única exceção é Vladimir que veio porque já participava de outro projeto de vacinas, o Projeto Rio, da Fiocruz, e achou o Praça Onze menos contra mão.

As práticas sexuais, descritas pelos entrevistados desta dissertação, que podem promover uma potencial exposição a risco são ocasionadas por vários fatores. Entre aqueles que tem parcerias fixas podem estar em jogo, o amor, a confiança e a dedicação ao parceiro. Estes fatores já foram apontados por Pollak e Schiltz (1994) e aparecem no relato de Cosme, um dos entrevistados:

*“Por exemplo, eu acho que muita gente pega AIDS por carência, entendeu? A pessoa não consegue ninguém: ‘ela é assim, ela é assado’. Aí vem aquele cara ali. Eu falo porque eu já vi situações assim. Aí o cara é bonitão e tudo. Ele é positivo. Então ele conhece aquela pessoa, aquela pessoa é carente, acha que conseguiu uma grande coisa na vida como pessoa, então ela se entrega totalmente, ela se dá totalmente e numa dessas... Então, numa dessas eu já vi muita gente, por carência, fazer isso. Até apaixonado e tudo o mais, numa de excesso de romantismo, e diz assim: ‘Não, eu vou pegar AIDS porque eu quero estar junto com você.’ Eu já vi muito isso, entende? Então, essa hipótese para mim está descartada.”*

Cosme quando faz esse comentário está se excluindo deste tipo de exposição a risco, mas “esquece” que em outra parte da entrevista, teve uma potencial exposição a risco semelhante a esta, por fidelidade, confiança e talvez, também um certo romantismo:

*“Quando eu terminei com o meu caso de 9 anos, depois que eu terminei com ele, a gente não sabe até hoje, é uma incógnita isso, se ele contraiu o vírus depois que eu me separei dele ou se ele já tinha o vírus e eu nunca contrai o vírus. Por quê? Eu conheci esse rapaz em 86, início de 86. No início de 87, ou seja, um ano depois, nós recebemos uma carta que um caso dele anterior tinha falecido de AIDS. E ele tinha terminado esse caso há um ano e meio, antes de eu começar a namorar com ele. E nós nunca fizemos exame. A gente resolveu abandonar a questão e passamos os 9 anos juntos vivendo numa boa e transando sem camisinha.”*

Mais uma vez quando ele fala na sua percepção de risco coloca o maior peso na volúpia do sexo, talvez pensando nos seus parceiros casuais e não na potencial exposição a risco que a confiança no parceiro fixo pode provocar:

*“As minhas chances? Olha, por toda a minha preocupação e por tudo, numa escala de 0 a 10 eu te colocaria uns 8. Por quê? Eu tiro 2 pontos pela volúpia do sexo. Pela coisa da cabeça quente que às vezes você deixa escapar alguma coisa. Mas, os meus 8 pontos é pelo*



*meu pavor e pela minha preocupação. Então tenho 2 pontos de chance de pegar e 8 pontos de não pegar. Porque eu acho assim: eu acho que essa pontuação ela vem muito da cabeça da pessoa.” (Cosme)*

Na narrativa de Cosme aparece um outro fator que pode favorecer à uma potencial exposição a risco que é a fantasia de uma certa “resistência orgânica” ao HIV, além disso, pode-se também identificar uma “crença” de que quem faz sexo “ativo” não pega HIV/AIDS, incorporando-se novamente neste relato a questão de papéis de gênero a percepção de risco de transmissão do HIV:

*“Um ano e meio antes ele tinha terminado com um rapaz. Eu conheci ele. Um ano depois o rapaz morreu, nós vivemos 9 anos juntos transando sem camisinha. Um ano depois que eu terminei com ele, ele já tinha tido sintomas, inclusive sintomas de AIDS. Então, é uma incógnita até hoje, porque eu participei do Projeto Praça Onze, fiz quinhentos exames. E acontece que o meu exame deu negativo. Eu nem tinha pego o vírus com ele e nem com a pessoa com a qual eu me arrisquei. (...) Até porque, a minha primeira experiência que eu tive com a AIDS, foi com um rapaz que era soropositivo, ele sabia que era, ele tentou transar comigo. Como eu não era passivo - eu tenho dificuldade de transar passivo - eu não fiz o que ele queria. Mas eu transei ativo com ele. E sem camisinha, porque eu achava, na época, que você sendo ativo, sem camisinha, não tinha risco. Mas, de qualquer maneira eu transei com ele e não contrai o vírus. Por que o meu exame dá negativo? Olha, eu não posso dizer que é por esse motivo, que a gente acha que pode ser que eu tenha uma resistência ao vírus, porque para dizer isso, eu acho que eu precisaria ter uma comprovação e eu não sei como é que se consegue isso. Agora, eu acho que é porque realmente eu não tive tanto risco assim para pegar.”*

Alguns estados emocionais como a depressão e a culpa podem contribuir com a diminuição de medidas preventivas, favorecendo o aumento da possibilidade de exposição ao risco de infecção pelo HIV, como podemos verificar na entrevista de Vladimir:

*“Quando eu voltei de São Paulo em 94. Engraçado, eu estava certo de que eu estava HIV positivo. Porque eu tinha um caso que durou de 87 até 93 e eu não transava com preservativos com ele. Em 93 nós acabamos o caso. Nós resolvemos acabar, e de 93 até 94 eu transei, o tempo todo que eu transei, eu não transava usando preservativo. E o final do caso foi uma coisa que me abalou muito. Então eu não comia direito, eu não dormia direito, eu não fazia nada direito. E aí, eu comecei a emagrecer muito. Eu cismeiquei que estava HIV positivo, primeiro que eu fazia sexo sem cuidado. Isso é, sei lá, a ‘piração’. Eu fazia sexo*

*sem preservativo. E, estava emagrecendo demais, não me alimentava. Quando eu voltei para o Rio de Janeiro, eu fiz o teste e deu negativo. O primeiro resultado negativo, eu não acreditei. Eu achei que essa porcaria estava errada, não é possível. ‘Gente, eu tenho que tá... eu só posso estar’. E assim eu quase queria estar - não é que eu quisesse - mas eu tinha certeza absoluta que eu estava soropositivo. E aí eu não estava. Eu falei: ‘pôxa!’ Aí eu revivi. E aí eu tinha feito uma promessa para mim. Eu falei assim: ‘se eu não tivesse doente, se não tivesse positivo, que eu iria militar na causa gay, ia começar a entender melhor o que se dava comigo, o que se dava com os outros.’ E foi o que eu fiz. Quando eu percebi que eu estava HIV negativo, eu comecei a fazer isso. Aí, foi quando eu ingressei em 94 em uma ONG, e estou lá até hoje.”*

Neste relato de Vladimir podemos perceber também a importância da testagem como propiciadora da diminuição do estresse causado pela dúvida, ou “certeza fantasiosa” de um possível resultado positivo. O resultado negativo, que às vezes é vivido como “atestado de imunidade” para novas potenciais exposições a risco, neste caso, foi o que deu o estímulo a participação cidadã em uma ONG. A “dúvida/certeza” de um *status* sorológico positivo, pode levar à práticas sexuais que possibilitem potenciais exposições a risco: “já que ‘devo’ estar positivo, não preciso usar preservativo”. Esta frase foi ouvida por mim, muitas vezes, quando fazia o aconselhamento pré-teste de travestis, que incorporando o estereótipo de “grupo de risco”, achavam que todos os travestis que fazem “michê” estariam contaminados pelo HIV.

A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde tem divulgado, em suas atuais campanhas de prevenção, a diminuição do número de parceiros sexuais como uma das formas de se evitar potencial exposição a risco de infecção pelo HIV. Esta política tem gerado muita polêmica entre profissionais de saúde e militantes de ONG que alegam que esta informação pode gerar novamente preconceitos contra aqueles que tem múltiplas parcerias, além de um falso sentimento de imunidade contra o vírus para aqueles que têm parceria única e fixa. Esse tipo de má interpretação pode ser percebida no relato de João:

*“A troca de parceiro, e não precisa ser só parceiro masculino não. O parceiro feminino... o cara que tem várias mulheres. Com o parceiro fixo você pega mais confiabilidade. Então, a prática de risco é menor? É menor.”*

Entre os entrevistados desta dissertação que têm parceiros casuais, a confiança ilusória colocada em critérios não muito confiáveis como escolher o “tipo de pessoa” com quem se tem uma relação sexual ocasional, além do fato do parceiro casual ter preservativo à mão, podem ser motivações para confiar no parceiro e abrir mão do uso do preservativo:

*“O tesão dele caiu um pouco. Ai ele falou: ‘ vamos lá... legal! Está com camisinha aí?’ ‘Eu quero ver a tua.’ Ai ele mostrou. Ele mostrou a dele e eu também a minha. Mas nesse dia, foi sem camisinha. Oh!... e eu com toda essa consciência. Eu vou falar que eu estou assim, muito acima? Foi confiança em mim e confiança nele. Porque, olha só. Ele não é pessoa de fazer isso. E eu também não sou. É diferente daquele rapaz, do boxeur. (...) E eu não vi aquele rapaz, o boxeur, com camisinha. Em nenhum momento. Eu só me relacionei com ele como ativo uma vez, mas eu tive vários encontros com ele como amigo. E em nenhum momento ele falou em camisinha! Eu ficava pensando: ‘esse não, esse meu amigo não. Ele tem camisinha.’ Era outra coisa. A consciência e a informação dele eram maiores. Então me deu esse grau, essa capacidade de ir um pouco mais longe. Ai, em uma das oficinas aqui no Projeto, um colega falou uma coisa muito importante: ‘informação não quer dizer conscientização.’ Ai, bateu direitinho, com aquilo que eu tinha feito. Eu falei, realmente, eu e ele estávamos informados mas a nossa conscientização naquela hora ali falhou.” (João)*

Através de suas narrativas, os entrevistados desta dissertação informam ter promovido mudanças de comportamento que vão desde passar a usar o preservativo sempre até diminuir número de parceiros e escolher os parceiros. Sabe-se, contudo, que estas últimas não se constituem formas efetivas de prevenção, a não ser que seja utilizado o preservativo nas relações sexuais. Entre estes mesmos entrevistados o uso do preservativo só é mais constante nas parcerias casuais, ficando as fixas dependentes da confiança no parceiro. A principal justificativa dos entrevistados para o uso do preservativo é ser esta a melhor forma de proteção, mas também aparece como resposta secundária, o fato de ser o parceiro desconhecido. Por outro lado, a explicação para o não uso é o parceiro ser conhecido.

Entre os entrevistados desta dissertação, nas parcerias fixas, o sexo anal penetrativo receptivo é feito com reciprocidade, enquanto que nas parcerias casuais a preferência é para o sexo anal insertivo. Quanto ao sexo oral, o preservativo não é utilizado e o método preventivo mais praticado é evitar a ejaculação na boca. Estes resultados desta dissertação são confirmados por estudos realizados no Praça Onze (Lago, 1999; Batista, 1996) que

revelam também que dois voluntários, em acompanhamento durante três anos, podem ter sido infectados pelo HIV, através do sexo oral, com ejaculação na boca, já que não houve relato de nenhum outro tipo de potencial exposição a risco para a infecção pelo HIV.

No que diz respeito à vulnerabilidade individual, quanto ao item informação (Mann, 1993), podemos constatar, ao observarmos as entrevistas desta dissertação, que elas corroboram os resultados das pesquisas que vêm demonstrando que apesar de a população mundial ter sido bombardeada intensamente com informações preventivas, este fato, todavia, não tem gerado mudanças que causem impactos expressivos nos comportamentos que contribuem para a exposição a risco para a infecção pelo HIV (Parker e Terto, 1998; Loyola, 1994).

Para Castiel (1996) isso se deve, em parte, ao fato das políticas públicas ao serem elaboradas, sobretudo no que tange às ações preventivas em saúde, privilegiarem muito mais o componente racional/cognitivo da mente humana em detrimento dos componentes culturais e emocionais.

Segundo o autor, o conhecimento, ou melhor, a consciência do risco é vista como elemento crucial em qualquer política dirigida à AIDS.

*“Pois, vale repetir, em tese: uma vez conhecendo as formas de transmissão do HIV, trata-se de uma questão de controle racional evitar ser atingido pelo vírus (...) Por que tais conhecimentos não são suficientes para proporcionar a força necessária para as pessoas controlarem racionalmente suas arriscadas vontades? (...) Ao nosso ver, parece faltar alguma reflexão acerca dos pressupostos envolvidos na idéia de ‘racionalidade’ do receptor destas informações com vistas a um processo dito educacional que busque alterações comportamentais. Ou seja, a discussão acerca da pertinência da concepção de indivíduo ‘racional’” (Castiel, 1996: 88-89).*

O receptor/destinatário dos processos de educação em saúde, segundo algumas concepções médicas e epidemiológicas, é percebido de um ponto de vista “deficitário”, isto é, são receptores “passivos”, com pouca capacidade cognitiva para entenderem as importantes e complexas informações científicas que precisam ser prescritas. Assim, segundo Castiel, conforme a ideologia dominante das ciências em geral e das ciências biomédicas, em particular, a comunicação vai se dar quase que exclusivamente baseada em uma lógica cognitivo/racional (Castiel, 1996).

Neste sentido, a conduta humana vai ser explicada, do ponto de vista dessas ciências biomédicas, a partir dessa lógica da escolha racional. Assim, no caso das pessoas se depararem com diferentes possibilidades de comportamentos, se “bem” informadas e educadas, logicamente selecionarão aqueles que irão proporcionar um melhor resultado para as suas vidas. A partir desse ponto de vista, o doente seria alguém insuficientemente informado ou com problemas em administrar e selecionar os melhores comportamentos em suas vidas, não sendo capaz de evitar os possíveis riscos para a sua saúde.

Os pressupostos dessa lógica racionalista foram apontados por Young (1981):

- o conhecimento é internamente consistente de acordo com modalidades de lógica conjuntista;
- o humano é, em essência, um ser movido pelo raciocínio – processo consciente que organiza o conhecimento para prover informações e orientar a ação;
- o humano se comporta de maneira pragmática, baseado em modelos causais através dos quais procura predizer e controlar as ocorrências que lhe podem suceder.

A partir dessa lógica todos aqueles que não conseguem agir racionalmente deveriam ter alguma fraqueza de vontade, algum tipo de desvio ou “perversão”. Contudo, o que podemos observar é que as pessoas não se utilizam na maioria das vezes da razão para orientar seus comportamentos. Mas, muito pelo contrário:

*“é mais plausível conceber uma irracionalidade estrutural no humano, de tal modo que seu modus operandi parece ser orientado mais por idéias e afetos vinculados a determinados padrões pré-definidos e, por vezes, estereotipados. Aliás, é compreensível perceber que é mais ‘lógico’ lançar mão de modelos esquemáticos familiares no processo de raciocinar (mediante imagens, analogias conhecidas), do que se dispor a freqüentes avaliações elaboradas e trabalhosas envolvendo novos elementos” (Castiel, 1996: 88).*

Freud (1974) aponta, também, para essa dinâmica mental conflituosa entre a razão da consciência e a irracionalidade dos desejos inconscientes. No caso específico do comportamento sexual, as “razões” ou motivações para os modos de buscar prazer não serão encontrados necessariamente só na razão, porque ele é um fenômeno complexo, produzido por um conjunto de fatores biológicos, sociais e psicológicos.

Deste modo, parece-me que a adesão a propostas de mudança de comportamento sexual não pode ser alicerçada apenas no discurso “racional”, pois a sexualidade humana está indissociavelmente atravessada pelo simbólico e pelo imaginário. Pelas regras, leis e tabus da cultura, mas também pelo desejo, fantasias e transgressões inconscientes.

As aterrorizantes campanhas de prevenção relativas aos malefícios do uso do tabaco, álcool e outras drogas, assim como, aquelas que apontam os perigos do excesso de velocidade no trânsito, deveriam ser suficientes para produzir mudança de comportamentos no seu público-alvo, caso a única determinante de nossas ações fosse a razão. Entretanto, elas não têm conseguido causar impacto na população, talvez porque tentem dialogar com o indivíduo “racional”, deixando de levar em consideração os outros substratos desses comportamentos.

Compreender o comportamento humano como um fenômeno complexo e, como tal, considerar todos os seus componentes é de fundamental importância na elaboração de políticas públicas de prevenção. Assim, como diz Elster:

*“As boas intenções perdem o poder de motivar à medida que a tentação se aproxima. A esperança reside em aprender com a experiência. Ser irracional e sabê-lo é um grande progresso em relação a ser ingênuo e impensadamente irracional. Ao lidar racionalmente com minha conhecida propensão a comportar-me irracionalmente posso fazer melhor por mim mesmo do que como vítima passiva dessa propensão. As técnicas para lidar com isso entretanto, não são gratuitas, e às vezes o remédio é pior que a doença” (1994:66).*

Na elaboração destas políticas públicas é de fundamental importância conhecer a população usuária dos serviços, suas características, crenças e valores, aquilo que pensam e sentem. Assim, segundo Borges: *“O que traz aos serviços médicos disponíveis na rede de serviços de saúde um sujeito? A que vem ele, o que deseja? Deseja, antes de mais nada, falar – falar de si” (1989:170).*

Boltanski (1989) estabeleceu algumas categorias sobre a relação doente/médico, afirmando que esta se encontra muito longe de ser uma simples relação *“de homem para homem”*. Para ele, a ideologia médica ensina a ver o doente apenas como um ser abstrato indiferenciado, ou, *“apenas a relação entre um especialista e um profano”* (p. 49). Tal relação, segundo Balint (1966), se desenrola obrigatoriamente a partir das perguntas que marcam seu início até às “ordens” que determinam seu fim. Os pacientes tentam expressar

o que sentem com seu próprio vocabulário, mas não se sentindo acolhidos e buscando uma maior aceitação, acabam por incorporar no seu discurso o vocabulário científico. Os profissionais incorporam o lugar de único detentor legítimo do conhecimento e ao manterem tal distanciamento, com informações parceladas, impedem que seus pacientes mantenham com o corpo e com as doenças uma relação reflexiva, favorecendo os mal entendidos e/ou a ausência de comunicação (Boltanski, 1984).

Assim, sem que se tenha a disponibilidade de escuta deste “outro”, na sua singularidade e inteireza, enquanto sujeito histórico e social, considerando seu entendimento acerca de seu problema e suas alternativas para solucioná-los, não será possível avançarmos eficazmente nas ações em saúde coletiva em geral e de educação em saúde em particular.

## **8 – Construções sobre AIDS**

O impacto da epidemia de AIDS sobre a comunidade internacional fez com que uma enorme parcela da população buscasse conhecer melhor esta doença, sua origem, formas de transmissão e tratamento. As organizações não-governamentais que trabalham na defesa dos direitos da cidadania dos portadores do HIV/AIDS, por exemplo, conseguiram atingir um elevado grau de conhecimento e, hoje, conseguem discutir no mesmo nível sobre medicação ou vacinas com a comunidade científica. Por outro lado, a AIDS tem freqüentado também, semanalmente, as notícias das redes de televisão, jornais e revistas. Tem-se aí um caldo de cultura no qual conhecimentos científicos são misturados com informações preconceituosas e passam a fazer parte do imaginário social.

Os entrevistados desta dissertação quando expressam seus conhecimentos sobre AIDS também o fazem informados por esse misto de conhecimentos científicos e “crenças” populares. No que diz respeito à origem da doença, embora sejam relatadas as explicações científicas, a concepção mais aceita é a da guerra bacteriológica ou de manipulação genética. Estes argumentos são bastantes comuns e foram encontrados também por Loyola (1994) e Martin (1997). Seguem-se alguns depoimentos dos entrevistados desta dissertação que corroboram tais concepções:

*“A origem da AIDS. Ah, como é que eu vou dizer? Vou dizer o que passa de boca em boca. Foi criada em laboratório, numa guerra genética como está tendo agora aí, um novo vírus: uma mistura de mandrax com daparina. Então disseram que esse vírus da AIDS foi um vírus criado em intenção de exterminar corpos. Outros já dizem que esse vírus é originário do macaco. Mas não se explica como é que passou para o homem. Porque todos os animais tem certas doenças específicas e não passam para a gente. Então disseram que pegaram, modificaram e lançaram”* (Francesca).

Loyola (1994), em sua pesquisa, identifica a representação da AIDS como uma doença distante que veio de fora, de outras espécies ou países. É uma doença de um “outro”. Nos relatos de Cosme, João e Luís podemos perceber esta concepção da AIDS como uma doença distante, originária dos costumes “estranhos” dos africanos ou proveniente da “maldade” dos americanos:

*“Bom, a origem dessa doença, para mim, eu ainda não li o lado assim, mais veemente até hoje. Existem as hipóteses que o sexo com animais, acabou gerando o vírus. E sendo o vírus mutante, ele foi se modificando e tudo o mais e, daí chegou aonde nós estamos. Dizem também que pode ser fabricado por laboratório. Que de repente eu até acho que pode ser possível, porque eles são capazes de criar guerras bacteriológicas, por que não também? Na realidade, eu não sei bem assim. Eu não posso te precisar. Os religiosos já dizem que foi Deus quem mandou para eliminar o homossexualismo primeiro, depois os sodomitas e outras tribos. Mas eu te dizer precisamente... Eu quero crer que possa ter havido a questão do sexo entre animais. Não sei se eu estou certo ou errado. Essa eu mais me aproximo. Até porque eu li alguma coisa que na África existe um problema de prática sexual entre o homem e a mulher lá, que parece que por questões religiosas, não sei, então, por isso o homem procura mais o sexo com animais para poder se satisfazer.”* (Cosme)

*“Olha só, eu já li algumas coisas, escuto muito quando eles falam. Agora, o último encontro que eu tive, foi há duas semanas lá na Gávea. E o Mott, o Luis Mott, o presidente do grupo gay da Bahia, ele falou uma coisa com a qual eu concordo. Ele falou que isso surgiu numa parte da África, mas é uma doença que não tem ainda um estudo profundo sobre a origem. Porque tudo está muito assim, em descobertas. Mas os causadores, ele não queria dizer que aquilo foi culpa dos africanos, que aquilo veio da África. Foi uma certa doença que surgiu numa certa região e a coisa foi se espalhando e o homem perdeu o controle, porque ela realmente não tem cura. E aquilo que não tem cura, você não pode controlar. Já disseram também que isso foi feito em laboratório, que isso é coisa dos americanos, que os americanos inventaram isso, colocaram em tubo de ensaio e isso*



*perdeu-se. Foi contaminando... Eu acho que ela nasceu de algum lugar bastante desenvolvido, mecanicamente, e que o homem perdeu o controle. Tá? Eu até poderia acreditar mais no lado da descoberta dentro de uma tribo, mas com esses avanços, tudo agora é no botão e é uma maldade muito grande que o ser humano faz com ele mesmo. Eu até acredito mais que ela tenha surgido num laboratório.” (João)*

*“Pelo que eu sei, eu acho que foi criado em laboratório. Eu acho que foi nos Estados Unidos que foram feitas pesquisas, experiências em laboratório.” (Luís)*

Essa concepção traz uma visão do mal personificado em alguém, ou alguma coisa, que teria uma intencionalidade de promover malefícios. Lefèvre (1991) considera que o medicamento e a engenharia genética fazem parte de um conjunto de símbolos que registram no imaginário social a interferência do homem, utilizando-se das técnicas científicas sobre o organismo.

Segundo o autor isto é visto, culturalmente, como uma criação perigosa de artefatos corporais, pois a criação da vida seria uma atribuição de Deus. Nesse sentido, os medicamentos podem ser vistos como “artefatos” de um “aprendiz de feiticheiro” que a partir de uma oposição semântica entre o “dentro” e o “fora”, presente em nossa cultura, em que o primeiro termo significa dentro da ordem natural, de acordo com a natureza e com Deus, e o segundo, significa fora da natureza, dentro de uma “ordem artificial” da ciência. A partir desta lógica, a ciência e a medicina, ao serem compreendidas como estando “fora” do campo semântico das “forças divinas”, como eram vistos os antigos curandeiros, são percebidas como falíveis e passíveis de erro. Esta “crença” talvez explique a grande ambivalência presente nos depoimentos dos entrevistados desta dissertação, que ao mesmo tempo que “desconfiam” da ciência como causadora da AIDS, “confiam” nela quando crêem que ela descobrirá a cura. Assim a ciência e o medicamento, como símbolos, são “amargos” mas promovem o “bem” do paciente.

Deste modo, embora a maioria dos entrevistados acreditem que a AIDS possa ter se originado de uma manipulação errônea da ciência feita pelo homem, também têm uma enorme “fé” que a cura vai ser encontrada por essa mesma ciência. Assim, no que diz respeito à vacina, a mesma manipulação perigosa que pode ter causado a doença, poderá conseguir trazer a cura.

Alguns entrevistados chegam a dividir os cientistas em “bons” e “maus”. Os primeiros seriam aqueles que são “altruístas” e teriam como único interesse o “bem” da

humanidade. Por outro lado, os segundos, são aqueles que teriam interesses menos honrosos como os motivados por fatores econômicos, políticos ou prestígio pessoal.

*“Acho que a cura vai ser descoberta pelos cientistas, porque tem muito cientista aí que não pertence ao governo e está batalhando em cima disso. São pessoas que são preocupadas, são profissionais que realmente querem tentar descobrir, querem achar a cura... Nada através do governo.” (Luís)*

*“A esperança tem que existir sempre. Os cientistas estão se empenhando mesmo. Você vê um país brigando com o outro pela preferência - aquele americano com o francês - mas eles estão brigando por uma causa justa. Eles não estão brigando porque um país quer bomba e o outro quer material bélico também: ‘Eu vou ver qual dos dois merecem... deixando um passar fome para depender mais de mim’. Não, é uma causa justa. É uma causa por uma doença que está no mundo todo.” (João)*

Vladimir acha que não vai ser encontrada a cura, mas vão existir remédios mais eficazes que vão melhorar a qualidade de vida das pessoas e tornar a AIDS uma doença crônica controlada.

*“Eu acho que cura não vai encontrar. Eu penso que não vai acontecer. Mas penso que ela está caminhando mesmo para se tornar uma doença crônica. Uma doença de tratamento controlado, contínuo. Com esses remédios de última geração isso já está acontecendo: as pessoas chegarem à níveis indetectáveis de vírus.”*

Embora exista essa enorme “crença” na ciência e na descoberta de uma vacina ou medicação que venha libertar a população desta epidemia, a AIDS continua causando muito impacto e apreensão entre os entrevistados. Os comentários são sempre de uma doença onipresente que pode atingir a qualquer momento a vida das pessoas:

*“A AIDS é ainda a pior doença do mundo. É a doença do século. Não tem cura.” (João)*

*“Tenho pavor da AIDS. Eu costumo dizer para todo mundo que eu acordo não tem um dia da minha vida que eu não lembre da AIDS. Quando eu olho para alguém na rua, eu estou paquerando alguém, eu lembro que aquela pessoa pode ser soropositiva em potencial. Eu tenho os meus amigos que tem o HIV, falo com eles, lembro da AIDS. Eu me preocupo com eles, lembro da AIDS. Se eu conheço uma pessoa hoje, com muito tato*

*procuro saber o que ela pensa da AIDS, ou se ela está, se já fez o exame. Eu tenho um histórico com AIDS e até hoje quando eu faço o exame eu fico muito nervoso. Por mais que eu ache que eu tenho me prevenido ao longo dos seis meses eu fico nervoso. Então, eu tenho muito medo, um pavor horróroso.” (Cosme)*

Todos os entrevistados desta dissertação já tiveram alguma pessoa próxima, um parente, amigo ou colega de trabalho com AIDS. Vladimir fala destas vivências e do seu medo de se contaminar, cujo risco fica “denunciado” quando deixa escapar na narrativa que só usa preservativo na “*maiori... em quase todas*” as relações. Fala também do receio de se ver com a doença e de não saber se saberia lidar com isso:

*“Como uma pessoa sexualmente ativa, tenho medo da AIDS. Porque apesar de procurar usar preservativo na **maiori... em quase todas**\* as minhas relações sexuais, eu acho que pode acontecer um acidente uma hora ou outra. Eu, inadvertidamente, ou advertidamente, eu diminuí muito, muito mesmo o número de parceiros. Eu acredito que esses cuidados todos que eu passei a ter e principalmente colocar a camisinha nas minhas relações, é medo da AIDS. Eu tenho medo sim, porque eu já vi pessoas morrerem de AIDS. Já tive amigos meus que faleceram de AIDS. Já cuidei de pessoas com AIDS. Atualmente eu tenho alguns amigos que estão com AIDS, que vivem com AIDS e aí eu fico assustado de isso acontecer comigo. Não sei se teria uma reação tão natural. Uma coisa é você falar sobre a coisa, outra coisa é a coisa dentro de você.” (Vladimir)*

\* (O grifo é do pesquisador.)

O uso do preservativo nesta narrativa também é “dependente” da AIDS. Neste sentido, se ela não existisse talvez a frequência do uso fosse mais baixa ainda. Aqui fica evidenciado o lugar secundário que é dado às doenças sexualmente transmissíveis (DST) nas ações preventivas. Friedman (1996) e Rodrigues (1998), em seu estudo sobre DST no Praça Onze, apontam que a maioria dos voluntários não usava “sempre” o preservativo, independente da parceria ser fixa ou casual. Encontraram também uma relevante prevalência de infecção pelo HIV (14,25%), hepatite B (39%), herpes (6%), sífilis (18,70%), condiloma anal (32%) e condiloma genital (7,05%) entre os voluntários com parceiros casuais e fixo/casuais, além da associação entre a presença destas DST e a infecção pelo HIV nos voluntários que soroconverteram no Praça Onze. Esses dados são referentes a primeira visita ao Projeto, entretanto, mesmo na quarta visita ainda se

verificou a presença de DST nos voluntários: HIV (05 casos; sífilis 08 casos; condiloma anal (HPV) 10 casos; HPV genital 10 casos e uretral 01(Friedman, 1999).

Os dados de Rodrigues (1998) sobre os voluntários do Praça Onze sugerem que embora tenha havido mudança de comportamento, com a introdução do preservativo nas relações sexuais destes voluntários, por outro lado estaria havendo uma flexibilização do seu uso, com o preservativo sendo utilizado apenas com “alguns” parceiros, geralmente os casuais. Os entrevistados desta dissertação também fazem referência à esta dificuldade de mudança de comportamento nos seus relatos:

*“Eu acho que uma minoriazinha, ela atingiu uma consciência e se segura. Uma parcela que está intermediária, ela ainda se deixa levar pelo impulso, acaba fazendo uma besteira e tudo mais. Deixa ao encargo da sorte. E uma outra parcela que já está contaminada, eu acho que essa parcela não está preocupada, nem com a recontaminação.” (Cosme)*

*“Não me parece que as pessoas estão absorvendo a mudança de comportamento de risco. Eu não sei se as informações estão chegando truncadas até elas, ou se as primeiras informações, aquela história anterior do câncer gay, se isso está prejudicando as pessoas absorverem essas informações. Agora que a AIDS está aumentando entre os heterossexuais, entre a população em geral... Eu acho que as pessoas estão se assustando, que elas estão começando a perceber. Eu não acredito que toda a comunidade homossexual use preservativo em todas as relações, mas tem muita gente usando. Houve uma mudança. Tem um indicativo aí de que houve alguma mudança, de que está havendo... É que é uma coisa lenta mesmo, né? Sexo é uma coisa que é muito íntima. Prá mim foi extremamente difícil introduzir a camisinha nas minhas relações. Aprender aquilo tudo ali de dobrar... Tinha hora que eu desistia daquela merda e acabava transando sem ela ou então não transando, porque me apurrinhava, eu não conseguia lidar com aquilo direito. Hoje em dia eu já estou mais adaptado, mas foi muito complicado. E hoje em dia ainda é. A camisinha ainda é uma barreira, sim, para não fazer. Acabo não fazendo porque vou ter que botar a camisinha. Isso é muito chato. Eu aprendi a transar de uma forma, ter que transar de outra é muito chato. Mas o percentual de homossexuais que usam preservativos é muito maior do que o de heterossexuais. Quer dizer as campanhas que foram dirigidas para a comunidade homossexual tiveram algum efeito. A gente tem de usar esse método de campanhas dirigidas para público específico.” (Vladimir)*

A concepção da AIDS que surge nas narrativas dos entrevistados desta presente dissertação vem quase sempre impregnada de uma visão médico-científica. O fato de ser o

Projeto Praça Onze uma pesquisa científica, além da maciça presença de informações pseudo-científicas na mídia podem ter influenciado os discursos dos entrevistados. Boltanski (1984) comenta que o pensamento popular se apropria das categorias das ciências, fazendo uma seleção e retendo apenas os termos que reconhece e que são passíveis de uma “descontextualização”. Estes termos, mesmo que os significados científicos sejam ignorados, podem ser assimilados com um sentido popular.

A partir de uma concepção diferente de Boltanski, Lakoff e Johnson (1980) vão afirmar que a metáfora não é apenas uma questão da linguagem, mas ela está presente no dia a dia, nos pensamentos e ações, inclusive nas teorias científicas. O sistema conceptual, segundo eles, é fundamentalmente metafórico. Castiel (1996) comenta que a medicina e a epidemiologia não fogem a essa regra e também utilizam-se de construções metafóricas em seus discursos. Segundo ele, a imunologia é uma área em que se pode constatar esta afirmação a partir de sua conotação bélica do sistema imunológico. Podemos observar nas narrativas dos entrevistados desta dissertação que eles ao se apropriarem desta metáfora bélica concebem o sistema de defesa do organismo como um “exército” em guerra contra um inimigo invasor do seu território:

*“Os leucócitos começam a digerir aquele invasor, aquele corpo estranho. Os leucócitos que comeram, morrem, ficam inflamados e viram pus. Eles vão destruindo aquele invasor. Só que no caso da AIDS, ela ataca justamente esse setor. O setor dos soldados. Os generais, o corpo ele tem assim, o cérebro. Entrou uma coisa estranha... Porque quem vai para a guerra são os soldados. Ela começa a matar o exército.” (Francesca)*

Boltanski (1984) fala que o conhecimento popular, ao reinterpretar o discurso da medicina, utiliza-se de categorias que correspondem às propriedades mais universais das coisas que são inseparáveis do funcionamento da consciência. Assim, as categorias espaciais, como por exemplo, “dentro” e “fora”, vão ser utilizadas para descrever o caminhar da doença no corpo. Descrições como: “a doença passou para...”; “...os antibióticos deslocam o mal e trazem outra coisa...” ou “...as pedras na vesícula são o próprio mal que precisa se retirado para fora...”, são exemplos dessa lógica. Além destas categorias espaciais é muito comum também a utilização de categorias de substância, como por exemplo, frio, calor, umidade, para se justificar a origem das doenças. Assim, como na

medicina hipocrática, a doença pode ser causada por variações de clima (seco/úmido, quente/frio) para o conhecimento popular.

Segundo o autor, para o saber popular a infecção é a própria umidade do pus misturado com o sangue. O micróbio está no sangue. Às vezes se pega ou é hereditário. Outras vezes se tem quando se é sujo. A doença pode estar ligada à “sujeira” ou “podridão”. Francesca faz um comentário dentro desta lógica:

*“As pessoas falam, falam, mas continuam não se precavendo. Então, os médicos conseguem encontrar um remédio eficaz, só que a promiscuidade é tanta, e o vírus é uma coisa mutável.”*

Segundo Boltanski (1984) é muito difícil para as classes populares lidar com as categorias abstratas da medicina. É preciso materializá-las, fornecer-lhes um corpo e uma natureza familiar. Assim, para o saber popular, o “micróbio anda” e se fala no singular, para torná-lo mais familiar. Os entrevistados também antropomorfizam o HIV nos seus relatos, ao perceberem o vírus como “covarde”, “esperto” ou “vampiro”:

*“Esse vírus é um vírus cagão. É um bicho cagão! Se você tira ele do sangue ele morre. Ele gosta do sangue. Tem que começar o tratamento o quanto antes, porque ele [o vírus] está ‘querendo’ é isso mesmo, que eu não coloque coisas contra ele.” (João)*

*“ O vírus é tão ‘danado’ que ele consegue ‘confundir’ esas células e elas pensam que aquilo não é vírus.” (Vladimir)*

O conhecimento popular, segundo Boltanski (1984), ao assimilar o saber científico imprime um outro nexos causal entre corpo, espaço e substância. Deste modo, “hereditário” deixa de ter o seu significado genético e passa a significar fatal, inevitável ou que segue o sangue. “Contágio” passa a ser tudo aquilo que foi adquirido do exterior. Nesta lógica o sangue é o centro da força vital e sendo a anemia uma doença do sangue que come os glóbulos vermelhos ela “enfraqueceria” o corpo.

*“A doença [AIDS] vai tirando a força do corpo e vai tomando conta das pessoas.”*  
(Luís)

## 9 - Motivações de adesão

Longo (1996), em seu estudo sobre o Projeto Praça Onze, indica algumas das variáveis que poderiam influenciar na adesão de voluntários a estudos de vacinas anti-HIV.

Em uma amostra de 753 voluntários pesquisados no Projeto Praça Onze, 522 (69,5%) responderam SIM à questão do questionário de avaliação de atitudes sobre a possibilidade da participação em um futuro estudo de vacinas anti-HIV (ver anexo - p.154). Embora a grande maioria (91,6%) tenha apontado “ajudar a parar a epidemia” como a principal motivação, outras alternativas também foram indicadas:

Por receber gratuitamente aconselhamento e testagem para o HIV: 36,6%

Por achar que pode conseguir alguma proteção contra o HIV: 56,3%

Por receber passagem e alimentação cada vez que você vai ao local de estudo: 7,1%

Por sentir que estaria ajudando a comunidade: 84,1%

Para honrar as pessoas que você conhece e que já morreram de AIDS: 43,9%

Para receber mais informações sobre as pesquisas em AIDS: 60,6%

Neste estudo, a alternativa receber passagem e alimentação foi a menos indicada. Este resultado talvez esteja ligado a características próprias desta população do Projeto Praça Onze que, como já foi referido anteriormente, tinha um relevante índice de “empregados” (78%) e uma renda média de R\$ 583,51. Entretanto, em um estudo longitudinal sobre a história natural da infecção do HIV-1 entre usuários de drogas injetáveis (UDI), em Baltimore (Martin,1997), ao contrário dos voluntários do Praça Onze, a primeira motivação que fazia os voluntários se aproximarem da pesquisa eram os dez dólares que eram oferecidos pela participação. Esta motivação, segundo os pesquisadores, é resultado das péssimas condições econômicas da população estudada. Talvez pelo nível socio-econômico dos voluntários do Praça Onze, comparativamente, ser melhor que o destes voluntários americanos, além do fato de não estarem pressionados pela “fissura” da droga, a motivação econômica não tenha sido muito referendada.

A adesão é um fenômeno bastante complexo e multifatorial. Alguns estudos têm apontado que diferentes fatores poderiam influenciar na maior ou menor adesão de voluntários a uma pesquisa em potencial. Entre estes, o tipo de pesquisa, seu objetivo e público-alvo, assim como seus benefícios e riscos deveriam ser considerados (Longo,1996;

Koblin, 1998; Martin, 1997). Crumbo (1997) em seu estudo também não identificou nenhum voluntário “típico”, concluindo que, na verdade, não existiria um único fator, mas vários influenciando na adesão de participantes em pesquisas.

Entre os voluntários do Projeto Praça Onze o papel realizado pelos recrutadores externos foi de fundamental importância. Foram eles com sua competência em abordar os possíveis voluntários do projeto, além do fato de sua orientação sexual ser a mesma do público-alvo, que influenciaram o interesse dos candidatos em conhecer o Praça Onze. Este fato fica evidenciado nos depoimentos dos entrevistados desta dissertação:

*“Eu cheguei aqui no Projeto, porque o Gérson e o Beto\*, eles me convidaram para vir fazer parte do Projeto em 97.” (Vladimir)*

*“Um colega chamado Pedro\*, ele sempre deixava comigo um prospecto sobre o Projeto e eu ia guardando.” (João)*

(\* Gérson, Beto e Pedro eram recrutadores e visitantes do Projeto Praça Onze.)

Outro fator importante foi a parceria e a proximidade geográfica com um serviço de testagem. O Projeto Praça Onze tinha uma parceria previamente estabelecida com os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que encaminhariam as pessoas que se enquadrassem no perfil do voluntário do Praça Onze. Os CTA foram responsáveis por 32% dos encaminhamentos (Ver tabela 1). Destes, o São Francisco, talvez pela proximidade (o Projeto ficava no 2º andar do mesmo prédio) foi o de maior número de encaminhamentos.

O fato dos Centros de Testagem (CTA) terem sido a segunda forma de encaminhamento evidencia, como já foi apontado por Martin (1997) e Koblin (1998), que entre pessoas de comportamento de alto risco para a infecção pelo HIV, o desejo de conhecer o *status* sorológico pode ser outra importante motivação para participar de ensaios de vacina. Assim, com exceção de Vladimir, que veio de um outro projeto, todos os outros entrevistados chegaram ao Praça Onze por ter vivido algum tipo de potencial exposição a risco sexual para a infecção pelo HIV. A narrativa de Cosme é bem clara:

*“Bom, o Projeto Praça Onze eu conheci assim, muito superficialmente, porque quando eu saía na noite e tudo mais, eu via os rapazes que trabalham aqui entregar os folhetinhos. Várias vezes eu li e nunca me interessei, como todo bom negligente, não se*



*interessa. Então, como uma grande parcela deve ter acontecido também, eu cheguei ao Projeto porque houve um acidente comigo. Eu conheci um rapaz com quem eu tive relações. Eu fui ativo com ele sem camisinha. Pela minha pouca informação, eu achava que você sendo ativo sem camisinha, as suas chances de pegar eram zero. E quando esse rapaz me falou que ele era soropositivo, eu entrei em pânico. Ai eu vim aqui para fazer o teste anônimo, não sabia que o Praça Onze era aqui em cima. Eu estava esperando, quando se não me engano, foi o Gerson ou o Pedro me colocou a par do Projeto e me chamou para subir.” (Cosme)*

Na pesquisa de Martin (1997) com UDI, embora a princípio, a motivação tenha sido os dez dólares, com a continuidade da participação e o convívio com os membros da equipe, os voluntários passaram a permanecer na pesquisa pelo nível técnico-científico da equipe, pelo conhecimento adquirido, mas, fundamentalmente, pelo acolhimento afetuoso e humanizado recebido. Um dos entrevistados desta pesquisa americana faz o seguinte comentário sobre sua participação:

*“Primeiramente eu tinha vindo pelos dez dólares [recebidos pela participação]... Depois eu fiquei apaixonado pelas pessoas daqui e seu interesse e como eles fazem você se sentir como gente, como eles não se esquecem de tocar em você, falar com você... Eles têm um sorriso muito caloroso e positivo. Eles oferecem qualquer tipo de ajuda possível, e não só oferecem. Eles dão para você... Eu gosto da clínica.” (p.53)*

Recente pesquisa, coordenada pelo Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo (1999), sobre aderência ao tratamento por antiretrovirais de usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no estado de São Paulo, aponta que:

*“O papel do serviço de saúde é extremamente importante na superação das dificuldades relacionadas ao tratamento. A capacidade de diálogo e de ‘negociação’ por parte do serviço é fundamental. A maioria dos serviços estudados não apresenta deficiências importantes no que diz respeito às características centrais de estrutura e processo do cuidado técnico. Entretanto, não possuem, no momento, condições plenas para estabelecimento de formas de atenção mais dialógicas e mais específicas para abordagem da questão da aderência com os usuários. A atenção é fortemente centrada na consulta médica cujo padrão tecnológico predominante, embora de boa qualidade na dimensão restritivamente técnica, prescinde tanto de atenção para dimensões mais amplas da vida*

*dos usuários, quanto de 'abertura' para formas discursivas menos assimétricas e tecnificadas na abordagem da aderência." (pp.: 2-3)*

O Projeto Praça Onze, como já foi descrito anteriormente, montou um serviço de excelente nível, não só técnico-científico, mas também em termos de infra-estrutura, propiciando conforto, agilidade e resolutividade no atendimento. Embora o Praça Onze tenha sido um projeto eminentemente de pesquisa científica, e enquanto tal os dados estatístico/epidemiológicos sejam prioritários, a equipe adotou sempre uma relação mais singularizada e simétrica entre paciente/profissional de saúde, privilegiando no atendimento dos voluntários o seu acolhimento como pessoa, respeitando as suas diferenças sócio-culturais e singularidades, o seu saber e sentir. Reforçou-se, deste modo, os recursos internos de cada um, a fim de que o próprio voluntário tivesse a possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

Evidentemente que este tipo de infra-estrutura de atendimento contrastava com o péssimo nível de atendimento, muitas vezes homofóbicos, segundo as queixas de vários voluntários, oferecido pela maioria dos serviços públicos do Rio de Janeiro. E, deste modo, a qualidade do serviço e o atendimento prestado no Praça Onze tornaram-se importantes fatores que influenciaram na adesão dos voluntários, como podemos perceber nas entrevistas:

*"[Cosme se expôs a um potencial risco e veio fazer o teste] Realmente, apesar do risco que eu tive eu não contrai o vírus e ficou tudo bem, não aconteceu mais nada. Então, foi assim que eu conheci o Projeto Praça Onze. Foi dessa maneira. Fui muito bem recebido, a gente tinha palestra toda a semana, eu era bastante assíduo, eu vinha quase toda semana ao Projeto, gostava do ambiente daqui, fiz muitas amizades aqui, aprendi muita coisa aqui no Projeto também. As pessoas são maravilhosas! Quando o Projeto acabou eu me senti assim meio órfão, né? Porque você se sente amparado. Não é a questão do vale-transporte, da camisinha nem nada, mas você sente que aqui... Eu sentia pelo menos isso, que você era bem aceito, bem acolhido, ao contrário do que acontece em muitos lugares, [onde] você é mal recebido. Se você disser que é homossexual então, você está perdido, não é? Não precisa nem você ir muito longe. Se você disser que teve uma prática de risco você já está excluído socialmente. Então, eu fui muito bem recebido aqui, fiz grandes amizades, foi de grande valia para mim, eu cresci muito como pessoa, entende? E sinto muita falta até hoje do Projeto." (Cosme)*

Martin (1997), em seu estudo, aponta também a discriminação como um dos temas mais relatados no dia a dia dos UDI pesquisados. Essa realidade é tão marcante que eles percebem a AIDS como uma doença criada em laboratório, com a finalidade de exterminar “certos grupos” que incomodariam a sociedade ocidental na atualidade. Esse processo de discriminação no atendimento é também apontado nas narrativas de entrevistados desta dissertação, como pode ser evidenciado no depoimento de Luís:

*“O que achei de mais marcante no Praça Onze foi a naturalidade das pessoas. Você chega ali: ‘pô, vão me identificar como homossexual ali.’ Sempre tem aquela reaçãozinha chata. Aí eu fui chegando assim com o rabinho entre as pernas e tudo. Mas aí fui vendo que as pessoas eram super simpáticas, as pessoas eram naturais. Não olhavam para você diferente: ‘Ih, aquele ali é gay, é homossexual’ Estava aqui tranquilo. (...)Eu fui uma vez doar sangue e a doutora falou que eu não poderia doar porque eu seria homossexual. Aí eu falei: ‘Por que?’ Ela falou: ‘Porque você é grupo de risco.’ Eu falei: ‘Hoje em dia não existe grupo de risco. Hoje em dia todos nós somos grupos de risco. Então, se uma mulher pode doar, um homem pode doar, porque não um homossexual?’ Aí eu fiquei super chateado com isso. Porque todo ano eu doava e omitia no questionário que eu era homossexual. Eu acho que isso é uma discriminação.”*

Jenkins (1998) aponta a possibilidade dos voluntários serem contactados por telefone em casa como importante fator para mantê-los aderidos ao processo de triagem em sua pesquisa. Este critério, que chamarei de “comodidade”, também aparece no relato de Vladimir, um dos entrevistados desta dissertação, que diz que anteriormente participava de um outro projeto, o Projeto Rio da Fiocruz, e que apesar da seriedade dos dois projetos escolheu o Praça Onze, pois tinha uma localização geográfica melhor. Enquanto o primeiro ficava na avenida Brasil, o segundo localizava-se na avenida Presidente Vargas, mais central e bem próximo à estação do metrô.

*“Aí eu vim para cá e gostei, porque aqui é mais perto. Porque eu participava daquele da Fundação Oswaldo Cruz. Porque ali é horrível, você tem que saltar na Avenida Brasil. Eu não tinha carro na época. Aí tem que pegar o ônibus ali na favela do João, aquilo ali é meio perigoso. E ali era super fora de mão e eu gostei desse aqui porque era mais perto, era no centro, mais fácil de chegar. E gostei também do atendimento. Aqui é bem organizado, as entrevistas, essas coisas. É tudo muito bem organizado. Eu fui muito bem tratado aqui. Eu gostei muito do atendimento aqui. Da seriedade. Não que no Programa*

*Rio não tenha seriedade. A seriedade lá é tanta quanto aqui. Mas quando a gente percebe essa seriedade a gente fica mais confiante. Você fica mais confiante mesmo. Você fica mais tranqüilo. E aí eu vim, gostei e continuei, tanto que eu fiz até o final.”*

Jenkins (1998) assinala em seu estudo que a maioria dos pesquisados aponta os motivos altruísticos como o mais importante critério para ser voluntário em ensaio de vacina anti-HIV. Segundo o pesquisador, os doadores de sangue são o grupo que apresenta o maior nível de altruísmo. Luís, que como foi mostrado no comentário da página anterior é doador, diz que sempre que alguém precisa doa. Porque, como espírita não pode doar órgãos. Então, como forma de ajudar as pessoas, doa sangue.

Altruísmo, enquanto doação solidária e desinteressada, também é um critério que aparece nas narrativas dos entrevistados desta dissertação que apontam como motivo de sua adesão em participar de ensaio de vacinas honrar as pessoas amigas que convivem ou morreram com AIDS. Cosme, faz um depoimento emocionado:

*“Eu acho que participaria do projeto de vacina pelo que eu falei antes, primeiramente por uma questão de auto-proteção. Se no caso acontecer um acidente, uma camisinha estourar como já aconteceu e tudo, então eu acho que, em primeiro lugar seria por isso. Em segundo lugar, numa escala de valores prá mim, eu acho que é pela questão de... [choro, longa pausa silenciosa] Eu tive muitos amigos que tiveram AIDS, muitos ex-casos que vivem com a doença. Cuidei de muitos deles. Dei muito apoio moral, dei muito apoio até financeiro, dentro das minhas possibilidades. Eu acho até que tem assim um peso de uma homenagem. É o máximo que eu posso fazer como leigo prá arrematar toda a ajuda que eu pude dar a eles. É ajudar, de repente, de uma certa maneira a tentar descobrir se essa vacina faz efeito ou não. É de uma certa maneira também ajudar de uma forma geral a todas as pessoas, não só homenagear os meus amigos que morreram. As pessoas que estão com o vírus, que eu conheço e que eu amo, mas também ajudar de uma maneira geral a população.”*

Marcel Mauss (1974) em seu estudo sobre as formas de trocas nas sociedades arcaicas, já comentado anteriormente no capítulo I, vai demonstrar que a dádiva nem sempre é um comportamento apenas altruísta, muitas vezes envolve também prestígio e honra para o doador. Quanto maior a dádiva maior o prestígio. Deste modo, vamos

encontrar junto com o espírito de altruísmo um desejo de prestígio e honra nas narrativas dos entrevistados:

*“Eu acho que é importante porque é uma ajuda de uma pessoa que está aqui no Brasil, numa particulazinha, que de repente está ajudando o mundo inteiro. Porque é um número reduzido de voluntários se você colocar a nível mundial. É uma gotinha no oceano. De repente essa gotinha no oceano ela pode representar a cura, ou a ajuda de uma cura para muita gente. Eu acho que, nessa escala de valores, é por esse motivo que eu participaria do projeto.” (Cosme)*

*“Eu participo é por causa das pessoas que estão ao meu lado que eu vejo que não têm coragem de participar, de fazer um exame. Então eu acho que se eu participar e se um dia der certo, pô, eu dou graças à Deus de eu servir para alguma coisa. Participei disso daí, fiz parte disso daí, para poder um dia chegar: ‘Ah, foi através desses grupos que fizeram essa testagem, aquela coisa toda e conseguimos descobrir a cura.’ Então, isso é uma coisa muito gostosa, né?” (Luís)*

Hobbes, citado por Costa (1984), comenta:

*“Pactos sem espadas são apenas palavras (...) é a igualdade do medo resultante da idêntica capacidade para matar que todos os homens possuem, que persuade os homens em estado natural a se unirem em comunidades.” (p.47)*

Os homossexuais que acumulam uma longa experiência de luta contra o preconceito e pela cidadania agora se organizam para enfrentar a epidemia da AIDS como se incorporassem um certo “mito de batalha” (Hawkins, 1993). Saem do lugar de algozes, acusados de serem os responsáveis pela “Peste Gay”, e ocupam o lugar de “guerreiros” que enfrentam a doença. Algumas vezes ajudando no trabalho de prevenção ao HIV, outras arriscando suas próprias vidas, oferecendo-se como voluntários em ensaios de vacina, com o objetivo de “vencer” este vírus “vilão” da humanidade e da comunidade gay. Este tipo de motivação está presente também em algumas das entrevistas desta dissertação:

*“Porque eu acho que a gente tem que fazer alguma coisa. E ninguém mais interessado do que eu, enquanto gay, né? De ver essa epidemia de alguma forma controlada, de ver que outras pessoas também usufruam disso. Não é nem que eu tenha vantagens para mim, isso não é tanto para mim, mas é claro que com a vacina eu também vou ter*

*ganhos, mas também outras pessoas terão. Faço questão de participar porque eu acho que isso tem que partir da gente mesmo. Nós os gay somos os maiores interessados em reverter esse quadro, essa realidade cruel que aconteceu com a gente. De no início da epidemia eles passarem isso como uma coisa nossa, como um ‘câncer gay’, como se isso existisse. (...) Mas eu acho que enquanto eu puder e o que eu puder fazer para reverter esse quadro e para ajudar em prol do fim dessa epidemia, eu vou fazer e vou continuar a fazer, porque eu acho importante participar de alguma coisa e eu decidi isso. (...) [Quando] eu percebo assim que eu consegui modificar alguém, mudar a opinião de uma pessoa e ajudar a essa pessoa a ser melhor. Porque o que eu faço comigo e para mim é para melhorar. Não é para eu aparecer em foto em jornal, não é para eu ganhar prêmio, não é para nada disso. É para, simplesmente, ajudar. Porque isso me faz bem e vai fazer bem para alguém também.” (Vladimir)*

Este discurso de Vladimir que aponta para a organização em torno da luta contra a epidemia de AIDS é identificado por Larvie (1998), em sua tese de doutorado, que argumenta que uma das políticas do Banco Mundial para o enfrentamento da epidemia no Brasil é a do fortalecimento da formação de uma “comunidade gay”, que pudesse dar sustentação social a um projeto de assunção de uma identidade gay dentro da sociedade brasileira. Larvie (1998) argumenta que um dos objetivos das políticas do Banco Mundial seria o de dar maior visibilidade aos homens que fazem sexo com outros homens, estimulando-os à organizarem-se e aproximarem-se das ações de prevenção às DST/HIV/AIDS. Esta política, segundo o autor, é seguida à risca pela Coordenação Nacional de DST/AIDS/M.S., acompanhada pela maioria das ONG. Larvie cita o discurso da antiga Coordenadora do Programa Nacional, Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, proferido na 17<sup>a</sup> Conferência Mundial da Associação Internacional de Gays e Lésbicas (ILGA), no Hotel Rio Palace, no Rio de Janeiro, em junho de 1995, a fim de exemplificar sua tese:

*“ (...)Um ser humano capaz de amor e solidariedade é aquele que é consciente e responsável com respeito a ele mesmo e com a sociedade em que vive – um homem que pensa e age, adotando um novo comportamento individual e social, garantindo sua própria vida e de seus vizinhos, em uma reação em cadeia, humana e infinita, de positividade e amor (...)Faz parte da finalidade do verdadeiro e conseqüente amor, em qualquer área da atividade humana, envolver-se na incessante luta contra a violência e a discriminação (...) Em relação à AIDS no Brasil, o preconceito e a discriminação tem*

*mantido várias pessoas na clandestinidade, tornando nosso trabalho de assistência e prevenção, muito mais difícil. Os grupos mais freqüentemente sujeitos às violações dos direitos humanos, também têm sido aqueles mais suscetíveis à discriminação e seus abusos. Em relação aos nossos esforços em controlar a epidemia, as grandes vítimas são precisamente aqueles que têm maior dificuldade de se organizar e, conseqüentemente, em exigir e proteger seus direitos.” (Larvie, 1998:374).*

O autor também exemplifica com posições de lideranças do movimento *gay*, contidas no *Manual para Multiplicadores Homossexuais* da Coordenação Nacional de DST/AIDS/MS, que corroboram também essa hipótese de estimular a visibilidade e a organização dos homossexuais e criticar os “não-assumidos”:

*“(...)Infelizmente, muitos ‘michês’, classificados naquilo que os psicanalistas descrevem como ‘homossexuais egodistônicos’, isto é, seu ego não está em sintonia com o seu desejo erótico. Eles praticam o homoerotismo, mas eles não se aceitam, depreciam homossexuais, alguns são agressivos e podem, às vezes, matar seus parceiros sexuais. Em uma lista de mais de 1300 assassinatos de gay, nos últimos 15 anos no Brasil, 25% dos assassinos foram identificados como ‘michês’ (...) ‘Bofes’ como grupo com práticas homossexuais são os mais difíceis para os programas de prevenção das DST/AIDS alcançar, porque não se organizam em grupos, vivem suas práticas clandestinamente e muitos aceitam a idéia de que a AIDS é uma ‘Peste Gay’ e que se são ativos no ato sexual não existe risco de infecção(...)” (Larvie, 1998:397).*

Essa política, se por um lado pode vir a ajudar a organização de uma cidadania homossexual, e realmente implementar a prevenção do HIV/AIDS entre os homens que fazem sexo com homens, por outro corre o perigo, se radicalizada, de produzir a idéia de um único modelo anglo-saxão de sexualidade (Fry, 1987), onde só exista lugar para os heterossexuais e os homossexuais assumidos, marginalizando todos os demais tipos de identidade ou orientação sexual.

Ironicamente, discurso semelhante a este foi proferido em 1980 pelo delegado José Wilson Richetti, da 3ª Seccional (Centro) de São Paulo, um dos responsáveis pela violenta repressão aos homossexuais da área da famosa “boca do lixo”. Richetti dizia justificando a sua atitude:

*“(...) você tem que distinguir o homossexual do travesti. O homossexual é um ser pacato – mas o travesti é uma espécie de subcultura dentro do homossexualismo (...)”*

*Homossexuais que trabalham, levam sua vida normal. Os travestis são um grupo reduzido, isso explica por que agem com extrema violência(...)* (Perlongher, 1987:97).

Desta maneira, caso esta lógica fosse levada ao extremo, o “bom homossexual” passaria a ser aquele assumido e engajado politicamente. E, assim, o silêncio, fundamental em qualquer processo civilizatório, passaria a ser proscrito como responsável pela disseminação da epidemia. Bissexuais, michês e bofes, segundo esta argumentação, deveriam assumir sua “oculta identidade” homossexual, sob pena de serem responsabilizados pela propagação da epidemia através da via de transmissão sexual. Um novo “grupo de risco” poderia surgir dessa lógica. Quanto a este ponto, a experiência já demonstrou que buscar “bodes expiatórios” pode parecer uma saída mais fácil mas pouco eficaz. Ao se discriminar determinados grupos isolando-os, afasta-se qualquer possibilidade de intervenção preventiva.

Na verdade, o que os resultados desta dissertação podem trazer como contribuição para esta questão é a constatação de que as “razões” para os comportamentos humanos nem sempre são encontradas em motivações “racionalis” explícitas, mas muitas vezes “concepções” simbólicas e imaginárias, socialmente construídas, podem estar influenciando também sem que sejam percebidas. Recuperar estas “concepções”, acolhendo as narrativas das pessoas como meio privilegiado de escuta pode ser uma maneira eficaz de romper com certas “construções” (pré) conceituosas e ajudar na compreensão dos grupos humanos.

Os entrevistados desta dissertação em seus depoimentos apontam que uma saída possível para a exclusão e o isolamento social tem sido a construção de uma identidade através da incorporação de experiências comuns na luta contra a discriminação e pelo direito à cidadania. Desta construção têm participado, ao mesmo tempo, solidariedade e respeito às diferenças. Assim sendo, “batalha” e “dádiva” enquanto significantes que expressam, respectivamente, luta e solidariedade complementam-se e estão presentes como símbolos vivos nas histórias de vida e enfrentamento do preconceito e da epidemia da AIDS entre os homens que fazem sexo com homens voluntários desta dissertação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



A epidemia de AIDS, desde o aparecimento do primeiro caso no mundo em 1981, vem causando enorme impacto entre a população de homens que fazem sexo com homens, sob os pontos de vista epidemiológico, político e social. O imaginário social foi informado desde o início por categorias como a de “grupo de risco” que, “fetichizadas” pela ilusão de uma pretendida “neutralidade científica”, mas que traziam e trazem em seu bojo vieses psicológicos e culturais, contribuíram para que fossem carreados para o interior da sociedade preconceitos tradicionais sobre a homossexualidade. “Crenças” sobre uma homossexualidade promíscua, que como relata um dos entrevistados, percebiam o homossexual como “*vivendo apenas para transar*”, estimularam a discriminação, responsabilizando-os pela disseminação do HIV entre a população mundial.

Entretanto, se por um lado este ambiente social, aqui no Brasil, causou muita violência e sofrimento para os homossexuais, por outro, propiciou a “alavanca” para a implementação da organização dos movimentos pela cidadania homossexual, iniciados na década de 70 (Terto, 1997). Através do convênio com o BIRD, um ostensivo apoio econômico é dado as ONG que lutam contra a epidemia e a discriminação aos portadores do HIV/AIDS. Segundo Larvie (1998) este apoio econômico é acompanhado de uma estratégia política de prevenção que aposta na organização e maior visibilidade da comunidade *gay*. Ao mesmo tempo que redes de solidariedade homossexuais foram construídas para responder ao impacto social da epidemia, cresceu também o número de pesquisas epidemiológicas e comportamentais que pudessem subsidiar o entendimento do perfil da epidemia e os componentes biológicos, sociais e subjetivos da infecção pelo HIV.

Entre estas pesquisas situam-se as orientadas por metodologias qualitativas, desenvolvidas por cientistas sociais, que visam aprofundar o conhecimento dos comportamentos e práticas sexuais, entre elas as dos homens que fazem sexo com homens. Estas pesquisas têm ajudado a perceber melhor a diversidade de concepções sobre a sexualidade em geral e a homossexualidade em particular. A concepção construtivista (Weeks, 1985) ao perceber a sexualidade como uma construção social e cultural, não dividindo-a em padrões estanques entre a “heterossexualidade” e a “homossexualidade”,

permite uma melhor percepção da polissemia de identidades e práticas sexuais sem “marginalizar” nenhuma delas com a rotulação de “anormal”.

Todos estes estudos têm subsidiado a criação de políticas de prevenção menos “informativas” e mais pertinentes diante da diversidade da população de homens que fazem sexo com homens, compreendendo e respeitando seus valores e reforçando sua autoestima, além de delegar às organizações comunitárias a tarefa de desenvolver as ações de prevenção entre seu pares. Esta atitude pode estar contribuindo na diminuição proporcional na categoria de transmissão “homossexual”, comparativamente à “heterossexual”, sugerindo uma possível incorporação de mudanças de comportamento em relação ao sexo mais seguro nesta população.

Esta dissertação encontra-se nesta categoria de estudo com metodologia qualitativa, tendo como objetivo examinar as construções simbólicas e imaginárias da população de homens que fazem sexo com homens, assim como as relações entre homoerotismo e adesão a ensaio de vacinas anti-HIV e suas motivações.

O campo escolhido para esta pesquisa foi o Projeto Praça Onze, que é um projeto de ensaio de vacina anti-HIV, tendo como público-alvo a população de homens que fazem sexo com homens. Um estudo anterior (Longo, 1996) apontava índices significativos de motivação em participar em um futuro ensaio de vacina anti-HIV nesta população. Os fatores altruísticos, como ajudar a parar a epidemia e ajudar a comunidade, foram escolhidos como as principais motivações em participar de ensaio de vacina.

A técnica de construções de fontes orais, desenvolvida pela historiadora Maria Helena Cardoso, foi utilizada na pesquisa. Foram entrevistados, com o auxílio do gravador, cinco voluntários do Praça Onze, escolhidos aleatoriamente. A análise dos resultados das observações realizadas e suas interpretações aqui expostas só dizem respeito aos depoentes, não sendo possível generalizá-las, inclusive o fato destas pessoas se interessarem em participar deste tipo de pesquisa já as diferencia do restante da população. Outro ponto que marca uma diferença é o caráter de rede que predominou no recrutamento do Praça Onze, já que a maioria dos participantes (36%) chegou ao Projeto através da forma de captação por “bola de neve”, em que um participante traz um outro para participar. Resultando, deste modo, em uma certa homogeneidade dos voluntários, deixando de fora, evidentemente, outros homens que fazem sexo com homens que teriam características diferentes deste grupo estudado.

As entrevistas desta dissertação puderam, entretanto, evidenciar a diversidade de histórias de vida que, conseqüentemente, vão refletir em diferentes concepções de mundo, sexualidade, homossexualidade, AIDS e vacina, assim como diferenças nas formas de adesão a ensaio de vacina.

Enquanto alguns entrevistados percebem a homossexualidade de uma maneira essencialista como um fato natural e genético, em que se nasce com ela, outros acham que ela estaria relacionada a alguma causa espiritual. Alguns a concebem como reflexo da formação de hábitos adquiridos pelas primeiras experiências sexuais. Deste modo, se estas iniciaram com o mesmo sexo, a pessoa desenvolverá uma orientação homossexual.

As primeiras experiências homossexuais embora prazerosas são também vividas com um sentimento de “transgressão” aos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade. As famílias ao incorporarem as concepções biológicas/essentialistas da sexualidade não conseguem dar apoio aos seus membros “transgressores” e, normalmente, delegam esta tarefa aos médicos e psicólogos.

A discriminação sexual aparece em poucos depoimentos e isto, talvez, se deva ao fato de que estes entrevistados, que não referem discriminação, mantenham segredo sobre sua orientação, só explicitando-a a amigos muito próximos. Entretanto, é interessante ressaltar a “discriminação” evidenciada em algumas entrevistas a tipos de manifestação da homossexualidade tidas como menos “masculinas” ou com “lantejoulas”, como diz um dos entrevistados. Esta situação talvez seja reflexo de uma percepção da homossexualidade ainda muito comprometida com uma concepção de papéis de gênero na relação, onde aquele que é “passivo” e identificado com o “feminino” é menos valorizado (Fry, 1982).

A AIDS aparece nas construções simbólicas dos entrevistados por um lado enquanto uma doença de um “outro” distante, um africano ou americano, mas por outro como um grande mal presente e temido no dia a dia.

Quanto à questão da adesão, os entrevistados apresentaram diferentes motivações para aderirem ao ensaio de vacina. Estas, entretanto, estão marcadas pelo impacto emocional da AIDS na vida destas pessoas que tiveram ou têm algum parente, “caso” ou amigo com a doença ou que já faleceram por causa dela.

As adesões estão também extremamente penetradas por motivações sinceramente altruístas. Repletas de sentimentos de “honrar” os amigos que se foram ou estão com a

doença. Entretanto, em alguns casos, chama a atenção a expectativa de um certo retorno deste altruísmo em forma de “prestígio” (Mauss, 1974).

Uma outra motivação de adesão em participar em ensaio de vacina anti-HIV é a solidariedade construída a partir do sentimento de pertencer à uma comunidade discriminada e acusada de “responsável” pela epidemia do HIV. Os depoimentos apontam um desejo quase “heróico” de enfrentar a epidemia, em um sentimento talvez “mítico” de “batalha” (Hawkins, 1993) contra a doença e resgate da “honra” ferida nas acusações de “peste *gay*”.

As entrevistas esclarecem também que as motivações em participar de ensaio de vacina estariam sempre relacionadas à confiança e excelência das pesquisas e serviços prestados. Os entrevistados, neste sentido, elogiam o excelente nível técnico-científico da equipe do Praça Onze e, principalmente, fazem referência à maneira humana, calorosa e não homofóbica em que são acolhidos.

É importante registrar uma última reflexão sobre os dados desta pesquisa, passível de servir como referência para ações de prevenção. As narrativas dos entrevistados desta dissertação, confirmando outras pesquisas, apontam altos índices de conhecimento sobre o HIV/AIDS. Contudo, embora se perceba algumas mudanças de comportamento em direção à práticas mais seguras de sexo, ainda persistem algumas práticas que podem promover potencial exposição a risco. É evidente que não se reivindica uma tentativa obsessiva de alcançar uma ausência absoluta de exposição a risco, já que isto é ilusório, pois é da ordem do impossível.

O que se pretende refletir é sobre a lógica das ações preventivas que, na maioria das vezes, tem se pautado por uma postura extremamente racionalista, pensando alcançar mudança de comportamento apenas através da divulgação de informações precisas sobre a doença e as formas de transmissão. Para esta lógica o encontro comunicacional preventivo se dá entre dois sujeitos racionais, um “receptor” e um “emissor” das informações. No caso desta comunicação ser eficiente, isto é, se as informações forem emitidas de forma clara e em uma linguagem que seja compreendida pelo “receptor” esta geraria mudança de comportamento.

Esta concepção não leva em consideração todas as demais variáveis que interferem no comportamento humano. Fatores sócio-econômicos, culturais e emocionais são negligenciados nesta abordagem. Nas entrevistas desta dissertação, todavia, fica claro a

interveniência dos fatores subjetivos como “confiança” e “amor” pelos parceiros, além da “escolha” de critérios pouco seguros, como parceria fixa, na decisão de abrir mão do uso do preservativo. Estes elementos podem levar a uma potencial exposição a risco para a infecção pelo HIV e continuam a existir independentes do nível de conhecimento que é significativo nesta população homoerótica.

Parker (1998) relata que as pesquisas realizadas em países como a Austrália e Estados Unidos, com a comunidade *gay*, demonstraram as limitações desta lógica cognitivo-comportamental. Segundo o autor, os trabalhos recentes têm mostrado que o desenvolvimento de uma cultura de sexo mais seguro passa também pelo ativismo cultural, associado à mobilização da comunidade *gay*.

Neste sentido, estratégias de prevenção que não levem em conta a mobilização comunitária e integrem em sua lógica de intervenção as teorias psicológicas e sociais do comportamento humano, procurando, deste modo, aprofundar questões mais subjetivas e complexas como, por exemplo, a negociação de práticas mais seguras, não conseguirão grande resolutividade.

Bastos (1994) chama a atenção para um outro “perigo” na concepção das ações interventivas que é o de uma certa “naturalização” da história da infecção/doença, que poderia estar levando a uma “banalização” na interpretação dos fatores de exposição a risco, deixando-se de perceber a singularidade dos estilos de vida e suas relações com o grupo social. O autor, citando Gadamer, diz que a compreensão só se opera por estranhamento.

Esse “estranhamento” curioso de quem quer compreender melhor, para além do já “dado”, o complexo fenômeno social do homoerotismo e da adesão a ensaios de vacinas anti-HIV foi, de certo modo, a motivação desta dissertação na esperança de que ela possa propiciar novos “estranhamentos” como ponto de partida de novas investigações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M., 1995. *Senhores de Si – Uma Interpretação Antropológica da Masculinidade*. Lisboa: Editora Fim de Século.
- ALTMAN, D., 1995. *Poder e Comunidade. Respostas Organizacionais e Culturais à AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ.
- BALINT, M., 1966. *Le Médecin, Son Malade et la Maladie*. Paris: Payot.
- BASTOS, F. I., 1994. Singular & plural: como se conjuga o verbo prevenir? In: *Drogas e Aids. Estratégias de Redução de Danos*. (F. Mesquita & F. I. Bastos, org.). pp. 79-98, São Paulo: Editora Hucitec.
- \_\_\_\_\_ 1996. *Ruína e Reconstrução – AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ.
- BATISTA, S.; PORTELLA, J.; FERNANDES, N.; LAGO, R.; LONGO, P.; BARBOSA, M. & SCHECHTER, M. 1996. Sexo oral sem proteção entre homens que fazem sexo com homens. In: XI Conferência Internacional de AIDS, *Anais*. Vancouver.
- BOLTANSKI, L., 1984. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- BORGES, S. M. N., 1989. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde* (N. R. Costa, C. L. Ramos, M. C. S. Minayo & E. N. Stotz, org.), pp. 165-184, Petrópolis: Vozes.
- CARDOSO, M. H. C. A., 1989. *Quando a Madrugada Chegar Esta Noite Será Memória Também - A Construção de Fontes Orais e a Historiografia: Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CARRARA, S., 1985. Um vírus só não faz epidemia. *Comunicações do ISER*. Rio de Janeiro: ISER. Ano 4, no.17, dezembro.

- CARRICABURU, D. & PIERRET, J., 1995. From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men. *Sociology of Health and Illness*, 17: 65-68.
- CASTIEL, L. D., 1996. *Moléculas, Moléstias, Metáforas. O Senso dos Humores*. São Paulo: Unimarco Editora.
- \_\_\_\_\_ 1999. *A Medida do Possível... Saúde, Risco e Tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda. e Editora Fiocruz.
- COSTA, J. F., 1994. O Homoerotismo diante da AIDS. In: *A AIDS no Brasil*. ( R. Parker, C. Bastos, J. Galvão & J. S. Pedrosa, org.). pp.151-216, Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ.
- \_\_\_\_\_ 1984. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal-Paz e Terra.
- CRUMBO, C. L.; RYBCZYK, G. K. & WAGNER, L. J., 1997. Characteristics of volunteer participants in phase I HIV vaccine trials. *AIDS Vaccine Evaluation Unit*. Vanderbilt: Vanderbilt University Medical Center USA.
- DANIEL, H. & PARKER, R., 1991. *AIDS: A Terceira Epidemia*. São Paulo: Editora Iglu.
- \_\_\_\_\_ 1993. *Sexuality. Politics and AIDS in Brazil*. London: The Falmer Press.
- ELSTER, J., 1994. *Peças e Engrenagens das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- FERREIRA, M. P. S., 1998. *AIDS: Da Violência aos Direitos Humanos à Construção da Solidariedade*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

- FOUCAULT, M., 1985. *História da Sexualidade I: A Vontade do Saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- FREUD, S., 1974 *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- \_\_\_\_\_ 1974. *Moisés de Michelangelo*. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- FRIEDMAN, R. K.; RODRIGUES, J.; FRAGA, L.F.; OLIVEIRA, L.R.; SCHECHTER, M. & HARRISON, L., 1996. Prevalência de marcadores para DST em uma população masculina sob alto risco de infecção pelo HIV. In: XI Conferência Internacional de AIDS, *Anais*. Vancouver.
- FRY, P., 1982. *Para Inglês Ver: Identidade e Política na Cultura Brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar.
- GALVÃO, J., 1999. *AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia*. Dissertação de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- 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.
- GINZBURG, C., 1991. *Mitos, Emblemas e Sinais: Morfologia e História*. São Paulo: Companhia das Letras.
- \_\_\_\_\_ 1995. *O Queijo e os Vermes: O Cotidiano e as Idéias de um Moleiro Perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras.
- HARRISON, L. H.; LAGO, R. F.; FRIEDMAN, R. K.; RODRIGUES, J.; SANTOS, E. M.; MELO, M. F.; MOULTON, L. H.; SCHECHTER, M., 1999. Incident HIV



infection in a high-risk, homosexual, male cohort in Rio de Janeiro, Brazil. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 21:408-412.

HAWKINS, A. H., 1993. *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*. Indiana: Purdue University Press.

HEILBORN, M. L., 1993. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ. Vol.1, no. 1/93.

\_\_\_\_\_ 1994. De que gênero estamos falando? *Sexualidade, Gênero e Sociedade*. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ. Ano 1, no. 2.

HYDÉN, L. C., 1997. Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*. Cambridge: Blackwell Publishers Ltd. 19 (1) : 48-69.

JACKSON, M., 1987. 'Facts of Life' or the Eroticization of Women's Oppression? *Sexology and the Social Construction of Heterosexuality*. London & New York: Routledge.

JENKINS, R.A.; CHINAWORAPONG, S.; MORGAN, P.A.; RUANGYUTTIKARN, C.; SONTIRAT, A.; CHIU, J.; MICHAEL, R.A.; NITAYAPHAN, S. & KHAMBOONRUANG, C., 1998. Motivation, recruitment, and screening of volunteers for a phase I/II HIV preventive vaccine trial in Thailand. Armed Forces Research Institute of Medical Sciences and Henry M. Jackson Foundation. Bangkok.

KOBLIN, B. A.; HEAGERTY, P.; SHEON, A.; BUCHBINDER, S.; CELUM, C.; DOUGLAS, J. M.; GROSS, M.; MARMOR, M.; MAYER, K.; METZGER, D. & SEAGE, G., 1998. *Readiness of High-Risk Populations in the HIV Network for Prevention Trials to Participate in HIV Vaccine Efficacy Trials in the United States*. New York: Lippincott-Raven Publishers.

- LAGO, R. F., 1999. *Bissexualidade Masculina: Dilemas de Construção de Identidade Sexual*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: UERJ/IMS.
- LAKOFF, G. e JOHNSON, M., 1980. *Metaphors We Live By*. Chicago: The University of Chicago Press.
- LANDIM, L., 1993. *Para Além do Mercado e do Estado? Filantropia e Cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisa/ ISER.
- LARVIE, S. P., 1998. *Managing Desire: Sexuality, Citizenship and AIDS in Contemporary Brazil*. Dissertação de doutorado, Chicago: Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Chicago.
- LONGO, P. H.; BATISTA, S.; SCHECHTER, M.; HARRISON, L., 1996. Motivação para participar de um estudo preparatório de vacinas no Rio de Janeiro, Brasil. In: XI Conferência Internacional de AIDS, *Anais*, Vancouver.
- LOYOLA, M. A., 1994. Percepção 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.
- MACINTYRE, A., 1981. *After Virtue. A Study in Moral Theory*. London: Duckworth.
- MACRAE, E., 1990. *A Construção da Igualdade: Identidades Sexual e Política no Brasil da Abertura*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- MANN, J., TARANTOLA, D. J. M. & NETTER, T. W., (org.) 1994. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ.
- MARTIN, E.; OAKS, L.; TAUSSIG, K. S. & STRATEN, A., 1997. AIDS, knowledge and discrimination in the inner city. An anthropological analysis of the experiences of injection drug users. In: *Cyborgs of Citadels – Anthropological Interventions in*

*Emerging Sciences and Technologies*, pp.49-66, Santa Fé: Downey, G. L. & Dumit, J., eds. School of American Research Press.

MAUSS, M., 1974. *Sociologia e Antropologia*. Volume II. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda. (E.P.U.) e Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP).

MENDÈS-LEITÉ, R., 1996. *Bisexualité: Le Dernier Tabou*. Paris: Calmann-Lévy.

MESSIAH, A. & MOURET-FOURME, E., 1993. Homosexualité, bisexualité: éléments de socio-biographie sexuelle. *Population*, ano 48, n.º 5. Paris: set/out.

MS (Ministério da Saúde), 1997. *AIDS: Boletim Epidemiológico*. N.º 6. Brasília: Programa Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1999. *AIDS: Boletim Epidemiológico*. Ano XII, N.º 03, junho a agosto. Brasília: Programa Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1998. *AIDS II: Desafios e Propostas, Documento Preliminar*. Janeiro. Brasília: Programa Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde.

PARKER, R., 1994. *A Construção da Solidariedade - AIDS, Sexualidade e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ.

\_\_\_\_\_ 1997. Aspectos antropológicos da epidemia no Brasil. In: *A Epidemia da AIDS no Brasil: Situação e Tendências*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde.

PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S., 1994. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ.

PARKER, R. & TERTO, V. J., 1998. *Entre Homens. Homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.

PERLONGHER, N., 1987a. *O Negócio do Michê: Prostituição Viril em São Paulo*. São Paulo: Brasiliense.

\_\_\_\_\_ 1987b. *O Que é a AIDS?* São Paulo: Brasiliense.

POLLAK, M. & SCHILTZ, M.-A., 1994. As pesquisas sobre bi- e homossexuais masculinos na Europa. In: *Aids e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas*. (M. A. Loyola, org.), pp.183-207, Rio de Janeiro: Relume Dumará/ UERJ.

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS/SP, 1999. *Avaliação da Aderência ao Tratamento por Antiretrovirais de Usuários dos Ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo, Brasil*. São Paulo: Programa Estadual de DST/AIDS/SP.

RICOEUR, P., 1984. *Time and Narrative*. Vol. 1. Chicago: Chicago University Press.

ROCHA, F. M. G., 1999. *Política de Controle ao HIV/AIDS no Brasil: O Lugar da Prevenção Nessa Trajetória*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

RODRIGUES, J.; FRIEDMAN, R.K.; FERNANDES, N.; MOREIRA, R.I.; SCHECHTER, M. & HARRISON, L., 1998. Associação entre a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em homens que fazem sexo com homens (HSH) e o tipo de parcerias e uso de preservativo. In: Congresso DST in Rio 2, *Anais*, p. 46. No. 2435, Niterói: Jornal Brasileiro de DST. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de DST.

RORTY, R., 1994. Solidariedade ou objetividade? In: *Contingência, Ironia e Solidariedade*. Lisboa: Editora Presença.

SANCHES, K. (org.), 1998. *Sistemas de Informação em HIV/AIDS - Manual de Vigilância Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Assessoria de DST/AIDS/SES/RJ.

SCHECHTER, M. e HARRISON, L., 1994. *Preparatory AIDS Vaccine Evaluation Study in Rio de Janeiro, Brazil*. Study Protocol for IRB. Rio de Janeiro: UFRJ.

SES-RJ (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO), 1998. *Boletim Epidemiológico*. Janeiro a abril. Rio de Janeiro: Assessoria de DST/AIDS, Secretaria de Estado de Saúde.

SILVA, C. L. C., 1993. *Triângulo Rosa: A Busca pela Cidadania dos "Homossexuais"*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/UFRJ.

\_\_\_\_\_ 1998. ONG/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: volume 14, suplemento 2:129-139.

SUSSER, M., 1973. *Causal Thinking in the Health Sciences*. Oxford: Oxford University Press.

TAYLOR, C., 1989. *Sources of the Self. The Making of Modern Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

TERTO, V., 1997. *Reinventando a Vida: Histórias sobre Homossexualidade e AIDS no Brasil*. Dissertação de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio Janeiro.

\_\_\_\_\_ 1999. Questões para um sexo mais seguro. *Boletim Pela VIDDA*. Rio de Janeiro: Ano X. N° 33. Maio/Agosto.

UNAIDS & WHO (United Nations Programme on HIV/AIDS & World Health Organization), 1996. *Fact sheet, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, Internet, 1st. July 1996.

<<http://www.unaids.org>>

UNAIDS & WHO (United Nations Programme on HIV/AIDS & World Health Organization), 1999. *Global HIV/AIDS and STD Surveillance*, Internet, 20 December 1999.

<<http://www.unaids.org>>

WEEKS, J., 1985. *Sexuality and Its Discontents*. London & New York: Routledge.

YOUNG, A., 1981. When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*. 5:317-335.

## ANEXO 1

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Departamento de Ciências Sociais  
Subárea: Saúde e Sociedade

### CONSENTIMENTO PARA SER VOLUNTÁRIO EM UM

### PROJETO DE PESQUISA PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TÍTULO: DÁDIVA E BATALHA: NARRATIVAS DE VOLUNTÁRIOS A UM  
ENSAIO DE VACINA ANTI-HIV**

**PESQUISADOR:**

Mestrando Nilo Martinez Fernandes  
Escola de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ  
Telefone: (021) 2739073

**Descrição do Projeto:**

O objetivos desta pesquisa são:

1. Identificar e investigar através das narrativas, as representações e os mitos que estão envolvidos nas respostas dos voluntários do Projeto Praça Onze, quando respondem que participariam de um estudo de vacinas por se sentir ajudando a comunidade;

2. Investigar as possíveis relações entre essas representações e mitos sobre adesão a ensaio de vacinas e a população-alvo de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) do Projeto Praça Onze;

3. Refletir sobre os dados do Projeto Praça Onze e divulgá-los;

4. Refletir sobre as possíveis contribuições dessas investigações ao trabalho de prevenção ao HIV/AIDS.

A metodologia utilizada para a pesquisa será a de construções de fontes orais, elaborada e testada pela historiadora Maria Helena Cardoso (1989), como diretriz na pesquisa de campo. O método prioriza a construção de fontes orais como forma privilegiada na coleta dos dados, transformando o falar em um recurso importante e revelador não só da subjetividade, mas também das representações e visões de mundo inseridas nas suas condições históricas, sócio-econômicas e culturais.

Iniciais do voluntário \_\_\_\_\_

À princípio, serão selecionados aleatoriamente cerca de cinco (05) participantes, que serão escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- ter respondido SIM à questão do questionário de atitudes do Projeto Praça Onze, sobre se aceitariam participar como voluntário de um teste de vacina anti-HIV/AIDS;
- ser voluntário desde o início do Projeto Praça Onze;
- ter cumprido todos os compromissos e visitas pré-estabelecidas pelo Projeto Praça Onze.

Você foi convidado porque cumpriu todos estes critérios e se aceitar participar terá que comparecer ao local da pesquisa, situado no Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA/UFRJ), para três (03) entrevistas de cerca de uma ( 01) hora cada, que serão gravadas e posteriormente transcritas e utilizadas na pesquisa. Nas entrevistas os participantes irão relatar fatos de sua história pessoal, como hábitos, costumes, estrutura familiar, religião, comportamento sexual, concepções políticas e ideológicas, conhecimentos sobre a epidemia do HIV/AIDS, além de sua trajetória até se decidir participar do Projeto Praça Onze e das motivações em participar de testes de vacina anti-HIV. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir de modo relevante no entendimento das motivações da adesão de voluntários à ensaios de vacina.

**Confidencialidade:**

Você não é obrigado a responder à qualquer pergunta, tendo o direito de se recusar a participar ou se retirar em qualquer fase da pesquisa. Todas as informações deste estudo vão ser mantidas em segredo sob a responsabilidade do pesquisador e somente ele vai ter acesso a essas informações. Os dados só serão utilizados de forma anônima na dissertação de mestrado, ou em futuras publicações científicas, tendo o pesquisador o cuidado de jamais expor o participante à quaisquer danos.

**Reembolso:**

Ao participar deste estudo você receberá vale-transporte e, se quiser, um atestado médico para justificar as horas de trabalho gastas nas entrevistas do estudo. No atestado será mencionado apenas uma consulta médica, como motivo de sua visita ao hospital.

**Neste momento, você tem alguma dúvida sobre tudo que nós conversamos?**

Iniciais do voluntário \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
DÁDIVA E BATALHA: NARRATIVAS DE VOLUNTÁRIOS  
A UM ENSAIO DE VACINA ANTI-HIV**

**Considerando que estou suficientemente esclarecido, dou meu consentimento para participar como voluntário da pesquisa de dissertação de mestrado - “Dádiva e Batalha: Narrativas de Voluntários a um Ensaio de Vacina Anti-HIV”. Entendo que posso desistir de participar deste estudo sem que isto tenha qualquer consequência para mim.**

Nome legível do participante:

\_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 1999.

---

Assinatura do participante

Nome da testemunha \_\_\_\_\_



---

Assinatura da testemunha

**Garantia do Pesquisador:**

Eu declaro que a natureza e os objetivos do estudo foram explicados ao indivíduo acima nomeado e que todas as suas dúvidas foram esclarecidas.

Nome do pesquisador \_\_\_\_\_

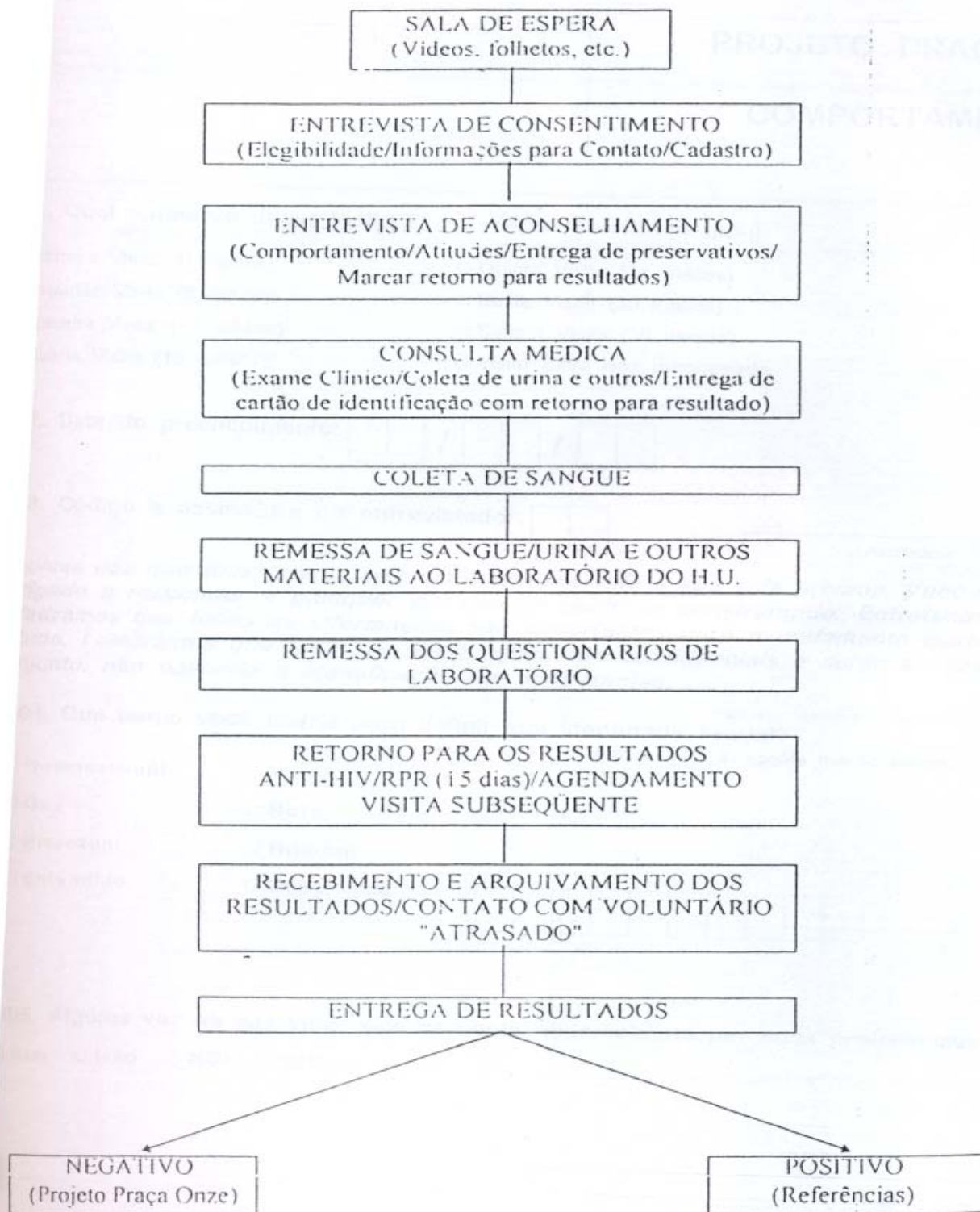
---

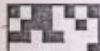
Assinatura do Pesquisador/data

**ANEXO 3**

## ANEXO 2

### PROJETO PRAÇA ONZE FLUXOGRAMA





29400

# ANEXO 3

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

001. Qual o número dessa visita ? (Marcar somente uma opção)

- Primeira Visita (0 meses)
- Segunda Visita (6 meses)
- Terceira Visita (12 meses)
- Quarta Visita (18 meses)
- Quinta Visita (24 meses)
- Sexta Visita (30 meses)
- Setima Visita (36 meses)
- Visita Extra nao programada

002. Data do preenchimento:   /   /

003. Código e assinatura do entrevistador:

Assinatura

*Algumas das questões que se seguem dizem respeito à sua vida privada. Você não é obrigado a responder a qualquer questão se sentir-se constrangido. Entretanto, enfatizamos que todas as informações são importantes para o andamento deste estudo. Lembramos que todas as informações são confidenciais e serão analisadas em conjunto, não havendo a identificação dos informantes.*

004. Que termo você usaria para definir sua identidade sexual?

(Marcar todas as opções que se aplicam)

- Homossexual
- Gay
- Bissexual
- Entendido
- Viado
- Bofe
- Homem
- Outro, qual ?

005. Alguma vez na sua vida você se sentiu discriminado por suas preferências sexuais?

- Sim
- Não
- NQI
- IGN



29400

PROJETO PRAÇA XI  
COMPORTAMENTO

C006. Suas preferências sexuais são conhecidas por: (Marcar todas as opções que se aplicam)

- Familiares
- Vizinhos
- Amigos
- Colegas de trabalho e/ou estudo
- Serviços de saúde
- Nenhum destes

C007. Você já transou com mulheres?

- Sim
- Não, nunca transou com mulheres

Se não, pular para C009.

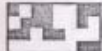
C008. Com que idade você transou pela primeira vez com mulheres?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

C009. Você já transou com homens?

- Sim
- Não, nunca transou com homens

Se não, termine a entrevista. O participante não é elegível para o estudo



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

- C010. Com que idade você transou pela primeira vez com homens?
- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 0 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Uso de drogas nos últimos seis meses:

- C011. Maconha  Sim  Não  NQI  IGN
- C012. Pó (cocaína)  Sim  Não  NQI  IGN
- C013. Droga injetável  Sim  Não  NQI  IGN
- C014. Ácido (LSD)  Sim  Não  NQI  IGN
- C015. Crack  Sim  Não  NQI  IGN
- C016. Comprimidos de dormir  Sim  Não  NQI  IGN
- C017. Outros  Sim  Não  NQI  IGN

C018. Se C017=Outros, especificar

As perguntas que eu vou fazer agora se referem ao seu comportamento sexual nos últimos 6 meses, isto é, ao que você fez.

- C019. Você fez sexo?  Sim  Não  NQI

Se não, NQI, pular para a pergunta C088.





29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C020. Você teve relações sexuais na primeira vez que encontrou alguém?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C021. Pagou para ter relações sexuais com alguém?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C022. Recebeu dinheiro para ter relações sexuais com alguém?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C023. Teve relações sexuais em troca de favores, tais como casa, comida ou roupas?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C024. Teve relações sexuais após usar álcool?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C025. Foi forçado, contra a sua vontade a ter contato sexual com alguém?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C026. Teve relações sexuais em troca de drogas?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C027. Teve relações sexuais após o uso de drogas?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

Se não, NQI, pular para C031.

C028. Teve relações sexuais após o uso da maconha?

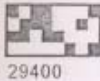
Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C029. Teve relações sexuais após o uso de pó?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI

C030. Teve relações sexuais após o uso de outras drogas?

Não  Poucas vezes  Algumas vezes  Muitas vezes / sempre  NQI



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

As perguntas que eu vou fazer agora se referem ao seu comportamento sexual nos últimos seis meses, isto é, ao que você fez. A gente define parceiros fixos como aquelas pessoas com quem você transa e tem um caso, namoro, encontros frequentes, casamento ou qualquer tipo de envolvimento com compromisso. A gente define parceiros casuais como aqueles com quem você transou sem combinar outros encontros ou sem estabelecer qualquer compromisso de continuidade na relação.

### PARCEIROS FIXOS MASCULINOS (nos últimos seis meses).

C031. Nos últimos 6 meses, transou com parceiros fixos do sexo masculino?

Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, ou IGN, pular para C044.

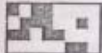
C032. Quantos parceiros fixos masculinos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

Se teve mais de um parceiro, pular para C034.

C033. Há quanto tempo está com esse parceiro?    meses

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

Considerando sua experiência sexual nos últimos seis meses você com seu (s) parceiro(s) fixo (s) do sexo masculino:

C034. Fez sexo oral (chupou)?

- Sim  Não  NQI

Se não, NQI, pular para C037

C035. Fez sexo oral (chupou), com contato com sêmen? (Marcar somente uma opção)

- Não, porque gozou fora  
 Não, outro motivo  
 Sim, porque não usou a camisinha  
 Sim, porque a camisinha arrebentou  
 Sim, porque a camisinha escorregou  
 Sim, porque escorreu sêmen de dentro da camisinha  
 NQI

C036. Fez sexo oral (chupou), sem contato com sêmen? (Marcar somente uma opção)

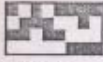
- Não  
 Sim, porque gozou fora  
 Sim, sempre com camisinha  
 Sim, quase sempre com camisinha  
 Sim, frequentemente com camisinha  
 Sim, algumas vezes com camisinha  
 Sim, poucas vezes com camisinha  
 Sim, raramente com camisinha  
 Sim, nunca com camisinha  
 NQI

C037. Fez sexo anal?

- Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, IGN, pular para a questão C042.





29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C038. Fez sexo anal sendo o penetrador? (Marcar somente uma opção)

- Não fez sexo anal sendo o penetrador
- Sim, sempre com camisinha
- Sim, quase sempre com camisinha
- Sim, frequentemente com camisinha
- Sim, algumas vezes com camisinha
- Sim, poucas vezes com camisinha
- Sim, raramente com camisinha
- Sim, nunca com camisinha
- NQI

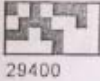
C039. Fez sexo anal sendo penetrado? (Marcar somente uma opção)

- Sim
- Não
- NQI
- IGN

**Se não, NQI, ou IGN, pular para C042.**

C040. Fez sexo anal sendo penetrado com contato com sêmen? (Marcar somente uma opção)

- Não
- Não, porque gozou fora
- Sim, porque não usou a camisinha
- Sim, porque a camisinha arrebentou
- Sim, porque a camisinha escorregou
- Sim, porque escorreu semen de dentro da camisinha
- NQI



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C041. Fez sexo anal sendo penetrado sem contato com sêmen?

- Não
- Sim, porque gozou fora
- Sim, sempre com camisinha
- Sim, quase sempre com camisinha
- Sim, frequentemente com camisinha
- Sim, algumas vezes com camisinha
- Sim, poucas vezes com camisinha
- Sim, raramente com camisinha
- Sim, nunca com camisinha
- NQI

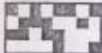
C042. Algum de seu (s) parceiro (s) fixo (s) já teve resultado de exame para HIV positivo?

- Sim
- Não
- NQI
- IGN

Se não, NQI, ou IGN, pular para C044.

C043. Quantos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

### PARCEIROS CASUAIS MASCULINOS (nos últimos 6 meses)

44. Transou com parceiros casuais do sexo masculino nos últimos seis meses?

Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, IGN, pular para C055.

45. Quantos?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

Considerando sua experiência sexual nos últimos seis meses você com seus parceiros masculinos casuais:

46. Fez sexo oral (chupou)?

Sim  Não  NQI

Se não, NQI, pular para C049

47. Fez sexo oral (chupou), com contato com sêmen?

(Marcar somente uma opção)

Não, porque gozou fora

Não, outro motivo

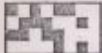
Sim, porque não usou a camisinha

Sim, porque a camisinha arrebentou

Sim, porque a camisinha escorregou

Sim, porque escorreu semen de dentro da camisinha

NQI



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C048. Fez sexo oral (chupou), sem contato com sêmen?

(Marcar uma só escolha)

- Não
- Sim, porque gozou fora
- Sim, sempre com camisinha
- Sim, quase sempre com camisinha
- Sim, frequentemente com camisinha
- Sim, algumas vezes com camisinha
- Sim, poucas vezes com camisinha
- Sim, raramente com camisinha
- Sim, nunca com camisinha
- NQI

C049. Fez sexo anal sendo o penetrador?

(Marcar uma só escolha)

- Não
- Sim, sempre com camisinha
- Sim, quase sempre com camisinha
- Sim, frequentemente com camisinha
- Sim, algumas vezes com camisinha
- Sim, poucas vezes com camisinha
- Sim, raramente com camisinha
- Sim, nunca com camisinha
- NQI

C050. Fez sexo anal sendo penetrado?

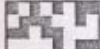
- Sim
- Não
- NQI

**Se não ou NQI, pular para C053.**

C051. Fez sexo anal sendo penetrado com contato com sêmen?

- Não, porque gozou fora
- Não, outro motivo
- Sim, porque não usou a camisinha
- Sim, porque a camisinha arrebentou
- Sim, porque a camisinha escorregou
- Sim, porque escorreu semen de dentro da camisinha
- NQI





29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C052. Fez sexo anal sendo penetrado sem contato com sêmen?

(Marcar somente uma opção)

- Não
- Sim, porque gozou fora
- Sim, sempre com camisinha
- Sim, quase sempre com camisinha
- Sim, frequentemente com camisinha
- Sim, algumas vezes com camisinha
- Sim, poucas vezes com camisinha
- Sim, raramente com camisinha
- Sim, nunca com camisinha
- NQI

C053. Algum de seu(s) parceiro(s) casual(ais) teve resultado de exame para HIV, positivo?

- Sim
- Não
- NQI
- IGN

Se não, NQI ou IGN, pular para C055.

C054. Quantos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

PARCEIRAS FIXAS FEMININAS (nos últimos seis meses).

C055. Transou com parceiras fixas do sexo feminino?

- Sim
- Não
- NQI
- IGN

Se não, NQI ou IGN, pular para C062.



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

0056. Quantas?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

Definindo sexo oral com proteção como uso de barreiras tais como: camisinha adaptada, magiplac, etc, e considerando sua experiência sexual nos últimos seis meses, você com suas parceiras femininas fixas:

0057. Fez sexo oral (chupou): (Marcar somente uma opção)

- Não
- Sim, sempre com proteção
- Sim, quase sempre com proteção
- Sim, frequentemente com proteção
- Sim, algumas vezes com proteção
- Sim, poucas vezes com proteção
- Sim, raramente com proteção
- Sim, nunca com proteção
- NQI

0058. Fez sexo anal: (Marcar somente uma opção)

- Não
- Sim, sempre com proteção
- Sim, quase sempre com proteção
- Sim, frequentemente com proteção
- Sim, algumas vezes com proteção
- Sim, poucas vezes com proteção
- Sim, raramente com proteção
- Sim, nunca com proteção
- NQI



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C059. Fez sexo vaginal: (Marcar somente uma opção)

- Não
- Sim, sempre com proteção
- Sim, quase sempre com proteção
- Sim, frequentemente com proteção
- Sim, algumas vezes com proteção
- Sim, poucas vezes com proteção
- Sim, raramente com proteção
- Sim, nunca com proteção
- NQI

C060. Alguma de sua(s) parceira(s) fixa(s) teve resultado de exame para HIV, positivo?

- Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, ou IGN, pular para C062.

C061. Quantas?

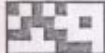
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

PARCEIRAS CASUAIS FEMININAS (nos últimos 6 meses).

C062. Transou com parceiras casuais do sexo feminino?

- Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, ou IGN, pular para C069.



29400

PROJETO PRAÇA XI  
PROJETO PRAÇA XI  
COMPORTAMENTO

C063. Quantas?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

Definindo sexo oral com proteção como uso de barreiras tais como: camisinha adaptada, maquiaplac, etc, e considerando sua experiência sexual nos últimos seis meses, você com suas parceiras femininas casuais:

C064. Fez sexo oral (chupou): (Marcar somente uma opção)

- Não
- Sim, poucas vezes com proteção
- Sim, sempre com proteção
- Sim, raramente com proteção
- Sim, quase sempre com proteção
- Sim, nunca com proteção
- Sim, frequentemente com proteção
- NQI
- Sim, algumas vezes com proteção

C065. Fez sexo anal: (Marcar somente uma opção)

- Não
- Sim, poucas vezes com proteção
- Sim, sempre com proteção
- Sim, raramente com proteção
- Sim, quase sempre com proteção
- Sim, nunca com proteção
- Sim, frequentemente com proteção
- NQI
- Sim, algumas vezes com proteção





29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C066. Fez sexo vaginal: (Marcar somente uma opção)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Não                              | <input type="radio"/> Sim, poucas vezes com proteção |
| <input type="radio"/> Sim, sempre com proteção         | <input type="radio"/> Sim, raramente com proteção    |
| <input type="radio"/> Sim, quase sempre com proteção   | <input type="radio"/> Sim, nunca com proteção        |
| <input type="radio"/> Sim, frequentemente com proteção | <input type="radio"/> NQI                            |
| <input type="radio"/> Sim, algumas vezes com proteção  |  |

C067. Alguma de suas parceiras ocasionais teve resultado de exame para HIV positivo?

- Sim  Não  NQI  IGN

**Se não, NQI, ou IGN, pular para C069.**

C068. Quantas?

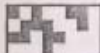
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

C069. Alguma de suas parceiras engravidou nos últimos seis meses?

- Sim  Não  NQI  IGN

**Só responda se C055 e C062 = Sim.**

**Se não, NQI, ou IGN, pular para C071.**



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C070. Quantas?

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 0 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Agora a gente vai falar sobre todos os seus parceiros em geral, independente do sexo.

C071. Nos últimos 6 meses, você se lembra de ter visto ou percebido a presença de sangue em qualquer uma de suas relações sexuais?

- Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, ou IGN, pular para C073.

C072. Quantas vezes? (Marcar somente uma opção)

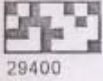
- |                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre         | <input type="radio"/> Quase sempre  |
| <input type="radio"/> Frequentemente | <input type="radio"/> Algumas vezes |
| <input type="radio"/> Poucas vezes   | <input type="radio"/> Raramente     |
| <input type="radio"/> Nunca          | <input type="radio"/> NQI           |

C073. Neste mesmo período você se lembra de ter visto, percebido ou tomado conhecimento de que qualquer um de seus parceiros ou parceiras tenha tido alguma doença sexualmente transmissível?

- Sim  Não  NQI  IGN

Se não, NQI, ou IGN, pular para C081.

C074. Esses parceiros com DST eram?  Homens  Mulheres  Ambos



# PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

Se só mulheres, pular para C078. Se só homens, fazer C075, 76 e 77 e pular para C081.

C075. Se homens, que tipo de DST? (Marcar todas as opções que se aplicam)

- Ferida (sífilis, herpes, cancro mole)  Corrimento (gonorréia, clamidia)  Outro tipo

C076. Se C075=Outro tipo: Especificar

C077. Com quantos parceiros?   (Marcar não lembra = 99)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

C078. Se mulheres, que tipo de DST? (Marcar todas as opções que se aplicam)

- Ferida (sífilis, herpes, cancro mole)  Corrimento (gonorréia, clamidia)  Outro tipo

C079. Se C078=Outro tipo: Especificar



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C080. Com quantos parceiras?   (Marcar não lembra = 99)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

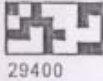
C081. Nos últimos 6 meses, com qual frequência você precisou insistir para que o(s) seu (s) parceiro (s) fixos usassem o preservativo (Marcar somente uma opção)

- Sempre
- Quase sempre
- Frequentemente
- Poucas vezes
- Não teve parceiro fixo
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Nunca, porque não uso camisinha
- Nunca, por outro motivo
- NQI

C082. Nos últimos 6 meses, com qual frequência você precisou insistir para que o(s) seu (s) parceiro (s) casuais usassem o preservativo (Marcar somente uma opção)

- Sempre
- Quase sempre
- Frequentemente
- Poucas vezes
- Não teve parceiro casual
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca
- Nunca, porque não uso camisinha
- Nunca, por outro motivo
- NQI





29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

C083. Nos últimos seis meses, fez sexo anal fazendo uso de lubrificantes?

- Não                       Sim, frequentemente    Sim, raramente                      (Marcar somente uma opção)  
 Sim, sempre                       Sim, algumas vezes    NQI  
 Sim, quase sempre                       Sim, poucas vezes

C084. Nos últimos seis meses, você usou camisinha?

- Sim    Não    NQI

Se não ou NQI, pular para C090

C085. Nos últimos seis meses, alguma vez uma camisinha rompeu: (Marcar somente uma opção)

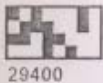
- Sempre     Poucas vezes  
 Quase sempre     Raramente  
 Frequentemente     Nunca  
 Algumas vezes     NQI

C086. Nos últimos seis meses, alguma vez uma camisinha escorregou:

- Sempre     Poucas vezes    (Marcar somente uma opção)  
 Quase sempre     Raramente  
 Frequentemente     Nunca  
 Algumas vezes     NQI

C087. Quantas camisinhas você usa no mês?

- 1     
 2     
 3     
 4     
 5     
 6     
 7     
 8     
 9     
 0



29400

## PROJETO PRAÇA XI COMPORTAMENTO

**C088. Na última vez que você usou a camisinha, qual foi a razão mais importante para usá-la?**  
(Marcar todas as opções que se aplicam)

- O parceiro era desconhecido
- É a melhor forma de evitar a gravidez
- O parceiro solicitou
- Outros
- É a melhor forma de proteção contra DST/HIV

**C089. Se C088=Outro tipo: Especificar**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C090. Na última vez que você não usou a camisinha, qual foi a razão mais importante para não usá-la?**  
(Marcar todas as opções que se aplicam)

- Tira o prazer da relação
- Machuca
- Impede a ereção
- Não estava disponível
- Tive relação com parceiro conhecido
- Mostra desconfiança
- Não fez sexo com penetração
- Gozou fora
- Outros

**C091. Se C090=Outros: Especificar a razão para não usar a camisinha**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C092. Você tem dificuldade para obter camisinhas?**

- Sim
- Não
- NQI

**C093. Se C092=SIM: Especificar**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**MUITO OBRIGADO**



D01

# PROJETO PRAÇA XI ATITUDES

02. Data da entrevista  /  /

03. Código e assinatura do entrevistador:

Assinatura

*Embora várias vacinas estejam sendo desenvolvidas contra Aids, ainda não há vacinas eficazes disponíveis. É importante, no entanto, que as informações sobre as possíveis vacinas estejam bem claras para todos.*

*Agora, eu vou falar um pouco sobre como acontecem os estudos para o desenvolvimento de vacinas:*

*Nos próximos anos, uma ou mais vacinas podem estar prontas para serem testadas quanto à sua capacidade de evitar que as pessoas se infectem com o HIV. Para que isso ocorra, é necessário que, antes de tudo, estas vacinas tenham sido testadas em centenas de pessoas para não causar efeitos colaterais importantes.*

*Em um tipo de estudo que avalia os efeitos das vacinas os participantes são divididos aleatoriamente (como num sorteio) em dois grupos. Um grupo recebe a vacina que está sendo testada, o outro grupo recebe uma substância com a mesma aparência que a vacina mas que não tem nenhum efeito (nem bom, nem ruim) e que é chamada de placebo. Nem os médicos nem os participantes do estudo saberão quem está recebendo a vacina e quem está recebendo o placebo até o final do estudo. É importante que você saiba que se em algum momento ficar comprovado que a vacina tem efeito, todos os participantes que quiserem poderão receber a vacina.*

04. Se houvesse no Brasil um teste de vacinas contra o HIV, você aceitaria participar como voluntário?

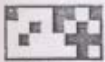
Sim  Não  IGN  NQI

Se não, NQI, IGN, pular para D17

*As frases abaixo se referem às suas motivações para participar de estudos de vacina. Responda qual a importância de cada uma delas na sua decisão (com um dos seguintes):*

- Muito importante*
- relativamente importante*
- pouco importante*
- sem nenhuma importância*
- NQI*





10823

## PROJETO PRAÇA XI ATITUDES

D05. Por se sentir ajudando a parar a epidemia

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> muito importante         | <input type="radio"/> sem nenhuma importância |
| <input type="radio"/> relativamente importante | <input type="radio"/> NQI                     |
| <input type="radio"/> pouco importante         |   |

D06. Por receber gratuitamente aconselhamento e testagem para o HIV

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> muito importante         | <input type="radio"/> sem nenhuma importância |
| <input type="radio"/> relativamente importante | <input type="radio"/> NQI                     |
| <input type="radio"/> pouco importante         |   |

D07. Por achar que pode conseguir alguma proteção contra o HIV

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> muito importante         | <input type="radio"/> sem nenhuma importância |
| <input type="radio"/> relativamente importante | <input type="radio"/> NQI                     |
| <input type="radio"/> pouco importante         |   |

D08. Por receber passagem e alimentação cada vez que você vai ao local de estudo

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> muito importante         | <input type="radio"/> sem nenhuma importância |
| <input type="radio"/> relativamente importante | <input type="radio"/> NQI                     |
| <input type="radio"/> pouco importante         |   |

D09. Por sentir que estaria ajudando a sua comunidade

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> muito importante         | <input type="radio"/> sem nenhuma importância |
| <input type="radio"/> relativamente importante | <input type="radio"/> NQI                     |
| <input type="radio"/> pouco importante         |   |









10823

## PROJETO PRAÇA XI ATITUDES

D21. Não confio na indústria farmacêutica

- muito importante                       sem nenhuma importância  
 relativamente importante             NQI  
 pouco importante

D22. Não confio nos Estados Unidos

- muito importante                       sem nenhuma importância  
 relativamente importante             NQI  
 pouco importante

D23. Tenho medo de me infectar com a vacina

- muito importante                       sem nenhuma importância  
 relativamente importante             NQI  
 pouco importante

D24. A vacina pode fazer meu teste de AIDS ficar positivo.

- muito importante                       sem nenhuma importância  
 relativamente importante             NQI  
 pouco importante

D25. Tem outra razão que eu não mencionei?

- Sim    Não    NQI    IGN

**Se não, NQI ou IGN, pular para D27.**



10823

## PROJETO PRAÇA XI ATITUDES

D26. Qual a razão:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### CONHECIMENTO DE AIDS:

Responda cada uma das afirmações abaixo como:

Falsa (F), Verdadeira (V), Não sei, Ignora (NS/IGN)

D27. Muito brevemente se obterá uma vacina contra o HIV que proteja eficientemente contra a infecção

F  V  NS

D28. Vacinas podem ser divididas em vacinas que previnem a infecção (preventivas) e vacinas que evitam a progressão da doença (terapêuticas)

F  V  NS

D29. Pessoas participantes de estudos de avaliação de vacinas não precisam praticar sexo seguro, porque são automaticamente protegidas contra a infecção

F  V  NS

D30. Eu sou bem informado à respeito de Aids

F  V  NS

D31. O vírus da Aids se transmite através dos fluidos corporais tais como sangue

F  V  NS

D32. O vírus da Aids se transmite através dos fluidos corporais tais como esperma

F  V  NS

D33. Pessoas que transam com um número maior de parceiros tem uma chance maior de pegar Aids.

F  V  NS





10823

## PROJETO PRAÇA XI ATITUDES

D34. Pode-se pegar Aids / HIV tocando as mãos de uma pessoa infectada.

F  V  NS

D35. Pode-se pegar Aids doando sangue

F  V  NS

D36. Pode-se pegar Aids usando agulha/seringa "em comum" para injetar drogas

F  V  NS

D37. Pode-se pegar Aids através de transfusão de sangue

F  V  NS

D38. Pode-se pegar Aids através de beijo na boca

F  V  NS

D39. Só homossexuais masculinos podem pegar Aids

F  V  NS

D40. Pode-se parecer saudável e estar infectado com o vírus da Aids

F  V  NS

D41. O vírus da Aids pode ser transmitido por uma mulher grávida para o seu bebê

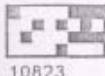
F  V  NS

D42. O vírus da Aids pode ser transmitido da mulher para o homem

F  V  NS

D43. No seu entender, quais as suas chances de pegar Aids?

Muito provável  Provável  Pouco provável  Improvável  Impossível  NS



10823

## PROJETO PRAÇA XI ATITUDES

D43a. A última vez que você fez sexo foi há:   meses

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

D44. Você mudou seu comportamento sexual por causa da epidemia de HIV / AIDS?

- Sim  Não  IGN

**Se Não ou IGN , pular para D47.**

D45. Quais foram as mudanças no seu comportamento sexual por causa de epidemia de HIV / AIDS? ( Marcar todas as opções que se aplicam)

- deixei de transar
- escolho os meus parceiros
- diminuí o número de parceiros
- passei a usar preservativos em todas as minhas relações sexuais
- passei a usar preservativos em algumas relações sexuais
- Passei a fazer sexo sem penetração
- Passei a gozar fora
- Passei a só deixar gozar fora
- outras

D46. Se 45=outras, descreva as outras mudanças

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D47. Você transa com homens e é penetrado (sexo anal)?

- Sim  Não  NQI

**Se não ou NQI, pular para D49.**

