



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
JOSÉ HERMÓGENES MOURA DA COSTA

**“A AIDS ta no babado”: Concepções de risco e prevenção frente a
epidemia do HIV/AIDS entre *homossexuais* da zona urbana de
Senhor do Bonfim.**

Agosto de 2007

JOSÉ HERMÓGENES MOURA DA COSTA

**“A AIDS ta no babado”: concepções de risco e prevenção frente a
epidemia do HIV/AIDS entre *homossexuais* da zona urbana de
Senhor do Bonfim.**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências Sociais
da Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal da
Bahia como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Ciências Sociais, com área de
concentração em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Borges Alves

Agosto de 2007

Dedicatória

Dedico esse trabalho a senhora Zilda do Nascimento Costa, minha mãe, ex-lavadeira, exemplo de luta e superação para todas as mulheres negras e pobres desse país. Aos esforços e sacrifícios incomensuráveis na realização daquele que foi o seu grande objetivo de vida, a educação de seus filhos.

RESUMO

Considerando o quadro de retomada ou estabilização do risco de infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com outros homens, e o concomitante processo de interiorização da epidemia da AIDS, o estudo pretendeu a problematização dos modos como os homossexuais de Senhor do Bonfim se orientam nas situações de interação sexual frente a epidemia. As noções êmicas de *risco e prevenção* são categorias chave. Os contextos e configurações das interações sexuais proporcionam a constituição de modalidades de prevenção muito próprias, atestando o quanto questões que envolvem o risco e a prevenção são concebidas sócio-culturalmente uma vez que são negociadas nas diversas situações em que os sujeitos se engajam em relações sexuais. A prevenção é tomada enquanto uma construção cultural, portanto, não podendo ser estudada senão sob a visão do conjunto das representações da doença, do corpo, da infelicidade e do mundo no qual os indivíduos estão inseridos. Assim, a vivência do risco e mesmo a sua percepção não se restringem ao universo individual, ao contrário, o *comportamento de risco* é percebido e negociado na rede de relações sociais. Em última instância, ele é fruto das interações sociais.

Palavras-chave: Homossexualidade; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS); risco e prevenção

ABSTRACT

Considering the retaking picture or stabilization of the infection risk for HIV among men that make sex with other men, and the concomitant process of interiority of the epidemic of AIDS, the study intended the questioner of the manners as the homosexuals of Mister of Bonfim they are guided in the situations of interaction sexual front the epidemic. The notions risk and prevention are categories key. The contexts and configurations of the sexual interactions provide the constitution of very own prevention modalities, attesting him/it as subjects that involve the risk and the prevention are become pregnant partner-culturally once they are negotiated in the several situations in that the subjects are engaged in sexual relationships. The prevention is taken while a cultural construction, therefore, not could be studied except under the vision of the group of the representations of the disease, of the body, of the unhappiness and of the world in which the individuals are inserted. Like this, the existence of the risk and same his/her perception doesn't limit to the individual universe, to the opposite, the risk behavior is noticed and negotiated in the net of social relationships. Ultimately, he is fruit of the social interactions.

Key words: Homosexuality; HIV; Syndrome of Acquired Imunodeficiência (AIDS); risk; prevention.

SUMÁRIO

Apresentação. Pg. 8

Capítulo 1 - O fenômeno da *homossexualidade*. Pg. 15

1.1. Construção histórica da categorial *homossexual*. Pg. 17

Capítulo 2 - A epidemia do HIV/AIDS e o *homoerotismo*. Pg. 29

2.1. Homossexualidade e Saúde: Realismo Social e Significado Subjetivo. Pg.34

2.2. A orientação em contextos de interação sexual em tempos de AIDS. Pg. 47

Capítulo 3 – Comportamentos, atitudes e práticas frente a AIDS. Pg. 50

3.1. Recorte empírico. Pg. 50

3.2. Opção metodológica. Pg. 51

3.3. Perfil da Amostra. Pg. 52

3.4. Comportamento sexual. Pg. 58

3.5. Atitudes e práticas frente à epidemia do HIV/AIDS. Pg.61

Capítulo 4 – A AIDS, seu *risco* e sua *prevenção*. Pg. 70

4.1. Caracterização dos entrevistados Pg. 71

4.2. Imagens e percepções acerca da epidemia. Pg. 73

4.3. Conhecimento do risco e práticas preventivas. Pg. 85

4.4 Risco e prevenção numa perspectiva sócio-antropológica. Pg. 88

4.5. Percepções de risco. Pg. 90

4.6. O imperativo da prevenção e a mobilização de *proteções imaginárias*. Pg.97

4.7. Imagens acerca do uso da camisinha. Pg. 103

Conclusões. Pg. 106

Referências Bibliográficas. Pg. 109

Anexos. Pg. 116.

Apresentação

A questão que move o estudo apresentado nesta dissertação começa a se constituir ainda em nosso percurso de formação na graduação em Ciências Sociais. Nesse contexto nos aproximamos das problemáticas referentes à necessidade de uma abordagem multidisciplinar da doença, com ênfase ao caráter sócio-cultural de toda experiência de adoecer e curar-se, permitindo a constituição de abordagens sócio-antropológicas da saúde/doença.

O fenômeno saúde/doença vem se constituindo como um campo fértil de pesquisas para as Ciências Sociais. Isso se deve a crescente percepção, por dentro ou em torno da Biomedicina, da necessidade de reconhecimento do caráter socio-cultural ou simbolicamente integrado dos eventos de saúde/doença. Reconhecimento dos limites às expectativas de cura ou alívio a serem trazidos pela “medicina cartesiana”, cientificamente instruída, às aflições ou perturbações sofridas pela gente humana. Apesar dos inegáveis progressos alcançados no controle de numerosas doenças, e da produção de condições sanitárias coniventes com novos padrões de sobrevivência, higidez e longevidade, prevalece a incômoda sensação de impotência ante a renovada ameaça letal de tantas outras doenças, a exemplo da pandemia mundial de HIV/AIDS.

Na construção do objeto que impulsiona o presente estudo, a *‘problemática sentida’* começa a ser constituída em *‘problemática racional’*¹ a partir da participação no projeto Convida², desenvolvido pelo programa DST/AIDS do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Esse foi momento crucial na

¹ Ver, LAVILLE, Christian. *A construção do Saber: Manual de Metodologia da pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte. Ed. UFMG, 1999.

² Pesquisa realizada pelo ISC/UFBA, em parceria com uma agência francesa de pesquisa em Aids (ANRS), o Projeto Convida buscava produzir conhecimento sobre aspectos da sexualidade, modos de vida, práticas de risco e prevenção de HIV entre a população de homens que referem sexo com outros homens, leitora de revistas gays, usuária de sites gays da internet e frequentadora de espaços GLS, em Salvador-Ba, formando uma base de comparação com estudos similares na França e Holanda. Além do trabalho de campo – realizado na “noite gay” de Salvador, e em diversos “ambientes de sociabilidade gay” como saunas, locadoras de vídeo, barracas de praia, entre outros - estivemos envolvidos em intensas discussões sobre a bibliografia diretamente relacionada ao objeto e aos sujeitos da pesquisa, bem como sobre métodos de pesquisa em antropologia da saúde.

fundamentação do problema que motiva o presente estudo, constituindo-se em lócus de uma melhor compreensão das reformulações nas práticas e interações sexuais, especialmente entre “homossexuais”, ante o desenvolvimento da pandemia de HIV/AIDS. Contexto no qual emergem questões que se tornam pertinentes às Ciências Sociais, sobretudo se considerarmos as repercussões ou efeitos sociais da AIDS.

“Hoje, frente ao HIV, nenhuma categoria acadêmica, está melhor equipada do que nós, antropólogos, para pesquisar empiricamente e interpretar teoricamente, a diversidade e complexidade de nossa cultura sexual. Cabe-nos missão privilegiada neste mundo globalizado por uma pandemia; mantendo assim aquela mesma coerência advogada pelo jovem Durkheim, ao declarar: “a sociologia não valeria sequer uma hora de dedicação se ela não pudesse ser útil à humanidade.”³

As estratégias de prevenção da AIDS tocam em aspectos íntimos da vida individual: as esferas do prazer e das escolhas, no âmbito da sexualidade. Seu ‘controle’ remete ao comportamento individual. Entretanto, a doença surge em um contexto cultural no qual, idéias como ‘intimidade’ e ‘subjetivismo’ na “escolha” dos modos de vida dominam o imaginário social. Vivemos um momento histórico em que esses aspectos tornam-se ‘fundamentais’ como parte da experiência individual ‘auto-expressiva’, e, de certo modo, apresentando-se autonomizados ante a ‘ordem pública’, num plano imaginário, impondo limites à normalização da medicina nesta esfera.

Ações de prevenção apoiadas na culpabilização e discriminação de indivíduos e grupos, no caso da AIDS, ‘concorrem’ com outros discursos, antinormatizadores e adversos às formas tradicionais de medicalização social. São discursos vinculados e

³ MOTT, Luiz. Teoria Antropológica e sexualidade humana. Conferência concurso para professor titular do departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. UFBA.

difundidos por grupos gays, e por entidades da sociedade civil que, de forma pioneira, buscaram construir respostas ao avanço da epidemia.

Os efeitos sociais da epidemia da AIDS abalam a hegemonia do discurso naturalista vinculado a Medicina no que se refere à produção de significados sobre o corpo, a saúde e a doença. Questões referentes à prevenção recolocam o tema da intervenção da medicina no âmbito social, exatamente no campo da normatização dos comportamentos sexuais⁴. Especialmente se considerarmos que as ações de prevenção pretendem, na sua maioria, orientar indivíduos no sentido da alteração de hábitos e preferências que, de certo modo, são preexistentes ao surgimento dessa doença. Hábitos e preferência que repercutem na esfera do ‘prazer’, dos ‘afetos’, das ‘representações sobre o corpo’, e nas relações entre as pessoas de modo geral.

As primeiras iniciativas de ‘combate’ à epidemia da AIDS foram de grupos e entidades gays, que em mais de duas décadas de “combate”, vem realizando propostas frutíferas que envolvem a educação e conscientização do público GLBT⁵. Entretanto, estudos epidemiológicos indicam uma retomada ou estabilização do risco de infecção pelo HIV/AIDS entre essa população, envolvendo diferentes agentes e práticas sociais, e apontando para a necessidade de novas estratégias de prevenção⁶.

Essa retomada do risco tem relação, inclusive, com uma possível mudança de crença quanto à severidade da doença. Algumas pesquisas mostram um quadro de ‘relaxamento’ das práticas de prevenção. Porém é preciso cautela no sentido de não retirar o indivíduo do seu contexto social, na medida em que, na sua vida cotidiana, especialmente no cotidiano sexual, o indivíduo encontra-se engajado em situações, envolvido em processos contínuos, que se referem a tomadas de decisões acerca de desejo/prazer e o risco de infecção.

⁴ O controle da contaminação pela via sexual é vinculado à prática do “sexo seguro” – relações sem penetração ou, quando ocorrer, fazer uso do preservativo.

⁵ Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros.

⁶ Ver, Donovan C, Mearns C, Mcewan R e Sugden N (1994),

Referente à população de homossexuais jovens, mesmo em países desenvolvidos, temos um maior comportamento de risco entre indivíduos de classes menos favorecidas. No geral são integrantes de minorias comunitárias e descendentes de grupos étnicos marginalizados, podendo sugerir que tais grupos ainda permaneçam em situação de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV (Parker, R. e Camargo Jr., K. R.,1999). No Brasil, deve-se destacar que o grupo de homens que fazem sexo com outros homens vem se mantendo como uma população com risco elevado de infecção. Szwarcwald et al. (2000) estimaram, em 1998, um total de 355 mil homens de 15-49 anos infectados pelo HIV; em outra análise, através de modelagem matemática e considerando diferentes cenários, estimaram a prevalência de HIV para a população HSH de 18 a 59 anos entre 3,45% a 4,50%, proporção até 11 vezes maior do que entre homens heterossexuais.

Outro ponto a considerar refere-se à variável sócio-econômica. Há uma dificuldade em indicar uma correlação linear entre nível educacional e a prática do 'sexo seguro'. O conhecimento e a percepção das formas de risco não se traduzem em mudança de comportamento. Os dados indicam que essa população ainda continua praticando sexo desprotegido com parceiros casuais e principais.

Com a ênfase na 'sinergia' de fatores indispensáveis à análise da vulnerabilidade, Parker, R. e Camargo Jr., K. R.(1999: 32) trazem o seguinte esclarecimento,

"enquanto homens brancos de classe média que se identificam como gays talvez estejam, de fato, se deparando com uma situação de vulnerabilidade à Aids menor que no passado, o mesmo provavelmente não é verdade para o travesti jovem, negro, da periferia urbana".

Esse fenômeno parece ser ainda mais agudo se considerarmos a população de homens que se relacionam com outros homens que vivem no interior do país, em municípios de pequeno/médio porte. Contextos marcados pelo preconceito e

discriminação quanto às chamadas ‘identidades sexuais marginais’, o que pode se constituir em situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Vale assinalar que o conceito de vulnerabilidade procura abarcar um conjunto de aspectos que sejam mais sensíveis aos contextos concretos de indivíduos. No mesmo conceito, encontram-se interligados componentes individual, programático e social. Nesta perspectiva, não basta apenas o grau e qualidade das informações disponibilizadas para os indivíduos, mas também o poder de incorporá-las a mudanças práticas e a existência de programas específicos. Importante, então, enfatizar que a vulnerabilidade tem um caráter relacional, o que se distancia bastante da idéia de responsabilidade individual implicada em modelos comportamentais mais tradicionais (Ayres et al. 1999, 2003). Esta nova trajetória conceitual permite ir além das estimativas de risco epidemiológico e incorporar os valores, a intersubjetividade, e as questões políticas, nas concepções e práticas de saúde (Ayres, 1997).

A questão que se coloca é a de como as novas condições postas pelo fenômeno da epidemia do HIV/AIDS repercutem enquanto motivação/orientação das condutas sexuais dos indivíduos. Questão que se torna mais complexa quando consideramos as interações sexuais no contexto das chamadas “subculturas” sexuais, a exemplo dos homens que se engajam em relações afetivas e sexuais com outros homens, residentes no interior do Brasil, cenário o qual a epidemia passa a “assombrar”.

O município de Senhor do Bonfim - situado ao Norte do estado da Bahia, a 384 quilômetros de Salvador - é um desses novos contextos onde a epidemia passa a atuar. Entre 1994 e 2006 a vigilância epidemiológica do município notificou 46 casos de AIDS⁷. Quanto ao tipo de transmissão, 23 casos indicam transmissão por via sexual, sendo que 8 são de via sexual/homossexual e 2 de via sexual/bissexual. Também nesse período foram registrados um total de 20 óbitos por doenças

⁷ Banco Paralelo de HIV Aids – Vigilância Epidemiológica de Senhor do Bonfim

oportunistas decorrentes da AIDS, desse número, 5 indicam transmissão sexual/homossexual, e 1 aponta a transmissão sexual/bissexual.

Tais dados podem indicar um quadro de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV entre os homens que se envolvem com outros homens nesse contexto. Diante da atual tendência de interiorização do HIV/AIDS, esses números permitem inferir que, do mesmo modo que os homens que se engajam em relações homoeróticas das periferias dos grandes centros encontram-se mais expostos a situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, as populações de homossexuais e bissexuais do interior baiano também podem estar em tal situação.

A AIDS se impõe enquanto realidade no cotidiano de tais indivíduos que exercem suas sexualidades sob o pano de fundo da epidemia, e o imperativo da prevenção que se impõe através do discurso de uma série de campos de conhecimento, especialmente o campo biomédico e seus diversos mecanismos de medicalização social dos comportamentos. Entretanto, os indivíduos agem motivados por uma série de fatores que tem a ver com o universo sócio-simbólico no qual estão situadas as diversas relações e interações sexuais em que se engajam.

Desse modo, a problemática busca contribuir com o debate das interfaces entre a sexualidade homoerótica e as repercussões da epidemia do HIV/ AIDS, através de uma preocupação propriamente sócio-antropológica; em problematizar e compreender como os homossexuais da zona urbana de Senhor do Bonfim vivenciam ‘seus mundos’, especialmente seu cotidiano de interações sexuais, ante as “condições” impostas pela epidemia da AIDS e o conseqüente imperativo da prevenção. Uma preocupação com os modos de orientação no mundo da vida cotidiana – especialmente o cotidiano de interações sexuais – a partir de um *estoque de conhecimento à mão* referente a doença, o risco de infecção e formas de prevenção .

Assim pretendeu-se caracterizar o *estoque de conhecimento socialmente concebido* sobre AIDS, como forma de acessar os diversos modos de orientação nas situações de interação sexual frente o “risco” de infecção pelo HIV. Através dos

discursos dos sujeitos estudados, buscou-se identificar a *experiência* da sexualidade homoerótica, em um contexto interiorano, ante o *fato social*, epidemia de HIV/AIDS.

Primeiramente não poderíamos efetivar a discussão sem fazer menção ao fenômeno da *homossexualidade*. Para tanto, buscamos percorremos o caminho histórico de construção da categoria homossexual, no intuito de concebê-la enquanto resultado de um processo sócio-histórico que acaba por conceber as práticas homoeróticas como “desviantes” e estigmatizadas.

As atitudes, comportamentos e práticas da população de homossexuais frente a epidemia do HIV foram identificadas e caracterizadas através de um *survey*. Percebemos que a AIDS é parte, significativa, do repertório de males que podem acometer o corpo, portanto demanda cuidado. Vemos que todos apontam estarem em algum nível de risco de contrair o HIV. Contudo, mesmo demonstrando conhecimento considerável acerca de formas de transmissão e de prevenção contra a doença, esses indivíduos ainda continuam se engajando em relações sexuais que envolvem penetração anal sem o uso do preservativo, com parceiros ocasionais e fixos. “Conhecer” e confiar no parceiro são os principais motivos do não uso da camisinha.

Esse primeiro vetor de análise orientou a construção do segundo vetor, o mais significativo aos objetivos buscados, que se pautou na análise de narrativas e discussões colhidas através de entrevistas em profundidade com um só respondente e entrevista em grupo (grupo focal). Aqui problematizamos as imagens e conhecimentos sobre o HIV/AIDS, as concepções de risco de infecção, e a auto-percepção da prevenção. Apesar do conhecimento, da mobilização de noções propriamente biomédicas, vemos a construção de uma série de concepções próprias sobre risco e prevenção. Especialmente a construção de *proteções imaginárias*, vinculada a uma “racionalidade” alternativa à Biomédica. Esse quadro aponta para o fato de que diferentes cenários sociais, e as diversas interações que o constituem, influenciam no comportamento e práticas sexuais, uma vez que a percepção do risco não se limita ao universo individual, sendo, ao contrário, negociado na rede de relações sociais, portanto são frutos das interações sociais.

Capítulo 1 – O fenômeno da *homossexualidade*.

O estudo da homossexualidade se avoluma nos últimos 20 anos. Impulsionado por antropólogos, esses trabalhos demonstram ser um fértil campo teórico que vem cada vez mais incorporando perspectivas interdisciplinares. Segundo Nunan (2003: 17),

O renovado interesse por este tema se deve ao fato de que a cultura homossexual no ocidente tem sofrido mais mudanças neste período do que em qualquer outro momento histórico, gerando para os homossexuais uma visibilidade com a qual o mundo moderno jamais teria sonhado.

O capitalismo teria criado as “condições socioeconômicas e psicológicas” fundamentais à emergência da identidade homossexual moderna, permitindo aos homossexuais, dentre outros oprimidos, sentirem-se livres para a expressão de sua identidade através do consumo criativo de produtos e serviços. Servindo à criação de um *mercado homossexual* (NUNAN, 2003).

É bom ressaltar que não é pretensão do nosso estudo discorrer acerca do fenômeno da homossexualidade. Essa orientação sexual é tomada como fato consumado, ou de acordo com Trevisan (2000: 31), a proposta é nos atermos apenas “às vivências pessoais como dados inegáveis da realidade”. Nesse caminho o termo “homossexual” é utilizado para indicar indivíduo do sexo masculino cuja orientação sexual e afetiva principal é para com pessoas de seu mesmo sexo biológico.

Entretanto essa definição deixa em suspenso algumas questões que devem ser esclarecidas. Ela demanda uma distinção entre os diversos componentes, construídos socialmente, através dos quais classificamos a sexualidade humana:

sexo biológico (ser macho, fêmea ou intersexual anátomo-fisiologicamente⁸); orientação sexual (atração por pessoas do sexo oposto ou do mesmo sexo biológico, ser “heterossexual”, “bissexual” ou “homossexual”); identidade de gênero (comportar-se de forma feminina, masculina ou andrógena); papel sexual (modo pelo qual o indivíduo se insere na relação sexual, a exemplo do esquema ativo/passivo) (NUNAN, 2003).

Em se tratando da homossexualidade existe uma grande confusão entre papel de gênero e orientação sexual uma vez que estereótipos, que fazem parte do imaginário social, mostram os homossexuais como indivíduos que se vêm desconfortados com suas identidades de gênero, querendo modificar seu sexo biológico. Imagens culturais do gay efeminado são comuns, do mesmo modo que a crença de que em seus relacionamentos o homossexual desempenha o papel de “esposa” enquanto o outro atua como “marido” (NUNAN, 2003; FRY & MACRAE, 1983).

Estereótipos que são formados baseados em uma premissa errônea, pautada na concepção de que os componentes da sexualidade humana são inseparáveis. Dessa forma, se o indivíduo difere da “norma” em um destes componentes, deve também diferir em todos os outros. No entanto, a maioria dos homossexuais não está confusa no que se refere à sua identidade de gênero: tem convicção de que são homens/mulheres, poucos adotam um comportamento efeminado/masculinizado. (NUNAN, 2003)

Mesmo não sendo o intento do presente trabalho uma discussão mais apurada acerca da homossexualidade, ou de uma identidade homossexual, cabe perguntar que processo sócio-histórico transforma determinadas práticas sexuais em elemento fundamental à identificação social dos indivíduos que se engajam em tais práticas. Passamos a um breve exame do processo de constituição da categoria *Homossexual*.

⁸ O conceito de sexo biológico na espécie humana não é unívoco, existem discordâncias acerca das características biológicas que seriam apropriadas a distinção sexual. Mesmo as categorias, ditas “naturais”, que escolhemos para classificar o sexo biológico do indivíduo, são sociais.

1. 1. Construção histórica da categoria *homossexual*

Em 1948 Alfred Kinsey publica *Sexual Behavior in the Human Male* (1998), estudo clássico cuja tese principal é de que os seres humanos variam sexualmente de uma maneira inclassificável, sendo a diversificação uma realidade da natureza e não um desvio em relação a uma norma estabelecida. Assim, as noções e conceitos que utilizamos para tipificar indivíduos e coisas não são *realidades-em-si*, são na verdade, resultado de um complexo processo de construção histórica. A essência é uma ilusão, tudo depende do contexto, da prática; não existem fatos *em si*, mas apenas fatos sob determinadas descrições, determinadas perspectivas.

As pessoas do sexo masculino não são divididas em duas populações descontínuas: os heterossexuais, de um lado, e os homossexuais, de outro. O mundo não está dividido em bons e maus. (...) Só o espírito humano inventa categorias e se esforça por fazer corresponder os fatos a escaninhos separados. O mundo do ser vivo é, integralmente, um *continuum* em seus menores aspectos. Quanto mais cedo compreendermos que este princípio rege o comportamento sexual do homem, mais cedo chegaremos a uma compreensão sadia das realidades do sexo (KINSEY, *apud* COSTA, 1995a: 14-15).

Portanto, nenhum dos termos aplicados para classificar o sujeito ou a sexualidade correspondem a *realidades permanentes*. Essas categorias não possuem sentido fora do contexto histórico em que são definidos (HEILBORN, 1996). Diante de tal perspectiva, a *homossexualidade* não se configura em uma “essência” que pode ser apreendida por métodos científicos, filosóficos ou analíticos. A noção de homossexualidade é historicamente datada, dependente da noção de sexualidade, que é igualmente uma noção moderna (FOUCAULT, [1976] 1999). Ao falarmos em homossexualidade, portanto, cabe salientar o fato de que esse termo não designa uma realidade em si, mas algo que é produto do vocabulário moral da modernidade. O conceito de *homossexual* é tão histórica e socialmente construído como qualquer outro termo.

Ao contrário, os teóricos *essencialistas* afirmam que a homossexualidade é uma realidade trans-histórica e trans-cultural invariante (GREENBERG, 1988). Esses teóricos acreditam que em todas as sociedades humanas existiria o que concebemos como sendo relações sexuais entre parceiros do mesmo sexo, todas construiriam heterossexualidades e homossexualidades. Negar essa realidade seria o mesmo que dizer que não sabemos distinguir entre pessoas de sexos diferentes. Todavia, torna-se um problema acreditar que os gregos antigos ou povos de outras sociedades (tais como os Sambia, uma tribo da Nova Guiné), partilham nossas convicções morais, científicas, religiosas e estéticas sobre o que é sexo (NUNAN, 2003).

Em relação à homossexualidade, vemos que termos como *sexo*, *sexualidade*, *heterossexual*, *homossexual*, não existem independentemente da linguagem e dos discursos que os criou. A idéia de uma *homossexualidade natural e trans-histórica*, com base no suposto imperativo biológico da divisão cromossômica de sexos, não se sustenta, uma vez que, nossas crenças atuais sobre a realidade das diferenças de sexos foram construídas no percurso dos séculos XVIII e XIX. Apenas nessa época criam-se as condições que possibilitam imaginar que os seres humanos são “natural e originariamente divididos em dois sexos”, desse modo, se atribui sentido a termos como *homossexualidade*, *heterossexualidade*, “pessoas do mesmo sexo” e “pessoas do sexo oposto”. (COSTA, 1995a)

A palavra “sexo” agrupou, artificialmente, elementos anatômicos, funções biológicas, condutas, sensações e prazeres (FOUCAULT [1976] 1999).

Homossexualidade e heterossexualidade seriam meras identidades socioculturais que condicionam nossas maneiras de viver, sentir, pensar, amar sofrer etc., e não uma lei universal da diferença de sexos. Consequentemente, o homossexual não é alguém que existe ou sempre existiu independentemente do hábito cultural e descritivo que o criou. (NUNAN, 20003: 25-26)

Nessa perspectiva, Costa (1992) propõe que os conceitos *homossexualidade* e *homossexualismo* sejam substituídos pelo termo *homoerotismo*, cunhado por F.Karsh-Haak em 1911. A palavra *homoerotismo* refere-se à possibilidade, que têm certos indivíduos, de sentir diversos tipos de atrações erótico/afetivas ou de se relacionar erótica/afetivamente com outros do mesmo sexo biológico. Seria uma alternativa a palavras como *homossexualidade* e, particularmente, *homossexualismo*, termos carregados de preconceito, pois remeteriam ao vocabulário científico-moral dos séculos XVIII e XIX, e que dá origem à idéia de *homossexual*⁹.

Outras concepções afirmam que não existe uma *essência* da sexualidade, o que existem são apenas coisas e eventos que a linguagem ordinária concorda em chamar de *sexo*. O costume de falar de *sexo* como algo imediatamente percebido vem da idéia de que o sentido das palavras encontra-se na realidade ou na natureza das coisas que elas designam. Assim, a palavra *sexo* representaria a realidade *sexo* (SEDGWICK *apud* NUNAN, 2003: 26). A seleção da *essência* da palavra *sexo* depende dos objetivos visados, sejam os da linguagem cotidiana ou os da linguagem científica.

Segundo Nunan (2003: 27) na contemporaneidade a palavra *sexo* teria duas características fundamentais:

a de que *sexo* é algo separado das condutas sexuais dos sujeitos, e a de que o *sexo* do ser humano é dividido naturalmente em dois: o *sexo* do homem e o *sexo* da mulher. Acreditamos que, devido às leis biológicas, homens e mulheres são absolutamente distintos do ponto de vista sexual, mas esta concepção de *sexo* baseada na teoria da bissexualidade original é um produto histórico relativamente recente. Ao que parece, é justamente o conceito de *bissexualidade* que fundamenta a idéia de *heterossexualidade* e *homossexualidade*.

⁹ Não obstante a contribuição, ao longo do trabalho, privilegiaremos os termos *homossexualidade*, *homossexual* e *gay*, os dois últimos como sinônimo, uma vez que são termos comumente utilizados pelos informantes para designar sua orientação sexual.

Até o século XVIII, no Ocidente, a sexualidade era imaginada com a ajuda de elementos neoplatônicos, de modo que os fenômenos do universo eram vistos como signos aparentes de formas essenciais. A relação entre os fenômenos expressavam correspondências que confirmavam a harmonia do mundo e a repetição dos mesmos arquétipos em realidades distintas. Assim, a concepção científica de sexualidade era a do *one-sex model*: a mulher era concebida como um homem invertido e inferior. Invertido porque o útero era tido como o escroto feminino, os ovários eram os testículos, a vulva um prepúcio e a vagina um pênis. Inferior, pois no modelo metafísico ideal do corpo humano o grau de perfeição era apenas alcançado pelo homem. Desta forma, a partir do prisma científico só havia um sexo, cujo apogeu se traduzia no corpo do homem. Com isso não se quer dizer que homem e mulheres fossem confundidos: eles distinguiram-se por outros critérios que não o sexual. A distinção entre homens e mulheres era percebida – uma vez que cada um ocupava posições sociais e culturais distintas –, mas não explicada por uma diferença originária de sexos. O que atualmente chamamos de sexo era a palavra que designava os órgãos reprodutores. (LAQUEUR, 20001; NUNAN, 2003)

Entre o final do século XVIII e início do século XIX, a revolução burguesa e o Iluminismo transformam a realidade social e com ela a percepção médico-científica da anatomia da mulher. Com o advento de uma nova ordem política, as diferenças entre homens e mulheres passam a ser pensadas em termos de oposição, surge então o *two-sex model*, isto é, agora parte-se da premissa da existência de um dimorfismo radical e original da sexualidade. Assim, os sexos seriam distintos em todos os aspectos concebíveis: corpo, alma, físico e moral; entretanto, essas novas formas de interpretar o corpo não surgem como consequência de um maior conhecimento científico específico, “só houve interesse em buscar evidência de dois sexos distintos, diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre o homem e a mulher, quando essas diferenças se tornaram politicamente importantes” (LAQUEUR, 2001: 21)

Ao que parece, a reinterpretção dos corpos humanos, segundo a teoria da bissexualidade original, aparece como solução exigida pelos problemas político-ideológicos postos pela revolução burguesa. O sexo da divisão bipolar passa agora a justificar e impor diferenças morais aos comportamentos *femininos* e *masculinos*,

de acordo com as exigências da sociedade burguesa, capitalista e individualista (ALBUQUERQUE, 1987). Se no antigo regime as mulheres eram consideradas desiguais e inferiores aos homens; o Iluminismo e a revolução burguesa tornam a mulher, em princípio, igual ao homem perante a lei, já que todos eram seres racionais.

O problema dessa teoria (do contrato social) era como legitimar como “natural” o mundo real de domínio do homem sobre a mulher, de paixão sexual e ciúmes, de divisão sexual no trabalho e de práticas culturais geralmente advindas de um estado original de ausência de gênero. (LAQUEUR, *apud* NUNAN, 2003: 28)

Tal dilema foi resolvido repousando a diferença social e cultural dos sexos em uma biologia da incomensurabilidade: diante da incômoda igualdade jurídico-política entre homens e mulheres, faz-se a opção pela marcação dos corpos com a diferença dos sexos instituindo a desigualdade e a oposição. “A teoria da bissexualidade nascia do interesse de filósofos, moralistas e políticos em encontrar um critério natural para justificar a inferioridade político-jurídico-moral da mulher” (NUNAN, 2003: 29).

Outra questão importante refere-se ao conflito entre as esferas do público e do privado. A pretensão do Estado burguês era respeitar a liberdade dos cidadãos, a questão é até que ponto isso seria possível. Como solução a mulher é transformada em signo da fragilidade da vida privada e da família, enquanto o homem se manteria na esfera do público e da política. A partir de então a biologia feminina começa a ser usada como marca da inferioridade/incapacidade da mulher para desempenhos na vida pública, e por outro lado, exaltava-se a sua vocação “natural” para os cuidados da casa e dos filhos. Outro motivo para as reformulações na descrição físico-sexual da mulher foi o lugar ocupado por esta dentro da nova ordem político-econômica burguesa: devia procriar para reproduzir a população e, conseqüentemente, a força de trabalho. A família tornava-se a célula do Estado burguês.

Nunan (2003), a partir de Greenberg, salienta que, a preservação da dominação do homem, frente às aspirações igualitárias das mulheres, dependia de o homem ter qualidades que o diferenciasssem claramente da mulher. Como consequência, torna-se necessário o policiamento de homens que não tivessem estas qualidades, bem como mulheres que as apresentassem: a dominação do *macho* dependia do repúdio à feminilidade. Inicialmente filósofos e moralistas decretam a diferença sexual entre homens e mulheres, posteriormente o pensamento científico vem avalizar o que a ideologia já estabelecera. Com a *política científica da sexualidade* o corpo feminino passa a “se diferenciar em três níveis distintos: os ossos, os nervos e o prazer sexual” (NUNAN, 2003: 29-30).

A partir de uma concepção Iluminista, a mulher, por conta de sua estrutura óssea (craniana e pelviana) e à sua constituição nervosa (“mais sensível e sugestível”), estaria naturalmente qualificada para as atividades domésticas e desqualificada para a vida pública. No que se refere ao prazer sexual, no momento em que o orgasmo se dissocia da reprodução, a mulher é chamada a dispensar o prazer e voltar-se para a família e a procriação. Enquanto o homem devido a sua força física e moral, assume o papel do protetor. Ele é figura ativa, enquanto a mulher é passiva. É construído e atribuído, a partir de categorias ditas “naturais”, um estatuto social diferenciado para homens e mulheres. Surgia, a partir da diferença radical entre homens e mulheres, a definitiva sexualização da distinção dos gêneros masculino e feminino. Após a bissexualização dos corpos, o passo seguinte foi a bissexualização do psiquismo.

No *one-sex-model*, a mulher era um homem invertido e inferior, no entanto, importante para a reprodução da espécie humana. Quando a mulher se torna o inverso complementar do homem, no *two-sex-model*, a categoria de inversão (agora como algo antinatural e perverso), passa a designar o homossexual. (NUNAN, 2003: 30-31)

A inversão do homossexual será perversão porque seu corpo de homem será portador da sexualidade feminina que acabava de ser criada. E esse “invertido” apresentaria um desvio duplo: sua sensibilidade nervosa e prazer sensual eram

femininos. Por isso mesmo seu sexo foi definido como contrário aos interesses da reprodução biológica. (COSTA, 1995a)

Juntamente com outros “perversos”, o homossexual começa a ser minuciosamente estudado pela ciência; ele e as mulheres históricas são vistos como uma grave ameaça à família, à raça e à sociedade (FOUCAULT, [1976] 1999). A partir de agora os sujeitos são divididos em heterossexuais e homossexuais, categorias impossíveis antes da construção da diferença sexual original entre homens e mulheres. A polivalência da sexualidade humana submeteu-se, assim, a categorias dualistas extremamente rígidas, tais como *mulher* e *homem*, *heterossexual* e *homossexual*, *certo* e *errado*, *normal* e *anormal*.

O homossexual será alinhado aos velhos libidinosos, celibatários, sífilíticos e libertinos, como a antinorma paroxística da figura do homem-pai. Desde então, a feminilidade do homossexual vai ser afirmada, a despeito de qualquer contra-exemplo empírico ou de qualquer incongruência conceitual. Ele tinha que “ser feminino”, pois, não sendo feminino, não tinha como ser “invertido”. O homossexual tornou-se a prova teórica do *two-sex-model* político-moral. Sem ele, a demonstração de que existe um sexo, diferente de sua divisão anatômica em dois sexos, ficaria mais difícil de ser mostrada. Nele, estava a prova viva de que “o sexo” da mulher pode habitar o corpo de um homem. Todos os invertidos mostravam isto; todos os invertidos eram a prova disto. (COSTA, 1995a: 129)

Utilizando os conceitos de *instinto sexual*, *degeneração* e *evolucionismo* a ciência médica do século XIX justifica teoricamente a moral burguesa. A partir do século XIX, a influência da linguagem científica sobre a linguagem cotidiana teria contribuído decisivamente para o sucesso das ideologias sexuais. Podemos considerar que, boa parte das idéias atuais que mantemos sobre sexualidade deve-se ao prestígio da ciência no imaginário social. (NUNAN, 2003)

Desse modo, a homossexualidade inicialmente é definida como uma perversão do instinto sexual causada pela degenerescência de seus portadores e, depois, como um atraso evolutivo ou retardamento psíquico, que se manifestava

pelo funcionamento feminino do homem (GREENBERG, 1988). Surgia a *família dos degenerados instintivos* (qualquer indivíduo que apresentasse condutas subversivas à ordem moral da sociedade), e dela nossas crenças sexuais “civilizadas”. O degenerado era visto como intelectualmente degradado, uma vez que a ideologia das Luzes não podia aceitar que homens racionais apresentassem condutas e desejos que negassem os interesses sociais. Os homossexuais passam a serem comparados com homicidas, criminosos, viciados, doentes venéreos, suicidas, prostitutas, alcoólicos e doentes da mente (NUNAN, 2003).

Ao que parece, o preconceito sexual é produto da ideologia evolucionista posta a serviço da sociedade burguesa do século XIX, e o conceito de *instinto sexual*, agora intimamente ligado à palavra *sexo*, reforça este imaginário. Como o instinto sexual tinha uma finalidade única, o que destoava dessa finalidade podia ser definido como desvio ou perversão do “natural”. O normal e o anormal em matéria de condutas sexuais tornam-se idéias concebíveis: o “natural” do instinto sexual eram as relações sexuais entre homens e mulheres, com vistas à reprodução biológica e à manutenção da família nuclear burguesa. Desta forma tem início a *invenção do homossexual*, aliado a movimentos em busca do fator específico da homossexualidade (BADINTER, 1992). A psiquiatria progressivamente vai definindo a *personalidade do homossexual* como uma personalidade patológica especial. O homossexual não era apenas invertido no que dizia respeito ao desvio sexual dos objetivos instintivos, mas também era sentimental e psicologicamente invertido porque se comportava de maneira *feminina*. Para Costa (1995a) a idéia de uma *personalidade homossexual* com traços psíquicos típicos não foi uma realidade natural ou biológica, mas uma realidade lingüística do século XIX. Assim, a partir dos esforços da ficção médica e literária, surgia o *homossexual*, que passa a ser definido como tendo uma personalidade fundamentalmente feminina, “impressionável e gostava de coisas fúteis”. Outra consequência é que o termo *sexo* amplia a sua extensão, agora são dois sexos: um anatômico e outro psíquico.

Até o século XVII os homossexuais eram descritos pela Igreja como *sodomitas*, o que na verdade era uma categoria muito ampla que incluía contatos sexuais (não obrigatoriamente anais) entre homens, homens e animais, ou homens e mulheres, desafiando a reprodução (ÁRIES, 1985; BADINTER, 1992). A proibição

da sodomia era por motivos religiosos, estava incluída na lista de pecados graves, e era comumente chamada de *pecado mudo* ou *vício abominável*. O que definia o sodomita eram os seus comportamentos “monstruosos”, não era sua inclinação (heterossexual ou homossexual). Dessa forma, o indivíduo que tinha o desejo de praticar sodomia, mas não o fazia, não era considerado um sodomita. Do mesmo modo, aquele indivíduo que abandonasse o *vício abominável* deixava, igualmente, de ser taxado de *sodomita*. A categoria era definida pelo ato, não pelo indivíduo que o praticasse. O *sodomita*, ao contrário do que aconteceria mais tarde com o *homossexual*, não possuía uma fisiologia ou psicologia particular. O que ocorre é que no século XVIII a homossexualidade se laiciza, perdendo sua referência bíblica, passando a ser chamada de *pederastia* ou *infâmia*. O pecado agora é contra o Estado, a ordem e a natureza. Porém a homossexualidade continua a ser concebida como uma aberração temporária, uma confusão da natureza, ainda não era descrita como uma identidade específica. (GREENBERG, 1988; NUNAN, 2003)

Durante o século XVIII até meados do século XIX, o termo mais usado para designar os sujeitos que se engajavam em práticas homossexuais era a palavra *invertido*, sugerindo que todo homossexual era “feminino” e conseqüentemente portador de uma inversão sexual. Existe certa divergência quanto à origem do termo homossexualidade e seus derivados. Trevisan (2000) afirma que em 1862 um jurista alemão, Karl Heinrich Ulrichs, inventou o termo *uranismo* para se referir à homossexualidade. Seria um termo derivado de Afrodite Urânia, a musa que no discurso de Pausânias, no *Banquete* de Platão, representava o amor entre homens. Segundo Mott (2000), a palavra *homossexualidade* propriamente dita teria sido criada no ano de 1869, pelo jornalista e advogado húngaro Karol Maria Kertbeny. A fim de proteger sua pessoa e conferir respeitabilidade à defesa dos homossexuais, Kertbeny teria usado o pseudônimo de Dr. Benkert, mesmo nunca tendo sido médico.

A invenção da palavra *homossexual* altera a idéia que se faz destes indivíduos. “A criação de uma palavra corresponde, neste caso, à criação de uma essência, de uma doença psíquica e de um mal social.” (BADINTER, 1992: 102). Tem início a caça aos homossexuais, que passam a interessar cada vez mais à

polícia, aos juízes e à medicina. Essa era uma “espécie” coerente, homogênea e apresentava características físicas originais (ÁRIES, 1985).

Os médicos detectavam os homossexuais através de duas evidências: uma física (a dos estigmas que provocavam deformidades específicas no pênis ou no ânus, adquiridas pelo uso); e outra moral (que os impelia ao vício, podendo contaminar elementos sadios da população). Nesse momento surgem as tentativas de “cura” da homossexualidade. Primeiramente propõe-se a abstinência forçada, fundamentada na concepção de que o homossexual buscava exclusivamente o prazer sexual em sua vida amorosa. Posteriormente, as atenções são direcionadas à hipnose como forma de levar os homossexuais a desejarem mulheres. Já no século XX a literatura médica se apropria da hipótese da homossexualidade determinada biologicamente. Isso vai gerar uma série de tentativas hormonais e cirúrgicas que visavam transformar homossexuais em heterossexuais (GREENBERG *apud* NUNAN, 2003: 35). De forma paralela, a noção de homossexualidade surgida na medicina oitocentista foi sendo integrada à psicologia e à psiquiatria, e o homossexual passa a ser explicado como um produto das histórias individuais.

O homossexual do século XIX tornou-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, uma caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade. (...) agora o homossexual é uma espécie. (FOUCAULT, [1976] 1999: 43-44)

Com o advento do século XIX a sexualidade tornou-se a chave da individualidade, constituindo-a e permitindo sua análise. Por sua vez, o discurso médico transforma os *comportamentos sexuais* em *identidades sexuais*. O sexo torna-se a “última verdade do ser”. Na cultura ocidental contemporânea a *identidade sexual* tornou-se uma das dimensões centrais da *identidade social* dos indivíduos. Daí a tamanha importância atribuída à sexualidade, e nossa insistência em buscar tipificações. Assim, a sexualidade que podia representar a diversidade, se converte

em um destino aprisionante, especialmente para aqueles que, como os homossexuais, apresentam uma sexualidade tida como “desviante” (NUNAN, 2003)

Segundo Parker e Camargo Jr. (1999), uma das grandes contribuições da antropologia na problemática HIV/AIDS foi ter desconstruído as categorias culturais. Através de um olhar crítico sobre as categorias epidemiológicas, as Ciências Sociais, sobretudo a Antropologia¹⁰, demonstram que categorias como *homossexual*, *prostituta*, até mesmo *homem* e *mulher*, são categorias relativas, possuindo significados diferentes em diferentes contextos sociais e culturais.

Mota (1998), em estudo acerca da sexualidade masculina entre indivíduos do subúrbio carioca, atenta para o fato de que as categorias de identidade – *Homossexual*, *Heterossexual*, *Bissexual* – têm significações culturais relativas no contexto da prática sexual. Sobretudo se considerarmos as percepções de tais práticas em nossa cultura. O que se percebe é que a questão da identidade sexual envolve questões simbólicas e representações complexas. A Homogeneidade teorizada nestas categorias difere da heterogeneidade vivida. Dessa maneira, vivências sexuais não caberiam em rígidos modelos classificatórios de identidade previamente estabelecidos.

Nesse caminho, ser homossexual, bissexual ou heterossexual depende do significado erótico que o sujeito atribui à sua prática sexual e à forma como percebe os papéis de gênero em seu contexto.

O corpo recebe significação sexual, que é definida como referência sobre o que é ser masculino ou feminino. Significação que aparece como norma, valores, percepções, representações que acompanham a vida do sujeito (...). A identidade de gênero masculina passa pelo comportamento heterossexual e por toda uma construção oposta ao que se entende por

¹⁰ Ver, FRY, P & MACRAE, E. *O que é homossexualidade*. São Paulo, Brasiliense: 1983. PARKER, Richard. *Abaixo do Equador: Culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil*. São Paulo, Record. 2002. ; em especial a vasta obra de um dos pioneiros nos estudos sobre a homossexualidade, o Antropólogo Luiz Mott, obra constituída por inúmeros artigos e alguns livros tais como, MOTT, L. R. B. *Homossexualidade: Mitos e Verdades*. Salvador: Editora GGB, 2003. MOTT, L. *Crônicas de um gay assumido*. Rio de Janeiro: Record, 2003. MOTT, L. *Homossexuais na Bahia: Dicionário Biográfico*. Século XVI-XIX. Salvador: Editora GGB, 1999. MOTT, L. *Homossexualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: Planeta gay Books, 1998.

feminino. O que traz conflitos principalmente para os que se auto-identificam homossexuais, pois o que se convencionou chamar de homossexualidade caracteriza-se por um contexto presente na construção da identidade como algo que é negado moralmente, cujo símbolo está produzido como um emblema que reflete aspectos de passividade, feminilidade, um homem que não deu certo. (MOTA, 1998: p.132).

Falar em gênero é uma questão que interpela a experiência sexual dos sujeitos, modela o mundo dos significados eróticos, as transações sexuais, a realização do desejo e, em algumas circunstâncias, a própria obtenção do gozo.

Capítulo 2 – A epidemia do HIV/AIDS e o *homoerotismo*.

A AIDS é uma doença cuja prevenção envolve aspectos íntimos da vida individual, como prazer e escolha no âmbito da sexualidade. Seu controle incide sobre o comportamento individual. Ela aparece quando idéias como intimidade e subjetivismo na “escolha” dos modos de vida dominam o imaginário social, quando esses aspectos passam a ser valorizados como parte da experiência individual auto-expressiva, apresentando-se razoavelmente autonomizados ante a ordem pública, num plano imaginário, o que coloca limites à normatização da medicina nesta área.

Segundo Correa (1993), as estratégias de medicalização – típicas das sociedades disciplinares modernas, apoiadas na culpabilização e discriminação de indivíduos e grupos –, no caso da AIDS, se defrontam com outros discursos, antinormalizadores, que representam oposição à forma tradicional de medicalização social (discursos vinculados e difundidos por grupos gays, e por associações da sociedade civil que se envolveram com o problema – ONGs AIDS). A atuação desses grupos introduz conflitos e disputas na definição da doença e ratifica a afirmação do direito a diferenças individuais no âmbito da sexualidade, contestando e impondo limites ao modelo tradicional de medicalização social. A epidemia e seus efeitos sociais contribuem para abalar e modificar a hegemonia do discurso naturalista ligado a Medicina, no que se refere à produção de significados sobre o corpo a saúde e a doença. Os problemas de prevenção recolocam em discussão a intervenção da medicina no âmbito social, exatamente no campo da normatização dos comportamentos sexuais: controle do comportamento sexual; medidas que, em sua maioria, vem alterar hábitos e preferências preexistentes ao surgimento dessa doença, tendo repercussões na esfera do prazer, dos afetos, das representações sobre o corpo, e nas relações entre as pessoas de modo geral. A forma como se conduzem sexualmente, quais os parceiros sexuais, de que maneira, freqüência e finalidade, passam a ser objeto de debate público intermediado pelos discursos médico, psicanalítico, pedagógico, sociológico e pela mídia. Apesar de o debate sobre sexualidade ser anterior à AIDS, através dela há a possibilidade de por em relação, de forma direta, sexo/prazer e morte, o que contribui para aprofundar a

discussão sobre a intervenção no âmbito das práticas sexuais. A AIDS reaviva o fato de que a medicalização não se restringe ao controle de doenças, ao demandar a necessidade de controlar comportamentos individuais associados à sua propagação.

A questão que se coloca é a de como as novas condições postas pelo fenômeno da epidemia do HIV repercutem enquanto motivação/orientação das condutas sexuais dos indivíduos. Questão que se torna mais complexa quando consideramos as interações sexuais no contexto das chamadas “subculturas” sexuais, a exemplo dos homens que se engajam em relações de interação sexual com outros homens.

Em contexto de epidemia da AIDS, tem-se procurado definir uma agenda de pesquisa e intervenção que possa responder aos diferentes níveis de vulnerabilidade dos grupos, considerando as tendências de heterossexualização, pauperização, feminilização e interiorização da epidemia (Brito, Castilho e Szwarcwald, 2001; Parker, R. e Camargo Jr., K. R., 1999). Entre os homens que fazem sexo com homens, a literatura nacional sobre conhecimento e práticas de risco apresenta-se de forma incipiente, demonstrando a dificuldade para conhecer interações entre vulnerabilidade e desigualdade de gênero, homofobia, pobreza, racismo etc. Ao enfatizar uma 'sinergia' de fatores na análise de vulnerabilidade, Parker, R. e Camargo Jr., K. R.(1999, p. 32) trazem o seguinte esclarecimento,

[...] enquanto homens brancos de classe média que se identificam como gays talvez estejam, de fato, se deparando com uma situação de vulnerabilidade à AIDS menor que no passado, o mesmo provavelmente não é verdade para o travesti jovem, negro, da periferia urbana.

Esse quadro de vulnerabilidade parece ser verdadeiro também quando consideramos o interior do país. Um aspecto extremamente relevante do quadro geral da epidemia de HIV/AIDS no Brasil é o fato de que, após inicialmente atingir as metrópoles, começa a apresentar um padrão de crescimento em direção a municípios cada vez de menor tamanho populacional, e de menor renda, o que

configura um processo de pauperização e interiorização da epidemia (BRASIL, 1998).

Entre as décadas de 80 e 90 verificou-se uma produção crescente de temas diversos sobre a homossexualidade e bissexualidade brasileira (GUIMARÃES, TERTO Jr. & PARKER, 1992). A literatura internacional demonstra o recrudescimento diferenciado do risco de infecção pelo HIV/AIDS entre as “subculturas” sexuais. Nos Estados Unidos, por exemplo, se a prevalência de HIV tem declinado a partir do início da década de 90, encontram-se altos níveis entre os HSH afro-americanos urbanos (CATANIA, et al., 2001). Esta retomada e/ou estabilização do risco envolve diferentes agentes e práticas sociais apontando para a necessidade de novas estratégias de prevenção. Alguns autores atribuem o aumento do risco inclusive a mudanças de crenças sobre a severidade do HIV (WOLITSKI *et. al.* 2001). Entretanto, como sugerem Donovan, Mearns, Mcewan R e Sugden (1994), o conceito de relaxamento (*relapse*) nas práticas de prevenção, oriundo de pesquisas mais quantitativas, pode incorrer no erro de remover o indivíduo de seu contexto social, na medida em que os indivíduos encontram-se envolvidos em processos contínuos de tomada de decisão sobre prazer sexual e risco.

Entre outros aspectos, estes estudos revelam: (1) A dificuldade da sociedade em aceitar companheiros do mesmo sexo; (2) O freqüente comportamento bissexual; (3) O risco da infecção por HIV na população HSH¹¹ jovem, que troca sexo por dinheiro ou prestígio.

Em relação à população HSH jovem mais especificamente, as pesquisas demonstram, mesmo em países desenvolvidos, maior comportamento de risco entre os jovens com status sócio-econômico mais baixo (JANSSEN, *et. a*, 2001), e entre HSH jovens de minorias comunitárias e descendentes de grupos étnicos marginalizados, que permanecem vulneráveis à infecção (HEATH, *et al.*, 1999; STUEVE, et al., 2001). Chama a atenção que muitos HSH afro-americanos jovens sentem-se, ao mesmo tempo, marginalizados frente às comunidades negras e

¹¹ Homens que fazem sexo com outros homens.

comunidades gays brancas, por predominar de um lado a homofobia, e do outro, o racismo (KRAFT, *et al.*, 2000).

Em relação à variável sócio-econômica, vale enfatizar uma dificuldade para indicar uma correlação linear entre nível educacional e sexo seguro. Um estudo de coorte no Rio de Janeiro, com uma população de maior nível sócio-econômico, revelou que conhecimento e percepção de risco não são facilmente traduzidos em mudança de comportamento, visto que esta população continuava praticando sexo desprotegido com parceiros casuais e principais (SOUZA, *et al.*, 1999). Outro estudo realizado em Fortaleza indicou que os HSH eram menos informados sobre AIDS, reportavam maior número de parceiros sexuais, tinham tido ao menos uma parceira mulher em anos anteriores, reportavam preferência pelo sexo anal e pareciam engajar-se mais em comportamentos de risco através do sexo anal desprotegido. O que pode sugerir a expansão da infecção do HIV na população HSH e entre as parceiras mulheres (KERR-PONTES, *et. al.* 1999).

Nakashima Adam, Sears e Schellenberg (2000), em pesquisa qualitativa, destacam alguns temas entre os HSH concernentes a práticas de sexo seguro: (1). A intimidade e confiança em uma relação podem justificar o não uso do preservativo; (2). O sexo desprotegido ocorre algumas vezes inadvertidamente ou involuntariamente; (3). Mau humor e auto-imagem associados com sexo desprotegido; (4). Intuição sobre o parceiro de ser HIV-negativo podendo 'desculpar' a necessidade de sexo seguro; (5). Quando a fronteira entre seguro e não seguro não está clara, usa-se uma combinação de guias oficiais e não oficiais para determinar o que é seguro.

É possível, então, sugerir que as “subculturas” sexuais mobilizam diferentes situações de risco e o vivenciam de modo também diversificado, por exemplo, quando se enfatizam as diferenças entre os HSH que vivem e os que não vivem em guetos, estes últimos podendo ter menos parceiros sexuais homens, identificam-se menos como gays e menos têm realizado testes para HIV (MILLS, *et al.*, 2001). Por outro lado, deve-se pensar sobre a diversidade de práticas sociais que mobilizam outras situações de risco na população HSH, entre elas: (1). uso de álcool e drogas, prostituição e não definição de identidade gay (RIETMEIJER, *et al.*, 1998); (2). a

associação entre uso de álcool e drogas e sexo anal desprotegido entre soropositivos e soronegativos, ou parceiros com status sorológico desconhecido (PURCELL, *et al.*, 2001); (3). a associação entre uso de álcool e drogas e sexo desprotegido levando-se em consideração processos de aculturação e etnicidade (DOLEZAL, *et al.*, 2000); (4). comportamento de risco em ambientes de sexo público (SOMLAI, *et al.*, 2001); (5). aumento da incidência de gonorréia na população HSH, principalmente entre os mais velhos (FOX, *et al.*, 2001).

Pode-se destacar também o incremento de novas práticas e contextos sociais onde se constata uma permanência do risco de infecção do HIV, assim como a necessidade de reflexão sobre as estratégias de intervenção e promoção de saúde. É o caso da internet como um espaço de socialização e possibilidades de encontros que propiciam interações sexuais (BULL & MCFARLANE, 2000; KIM, *et al.*, 2001). Outras práticas sugerem uma mobilização contínua de signos sociais, contrapondo-se às políticas de prevenção vigentes, como é o caso das práticas de *barebacking* na população HSH, isto é, um engajamento consciente e deliberado em práticas de sexo anal sem preservativo, conhecendo-se os riscos envolvidos (SUAREZ & MILLER, 2001).

Diferente dos países da América do Norte, onde a cultura gay encontra-se bem estabelecida, grande parte dos países da América Latina e Caribe vive uma situação peculiar. Ressalta-se uma cultura predominantemente machista que dificulta o desenvolvimento de uma identidade gay, ou mesmo negando a existência de relações sexuais entre homens, no âmbito social e pessoal (OPS, 2001). De modo geral, a prevalência de infecção por HIV entre HSH tem sido relativamente alta nas regiões das Américas. A coexistência de parceiros e parceiras sexuais nesta população pode significar uma superposição de distintos comportamentos de risco servindo de ponte para que o HIV transite entre os grupos populacionais (OPS, 2001). O Brasil parece não fugir a este padrão conforme dados discutidos, ainda que se apresentem de forma incipiente em relação à diversidade sócio-cultural brasileira.

Entretanto o debate acerca da homossexualidade e bissexualidade no Brasil restringe-se às populações residentes nos grandes centros do país, sobretudo Rio de Janeiro e São Paulo. Uma bibliografia que tenha como objetivo um melhor

entendimento das práticas homoeróticas, da “homossexualidade”, e sua vivência em contextos distantes dos grandes centros, a exemplo do interior da Bahia, é inexistente¹².

Diante de uma tendência à interiorização da epidemia do HIV/AIDS, do mesmo modo que os homens que se engajam em relações com outros homens das periferias dos grandes centros encontram-se mais expostos a uma maior vulnerabilidade à infecção, podemos inferir que as populações HSH do interior do Brasil também podem estar em situação de vulnerabilidade¹³.

Nesse caminho a pesquisa vem contribuir com o debate acerca da abordagem das práticas homoeróticas, no contexto interiorano, em tempos de AIDS. Através de uma preocupação em problematizar e compreender como os sujeitos, *homossexuais*, se orientam em seus mundos, especialmente seu cotidiano sexual, frente as “condições” impostas pela epidemia do HIV/AIDS e o imperativo da prevenção.

2.1 – Homossexualidade e Saúde: Realismo social e significado subjetivo.

Na América Latina aproximadamente 43,5% dos casos de AIDS estão relacionados à transmissão homo-bissexual (CÁCERES & CHEQUER, 2000). No que se refere ao Brasil, na década de 90, aproximadamente 24% dos casos de AIDS estiveram relacionados à transmissão homo e bissexual, contra aproximadamente 30% dos casos ligados à transmissão heterossexual. Nos anos 80, as estatísticas no Brasil registravam aproximadamente 47% dos casos relacionados à transmissão homo-bissexual, contra 10% entre os heterossexuais.

Estima-se que menos de 5% dos recursos totais mobilizados em prevenção na América Latina tenham sido destinados ao HIV/AIDS na população homossexual

¹² Através de 2 informantes soubemos que a 5 anos um estudante de Mestrado, não sei exatamente o curso, teria realizado em Senhor do Bonfim uma pesquisa cuja temática era similar à nossa.

¹³ No caso do município de Senhor do Bonfim, os dados epidemiológicos, como apresentados na introdução, apontam para índices de infecção expressivos entre homens que referem sexo com outros homens.

(CÁCERES & CHEQUER, 2000). No caso do Brasil essa proporção pode ser um pouco maior, mas certamente ainda não corresponde à importância que a transmissão homo-bissexual tem no perfil da epidemia na região. Entretanto, estudos têm demonstrado que a população de homens que fazem sexo com homens está entre aquelas que mais praticam sexo seguro, e que são melhor informadas sobre as DST/AIDS. O que certamente colabora para que, de uma forma geral, a epidemia venha diminuindo sua incidência nessa população, ainda que possivelmente de maneira não-uniforme (BRASIL, 2001a). O que temos é um quadro onde segmentos da população mais jovem, em situação de pobreza ou sob efeitos de vulnerabilidade, como opressão sexual, violência familiar e policial, entre outros, apresentam níveis preocupantes de HIV e merecem cada vez mais a atenção das iniciativas de prevenção (PIMENTA *et. al.*, 2001).

Outro elemento a considerar é que nem sempre a transmissão homo-bissexual corresponde a casos de pessoas com uma identidade sexual/social definida como homossexual, podendo até se tratar de pessoas que se definam socialmente como heterossexuais. Por exemplo, no Brasil, 18% dos casos de AIDS entre homens ainda acusam *transmissão por causa ignorada*, e a dificuldade de compreender quem são e o que acontece nestes 18% pode ser resultado de limites dos instrumentos epidemiológicos e da complexidade em definir epidemiologicamente o universo homossexual. Pode ser que entre estes 18% estejam incluídos homens com práticas homossexuais esporádicas ou constantes e com identidades sociais heterossexuais (BRASIL, 2001).

Assim, num contexto de epidemia mundial de HIV/AIDS, a prevenção aparece como ‘imperativo’, um fato moral pelo menos por dois motivos: de um lado toca em questões referentes ao cuidado de si. Optar pela não prevenção pode significar a morte¹⁴; do outro, se impõe à orientação das condutas individuais, uma vez que nas suas vidas cotidianas, especialmente no cotidiano de interações sexuais, os indivíduos encontram-se às voltas com representações e crenças, advindas de

¹⁴ Acredito que a busca pelo eternizar-se seja uma das principais inquietações da humanidade ocidental, que historicamente vem construindo sistemas variados para suprir essa busca, sistemas que já foram mágicos, religiosos, e que atualmente encontra na ciência e suas “descobertas maravilhosas” um caminho possível à realização do seu intento. Desse modo, lidar com a morte ainda é um problema em nossas sociedades, imagens, noções e explicações acerca do fim da vida, povoam o imaginário social moderno.

inúmeras fontes sociais¹⁵, especialmente da Biomedicina, mas também de reapropriações desse discurso por parte do imaginário da sociedade, formando concepções sociais próprias acerca do vírus, da doença, do doente, de formas de prevenção, noções de risco, formas de tratamento. Tudo porque, “a saúde e o que se relaciona a ela – conhecimento do risco, idéias sobre prevenção, noções sobre causalidade, idéias sobre tratamentos apropriados – são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados”. (NICHETER *apud* UCHOA, 1994: 143)

Nos últimos anos a homossexualidade, como categoria social, tem sido objeto de pesquisas e debates. Colocando à luz diferentes processos de como identidades sociais e políticas são conformadas a partir da vivência de desejos sexuais por pessoas do mesmo sexo (HEILBORN, 1996; FRY & MACRAE, 1983; PARKER, 1991).

No campo da epidemiologia também tem sido problemática a definição da homossexualidade como categoria epidemiológica. Seu enfoque se apresenta complexo e difícil. Nem sempre a transmissão homo/bissexual corresponde a casos de pessoas com uma identidade sexual/social definida como homossexual, podendo ser até pessoas que se definam socialmente como heterossexuais.

As dificuldades da prevenção nessas populações estariam relacionadas à vergonha e à culpa que ainda cercam a abordagem da homossexualidade nas iniciativas de prevenção e mesmo de assistência (WARNER *apud* TERTO JR, 2002). A culpa e a vergonha podem estar fundamentando as representações que dizem que todo homossexual é potencialmente um doente de AIDS, e que seriam responsáveis pela disseminação do vírus em outros segmentos populacionais. Daí o silêncio e a invisibilidade de expressões, as imagens ligadas à homossexualidade na mídia e nas campanhas de prevenção, o medo que os homossexuais sentem de fazer o teste, ou a crise que se segue ao receber um resultado soropositivo.

¹⁵ Susan Sontag(1988) aponta algumas peculiaridades do fenômeno Aids, que semelhante à sífilis no final do século XIX, e o câncer na primeira metade do século XX, propicia a construção de uma série de metáforas acerca da doença, as condutas sociais e tipos sociais que estariam mais propícios à infecção. Adquire um extraordinário poder de evocar imagens e interpretações que mobilizam os temores mais irracionais do ser humano.

A culpa e a vergonha podem ainda estar mesmo embutidas nas mensagens de prevenção, quando recomendam o sexo mais seguro como um mandamento a ser cumprido à risca, sem chances de falhas, que, quando acontecem, são vistas como irresponsabilidade, negligência ou fracasso do indivíduo em negociar e praticar o sexo seguro. As iniciativas de prevenção devem levar em conta que a negociação do sexo mais seguro está sujeita a uma série de fatores e circunstâncias que variam ao longo da história do indivíduo. Talvez não seja possível praticar sexo seguro sempre, em todas as relações sexuais, durante toda a vida. É importante, no entanto, procurar entender estas variações de circunstâncias ao longo do projeto de vida dos indivíduos, em vez de reforçar os aspectos normativos e de controle que as mensagens de prevenção possam conter, e que podem alimentar sentimentos de culpa e vergonha, cada vez que alguma prática de risco ocorrer. (TERTO JR., 2002).

Segundo Terto Jr. (2002), outro desafio à prevenção do HIV em homens com práticas homossexuais tem sido o referente às abordagens metodológicas a serem utilizadas. Até a segunda metade da década de 90 os modelos comportamentais foram os mais utilizados nas iniciativas de prevenção (PARKER, 2000). Nos últimos anos, esses modelos vêm sendo criticados e reformulados, já que priorizam mudanças comportamentais, como se o risco pudesse ser evitado a partir de normas técnicas a serem recomendadas e adotadas, normas essas entendidas como a prática de sexo mais seguro. Tais modelos comportamentais mais tradicionais, ao se concentrarem em alterar e medir um aspecto do indivíduo – a mudança comportamental – termina por deixar de lado outros aspectos mais sociais e culturais, que se mostram como aspectos também fundamentais quando da constituição de iniciativas de prevenção. Ao privilegiar aspectos técnicos e normativos, que visam à eficácia do indivíduo em manejar as técnicas de prevenção, apresem o sexo mais seguro como mais um regulamento de controle da sexualidade, sem levar em conta outros aspectos da vida do indivíduo, como a qualidade de sua vida sexual, o prazer e a felicidade (TERTO Jr., 2002)

Neste último século, as relações entre homossexualidade e saúde tem sido mote de debates e controvérsias, tanto no campo das ciências biomédicas como no seio dos movimentos da sociedade civil organizada. Nesse período, a

homossexualidade foi considerada uma *doença*¹⁶, e os sujeitos envolvidos em práticas homossexuais tratados como “portadores” de alguma patologia ou distúrbio, diagnosticada como de origem biológica, genética, ou consequência de um desenvolvimento psíquico inadequado.

Terto Jr. (2002) salienta que o advento da AIDS, no limiar dos anos 80, torna ainda mais complexas tais relações, servindo de motivo para a exacerbação de preconceitos contra os homossexuais, a ponto da própria homossexualidade masculina se transformar em espécie de sinônimo de AIDS. No início essa associação foi profundamente marcante, sobretudo por conta de que a doença, recém-descoberta em quatro homossexuais americanos, é preliminarmente nomeada como GRID (*Gay Related Immunodeficiency*), nos meios científicos, e de *câncer gay*, *peste gay* ou *peste rosa* pelos veículos de imprensa e pela opinião pública (DANIEL & PARKER, 1991; SONTAG, 1988).

Após duas décadas de epidemia, a AIDS ainda é um grave problema, presente no cotidiano de homens que se engajam em situações de interação sexual com outros homens. As representações sociais que identificavam os homossexuais ora como vilões, ora como vítimas da AIDS, ainda se mantêm fazendo com que, individualmente, continuem a sofrer com os estigmas e preconceitos decorrentes da associação AIDS-Homossexualidade¹⁷, e pela possibilidade de vir a contrair o HIV, caso não sejam adotadas práticas sexuais seguras. Desse modo, coletivamente, a epidemia ainda se impõe como um problema que exige respostas de diferentes setores governamentais e demanda mobilização para que recursos sejam garantidos e aplicados na prevenção e assistência, para que a discriminação e preconceitos sejam denunciados e punidos, para que os direitos humanos sejam respeitados. O impacto da AIDS sobre homossexuais chegou a assumir dimensões catastróficas

¹⁶ Em 1985, por pressão dos grupos gays organizados da época, o Brasil excluiu do âmbito nacional o item 302.0 do Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, que classificava a homossexualidade como doença psiquiátrica. Internacionalmente esse item vigorou até os anos 90 quando a própria OMS o eliminou.

¹⁷ No Brasil, os indivíduos que se auto-identificam como homossexuais na hora da doação são proibidos de doar sangue nos bancos de sangue por portaria do Ministério da Saúde, que os considera um potencial *grupo de risco* para a AIDS e outras doenças transmissíveis por via sanguínea. Essa decisão vem sendo combatida pelo movimento gay e pelas ONGs/AIDS devido ao seu caráter discriminador e estigmatizante, que pode estar trazendo mais danos à população do que contribuindo ao controle da epidemia e outras doenças.

nos países ocidentais, uma vez que estão entre os mais atingidos. Por outro lado, os homossexuais, sejam através de lideranças ou organizações gays, figuram entre os primeiros que, ainda na década de 80, deram respostas, mobilizando-se diretamente para enfrentar as novas condições e os desafios impostos pela epidemia, não apenas sobre a população homossexual, como sobre outras populações. Mobilizações que geraram iniciativas como a criação de diversas organizações não-governamentais de serviços em AIDS (ONGs/AIDS), a produção dos primeiros manuais sobre as formas de transmissão e sobre sexo mais seguro, bem como a promoção dos direitos humanos e da solidariedade como princípios básicos do trabalho de prevenção (TERTO Jr., 2002).

Terto Jr. (2002) destaca que, mesmo que tais respostas possam ter contribuído para uma tendência à estabilização no número de novos casos em alguns países, como no caso do Brasil, a associação entre AIDS e homossexualidade continua sendo motivo de debate e de análise, tanto por parte dos pesquisadores sobre sexualidade e saúde, como dos ativistas e *experts* envolvidos com o enfrentamento da epidemia.

(...) No início da terceira década de convivência com a epidemia, velhos desafios se somam a novos. Entre os mais recentes, pode-se apontar a seguinte tendência: quando se aborda a saúde dos homossexuais masculinos, a primeira e imediata referência é identificar a AIDS, como se esta fosse o único problema de saúde possível nesta população, ou como se o status sorológico para o HIV fosse a única medida para avaliar a saúde de homens homossexuais. Tal tendência demonstra a dimensão do impacto da AIDS sobre a vida dos homossexuais e como a representação AIDS-homossexualidade ainda resiste (...) (TERTO Jr., 2002: 149-150)

Assim, podemos inferir que, os indivíduos do sexo masculino, que se engajam em relações sexuais com outros homens, no seu cotidiano, especialmente na esfera dos relacionamentos e negociações que constituem suas interações sexuais, têm que lidar com uma série de representações que associam tais práticas à infecção pela AIDS (doença incurável que reaviva o imaginário social da *peste*), além de

preocupações relacionadas à possibilidade de vir a contrair o HIV. Portanto, podemos dizer que a epidemia e suas repercussões nas vivências dos grupos (que podem ser expressas no imaginário da *peste*) se impõem enquanto *fato social*, uma vez que a esfera cotidiana da sexualidade, com suas dinâmicas de ações e interações, é vivenciada sob o *fantasma* da AIDS.

A partir da década de 80 a AIDS, a *nova peste*, se impõe como *ameaça* à manutenção da humanidade ocidental. O que mobiliza uma série de *instituições* nas diversas sociedades no sentido de um *combate* a esse novo mal. Mal que o campo biomédico busca compreender a fim de munir tais sociedades de *conhecimentos* indispensáveis à sua prevenção. Através de “receitas”, especialmente pautadas na mudança de comportamentos, mais uma vez a Medicina se impõe ao cotidiano de ação e interações dos indivíduos.

Emile Durkheim responde a questão acerca da origem das disposições morais humanas com um dos postulados da tradição do pensamento social francês, o *Postulado da Moralidade Social*, “a sociedade é a fonte de sentimentos e hábitos morais, que ela instila através de instituições como a família, a educação, a religião e o governo” (LEVINE, 1997: pp.143). Desse modo tais instituições sociais são importantes enquanto formadoras de “indivíduos dóceis”, forjando o ser social ao internalizar “moralidade”. Ou, em outras palavras, serviriam à constituição de *corpos dóceis* através dos diversos mecanismos de medicalização social.

Munido dessa tradição de pensamento, partindo do *Realismo Social*, Durkheim constrói o objeto de sua sociologia¹⁸, o *Fato Social*,

[...] maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo, dotadas de um poder de coerção em virtude do qual se lhe impõem [...] maneiras de fazer ou de pensar, reconhecíveis pela particularidade de serem suscetíveis de exercer influência coercitiva sobre as consciências particulares. (DURKHEIM, 1977, p.22)

¹⁸ Acredito que o grande objeto das Ciências Sociais, uma vez que mesmo concepções mais próximas à questão da ação social, não perdem de vista esse que é o grande legado da sociologia durkheimiana, nos lembrar o fato de que somos forjados em uma dada formação histórico-social que optou por determinados esquemas, códigos de regras e condutas, um horizonte de familiaridade sem o qual a vivência social torna-se impossível.

Os fatos sociais seriam formados pelas representações coletivas, que podem ser entendidas como as formas através das quais a sociedade constrói significados acerca de si mesma e do mundo que a rodeia – decisivamente as enfermidades fazem parte desse mundo - expressas em suas crenças, lendas, mitos, concepções religiosas, crenças morais, proposição/imposição de hábitos e comportamentos, etc. A sociedade ideal seria parte da sociedade real, porque uma sociedade não está simplesmente constituída pela massa de indivíduos que a compõem, pelo solo que ocupa, pelas coisas que utilizam, pelos movimentos que efetuam, mas antes de tudo, pelas noções, concepções, ou as *representações* que ela constrói de si mesma e os eventos, contextos e situações que a constitui.

No caso do fenômeno AIDS é especialmente enquanto “*representações coletivas*” que o fenômeno demonstra mais claramente seu caráter de *fato social*. Expresso nas concepções que povoam o imaginário social acerca do vírus, o doente, a doença, o risco e a prevenção, e proveniente de diversas instâncias, sobretudo o campo biomédico, demandando uma orientação/posicionamento dos indivíduos no percurso de suas interações sociais, especificamente as interações e intercursos sexuais.

A principal crítica à noção de ‘fato social’ tal como Durkheim a concebe se refere ao fato de que a “estrutura” de certo modo “engessa” o “indivíduo”, o clássico parece não deixar brechas à ação individual, que aparece completamente determinada pela sociedade. A questão é que, ao dar ênfase ao social como “realidade” que se mostra e se impõe, Durkheim perde a dimensão de “realidade vivida” dos fatos sociais, conseqüentemente, deixa de tratar, com uma maior minúcia, a esfera das motivações/orientações das condutas e comportamentos dos indivíduos nos diversos contextos sociais.

Max Weber - autentico expoente da tradição do pensamento social alemão que se inicia com Kant¹⁹ - figura emblemática na busca por uma ética secular

¹⁹ Ao desenvolver uma nova perspectiva para as questões filosóficas (tão grandiosa quanto a de Copérnico), através da *Crítica da Razão pura* e da *Crítica da razão prática*, Kant inicia pelo menos três revoluções. Refuta a noção de que todos os conceitos precisavam representar fenômenos naturais derivados mediante a simples

racional, herdeiro de pensadores como Herder, Dilthey e Georg Simmel, configura sua sociologia no intuito de problematizar essa esfera dos motivos e sentidos que os indivíduos imprimem a suas ações.

À questão de como os fatos da experiência humana devem ser construídos e explicados, o pensamento alemão responde com o *Postulado do Significado Subjetivo*, “Os fenômenos humanos podem ser melhor compreendidos se entendermos os significados com que os indivíduos impregnam suas ações” (LEVINE, 1997: 170). O que demanda um método de compreensão que diverge dos métodos usados para elucidar os fenômenos naturais²⁰. O entendimento do significado da experiência de um agente social requer um tipo especial de cognição, o qual contrasta com o usado nas ciências dos fenômenos naturais, “explicamos a natureza, entendemos o espírito” (DILTHEY *apud* LEVINE, 1997: 178).

Ao problema de como o pensamento secular pode fornecer uma base racional para juízos morais, os alemães respondem com o *Postulado de Autodeterminação Normativa*, “Os juízos normativos não serão fundados através de alguma ação externa aos agentes, mas através de códigos que agentes humanos livres como indivíduos ou coletividades, promulgam para si mesmos” (LEVINE, 1997: 171). Assim, aquilo que conformaria uma *realidade externa ao indivíduo*, na verdade, só se realiza enquanto motivação das ações e condutas sociais, por juízos normativos produzidos e mobilizados por seres humanos livres, que atribuem sentido a suas ações.

observação de eventos externos. Ao contrário, insiste que o nosso entendimento dos fenômenos é necessariamente condicionado: *estruturado por formas de intuição e categorias de entendimento fornecidas por sujeitos humanos a fim de representarem as coisas que observam*. Em segundo lugar, Kant introduz a separação entre o mundo da natureza e o mundo da liberdade, domínios definidos por duas perspectivas radicalmente diferentes. O mundo da natureza é o mundo da aparência, ou fenômenos, mundo de realidade supersensível a que chama de número. Para Kant o mundo da liberdade é o que constitui o fundamento da moralidade. A terceira revolução iniciada por Kant pode ser entendida no fato de tornar-se o primeiro filósofo secular no Ocidente a rejeitar a possibilidade de que os critérios para o bem devam ser fundamentados em propriedades naturais do indivíduo. (Levine, 1997)

²⁰ Em Kant a apreensão direta da própria atividade legislativa do eu através da *Vernunft*, a capacidade de razão prática, contrastada com a *Verstand* ou capacidade usada para entender e explicar fenômenos naturais. Em Herder, um método de imaginação compreensiva, *Einfühlung*, contrastado com os métodos de abstração e objetivação usados nas ciências naturais (Levine, 1997).

Consequentemente, a questão acerca da fonte de disposições morais humanas, é respondida com o *Postulado do Voluntarismo Subjetivo*, “As orientações morais humanas derivam de uma distinta capacidade do ser humano para identificar e efetuar escolhas entre o bem e o mal”. (LEVINE, 1997: 171). O objetivo é ocupar-se dos fatos da intencionalidade humana, apreender “a realidade sem distorções, a qual só existe para nós nos fatos da consciência fornecidos pela experiência interior” (DILTHEY *apud* LEVINE, 1997: 179). A defesa do pensamento alemão é da necessidade de uma Ciência da experiência humana que diferisse fundamentalmente das Ciências da natureza, dado que somente os seres humanos podiam simbolizar significados, possibilitando o entendimento por parte de seus semelhantes, algo inconcebível nos fenômenos da natureza.

Em seus enunciados programáticos sobre sociologia, Weber torna o processo de *Verstehen*²¹ fundamental para o que ele considerou ser o objetivo da sociologia: “o entendimento interpretativo da conduta social a que os agentes atribuíram um significado subjetivo” (WEBER *apud* LEVINE, 1997: 186).

Para Weber a Sociologia seria a ciência “que pretende entender, interpretando-a, a ação social, para, dessa maneira, explicá-la causalmente em seu desenvolvimento e feitos”, observando suas regularidades que se expressam na forma de ‘usos’, ‘costumes’ ou ‘situações de interesses’. Como exemplos típicos de tais manifestações de convenções e institucionalizações sociais, temos a moda, o consumo de certos alimentos, a ação no mercado ou ainda a política partidária, mas também as concepções e práticas referentes ao adoecer e cura-se, a doença e tudo que está ligada a ela: o risco, a prevenção e o tratamento.

O objeto desse campo do conhecimento é a *ação social* (incluindo tolerância e omissão), aquele comportamento humano em que os agentes ou agentes o relacionam com um sentido subjetivamente elaborado, e que esse sentido visado se refere à existência de *outros*, às ações e/ou comportamentos (presentes, passadas ou futuras) de *outros*, orientando-se por ele. Os *outros* podem ser indivíduos

²¹ Compreensão.

desconhecidos e conhecidos, ou até uma pluralidade de indivíduos indeterminada e inteiramente desconhecida.

Weber parte do princípio de que semelhante a outros fenômenos, o comportamento humano (“exterior” ou “interior”) revela, no seu decurso, conexões e regularidades. Entretanto, algo há que é próprio do comportamento humano, pelo menos no seu sentido pleno: o decurso das conexões e das regularidades pode ser interpretado pela compreensão. A compreensão do comportamento obtida através da interpretação acarreta uma “evidência” qualitativamente específica. O grau máximo de evidência é encontrado na “interpretação racional com relações a fins”, aquele tipo de comportamento que se orienta, exclusivamente, por meios tidos por adequados (subjetivamente) para obter fins determinados, tidos por indiscutíveis (subjetivamente) (WEBER, 2000).

Nesse caminho a ação que especificamente tem importância para a sociologia compreensiva é, em particular, um comportamento que: 1º está relacionado ao sentido subjetivo pensado daquele que age com referência ao comportamento de outro; 2º está co-determinado em seu decurso por esta referência significativa e, portanto, 3º pode ser explicado pela compreensão a partir deste sentido mental (subjetivamente). A sociologia compreensiva estabelece diferenças da ação conforme referências típicas (racional relação a fins, racional em relação a valores, tradicional, emotiva), providas de sentido, (sobretudo referências ao exterior), pelo qual, o racional, com relação a fins, lhe serve como tipo ideal, precisamente para poder avaliar o alcance do irracional com relação a fins (WEBER, 2000).

Vimos que a *ação social* é uma ação na qual o sentido sugerido pelo sujeito ou sujeitos refere-se ao comportamento de outro e se orienta neles no que diz respeito ao seu desenvolvimento. Entretanto, Weber (2000: 400) nos lembra algo que interessa em especial à problemática perseguida no estudo,

Os limites entre uma ação dotada de sentido e um comportamento simplesmente reativo são imprecisos. Boa parte dos modos de

comportamentos que interessam à sociologia localiza-se nos limites entre ambos.

A essa questão Weber propõe a construção *ideal-típica*. O tipo ideal pode ser entendido como um instrumento metodológico, espécie de “termômetro” do real que permite auferir e interpretar os fenômenos sociais. O método científico que consiste na construção de tipos ideais investiga e expõe todas as conexões de sentido irracionais e afetivos, sentimentalmente condicionados, do comportamento. Sentidos que tem influência sobre a ação, como “desvios” de um desenvolvimento desta mesma ação, que foi construído como sendo puramente racional em relação a fins. Tal construção serve para a sociologia – por causa de sua evidente inteligibilidade e do seu caráter de racionalidade e de univocidade – como tipo mediante o qual é possível compreender a ação real que é influenciada por irracionalidades de todo tipo e de toda espécie (afetos, sentimentos, normas e regras do receituário social) como um desvio do desenvolvimento esperado de uma ação racional.

Desse modo resta a sociologia a aceitação de que explicar para a ciência que se ocupa com o *sentido da ação* significa apreensão da *conexão de sentido* em que está incluída uma ação que já é compreendida de maneira atual, no que se refere ao seu sentido “subjetivamente imaginado”. A explicação sociológica busca “compreender” o sentido, o desenvolvimento e os efeitos da conduta de um ou mais indivíduos referida a outro – ou seja, seu caráter social – não se propondo a julgar a validade de tais atos, nem a compreender o agente enquanto pessoa. Explicar é captar e interpretar a “conexão de sentido em que se inclui uma ação”. Weber chama de *motivo* a *conexão de sentido* que, para o agente e para o observador, se apresenta como o “fundamento” com sentido do seu comportamento.

Entretanto o nosso percurso de ações cotidianas esta inserido em contextos e singularidades os quais trazem processos e regularidades que, por incompreensíveis no sentido aqui entendido por Weber, imagina-se não poderem receber a qualificação de fatos ou leis sociológicas. Tais elementos não são menos importantes, na verdade fazem parte de um lugar diferente, o que,

metodologicamente falando, é inevitável na ação compreensível, ou seja, a ação condicionada por “condições” ou situações, “ocasiões”, “estímulos” e “obstáculos”.

Esse tipo de ação, a condicionada por “condições” nos interessa mais de perto, proporcionando inclusive uma relação com a premissa aqui defendida de que o fenômeno HIV/AIDS, a mais global e destrutiva doença sexualmente transmissível conhecida em toda a história, constitui um *fato social*, uma vez que se impõe em normatizações e regras que orientam a conduta dos corpos. Uma doença endêmica que passa a assombrar a imaginação contemporânea com “o retorno da peste”, ainda incurável²², transmitida principalmente por via sexual, e vista como um “mal” que causa uma lenta e desfigurante agonia.

Questionarmos acerca das repercussões do fenômeno da epidemia do HIV/AIDS na vivência da sexualidade dos homossexuais residentes em um contexto interiorano pressupõe a aceitação: 1º) a epidemia da AIDS é um *fato social*, no sentido de que ela ínsita a produção de representações coletivas, que são discursos através dos quais os grupos confeccionam significados acerca de si mesmo e o mundo e eventos que o rodeiam. Desse modo, o combate à epidemia demandou uma série de reformulações nas representações acerca do corpo, sexualidade, sexo e busca de satisfação sexual, o que constitui uma série de imperativos ligados à necessidade de prevenção, subsidiados pelo discurso médico, pedagógico, psicológico, sociológico, antropológico, religioso, e social (considerado como *estoque de conhecimento* socialmente produzido sobre a doença²³ e as novas questões que ela coloca); 2º) com isso a *medicalização* dos corpos produz e prescreve uma série de “receitas” de comportamentos sadios, as quais se impõem constituindo determinadas “condições” específicas sob as quais passam a se desenrolar as interações e relações sociais, especialmente as interações sexuais.

²² Apesar dos imensos avanços que trouxeram novos medicamentos que permitem uma sobrevivência com qualidade.

²³ A Antropologia médica norte americana considera que o fenômeno saúde/doença pode ser abordado em pelo menos 3 níveis: a doença enquanto *disease*, considerada do ponto de vista da biomedicina; a doença enquanto *illness*, vista do ponto de vista do doente; e a *sickness*, as noções, concepções, imaginário, representações sociais acerca da doença e o que a envolve.

2.2. A orientação em contextos de interação sexual em tempos de AIDS.

Como vimos Weber concebe a sociologia como a ciência que busca compreender de modo interpretativo a ação social e através disso explicá-la causalmente em termos de seu curso e efeitos. Ação é conduta humana que possui um significado e uma direção significante. Essa conduta intencionada e intencional torna-se social quando dirigida à conduta de outros. Portanto para Weber o *significado subjetivo* é aspecto fundamental para a compreensão da ação humana. Partindo de tais postulados, Schutz (1979) encontra uma ligação possível entre a Fenomenologia e a Sociologia.

O caminho proposto é o de atentar aos processos de *ação e significação no mundo da vida cotidiana*, dando ênfase ao *caráter de temporalidade da experiência significativa*. Busca desenvolver conceitos rudimentares em vistas a transformá-los em fundamentos para uma teoria sociológica do mundo social vivido. Com isso faz contribuições importantes, em especial, o seu tratamento aos fenômenos de tipificação na esfera da vida cotidiana, atentando ao fato de que o conhecimento opera a partir de tipificações construídas num horizonte de familiaridade dado por um *estoque de conhecimento à mão* (SCHUTZ, 1979).

A partir dessa perspectiva propõe fazer uma sociologia do “vivido”, uma analítica da *experiência vivida no mundo social*. Uma preocupação em problematizar os modos como os atores sociais interpretam a ordem social, através da analítica da conformação dos processos interpretativos que sustentam a ordem social.

Schutz desenvolve de maneira mais frutífera às Ciências Sociais a questão da síntese espacial e temporal, síntese histórica característica da apreensão dos objetos intencionados – muito bem ilustrada nos modos como percebemos as coisas²⁴ -, estendendo-a ao entendimento do mundo da vida. A experiência do mundo social, mundo vivido como algo comum. Nesse processo, duas idealizações

²⁴ O modo como percebo uma mesa, por exemplo, é forjado através da síntese dos diferentes modos que o ente “mesa” foi visado no meu horizonte de experiências e vivências, síntese das diferentes perspectivas em que tal objeto é dado à minha consciência.

são cruciais: *a reciprocidade de perspectivas*, como uma permutabilidade dos pontos de vista, na qual eu posso “ver” como o outro, apesar de pontos de vistas diversos; e *a congruência dos sistemas de valores*, certo horizonte de familiaridade dado por um *estoque de conhecimento à mão socialmente construído*²⁵.

Como experiência é sempre experiência de alguma coisa, ao invés de *falar em experiências*, Schutz (1979) propõe que a sociologia trate do *conteúdo das experiências*, portanto, que trate *do vivido*. Todas as experiências diretas de seres humanos, incluindo, obviamente, as referentes ao seu cotidiano sexual, são experiências em, e de, seu “*mundo da vida*”, constituindo-o, são dirigidas a ele, são testadas nele. O mundo da vida é toda esfera das experiências cotidianas, direções e ações através das quais os indivíduos lidam com seus negócios, interesses e aspirações, manipulando objetos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos. *Lócus* de consumação do *estoque de conhecimento socialmente concebido*, já que o indivíduo não pode interpretar suas experiências e observações, definir a situação em que se encontra ou fazer planos, sem consultar seu próprio *estoque de conhecimento*.

Tais premissas apontam uma direção possível à abordagem do objeto em questão agora entendido de modo mais geral como uma indagação acerca dos modos como os “homossexuais” de Senhor do Bonfim posicionam-se, interpretam e orientam suas ações no percurso de interações sexuais, frente às novas “condições” impostas pelo *fato social* epidemia de HIV/AIDS. O intuito, em outras palavras, foi o de problematizar a *experiência* da homossexualidade em tempos de epidemia de HIV/AIDS. O que nos remete aos diversos modos como o fenômeno AIDS é dado à consciência dos indivíduos que se engajam em práticas homoeróticas.

A questão é indagarmos acerca dos modos como determinadas desordens de base orgânica, identificadas e classificadas pelas ciências biomédicas, incorporam-se ao cotidiano de normalidade dos sujeitos, conduzindo-os a certos modos de

²⁵ Nesse ponto creio que o autor se aproxima de uma discussão cara à Antropologia, a noção de cultura, enquanto *horizonte de familiaridade* dado por um *estoque de conhecimento* à mão. Teia de significados que aprisiona o seu produtor/produto, na inevitável existência do ser- no-mundo-com-outros.

compreender e ajustar-se à situações que envolvam o adoecer: concepções de risco, noções de causalidade, formas de prevenção, tratamento e cura.

O *estoque de conhecimento* que utilizamos para nos orientar nas situações e resolver os problemas com os quais nos deparamos tem na heterogeneidade uma característica marcante. É constituído tanto por conhecimentos radicados no corpo, como por uma série de receitas genéricas de como lidar com as várias situações. Segundo Schutz (1979) ele seria formado ao longo do percurso biográfico do indivíduo, apresentando um caráter fluído e processual. A configuração que assume a cada momento é determinada pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance; antes é o projeto, formulado aqui e agora, que dita o que é relevante ou não na situação.

A partir de uma preocupação com os modos de orientação no mundo da vida cotidiana – especialmente o cotidiano de interações sexuais – tendo como base um *estoque de conhecimento à mão*, cabe perguntar: a) Como está caracterizado o conhecimento socialmente concebido, no que se refere à AIDS, entre a população de homossexuais do município de Senhor do Bonfim? b) Como se orientam na situação de interação sexual, no que se refere ao “risco” de infecção pelo HIV? Quais as fontes, apropriações e reapropriações que conformam seu *estoque de conhecimento* relacionado à prevenção?

Apesar de não tratarmos propriamente das *experiências* de tais indivíduos, as informações obtidas através das entrevistas podem ser concebidas como representações de vivências/experiências. Acreditamos que seria extremamente relevante um estudo que propor-se a abordagem da *experiência*. Contudo, não estaremos lidando diretamente com essas *experiências*, mas com os discursos, as representações, que os indivíduos constroem para expressar a vivência da sexualidade *homossexual* em tempos de epidemia de HIV/AIDS.

Capítulo 3. Comportamentos, atitudes e práticas frente a AIDS.

3.1. Recorte empírico

Situado ao Norte do estado, distando 384 km de Salvador, o município de Senhor do Bonfim²⁶ polariza a região do Piemonte da Chapada Diamantina. Sua área territorial possui 817 km².

Em 2006 sua população foi estimada em 56.161 habitantes. Tomando os residentes com 10 anos ou mais, 15.841 habitantes são do sexo masculino, enquanto 12.993 são do sexo feminino.

Desde a sua origem o município teve sua economia dinamizada pelas atividades de comércio e serviços. Sua localização permitiu a concentração de grande parcela das relações comerciais e de serviços entre várias cidades circunvizinhas, e entre estas e outras regiões, favorecido por sua posição estratégica em relação a municípios como Campo Formoso, Antônio Gonçalves, Itiúba, Andorinha, Filadélfia e Jaguarari. A agropecuária também é uma importante fonte de renda. O produto Interno bruto fica em torno de R\$ 178.430. A grande maioria da população com idade acima dos 10 anos sobrevive com uma renda entre 1 e 5 salários mínimos.

Quanto aos níveis de instrução vemos que entre os residentes com 10 anos ou mais de idade, 8.937 habitantes encontram-se sem instrução ou com menos de um ano de estudo, 14.318 tem entre 1 e 3 anos de estudo, 16.469 possuem de 4 a 7 anos de estudo, 6.908 tinham de 8 a 9 anos de estudo, 6.329 tem 11 a 14 anos de estudo, enquanto apenas 610 habitantes possuem 15 anos ou mais de estudo.

Em relação ao sistema de saúde, por tratar-se de cidade com níveis educacional e de renda muito baixos, com problemas sanitários ligados ao abastecimento de água, ao esgotamento sanitário, e à limpeza urbana, com poluição de mananciais e com substancial população na zona rural, a cidade sofre com a falta

²⁶ Os dados sobre a cidade estão disponíveis no <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>.

de um sistema de saúde mais bem estruturado. Em 2000, faziam parte do sistema 24 unidades e 253 leitos. Os óbitos totalizaram 326, a maioria decorrente de doenças do aparelho circulatório e respiratório, além de doenças infecciosas e parasitárias.

3.2. Opção metodológica.

Em razão da inexistência de estudos acerca das práticas homoeróticas entre populações de homens que fazem sexo com outros homens residentes em contextos interioranos, que dêem conta das repercussões da epidemia de AIDS sobre essa população, o primeiro vetor dos procedimentos metodológicos, constituído por um *survey*, configura-se como exploratório. Buscamos uma caracterização inicial das atitudes e práticas frente a infecção pelo HIV entre essa população. O questionário²⁷ utilizado foi uma adaptação local feita a partir de instrumentos semelhantes utilizados em outros estudos nacionais e internacionais²⁸. Auto-aplicável, o instrumento era composto de perguntas fechadas e mistas. Ele possibilitou a identificação da auto-percepção do comportamento sexual, as preferências sexuais, quantidade de parceiros sexuais, bem como as atitudes frente à epidemia do HIV/AIDS entre a população em questão.

Inicialmente encontramos grandes dificuldades e resistências em contribuir com o estudo por parte de alguns HSH Bonfinenses. Esse fato pode ser atribuído a questões relacionadas à vivência do preconceito, estigma e perseguição no cotidiano desses indivíduos que ainda sofrem, diariamente, “de quando vai comprar o pão de manhã, até a hora de dormir”²⁹, com a intolerância de um universo sócio-cultural majoritariamente machista. Isso faz com que parte desses indivíduos ainda preze pelo anonimato. Alguns viam com desconfiança o interesse da Universidade por questões tão “íntimas” de suas vidas.

²⁷ Anexo 1

²⁸ A exemplo do projeto Convida ISC-UFBA.

²⁹ Trecho de fala de um dos informantes da pesquisa se referindo ao preconceito contra homossexualidade vivenciado no di-a-dia.

Considerando a impossibilidade de identificação quantitativa da população de homens que se envolvem em práticas homoeróticas em Senhor do Bonfim, e em qualquer outro lugar, optou-se pela amostra por conveniência, recrutada por meio da estratégia de captação de sujeitos em rede, com base na localização de informantes-chave.

As dificuldades iniciais foram transpostas, a partir de um processo, inesperado e extremamente interessante, de publicização da pesquisa, processo posto em prática por aquele que ainda é o melhor e mais eficiente veículo de comunicação do interior baiano, “a língua do povo”, e desse modo, a rede se formou: fulano que preencheu o questionário fala com o amigo, o amigo se interessa, e comenta com beltrano, que comunica a um outro grupo de amigos, enfim, quando percebemos havia se constituído uma rede de colaboradores e o projeto tornou-se conhecido entre a população estudada.

A partir dessa primeira alternativa construída através do intermédio dos primeiros indivíduos a preencherem o questionário, passamos a recrutar os informantes através do acesso às suas *redes de amigos* homossexuais. Em resumo a estratégia consiste em constituir um número mínimo e variado de informantes chaves os quais irão possibilitar o acesso da pesquisa a suas redes de amizades, daí outros informantes vão sendo constituídos e assim, paulatinamente, forma-se uma rede de sujeitos com uma variedade significativa.

3.3. Perfil da amostra

Foram aplicados questionários em 40 sujeitos, sendo que 35 nasceram, ou chegaram à cidade ainda criança, enquanto 5 indivíduos tem origem em outras cidades, na sua maioria provenientes de municípios da microregião³⁰, vivendo na cidade a pelo menos 5 anos.

³⁰ Região do Piemonte de Chapada Diamantina.

A faixa etária dos sujeitos que compõem a amostra varia dos 15 aos 52 anos, sendo que a maioria tem entre 15 e 30 anos, com um número significativo de indivíduos na faixa etária entre os 25 e 40 anos. A tabela 1 indica a frequência e percentuais de indivíduos em relação às diferentes faixas etárias.

Tabela 1

Idade		
	Frequência	%
até 15 anos	4	10,0
16 a 17 anos	1	2,5
18 a 24 anos	10	25,0
25 a 30 anos	7	17,5
31 a 40 anos	16	40,0
acima de 40 anos	2	5,0
Total	40	100,0

Em relação ao estado civil³¹, a grande maioria, 85% dos indivíduos entrevistados, considera-se solteiro, 5% são separados (viveram maritalmente com alguma mulher) e 7,5% referem casamento com outro homem, enquanto 2,5% indicam casamento com mulher. Tais números apontam para dificuldades em constituir relacionamentos fixos em tal contexto.

Dessa forma, 75% dos indivíduos residem com a família, 12,5% vivem sozinhos, 2,5% com parceiros, 2,5% com parceiras, enquanto 7,5% vivem com amigos.

O grau de escolaridade pode ser visualizado na tabela 2. Os níveis de escolaridade são consideravelmente baixos, 55% dos entrevistados possuem

³¹ Aqui consideramos como estado civil a identificação em diferentes categorias de relacionamento afetivo: solteiro, casado com homem, casado com mulher, divorciado, casado com travesti. Desse modo, um namoro fixo com um homem, mesmo sem compartilhar mesma residência, é considerado “casamento”, no sentido de relacionamento fixo.

apenas o ensino fundamental completo, enquanto somente 7,5% possuem o nível superior completo, e 7,5% são pós-graduados.

Tabela 2

Qual a sua escolaridade?		
	Frequência	%
sem escolaridade	1	2,5
primeiro grau incompleto	3	7,5
primeiro grau completo	3	7,5
segundo grau incompleto	15	37,5
segundo grau completo	9	22,5
superior incompleto	3	7,5
superior completo	3	7,5
pos graduado	3	7,5
Total	40	100,0

Quase que um terço da amostra, 62,5% dos sujeitos pesquisados, possui alguma atividade profissional. O que pode indicar - mesmo considerando os 12,5% de indivíduos que ainda não estariam em idade economicamente ativa - um índice elevado de desemprego entre essa população. O fato pode ter relação com os baixos níveis de escolarização. Na tabela 3 podemos visualizar as relações entre o grau de escolaridade e a posse de atividade profissional. Os indivíduos desempregados são aqueles que se encontra com níveis de escolaridade que indicam apenas o ensino fundamental.

Tabela 3

Qual a sua escolaridade? / Atualmente, você possui alguma atividade profissional?

Count				
		Atualmente, você possui alguma atividade profissional?		
		Sim	Não	Total
Qual a sua escolaridade?	sem escolaridade	1	0	1
	primeiro grau incompleto	2	1	3
	primeiro grau completo	1	2	3
	segundo grau incompleto	3	12	15
	segundo grau completo	9	0	9
	superior incompleto	3	0	3
	superior completo	3	0	3
	pos graduado	3	0	3
Total		25	15	40

Mesmo parte significativa da amostra encontrando-se desempregada, ou melhor, não possuindo um emprego “formal”, todos referiram possuir alguma ocupação. Essas variam desde ocupações que não geram remuneração, a exemplo de estudante (maioria composta por 32% da amostra), a modalidades de ocupações informais remuneradas, como “domestica”, passando pelos “profissionais da beleza” (cabeleireiro, esteticista, maquiador) e “auxiliares administrativos” (maioria office-boy), bem como funcionários públicos e professores, chegando às artes, o teatro – que se resume, sobretudo, à atividade de divulgação de promoções nas portas de algumas malharias ou casas de apostas da cidade – e as artes plásticas e artesanato, até a promoção de eventos corporativos e festas particulares, bem como bingos e sorteios, ou o comércio de artesanatos e bijuterias.

A tabela 4 indica a distribuição da amostra em relação à estimativa de renda familiar:

Tabela 4

Qual a sua renda?

	Frequência	%
Estou sem renda no momento	4	10,0
Até 1 salário mínimo	8	20,0
Acima de R\$ 350 até R\$ 600	17	42,5
Acima de R\$ 600 até R\$ 1.200	10	25,0
De R\$ 2.000 até R\$ 5.000	1	2,5
Total	40	100,0

Tomando como referência a renda familiar, 30% dos indivíduos que compõem a amostra têm famílias que vivem com menos ou até um salário mínimo por mês, 42,5% vive com mais de um salário e menos de dois, enquanto 25% possuem renda acima de dois salários sendo que apenas 2,5% (um indivíduo) possui renda superior a R\$ 2.000 reais.

Em relação à auto-definição da cor da pele, a amostra expressa uma maioria (57,5%) que se define como pardo ou negro ou indígena, enquanto 32% se dizem branco, e 10% referiram dificuldades ou recusa em se definir em alguma das categorias.

Quanto à identificação com alguma religião, 72,5% dos entrevistados afirmam serem ligados, direta ou indiretamente, a alguma religião. Temos 50% de católicos, 15% evangélicos, 2,5% espíritas, 2,5% estão relacionados à religião afro-brasileira (candomblé), e 2,5% tem relação com alguma religião oriental.

No que se refere às categorias tradicionais (homo/hetero/bissexual) comumente utilizadas para caracterizar a sexualidade humana, a tabela 5 mostra a auto-identificação dos indivíduos nas “categorias sexuais”:

Tabela 5

Você se define como?		
	Frequência	%
Homossexual	28	70,0
Bissexual	8	20,0
Travesti	1	2,5
Recusa a se definir	1	2,5
Sente-se confuso	2	5,0
Total	40	100,0

A grande maioria (70%) dos sujeitos acessados se auto-identificaram como homossexuais, 20% se dizem bissexuais, um informante é travesti, enquanto 7,5% se recusa ou tem dificuldades em se definir. Essa dificuldade é percebida, mesmo entre aqueles que se identificam como homossexual, se considerarmos os problemas em assumir a sexualidade.

A partir da amostra podemos inferir que quase metade dos HSH de Senhor do Bonfim, 42,5%, sente alguma dificuldade em assumir a sua sexualidade. As dificuldades estão relacionadas à vivência do preconceito e discriminação proveniente do estigma com o qual convivem tais indivíduos. O preconceito da sociedade, a discriminação e afastamento, impostos por uma não compreensão dos “motivos” que envolvem as práticas homoeróticas, são exemplos de justificativas apontadas como grandes barreiras ao “sair do armário”³². Os principais problemas em assumir a sexualidade estão nas situações familiares e profissionais. A grande maioria afirma considerar-se assumido apenas com amigos gays, a coexistência de amizades entre gays e entre outros contextos heterossexuais aparece como entrave no processo de “sair do armário”³³.

³² Expressão que se popularizou como o ato de expressar livremente a orientação sexual, assumindo a sexualidade homoerótica.

³³ Aqui vemos um grande receio à mentalidade machista dos amigos “homens” que não se envolvem com outros homens, em geral tidos como preconceituosos e intolerantes quanto à homossexualidade.

3. 4. Comportamento sexual.

Tomando como base a totalidade dos homens que se envolvem em práticas homoeróticas participantes da pesquisa, foram inicialmente analisadas as percepções quanto aos comportamentos e práticas sexuais desses indivíduos: as preferências sexuais, as parcerias e o prazer na relação sexual.

A iniciação sexual dos membros da amostra, salvo algumas exceções (2 sujeitos, que afirmam terem iniciado a vida sexual com mulheres), esteve relacionada ao engajamento em interações sexuais com parceiros do mesmo sexo biológico. Esse primeiro contato com práticas homoeróticas ocorre na infância, a partir dos 6 até os 9 anos, mas, de acordo com os indivíduos acessados, no geral essa iniciação ocorre especialmente dos 12 aos 17 anos na fase da adolescência.

O comportamento sexual mais referido foi o sexo com homens. Vemos que 67,5% dos entrevistados referiram ter tido sexo apenas com homens nos últimos doze meses anteriores à pesquisa. Entretanto, os números apontam para um percentual de 32,5% de indivíduos que tiveram sexo com homens e, em algum momento, interagiram sexualmente com mulheres. A recorrência de práticas sexuais que alternam entre “homossexuais” e “heterossexuais” demonstram o limite das tradicionais categorias sexuais – heterossexual, homossexual, bissexual – para o entendimento da sexualidade humana. Se confrontarmos esses dados com os referentes à auto-definição da orientação sexual (tabela 3, p. 52), veremos que apenas 20% se auto-intitulam como bissexuais, entretanto a homogeneidade teorizada não se aplica na prática, se percebemos que mesmo os sujeitos que se auto-identificam como homossexuais acabam também se engajando em contextos de interação sexual com mulheres.

Referente a preferências quanto à cor/etnia ou classe social dos parceiros sexuais, uma minoria indica preferência por parceiros de cor ou etnia semelhante a sua, no geral, os informantes demonstraram indiferença acerca de tais questões nos processos de escolha de parcerias sexuais.

Nos últimos doze meses anteriores à pesquisa apenas um dos indivíduos acessados indica não ter tido relações sexuais tanto com homens como com mulheres, três tiveram apenas um parceiro homem, enquanto 20 indivíduos afirmam terem se relacionado sexualmente com 2 a 5 parceiros, 8 tiveram de 6 a 10 e 8 indicaram de 11 a 20 parcerias sexuais. Desse total temos 13 indivíduos que referem uma ou mais parceiras mulheres, entre as parcerias sexuais do período questionado.

Quanto às práticas sexuais, as indicadas como preferidas, por proporcionar maior prazer sexual, é o sexo anal passivo (85% dos respondentes apontam “gostar” ou “gostar muito” dessa prática) e o sexo oral (90% afirma “gostar” ou “gostar muito”). A masturbação a dois também aparece como prática sexual bastante mobilizada, sendo realizada por 85% dos indivíduos.

Quanto à frequência de relações sexuais, a média de relações é de uma a duas por semana, um número um pouco abaixo do que constatou o levantamento realizado entre “heterossexuais” por um estudo acerca da vida conjugal e sexual dos brasileiros. Patrocinado pela Pfizer e coordenado pela psiquiatra Carmita Abdo³⁴, o estudo apresenta, entre outras coisas, que a média nacional de relações sexuais é de três vezes por semana, média um pouco maior que a média de relações sexuais entre os parceiros dos EUA.

A frequência de relações sexuais entre os homossexuais bonfinenses apresentando-se abaixo da “média nacional” pode ser mais um indicativo de dificuldades em constituir parcerias sexuais em tal contexto. Especialmente se considerarmos que 50% dos respondentes indicam frequência sexual entre: uma ou duas vezes no mês (42,5%); mês sim mês não (2,5%); e uma vez por semestre (5%). Desse modo podemos inferir que pelo menos metade dos indivíduos contatados pode ter alguma dificuldade em encontrar parcerias sexuais, dado que pode ser corroborado com os referentes à existência de relacionamento fixo, os quais apontam para um total de 90% de indivíduos solteiros³⁵.

³⁴ Ver, <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=85&sec=23>

³⁵ Esses dados serão corroborados pelas entrevistas. As dificuldades em encontrar parceiros e relacionar-se sexualmente no contexto da cidade de Senhor do Bonfim, como veremos na análise das entrevistas, aparece

Apesar de 70% dos sujeitos da amostra afirmarem ter tido algum parceiro ou namorado fixo nos últimos 12 meses prévios à pesquisa, vemos que em média esses relacionamentos duram 5 meses, sendo que a grande maioria não chega aos 3 meses. Outro elemento referente a tais relacionamentos é que parecem se resumir a troca e satisfação de desejo/prazer sexual. O fato de 90% dos HSH se auto-identificarem como solteiro pode ser um indicativo. No geral tais relacionamentos não podem ser caracterizados como um “namoro” propriamente dito, entendido como vínculo recíproco de intercâmbios de afetos e “bem queres”. Ao que apontam as entrevistas, a grande maioria dos parceiros com os quais os homossexuais de Senhor do Bonfim mantêm relações sexuais, engajam-se em tais relações primeiramente motivados por contrapartidas financeiras e/ou materiais. Ela pode ser desde o pagamento direto “por um programa” a algum dos poucos *michês*³⁶ que podem ser encontrados na cidade, ou a cooptação através de presentes e pequenos “mimos”, como uma roupa de grife, um jantar em um bom restaurante, uma bebida em um barzinho. Entretanto, as narrativas também irão apontar para outros motivos possíveis para o engajamento de jovens “heterossexuais” em relações de homoerotismo. Um fato curioso é que quase a totalidade dos entrevistados afirmam que nas situações de interação sexual com os “supostos heteros”³⁷, ao contrário do que concebe os esquemas populares pautados na dicotomia “bicha/bofe”³⁸ (ativo/passivo), quase sempre há um revezamento de “papeis sexuais”, no qual esse esquema é subvertido. O ativo torna-se passivo, e o passivo assume a atividade. Esse é mais um elemento que demonstra o limite das categorias tradicionais da sexualidade.

Desse modo, o principal padrão de relacionamento sexual dos respondentes no último ano anterior à pesquisa foi aquele de relações esporádicas com diferentes

como mais um elemento que compõe os meios de orientação frente às situações de interação sexual, juntamente com o “imperativo” da prevenção do HIV. Veremos que a “grande oportunidade” num ambiente de parcerias escassas, pode não necessitar a mobilização de determinados conhecimentos de práticas preventivas “receitadas” pela biomedicina, sendo terreno fértil para re-significações e construções de “receitas próprias”, no qual o preservativo aparece como a mais “correta”, entretanto, não a única forma de se prevenir da Aids.

³⁶ Profissional do sexo

³⁷ Expressão usada por um dos indivíduos entrevistados para fazer referência aos jovens da cidade que possuem namoradas, colocando-se socialmente como heterossexuais, “machos”, mas que “nas madrugadas frias de Bonfim” costumam visitar alguns homossexuais da cidade.

³⁸ Ver, entre outros, FRY, P & MACRAE, E. O que é homossexualidade. São Paulo: Brasiliense, 1983.

homens. Aproximadamente 80% dos sujeitos se envolveram em relacionamentos desse tipo no período considerado. As práticas sexuais mais mobilizadas foram: a masturbação a dois e o sexo oral. Mesmo assim 70% dos indivíduos afirmaram terem realizado sexo anal com parceiros ocasionais. Desse total, mais da metade, aproximadamente 45%, afirma que além de terem sido penetrados também penetraram seus parceiros.

A internet apareceu como opção de encontro de parceiro sexual apenas para um dos sujeitos, que afirma ter se relacionado sexualmente com alguém que conheceu pela internet.

3.5. Atitudes e práticas frente à epidemia do HIV/AIDS

Nas duas últimas décadas a AIDS tem sido o problema relativo à saúde mais importante para o universo dos homens que fazem sexo com homens. Mesmo que tenham prontamente respondido aos desafios colocados por essa epidemia, essa população ainda permanece vulnerável ao contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

No Brasil a transmissão sexual do HIV responde por grande parte dos casos de AIDS. Segundo o banco de dados do Ministério da Saúde³⁹, entre 1990 e 1999, a via sexual esteve relacionada a contatos entre homens que fazem sexo com homens em 48% dos casos. Entre estes, 63,5% deles declararam-se contaminados por exclusivo contato sexual entre homens. Sendo que do total de notificações de casos de AIDS no Brasil, 22,5% dos casos encontram-se em pessoas pertencentes às categorias de identidade bissexual e homossexual.

A prática do sexo anal seja insertivo, seja receptivo, sem o uso de preservativo de borracha (camisinha), é a prática sexual de maior risco para a transmissão do HIV.

³⁹ Disponível em, <http://www.aids.gov.br>

Neste sentido, os homens de práticas homo/bissexuais se colocam entre as populações de maior risco para a aquisição da infecção pelo HIV, em consequência da combinação entre a fragilidade e o alto poder de absorção da mucosa anal em contato com o sêmen, que se constitui no principal veículo orgânico para o HIV⁴⁰.

Em estudo realizado por Queiroz (1996) entre homo/bissexuais masculinos, constatou-se que 51,9% não usavam preservativos sistematicamente. Os homens homossexuais tendem a se envolver mais em práticas sexuais de risco com parceiros regulares do que com parceiros casuais.

Em se tratando de Senhor do Bonfim, a totalidade dos indivíduos que contribuíram com a pesquisa declaram que se sente em risco de contrair o vírus do HIV/AIDS. Essa percepção pode ser compreendida a partir de uma concepção da doença que a toma como um “fantasma” que pode “assombrar” a qualquer um, resumida em expressões do tipo “ninguém está livre”, muito comum para indicar a auto-percepção do risco de contrair o HIV. Outro elemento a considerar é que essa percepção também é associada à própria homossexualidade, ou a condição de “homossexual”, demonstrando a internalização do ideal de que os homossexuais constituiriam um “grupo de risco”⁴¹. Ideal esse que remonta ao momento em que é descoberto o Vírus da Imunodeficiência Adquirida, no início da década de 80, quando a nova doença foi fortemente relacionada aos homossexuais e às práticas homossexuais, chegando a ser conhecida como a *peste gay*.

Em uma escala que serviria para mensurar o grau de auto-percepção quanto à infecção pelo HIV, a grande maioria (82,5%) considera que tem “pouco risco” de contrair o vírus, enquanto 10% consideram que possui um “médio risco” de infecção e apenas 7,5% indicam “alto risco” de infectar-se pelo HIV.

Todavia, a auto-identificação do risco, relacionada com o engajamento em relações sexuais sem preservativos, aponta para o fato de que, mesmo considerando-se em situação de “pouco risco” de contrair a doença, os sujeitos mantiveram relações sexuais sem proteção, com parceiros fixos ou ocasionais, nos

⁴⁰ Ver, GONDIM & KERR-PONTES, 2000

⁴¹ Noção abandonada pela Saúde Pública e a epidemiologia, que passam a falar em “comportamentos de risco”.

últimos doze meses antes da pesquisa. Do total de 33 indivíduos que se intitulam em “pouco risco” de infecção pelo HIV/AIDS e que tiveram algum parceiro fixo nos últimos 12 meses, 17 afirmam ter praticado sexo desprotegido com o parceiro/namorado. Do mesmo modo, 17 sujeitos, dos 33 que consideram-se em “pouco risco” de contrair a AIDS, estabeleceram, ao menos uma vez nos últimos 12 meses, relações desprotegidas também com parceiros ocasionais.

Esses são dados que apontam para percepções de risco e prevenção que não estariam, necessariamente, em consonância com as modalidades de prevenção preconizadas pela ciência médica. Nesse contexto a prevenção é reelaborada via flexibilização das estratégias da biomedicina. Desse modo, o “receituário” da biomedicina não é tido como imperativo inevitável que se impõe aos contextos de interação sexual em tempos de AIDS. Ele pode, a depender da situação, ser substituído por modalidades muito próprias de práticas preventivas⁴².

Considerando que a média de idade da amostra é de aproximadamente 24 anos, e que em geral iniciam-se em práticas de homoerotismo por volta da adolescência entre os 12 e os 17 anos, podemos afirmar que em média a vida sexual desses sujeitos tem início durante a década de 90, momento em que, após uma década, a epidemia do HIV/AIDS já se apresentava como uma problemática mundial, tornando-se um dos mais graves problemas de Saúde Pública da virada do século.

Associada aos contextos metropolitanos, a epidemia da AIDS, e o conseqüente imperativo da prevenção, não parecia ser uma questão relevante para os adolescentes bonfinenses que começavam a vida sexual com homens na década de 90. Vemos que 77,5% dos informantes não usaram preservativo na primeira relação homossexual com penetração. A AIDS aparecia ainda como coisa de contextos urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro, de “artista doidão” a exemplo de Cazuza e Renato Russo. Enfim, naquela época, como disse um informante de nome João, “naquele tempo? Aqui em Bonfim? Ah, ninguém pensava nisso”⁴³.

⁴² Essa temática será retomada logo a frente na análise das entrevistas, e as “estratégias alternativas” de prevenção.

⁴³ Trechos de entrevistas.

Essa aparente “despreocupação” com a prevenção, através do uso da camisinha, parece ainda povoar o imaginário dessa população. Nos últimos doze meses prévios à realização do estudo, podemos ver que entre os homens que se engajam em relações sexuais com outros homens em Senhor do Bonfim, o uso do preservativo não é tido como obrigação quando se trata de relacionamento sexual com algum parceiro fixo ou “namorado”. Assim, envolveram-se mais em prática de risco com parceiros regulares do que com parceiros ocasionais. Dos 28 indivíduos (70% da amostra) que afirmam ter tido algum parceiro fixo ou namorado durante o ano anterior à pesquisa, 22 deles engajaram-se em práticas sexuais que envolveram penetração anal (passiva ou ativa) com parceiro/namorado sem o uso do preservativo. Apesar de esses relacionamentos fixos durarem em média cinco meses, sendo que a maioria não chega nem aos três meses, o principal motivo apontado para justificar o não uso da camisinha é a “confiança no parceiro” e a crença na sua suposta fidelidade⁴⁴. Mas também é justificado pela crença de não correr risco de contrair a doença porque “conhece o parceiro”⁴⁵, ou porque não tinha preservativos no momento em que “pinta aquele clima”, e ainda porque não gosta ou sente um maior prazer sem camisinha. Dos 22 sujeitos que transaram sem camisinha com o parceiro/namorado nos últimos 12 meses, 17 declara que não sabia o status sorológico do parceiro, e o restante tinha “certeza”⁴⁶ que o parceiro não tinha AIDS.

Como vimos o principal padrão de relacionamento sexual dos informantes no último ano anterior à pesquisa foi aquele de relações esporádicas com diferentes homens, 80% da amostra tiveram relacionamentos desse tipo no período considerado. Nesse mesmo período, 29 sujeitos (72,5%) estiveram envolvidos em situações de interação sexual na qual o parceiro contesta o uso do preservativo,

⁴⁴ A forma como a fidelidade é concebida por esses indivíduos é interessante maleável, a maior parte dos entrevistados afirmam saber que seus parceiros fixos ficam com mulheres, sendo que alguns possuem relacionamentos estáveis com mulheres. Essa é uma postura tolerável, até mesmo necessária, em alguns casos, para a manutenção do “namoro” uma vez que a grande maioria dos parceiros tidos como fixo não se identificam como homossexuais. A infidelidade do parceiro se traduz em relacionar-se com outro homem.

⁴⁵ Como veremos adiante na análise das entrevistas, o imaginário de que “no interior se conhece todo mundo”, tem repercussões interessantes quando da orientação na situação de interação sexual ante a necessidade de prevenção em tempos de Aids.

⁴⁶ Essa certeza nem sempre se traduz, como veremos na análise da entrevistas, em exame negativo de HIV. O “conhecer” o parceiro pode ser indicativo dessa “certeza”.

tentando convencê-lo a não usá-lo. A postura diante da tentativa de persuasão do parceiro no sentido do não uso da camisinha, para 3 dos indivíduos foi o convencimento do parceiro a se proteger, 2 fizeram sexo sem penetração após conversar com o parceiro, enquanto 6 decidiram não transar. O problema de Saúde Pública é que a grande maioria, 18 indivíduos, ante a resistência ao uso do preservativo por parte do parceiro, acaba por acatar a solicitação e transam sem preservativo.

Quando se trata da situação contrária, quando é o informante quem resiste ao uso da camisinha e tenta persuadir o parceiro a não usar, 14 dos respondentes afirmam que tentaram convencer, nos últimos 12 meses prévios à pesquisa, algum parceiro a não usar a camisinha. A postura dos parceiros diante da proposição de transar sem preservativo foi a de convencer o parceiro a se proteger, opção de 3 dos sujeitos, enquanto 1 decidiu não transar. Mais uma vez a postura mais adotada nessa situação foi a de transar sem camisinha, opção seguida por 10 dos indivíduos acessados.

Vimos que a masturbação a dois também aparece como prática sexual bastante mobilizada pelos HSH bonfinenses, sendo realizada por 85% dos indivíduos que declaram “gostar” ou “gostar muito” dessa prática. Essa é prática exercida “sempre” ou “frequentemente” quando da interação sexual com parceiros fixos e/ou ocasionais por mais de 80% dos indivíduos. Entretanto, mesmo sendo uma prática que pode garantir quase que 100% de prevenção quanto à infecção por DSTs e o HIV/AIDS (uma vez que evita o contato direto entre mucosas), não aparece como alternativa às situações e práticas que referem o “sexo inseguro” como mais prazeroso ou “única opção” ante a ausência do preservativo.

Em situações de interações sexuais na qual a prevenção através da camisinha é contestada/problematizada ou impossibilitada por qualquer motivo - especialmente por não ter o preservativo no momento, mas também por outras razões, como a resistência do parceiro em usar a camisinha, vista como incômodo que não permite a satisfação sexual plena, expresso em máximas como “transar com camisinha é o mesmo que chupar bala com papel”, muito utilizada pelos

sujeitos para justificar a preferência pelo sexo desprotegido – a masturbação a dois não aparece como alternativa preventiva.

Entre os 85% que afirmam praticar a masturbação a dois, 62,5% estiveram envolvidos, nos últimos 12 meses, em contextos de interação sexual na qual algum parceiro - fixo ou ocasional - tenta convencê-lo a fazer sexo sem camisinha. A tabela 6 relaciona o posicionamento diante da prática da masturbação e a reação ante as tentativas de persuasão, por parte do parceiro, no sentido da prática de sexo desprotegido.

Tabela 6

Prazer na relação sexual_masturbação * Se sua resposta foi sim, o que você fez?

Count		Se sua resposta foi sim, o que você fez?					Total
		transou sem a camisinha	decidiu não transar	fez sexo sem penetração após conversar com o parceiro	conseguiu convencer o parceiro a usar a camisinha	não se aplica	
Prazer na relação sexual_masturbação	Gosto muito	8	1	0	3	4	16
	Gosto	8	4	1	0	5	18
	Não gosto	2	1	1	0	2	6
Total		18	6	2	3	11	40

Podemos ver que num total de 25 indivíduos que afirmam gostar ou gostar muito da masturbação a dois, e que vivenciaram alguma situação na qual a prevenção via uso do preservativo é contestada pelo parceiro sexual, apenas 1 optou pelo sexo sem penetração, enquanto que 16 respondentes afirmam ter transado sem camisinha após o parceiro tentar convencê-lo a não usar, 5 decidem não transar, e 3 conseguem convencer o parceiro a usar a camisinha.

A proporção de homens mais jovens que se envolveram em relações sexuais desprotegidas no período analisado foi significativamente maior do que os mais velhos. Do mesmo modo, os que possuíam até o primeiro grau completo envolveram-se em relações sexuais desprotegidas mais frequentemente do que os que possuíam 2º grau ou ensino superior. Mesmo assim, ainda temos uma

quantidade considerável de sujeitos (8 no total, 20%), que possuem o ensino médio ou superior, e que mantiveram relações desprotegidas com parceiros fixos ou ocasionais. Assim, em relação à variável sócio-econômica, temos uma dificuldade em indicar uma correlação entre nível educacional e a prática do sexo seguro. O conhecimento e percepção do risco de infecção pelo HIV/AIDS não são facilmente traduzidos em mudança de comportamento.

Os homens que tiveram mais de 5 parceiros nos últimos 12 meses se envolveram com mais frequência em relações desprotegidas, bem como aqueles que tinham uma frequência maior de relações sexuais também estiveram mais expostos à situações de sexo desprotegido. Num contexto de epidemia mundial de AIDS, a mudança de comportamento tem demonstrado ser a forma mais efetiva de diminuir o avanço do vírus. Contudo, percebemos que a mudança de comportamento de homens que fazem sexo com outros homens frente à epidemia continua a ser um desafio.

A maioria da amostra - 27 dos indivíduos acessados - declarou não haver situações que justifique não usar a camisinha, enquanto 13 indicam alguma justificativa para não usar. Essas justificativas convergem na sua totalidade para questões relacionadas à confiança no parceiro e na suposta fidelidade do mesmo. Mais uma vez é mobilizado o imaginário de que “é possível conhecer as pessoas” no contexto do interior. Em relação aos que acreditam não haver motivos para o não uso do preservativo, percebemos inconsistências quando confrontamos esses dados com os referentes ao engajamento em relações sexuais desprotegidas. Vislumbramos a recorrência dessa prática mesmo entre esses indivíduos que acreditam no imperativo do uso do preservativo.

Outro elemento relevante é que as interações sexuais que envolvem práticas de sexo anal sem preservativo ocorrem, na sua maioria, entre homens que desconhecem o status sorológico dos seus parceiros.

Mesmo que a relevância da via sexual na transmissão do HIV seja indiscutivelmente reconhecida, o sexo oral nem sempre é percebido como prática sexual propriamente dita, ainda que em muitas comunidades represente uma das

primeiras experiências sexuais entre jovens (DONAVAN & ROSS, *abud* FUNARI, 2003). Podemos perceber essa percepção entre os homossexuais bonfinenses. Ao que parece apenas a penetração anal é tida como prática sexual propriamente dita. Desse modo, as práticas preventivas são direcionadas especialmente para as situações de interações sexuais que envolvem penetração anal.

Atualmente existem evidências científicas suficientes para se concluir que o sexo oral pode ser uma via de transmissão para o HIV⁴⁷. Entretanto, apenas 12,5% declaram usar a camisinha “sempre” que fazem sexo anal, 10% usam “a maior parte das vezes” e 7,5% usam o preservativo “poucas vezes”. A maior parte, 70% dos informantes, não usa a camisinha quando faz sexo oral. Tal postura pode ter haver com a “desqualificação” do sexo oral como prática sexual.

Mesmo a grande maioria considerando-se em algum grau de risco de contrair o HIV/AIDS – ainda que se considere em situação de “pouco risco” – temos que apenas 27,5% dos respondentes afirmam já terem feito o teste do HIV ao menos uma vez. Entretanto, a maioria dos indivíduos, quando questionada acerca do seu status sorológico para o HIV, declara ser soronegativo/HIV negativo.

É patente o elevado grau de informação que possuem os homens que fazem sexo com homens tanto sobre a doença quanto sobre os modos de transmissão, mas também é marcante a defasagem entre o conhecimento e a adoção do sexo seguro. Assim, observa-se que os homens de práticas homoeróticas, a despeito dos níveis consideráveis de conhecimento de formas de prevenção, ou qualquer mudança comportamental que possa ser observada, continuam se envolvendo em práticas (ou situações) que envolvem risco⁴⁸ para a aquisição do HIV: Relações anais sem o uso de preservativo, especialmente com seus parceiros regulares, mas também com parceiros ocasionais.

Paradoxo como esse demonstra os limites às estratégias tradicionais de medicalização que foram impostos pelo fenômeno AIDS. Mesmo com relativo alto

⁴⁷ Ver, FUNARI, Sergio L. *Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 19(6): 1841-1844. nov-dez,2003.

⁴⁸ Risco como categoria epidemiológica e de Saúde Pública.

nível de conhecimento e informação, indivíduos – em menor ou maior número – continuam a realizar práticas sexuais genitais e orais sem uso de barreiras protetoras contra o HIV. Desse modo, mais e mais, a problemática mundial posta pela epidemia demonstra demandar uma abordagem multidisciplinar, ultrapassando os limites da epidemiologia, inserindo-se em um contexto ético: se aos indivíduos é dado conhecer um determinado risco, se a elucidação a respeito desse risco é disponível, assim como as formas de se evitá-lo, e se esse risco pode representar a perda da vida individual e de outros, expor-se a ele ou fazer que outros se exponham representa um paradoxo para educadores, clínicos e cientistas.

No entanto, se ao lado desse aparente paradoxo, pudermos pensar que a percepção de risco pode estar estreitamente relacionada a formas de proteção contra um determinado mal, e que essas formas de proteção são muitas vezes reinterpretadas e readaptadas pelo sujeito, na subjetividade da sua compreensão, então um novo campo de reflexão pode ser estabelecido. A análise das entrevistas constituirá uma tentativa de desvendar esses “novos” significados e práticas, mobilizados pelos homens que se envolvem sexual e emotivamente com outros homens no contexto bonfinense. A questão a ser perseguida agora é aquela pertinente aos modos como esses indivíduos se orientam nas situações de interação sexual frente à epidemia de HIV/AIDS.

Capítulo 4. A *AIDS*, seu *risco* e sua *prevenção*.

Para a concretização dos objetivos propostos foram também utilizadas técnicas de natureza qualitativa, sendo a principal delas a entrevista semi-estruturada com um único respondente (entrevista em profundidade), mas também fazendo uso de entrevistas com um grupo de respondentes (grupo focal⁴⁹). Assim, buscamos estabelecer ou descobrir perspectivas, ou pontos de vista sobre os fatos, além daqueles do pesquisador ou da “Ciência”. O objetivo é uma melhor compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações, relacionados aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL, 2002).

Segundo Minayo (2001), em pesquisa, a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares, focalizando um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Dessa forma podemos vislumbrar fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Por esse caminho, esse vetor de análise da pesquisa tem por base 14 entrevistas em profundidade realizadas entre dezembro de 2004 e novembro de 2006.

A estratégia de recrutamento de informantes para as entrevistas também seguiu a dinâmica das redes de amigos. Entretanto, do mesmo modo que no início do campo, convivemos com sérias resistências, no geral direcionadas à entrevista gravada⁵⁰. Mesmo com a ênfase nas garantias dadas à manutenção do anonimato⁵¹ dos informantes, certos indivíduos ainda se mantinham receosos quanto ao registro de seus relatos, sobretudo pela temática a ser abordada, concebida como de fórum íntimo - o cotidiano de interações sexuais. Vimos também constantes referências ao preconceito e estigma impostos à homossexualidade.

⁴⁹ Entrevista semi estruturada com um grupo de 4 respondentes, cuja temática versava sobre as imagens e percepções acerca da camisinha.

⁵⁰ A opção por entrevistas gravadas tem a ver com o zelo à fidedignidade dos relatos dos sujeitos, favorecida sobremaneira com a utilização desse recurso.

⁵¹ Os entrevistados são identificados por nomes fictícios.

Para efeito de análise buscamos identificar e caracterizar as noções e valores, o conhecimento, que conferem aos indivíduos os modos de se orientarem no meio social e material, especificamente nos contextos de interação sexual, tendo como pano de fundo a epidemia do HIV/AIDS e suas repercussões no cotidiano sexual de uma população vulnerável à infecção pelo HIV.

A discussão é também concebida considerando a premissa de que o conhecimento e as representações sobre práticas sexuais são concepções sobre a concretização do desejo sexual, concepções que incluem atitudes, pessoas, locais e circunstâncias relacionadas à experiência sexual no contexto vivido: histórico, cultural, institucional (COSTA, 1996).

Desse modo, o roteiro⁵² de entrevista foi construído de modo a contemplar três grandes categorias de análise: (a) Imagens e conhecimentos sobre AIDS; (b) percepção de risco; (c) concepções de prevenção.

4.1. Caracterização dos entrevistados.

As idades variam entre 19 e 32 anos. Num total de 14 sujeitos entrevistados apenas dois não nasceram no município, entretanto, residem na cidade a mais de 15 anos, desse modo, podemos inferir que todos iniciam a vida sexual entre homens no contexto de interações sociais do município.

Todos se auto-identificam como homossexuais, consideram-se “assumidos” socialmente⁵³, sendo que um deles se intitula travesti, ou como ele mesmo diz “andrógeno”. Percebemos que entre esses homens que se relacionam com outros homens há uma espécie de estratificação, no sentido em que aqueles indivíduos que, no geral, possuem escolaridade mais elevada, que tiveram contato com o debate sobre direitos civis, e acerca da construção de uma *identidade gay* - e que,

⁵² Ver anexo 2

⁵³ A idéia inicial era contatar também indivíduos que não se identificam como gays mas que mantém relações sexuais com outros homens. Uma série de elementos, todos eles relacionados ao preconceito e discriminação relacionados às práticas homoeróticas, não permitiram o acesso a tais indivíduos.

curiosamente, acabam preferindo manter-se em um anonimato relativo quanto à homossexualidade -, tendem a se identificarem como *gays*, *entendidos*, e, especialmente, como *homossexuais*. Tais expressões, nesse universo, parecem servir para designar homens que assumem o homoerotismo de maneira “mais refinada”, que estariam mais próximos às camadas médias dos grandes centros, sendo um tipo diverso do homoerotismo daqueles os quais consideram como, ou si consideram, *bichas* e *viados*, tidos como “*fechativos*”⁵⁴.

Parker (2000: 80) destaca como característica mais marcante da sexualidade latino-americana a “cultura do machismo”, definida como “o complexo sistema ideológico que organiza as relações de gênero hierarquicamente (...)” Estas relações organizam-se com base em noções arraigadas de masculinidade (associada à atividade) e feminilidade (ligada à passividade). Sobretudo nas classes populares, não há o reconhecimento social das identidades “modernas”, demarcadas através das noções de homossexualidade e heterossexualidade. A homossexualidade é concebida a partir da lógica expressa no esquema *bicha/bofe*.

Desse modo, percebemos que não são construídos caminhos à constituição de uma *cultura gay* na cidade, qualquer menção à possibilidade da criação de um *grupo gay* como forma de mobilização contra o preconceito e discriminação, é vista como *loucura*⁵⁵. Por outro lado, as narrativas indicam que o preconceito e a discriminação são uma constante na corrente de experiências desses sujeitos.

No que se refere à prática religiosa, dentre os entrevistados há nove católicos, três evangélicos e dois que declaram “acreditar em Deus”, porém não indicam nenhuma religião⁵⁶. Entre os católicos figuram em maior número aqueles que se dizem praticantes (cinco), afirmando freqüentar a missa, alguns inclusive participando de grupos da igreja.

⁵⁴ Expressão derivada do termo “fechar” usado no sentido de “arrasar”; se fazer ver por qualquer motivo: uma roupa muito bonita, extravagante, um ato/comportamento fora dos padrões (os homossexuais que excedem nos traços femininos, ou mesmo os travestis e andrógenos são identificados como *fechativos*), vestir-se como mulher, beijar o parceiro em público, brigas e confusões; mas também vemos ser usado pra designar o indivíduo promiscuo aquele que *se joga*, portanto não se cuida, sendo um tipo evitado.

⁵⁵ Ao perguntar se nunca haviam pensado em se unir e formar um grupo, resposta – “Você é louco”.

⁵⁶ No geral os contextos religiosos são tidos como “intolerantes” à homossexualidade.

De maneira geral, assim como demonstrou a análise do *survey*, são baixos os níveis de escolaridade. Apenas um dos informantes possui ensino superior completo, sendo que seis deles possuem somente o ensino fundamental incompleto, o restante, quatro indivíduos, concluíram o ensino médio, enquanto três são estudantes desse mesmo nível. Apesar de não ser o foco da pesquisa, algumas narrativas apontaram para elementos, que permitem relacionar a baixa escolaridade, entre outros fatores, à vivência do preconceito e discriminação no contexto escolar o que pode vir a acarretar em desistência e evasão.

Exceto os estudantes, todos exercem alguma atividade remunerada ou possui alguma remuneração: dois dos informantes são professores, quatro deles são comerciários, um cabeleireiro, um maquiador, um promotor de eventos e um pensionista do INSS⁵⁷. Na ótica desses sujeitos a independência financeira (parcial ou total) aparece como elemento fundamental para “sair do armário” e assumir a orientação sexual, bem como para a aceitação e legitimação social.

4.2. Imagens e percepções acerca da epidemia do HIV/AIDS.

Os diversos grupos humanos quando confrontados com doenças epidêmicas incuráveis – tanto histórica como transculturalmente – tenderam a relacionar a origem de tais enfermidades a elementos localizados “extra grupo”. Quando interpelados quanto a origem de tal doença responderam: “Eu não”, “o meu grupo não”. As metáforas utilizadas para designar a sífilis, que no século 15 começa a varrer a Europa, nos oferecem um bom exemplo, “era a *mancha francesa* para os ingleses, a *morbis Germanicus* para os parisienses, a doença de Nápoles para os florentinos, e a enfermidade chinesa para os japoneses” (SONTAG, 1989:47).

Destaca-se em diversos contextos a concepção da AIDS como “*doença do outro*” (ALVES, 2001; KNAUTH, 1998, 1999; LOYOLA, 1994). Desde a descoberta

⁵⁷ O “andrógeno”. Esse benefício teria a ver com uma depressão que ele teve quando criança, assunto meio “escorregadio” na entrevista, mas aparentemente a doença, segundo o informante, teve relação com a descoberta de sua sexualidade e os projetos do pai referentes ao ideal do “filho homem”.

da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), no início da década de 80, que essa “nova” doença epidêmica, que passa a “assombrar” o ocidente, também tem sido ligada a nações estrangeiras e a grupos marginais. No ocidente, sua origem é geralmente localizada na África. Os africanos, por sua vez, tendem a situar a origem da AIDS no Ocidente – relacionada à colonização e ao imperialismo. Além de ligar a AIDS a nações estrangeiras, cada cultura específica a associa com certos grupos marginais: homossexuais e drogados no Ocidente; mulheres, incluindo prostitutas, no mundo subdesenvolvido (JOFFE, 1995).

Pelo o que fiquei sabendo é que, que, essa coisa de AIDS, essa miséria (...) essa merda chegou aqui em Bonfim, por que antes ninguém via isso, mas, foi, foi com um cara, um homossexual que morou, ele morou um tempo em São Paulo, fez curso de cabeleireiro (...) morreu aqui de, de AIDS, chegou, ninguém, ninguém nem imaginava, saudável (...) ficou com um monte de gente, daí meu filho, daí, daí ta aí do jeito que ta (...) só eu sei de três que já morreram... (Ney, 36 anos)

A vinda do vírus para Senhor do Bonfim é explicada pelo contato de um “nativo” com o contexto social urbano de um grande centro, São Paulo. Posteriormente retornando e trazendo a “miséria”, do “outro mundo”, que “infecta” o “nosso” contexto social sadio. Desse modo a doença é relacionada a contextos sociais específicos dos grandes centros urbanos, marcados por uma espécie de “impessoalidade” nas interações sociais, em especial as interações sexuais, nas quais não é possível “conhecer” verdadeiramente o parceiro, algo que seria permitido em situações mais “pessoalizadas” próprias de contextos sociais interioranos. No interior os indivíduos são visados e referenciados através de uma série de mecanismos que servem a uma tipificação: pode ser o sobrenome, ser filho de alguém conhecido (“Fernando de Fabinho”, “Maria de Creusa”), a profissão, a orientação sexual, mas também o bairro onde reside, ou um hábito específico.

A mesma percepção que associa a epidemia do HIV/AIDS ao ambiente das “metrópoles” pode ser vislumbrada quando interrogamos os informantes quanto à primeira experiência homoerótica que envolveu penetração, e se houve o uso do

preservativo. Nenhum deles usou camisinha na primeira relação, no geral esse fato foi justificado pela visão da AIDS como uma realidade externa à cidade, “coisa do Sudeste”, coisa que “só se via na televisão” ou em centros como Salvador. Assim, esse seria um problema que não interferia diretamente nas dinâmicas das interações sexuais dos sujeitos que iniciam a vida sexual entre homens no contexto de Senhor do Bonfim durante o início da década de 90. Como um problema não pertinente às dinâmicas sociais desse contexto, a epidemia da AIDS não demandava maiores preocupações uma vez que não havia “risco” de contrair a doença na “tranquilidade” do interior, distante do “caos” das metrópoles. Portanto, não temos relatos de uso de preservativo na primeira relação homoerótica, mesmo entre aqueles que deram início à vida sexual no final da década de 90 e início dos anos 2000.

Para tais indivíduos, a AIDS aparece no repertório de “maus”, que merecem cuidados, primeiramente através da televisão - ênfase à cobertura da mídia e as repercussões de casos de HIV/AIDS entre celebridades nacionais e internacionais, especialmente eventos como o de Cazuza e de Renato Russo, líder do grupo Legião Urbana –, e posteriormente por eventos como palestras e seminários realizados em escolas e entidades de classe, ou por instituições públicas de cuidado à saúde como secretarias estaduais e municipais de saúde, ainda em meados da década de 90, momento em que os primeiros casos começam a surgir na região. Bem como nas aulas de ciências e de biologia, onde o tema HIV/AIDS é inserido entre as DSTs, passando a ser tratado de forma mais incisiva.

Outro contexto identificado como difusor do vírus do HIV/AIDS para as cidades da região, e especialmente para o município de Senhor do Bonfim, é a cidade de Juazeiro que, a partir do final da década de 80, começa a se constituir, materialmente (em termos de desenvolvimento economia - impulsionado pela agricultura irrigada - e infra-estrutura urbana), e no imaginário popular da região, enquanto o grande “pólo urbano” do norte baiano. Em uma série de sentidos aparecendo como cidade alternativa à capital do Estado.

“Dizem que foram alguns travestis que pegaram a AIDS em Juazeiro no carnaval (..) é, a AIDS daqui veio de Juazeiro, veio de lá pra cá..” (Renato, 28 anos, comerciário)

“(..) é tanta história, eu sei que não começou aqui, acho que foi no carnaval de Juazeiro, do carnaval de Juazeiro (...) alguns viados daqui de bonfim, desses fechativos, sabe? Esse que só vive se for na pegação⁵⁸, na caçassão⁵⁹, sabe? depois, eles, eles que na fechação lá trouxe essa doença pra cá, por que todo mundo diz que não tinha isso aqui(...) (Kaká, 30 anos, comerciário)

A cidade de Juazeiro é tida também como meio social mais propício à difusão do vírus que viria a “assombrar” a Senhor do Bonfim. Fato vislumbrado, especialmente, a partir da morte de alguns “nativos”, egressos de Juazeiro ou que tiveram contatos com homossexuais provenientes dessa cidade, e a possibilidade de ser consequência de infecção pelo HIV.

A morte de dois sujeitos socialmente reconhecidos como homossexuais - o cabeleireiro citado anteriormente que teria trazido “a doença de São Paulo” para o município, e um travesti que teria adquirido o vírus em Juazeiro ou com parceiros provenientes dessa cidade – aparece como eventos que trouxeram certa inquietação entre os homossexuais, referente a uma maior proximidade com o “risco” de infecção pelo HIV/AIDS. Sobretudo se considerarmos uma peculiaridade das práticas homoeróticas em tal contexto, prática que alguns informantes classificaram como “rodízio” ou “rotatividade”, que se traduz no fato de que existiria certo número de jovens, identificados como “pretensos heterossexuais”, que no geral se engajam em relações homoeróticas com indivíduos assumidamente homossexuais, supostamente em troca de alguma contra partida financeira ou material (alguns podendo ser considerados como *michê*) acabando por se relacionar com um número considerável de gays da cidade.

⁵⁸ O termo pegação tem relação com a masturbação a dois.

⁵⁹ Ato de buscar parcerias sexuais. Aqui se tem uma ênfase na quantidade de parceiros.

“(...) como eu moro num lugar pequeno, o movimento social é muito, sabe ? muito rotativo, é muito pequeno, então, tem pessoas que tem a sexualidade mais aguçada, então, sai pra caçassão mesmo, e, isso usam ou não, usam ou não, querendo ou não, quando a gente for sentar pra bater um papo, quando vê as pessoas são as mesmas, no contexto sexual que satisfaz, quando a gente bota as cartas na mesa, e diz, ‘já saiu com fulano ?’, ‘já saiu com beltrano ‘, então (...) a gente vê, tem colegas meus aqui na cidade, um já faleceu, e o outro suspeita-se que esteja com HIV positivo, e se for pegar as pessoas que ele já saiu, eu já sai com dois também, apesar de ter usado preservativo e tudo, mas, tem dois que eu já sai (...) (João, 28 anos, professor)

“(...) pelo menos desse outro aí, de um que teve que foi, ele era assim meio que, trabalhava num salão, era cabeleireiro e tal. Andava muito meninos, até meninos que você nunca imaginava que rolasse alguma coisa, quer dizer, se realmente for dessa forma, eu não sei se ele transava com camisinha ou sem camisinha, deve ta, com uma com uma cidade pequena como essa, o rodízio como é aqui, todo mundo acaba ficando com os mesmos meninos (... e se esse também tiver, e vários como eu já tive informações que tem vários assim, é uma coisa assim que dá medo, ta de se estranhar, ta de se ficar com medo, digamos assim, não ta uma coisa apavorada ainda porque você não viu aquela coisa, vários os sintomas na pele, aquela coisa, várias pessoas morrendo, assim, sabe? Mas pelo que falam, e as pessoas que, principalmente, trabalham na secretaria de saúde, essa coisa toda, que fala é que realmente ta, mas é uma coisa assim que não ta amostra, digamos assim, as pessoas não tão naquele estado ainda, entendeu? Aí você fica meio assim, meio na dúvida, medo de não usar (...) (Paulo, 26 anos, maquiador)

“Tanto com homem quanto com mulheres, até por uma questão de de, aqui na cidade, ser uma cidade pequena, as pessoas que convivem assim, digamos, nesse meio, é uma rotatividade, sempre sai com as mesmas pessoas, quando menos se espera, fulano já saiu com um, já saiu com outro, com outro, então, você fica com medo porque a verdade é que ninguém sabia o que era isso, depois é que soube, é assim e tudo mais (...) (Ney, 36 anos, cabeleireiro),

Objetos e eventos sociais estranhos evocam medo, porque eles ameaçam o sentido de ordem das pessoas e sua sensação de controle sobre o mundo. Uma vez concebido sob uma feição mais familiar, o objeto social se torna menos ameaçador e tal processo nos ajuda a entender porque a AIDS foi inicialmente ancorada a representações mais familiares, como a de praga. Joffe (1995) nos dá como exemplo claro dessa situação os meios de comunicação ocidentais, que proclamaram a AIDS como *praga homossexual*, extraíndo tal concepção do meio médico. Em 1981, médicos norte-americanos isolaram um conjunto de sintomas (do que posteriormente veio a ser chamado de AIDS) em cinco homossexuais americanos. Eles a chamaram de Síndrome de Deficiência Imunológica Ligada aos Homossexuais (*Gay Related Immune Dficiency*). Nos esforços da mídia para transformar o achado médico em material interessante e atraente para a comunicação de massa, foram invocadas representações sociais de *praga*. O novo fenômeno, ao circular por entre os meios médicos, entre leigos, e na mídia ocidental, veio a ser objetificado não apenas na imagem de praga, mas em uma praga que se abatia apenas sobre identidades marginais: homossexuais, africanos, haitianos, drogados, prostitutas. A noção de *praga homossexual* ancorou a epidemia da AIDS a uma ameaça prévia – a praga bubônica, e a torna mais familiar

Do mesmo modo temos uma mobilização de signos que identificam e caracterizam a epidemia de HIV/AIDS como uma nova praga, como a *peste* que no passado assombrou a Europa, e que passa a assolar os contextos de interação sexual, inicialmente nos EUA e grandes centros europeus, agora nos países do Leste europeu e nos trópicos, inclusive ali na “tranquilidade interiorana”:

“Não sei nem te falar assim, porque todo mundo fala uma coisa, e a gente ouve outras, e a gente cria uma concepção completamente diferente até daquilo que seja a AIDS e tudo. A gente fica até com medo, as vezes, quando você ver, quando eu vejo mesmo eu fico até com medo de olhar as pessoas de fora. Quando eu vou pra Salvador mesmo eu tenho medo, porque prostituição existe em tudo quanto é canto, e homem hoje em dia, você sabe que o homem faz sexo quando ele quer, a hora que ele quer, sabe? Eu acho que AIDS, o pior é que ela veio pra matar mesmo, sabe?”

Tipo uma peste, sabe?...não teve aquela peste que teve a não sei quantos anos atrás? (...) pois, justamente, eu acho igualzinho, veio pra, infelizmente a gente ainda não tem um controle de tudo isso (...) (Marcos, 36 anos, comerciante)

(...) pra mim é a doença devastadora que veio como uma praga pras pessoas pensarem mais na vida, serem mais humanas umas com as outras, eu acho que isso também veio de pessoas, pessoas desumanas que fazem sexo com animais e depois faz com pessoas que hoje em dia não sabemos o que é a AIDS, só sabemos que ela mata, porque se a gente tivesse descoberto o que é a AIDS, já tinha cura, então não descobrimos ainda o que é a AIDS (...) (Bruna, 24 anos, travesti)

“O que seria a AIDS? cientificamente, como todo mundo sabe, não precisa nem dizer, mas, a AIDS pra mim é uma praga que veio fazer o povo pensar, veio mais um alerta sexual da promiscuidade que tá aí, certo, acho que por causa disso, de falta de orientação sexual tanto de hetero como de homo, tá uma coisa muito promiscua, e, todo mundo sabe que sexo tem que ter higiene, então, eu acho que através disso, foi criando bactérias, daí foi desenvolvendo, desenvolvendo, por causa disso que chegou a esse ponto, como é a gripe, se não cuidar o vírus vai renovando sempre, então eu acho que por causa disso, de década de 60, com o movimento hippie, depois veio os anos 80, então, com tudo isso, acho que daí foi desenvolvendo, por causa disso, da promiscuidade com o cuidado com a saúde, acho que desenvolveu esse vírus mais como alerta, que até hoje ainda tá, não vou dizer que não tá porque ainda continua do mesmo jeito, facilitar uma pessoa sai duas três vezes com várias pessoas, eu conheço gente que faz isso (...) (João, 28 anos, professor)

Mais uma *Praga* que tem sua origem e disseminação associada fortemente a questões propriamente morais, e entre os HSH bonfinenses, especialmente relacionada a valores como “fidelidade” em contra partida à “promiscuidade” identificada naquilo que seria um processo de banalização do sexo. A nova peste “devastadora”, fruto da “desumanidade” dos humanos no que se refere ao desejo e

ao prazer sexual – identificada, entre outros elementos, em práticas como a de “*peças desumanas que fazem sexo com animais e depois faz com pessoas*” –, é, antes de tudo, algo que se tem medo. O novo que quebra o mundo de normalidade.

“(…) não saberia, medo, medo, até porque o estranho assusta qualquer um, né? e não é uma doença normal, comum, se tornou comum pelo fato da proliferação da doença, mas dentro do contexto de Bonfim você sabe que é estranho, né? e de um tempo pra cá (...) você ver a pessoa murchando, secando e vulnerável a qualquer coisa, eu acho estranho, não saberia responder (...) (João, 28 anos, professor)

“(…) Depois que algumas pessoas morreram, aí meu filho, o povo viu aqui muito perto, tava mais perto, né? porque antes a gente só ouvia boatos (...) eu conhecia o Alberto⁶⁰ que morreu semana passada, conhecia mesmo, tive com ele quando já tava bem magrinho (...) medo, eu tenho medo (...) muita gente aqui está com medo, até os médicos já falaram que tem muita gente infectado aqui em Bonfim (...) (Renato, 28 anos)

Entretanto, interpretada a partir de esquemas mais familiares, como a *peste* que se impõe aos *desumanos*, a AIDS fica menos ameaçadora, pois é fruto de questões, propriamente morais, referentes ao engajamento em práticas sexuais fora dos padrões morais aceitáveis (que giram em torno da noção de promiscuidade). Práticas identificadas em tipos como as “*bichinhas fechativas*”. Esses modos de lidar com o desejo e com prazer teriam favorecido a “constituição do vírus”, também concebido como espécie de “castigo” à falta de normas e limites na vivência da sexualidade.

“Eu acho o seguinte assim, o vírus, o seguinte assim, foi uma consequência do pecado do próprio humano, pois, se a gente erra, a gente tem que pagar o próprio erro, então, pagou, como é que fala, se a pessoa errou, tem que pagar, então é, assim, () (*), tem gente que não fica sem transar, não mesmo, sai com qualquer um, então (...) é assim, muito horrível mesmo, sabe? Porque você sabe que você vai morrer, entendeu? ,*

⁶⁰ Optamos por atribuir nome fictício ao indivíduo referido como uma das vítimas da AIDS em Bonfim.

e tem assim, pessoas que tem muito preconceito ainda, “poxa você pegou o vírus, então sai que eu não quero pegar” mas não é fácil assim, você encostar e pegar o vírus, não, então é assim muito horrível isso, é muito chata a situação” (Alex, 21 anos, estudante ensino médio)

Outro elemento curioso e que demonstra a poderio de determinadas construções sócio-históricas - como essa que desde o início da epidemia do HIV/AIDS associa a doença e sua disseminação à homossexualidade, e o modo como a epidemia trouxe uma série de “imposições socioculturais” às interações sexuais, especialmente advindas dos meios médicos, mas também de outros contextos como a religião, a política e a cultura -, é o fato de as narrativas desses indivíduos apontarem para uma expressiva interiorização desse imaginário - que tem origem no seio da própria Medicina Ocidental, de certo modo, se mantendo até os dias de hoje, e que vai dar subsídio ao recrudescimento de preconceitos em outras esferas ou campos simbólicos, em especial a memória popular nutrida pela biomedicina e a mídia - que associam a AIDS às práticas homoeróticas, colocando os homossexuais como “grupo de risco”, responsáveis diretos pela proliferação do vírus. Os homossexuais são compreendidos como população que deve tomar um maior cuidado quanto às práticas preventivas. Dessa forma a homossexualidade é fortemente associada ao risco de infecção pelo HIV/AIDS.

“Principalmente nos, homossexuais, temos que se cuidar mais, principalmente nos que é mais fácil, tem mais facilidade de pegar essa coisa (...) é, como fala, é como se fosse um grupo de risco (...) (Henrique, 22 anos, estudante)

“(...) quem usa droga na veia, nós viado, claro, corre mais risco, é fator de risco (...) por isso, tem que se cuidar (...)” (Breno, 30 anos, comerciante)

“(...) até por que só ano passado sabe quantos? Sabe? Sim, quantos morreram? Só que eu sei foi três, e vou dizer, eu sei que todos três era bicha também, todos três, aliás, todo mundo sabe (...) tem que ter cuidado, não tem jeito, ainda mais nossa classe (Rs) (Renato, 28 anos, professor)

“Olhe, pra te falar a verdade, todos os 3 eram gays, sabe? Mas eram aqueles gays fechativos, sabe? Que eram fechativos, que se pintavam que se mostravam () pegavam um e outro não só pra curtir, pagavam mesmo, entendeu? Então, não tiveram nenhuma prevenção e pegaram Aids, né?”*
(Alex, 21 anos, estudante ensino médio)

Vemos que termos do repertório próprio da biomedicina são mobilizados por esses sujeitos para a interpretação da epidemia e de suas repercussões nas suas vivências sexuais. Nesse contexto o homossexual é tido como indivíduo que faz parte de um grupo mais vulnerável à infecção pelo HIV e, portanto, doravante deve buscar prevenção contra esse mal que em verdade não escolhe a quem acometer. Enquanto “praga” a AIDS é concebida como evento que pode acontecer com qualquer um, afinal, para esses sujeitos, apesar de eles, os “gays”, demandarem um maior cuidado contra a infecção pelo HIV, ninguém estaria isento de tal mal.

“Todos nós, ta entendendo? Porque uma camisinha pode estourar (...) principalmente, tem camisinha também que tem furos microscópicos que você nem percebe”
(Marcos, 32 anos, desempregado)

“(...) então, não, não acho que atinge qualquer pessoa, vai da capacidade da pessoa de se proteger, ninguém ta livre não(...)”
(Douglas, 19 anos, estudante)

“(...) porque não porra tem tantos sei lá (...) ó, é, na relação sexual eu posso até ser, ta entendendo? Que esteja, porque eu sempre me previno, peço pra pessoa se prevenir, mas as vezes tem um acidente, uma coisa assim, vai pro hospital faz uma transfusão de sangue, um tipo de uma coisa assim, ninguém, eu acho que ninguém ta, ta livre, ninguém, qualquer um pode pegar(...)”
(André, 36 anos, comerciante)

Eu acho que assim, ultimamente ninguém ta seguro, porque entre o homossexualismo é, eles tão sabendo mais se cuidar e se controlar, o risco maior ainda em casais, em pessoas noivas, porque costumam as mulheres se preservar pra primeira noite, e os namorados são machistas e não concordam com isso e acabam saindo pra orgia, e aí pode contrair em

qualquer outro lugar...e trazer pra dentro de casa. (Bruna, 22 anos, travesti)

Esse mal teria chegado a Senhor do Bonfim através de “nativos” imigrados dos grandes centros, que retornam à cidade trazendo a doença que, por sua vez, devido à “falta de regra”, de “erros” e “pecados” de alguns indivíduos que merecem o “castigo”, começa a se espalhar e a “assombrar” a tranquilidade bonfinense. A AIDS é tida como enfermidade que, a depender do organismo, de uma forma mais ou menos rápida, acaba por proporcionar uma morte desfigurante, agonizante e solitária.

(...) acho que quando chega a se manifestar é porque ela já está bem avançada, né? Disse que te... parece que tem encubação até de 10 anos na pessoa, se tiver o organismo bom,mas (...) acho que dependendo, acho que pode ser rápido ou pode ser mais lento (...) sei que a pessoa fica feia, magra, perde o cabelo (...) horrível (...)” (André, 36 anos, comerciário)

(...) eu vi ele uma vez, ele tinha vergonha (...) ficou assim bem magrinho, fragilzinho, teve um tempo que os amigos, dizem, os amigos que carregava ele (...) a pessoa fica acabada, sabe? Lembra não de Cazuza, magrinho, acaba a pessoa, é muito triste (...) (Renato, 28 anos, professor)

(...) meu filho morre sozinho, pode ter certeza. O preconceito é muito grande a pessoa pensa que pega chegando perto, pegando na mão, o copo separado, essas coisa assim (...) acho que é triste (...) (Ney, 36 anos)

Desse modo, todos os entrevistados acreditam estar em algum nível de risco de infectar-se pelo HIV, uma vez que, segundo eles, disso “ninguém está livre”. Doença que, salvo em seu estágio terminal “desfigurante”, não dá sinais que possam identificar o portador. Essa é uma percepção que pode ser expressa na máxima popular “quem vê cara, não vê coração”, muito usada para designar o fato

de que uma aparência saudável, ou uma “*bochecha rosada*”, pode na verdade esconder uma possível infecção pelo vírus da AIDS.

“Olha, é como eu to te falando, quem vê, quem vê cara não vê coração, assim, a gente sabe que hoje em dia você pode ver uma pessoa ali, aparentemente cheio de saúde e por dentro, pode ta, porque eu já conheci pessoa de Salvador, quando eu morei, que falavam que tava, que eram soro positivo e não demonstrava nada, entendeu? Nada, tava uma pessoa normal, então eu acho que no primeiro impacto, assim, você não percebe nada, percebe nada, agora tem aquele lance de que todo mundo sabe, né? Que tem aquelas manchas, que começa a aparecer mancha, começa a ficar o corpo a fica, perde peso, essa história toda, mas aí já é um estado que você já ta digamos, num estado grave, digamos assim, num estado que você já ta mesmo caminhando pra baixo, entendeu? Pro fundo, mas a quando você ainda ta, aparentemente você não percebe nada, você e não vê nada, nada (...) (Paulo, 26 anos, maquiador)

Assim, todos devem se cuidar desse “*mal devastador*”, a idéia de risco é algo que se impõe. Especialmente a partir da existência de casos entre pessoas conhecidas.

(...) medo de pegar doenças, principalmente a Aids, até mesmo eu tive um amigo aqui, não era bem assim, íntimo, mas ele passava, falava comigo, ele tinha um salão e morreu de Aids, daí então foi que eu abri mais a minha mente ainda, depois desse indivíduo daqui de bonfim (...) foi aids, daqui de bonfim, mas morreu em Salvador, saiu daqui doente, foi internado em Salvador e lá mesmo morreu. E tem outro agora que também ta doente e todo mundo também ta dizendo que é Aids, aí, aí faz com que você fique com mais medo e se cuide melhor (...) (Willian, 28 anos)

Entretanto, a problematização dos modos peculiares através dos quais tais indivíduos concebem o risco e a prevenção frente à epidemia da AIDS apontarão

para a complexidade do problema de Saúde Pública relacionado à prevenção contra o avanço da epidemia. Acreditamos que também trarão novos elementos para se pensar essas iniciativas de “combate” à epidemia, especialmente entre essa população.

A difusão da AIDS mais recentemente (na década de 90) tem sido vista como produto de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais (DANIEL & PARKER, 1991; PARKER, 2000). Nesta perspectiva, se supera a idéia inicial de que as informações sobre a infecção por HIV e suas formas de transmissão evocariam uma proteção individual e a adoção de medidas eficazes de prevenção.

É o que temos entre a população HSH de Senhor do Bonfim, bons níveis de conhecimento acerca das formas de transmissão, entretanto, veremos que apesar da consciência do “mal”, discernimento quanto às formas de contágio e de prevenção do mesmo, os homossexuais que interagem sexualmente no contexto da cidade ainda se engajam em relações sexuais desprotegidas, no que se refere à proteção concebida pela Biomedicina, ou seja, sexo com o uso do preservativo. O que aponta para uma noção de risco e prevenção que, em alguns sentidos, destoa da concepção propriamente epidemiológica. Sua apreensão aproxima-se de uma visada mais propriamente socioantropológica, em busca de uma noção *êmica* de risco e prevenção.

4.3. Conhecimento do risco e práticas preventivas.

Como vimos os dados demonstrados na análise do *survey* apontam, entre outros elementos, para os limites das ações de prevenção tradicionais utilizadas no combate à epidemia do HIV. O conhecimento das formas de infecção e, conseqüentemente, de prevenção, não vem se traduzindo em práticas de “sexo seguro”⁶¹.

⁶¹ Até o momento esse é o grande mote das campanhas de prevenção para a Aids, a “mudança de comportamento” com o engajamento dos indivíduos em práticas de “sexo seguro”, seja, com o uso do preservativo

Como esclarece Parker e Terto Jr. (1998:119), “desde 1989 a pesquisa sociocomportamental realizada entre homens que fazem sexo com homens no Brasil vem registrando níveis relativamente altos de conhecimento e informações sobre o HIV e a AIDS”. No entanto, esses níveis relativamente altos de conhecimento, paradoxalmente, relacionam-se a “(...) baixas taxas de mudança de comportamento”

A problemática do “por que” as pessoas, mesmo sabendo quais as situações que “trariam” o risco de infecção, se expõem ao risco, motivando-se ao sexo desprotegido, torna-se ainda mais complexa quando percebemos que esse procedimento é usualmente observado como um comportamento “patológico”, inalcançável pela educação. Porém, nesse contexto, “patológico” baseia-se na epistemologia médica, que por vezes exclui motivações éticas individuais. Ao considerar a sobrevivência biológica como o principal objetivo da vida humana, essa epistemologia entende sexo desprotegido, num mundo que enfrenta uma pandemia de AIDS, como algo “patológico”. Contudo, seguindo Odets (1995), se tomarmos outros valores éticos como referencia, valores que não a longevidade, mas aqueles, por exemplo, referentes ao conteúdo ou a qualidade de vida, então sexo desprotegido talvez não deva inexoravelmente ser tido como algo patológico.

A construção de modelos teóricos para a compreensão do crescimento da AIDS é de importância estrutural nesse contexto, pois não deixa de ser verdadeiro e atual – como vimos inclusive entre os HSH de Senhor do Bonfim – o fato de que, mesmo com relativo alto conhecimento e informação, indivíduos – em menor ou maior número – continuam a realizar práticas sexuais genitais e orais sem uso de barreiras protetoras contra o HIV (SOUZA, et al., 1999).

Desse modo mais e mais a questão da prevenção ultrapassa os limites da epidemiologia e insere-se em um contexto ético: propicia-se ao indivíduo conhecer um risco bem como as formas de evitá-lo. Uma vez que esse mal pode representar a perda da vida individual e de outros, expor-se a ele ou fazer que outros se exponham parece representar um paradoxo.

*(...) sei que pega com sexo sem segurança, através de penetração sem camisinha, se pega AIDS usando droga injetável, através de transfusão de sangue, se pega AIDS na manicure, se pega AIDS no tatuador, se pega AIDS no dentista, é muito arriscado, a AIDS ta em todas as partes, a AIDS não tem cara (...) teve uma vez que por muita carência eu não usei. (...) esse dia eu tava muito carente, muito carente mesmo, aí eu fiquei com ele (...) era tipo uma coisa escondida, sabe? Ele é ex-namorado de um grande amigo meu, mas meu amigo tava namorando com outro, esse amigo é “travesti”, aí eu tava muito triste, sabe aquele dia que eu não encontrei ninguém meu pra usar e nem ser usado, aí eu fiquei pensando no meu grande amor aí comecei a chorar, aí apareceu esse menino lá, num lugar que eu andava que era tipo uma casa de decorações que eu dormia lá, os meninos pediam pra eu dormir lá, aí eu dorme, aí nesse dia os meninos disse assim pra eu não ficar com ele, aí ele disse que ia dormir lá, aí quando eu tava deitado no colchão onde tava meio mundo de gente, aí ele começou a me alisar assim, com carinho, dizendo que gostava de mim, aí, de pontinha de pé, nós dois fomos para o banheiro, e assim, o bolso dele fazia zoadas, o meu também aí não deu pra pegar a camisinha, aí no começo só foi beijo e abraço, mas só que foi aquela atração tão grande que mesmo assim rolou (...) pessoal dizer que ele usa droga e pode até usar droga injetável na veia, eu não sei (...) **(Bruna, 22 anos, travesti)***

O que temos é um novo campo de reflexão que se abre quando consideramos que, ao lado desse aparente paradoxo, podemos pensar a percepção de risco como estando estreitamente relacionada a formas de proteção contra um determinado mal, e que essas modalidades de proteção são muitas vezes reinterpretadas e readaptadas pelo sujeito, na subjetividade de sua compreensão.

As Ciências sociais vêm apontando a complexidade dos fatores ligados à administração dos riscos referentes à transmissão do HIV. Dessa perspectiva, esses trabalhos observam como diferentes contextos socioculturais e diversas interações sociais podem influenciar os comportamentos e práticas sexuais. O que nos toca mais de perto é o fato desses trabalhos não apontarem necessariamente para um comportamento “irracional”, mas antes disso, para outra forma de racionalidade (DAVIES, et. al., 1993)

4.4. Risco e prevenção numa perspectiva sócio-antropológica

A “outra racionalidade” referida remete à questão do “risco” e à necessidade de uma abordagem multidisciplinar dessa categoria. Hayes (1992) afirma que o conceito de risco pode ser entendido como um campo acadêmico que não tem fronteiras bem delimitadas e definidas. Dessa forma é comum a existência de lacunas de coerência conceitual entre as distintas produções sobre a temática. O autor acredita que a linguagem utilizada para definir tal conceito precisa ser hermenêuticamente analisada.

Inserido como noção no século XVII, o risco podia designar, numa lógica de jogo, a probabilidade de um evento ocorrer, combinado à magnitude das perdas e ganhos que isso poderia acarretar. Atualmente, o conceito de risco é fortemente associado a resultados negativos. Assim, essa conotação cria um campo problemático para a noção de “correr risco”, excluindo qualquer reconhecimento dos benefícios (reais ou percebidos). (HAYES, 1992)

Outro problema apontado por vários autores é a definição de risco centrada na “escolha individual”. Como Hayes (1992) analisa o modelo de prevenção declarado no *American Journal of Health Promotion* (1986, *apud* Hayes, 1992) é um exemplo emblemático. Definindo a promoção a saúde como a “ciência e a arte de ajudar pessoas a modificar seu estilo de vida e mudar em direção a um estado ótimo de saúde”. O “paradigma individual” se tornou hegemônico na pesquisa e em campanhas sobre comportamento de risco. Essa racionalidade individual é a unidade sobre a qual se construiu toda uma trajetória de estudos e de orientação para a prevenção. Segundo esta lógica, o indivíduo devidamente informado (ênfase na cognição) será capaz de escolher, entre muitas opções, aquela que não lhe trará danos (ênfase na teoria da escolha racional). As influências dessa lógica racionalista, cuja inspiração iluminista se mostra evidente, autorizam a denominar de irracional (ou irresponsável) a todos os “desvios” entre o “conhecer” e o “bem agir”. A ação designada por Weber (1992) como “ação racional relativa a fins” seria o tipo ideal deste enfoque:

(...) Age de modo racional com relação a fins aquele que orienta a sua ação conforme o fim, meios e conseqüências implicadas nela e nisso avalia racionalmente os meios relativamente aos fins, os fins com relação às conseqüências implicadas e os diferentes fins possíveis entre si (WEBER, 1992:418).

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. A adesão a este ideário serve, além do mais, para distinguir os indivíduos considerados responsáveis dos não responsáveis (CRAWFORD, *apud* CASTIEL, 1996: 87).

Almeida Filho (2000) explora o conceito de risco nos campos discursivos do senso comum, da epidemiologia e da clínica. Para o autor, na esfera cotidiana o risco se apresenta como experiência pessoal e socialmente compartilhada. A epidemiologia toma o risco como seu conceito operacional fundamental; entretanto, situa-o para além do sujeito, localizando-o no âmbito das coletividades humanas. Nesse campo podem ser observadas quando se lê o risco como possibilidade/probabilidade de perigo/ameaça à saúde/integridade dos sujeitos no tempo e no espaço. A clínica vai mobilizar o conceito de risco como instrumento para a redução de incertezas na tomada de decisões, visando minimizar os elementos subjetivos do “raciocínio clínico”. Nessa migração do conceito, a clínica (e em boa medida a epidemiologia clínica) aplicará o risco ao individual. Nesse sentido, pressupõe-se que os membros individuais apresentariam a média dos atributos de uma dada população (para risco e fatores de risco). O autor observa que pertencer a um “grupo de risco” teria o mesmo significado que um sinal clínico, aplicando-se então “um conceito sobre um corpo ou sobre um sujeito”. Assim, constrói-se uma “terapêutica de riscos”, objetivando a prevenção dos riscos individuais. Essas amplas inconsistências, conformadas nos discursos científicos, influenciariam sobremaneira o imaginário social.

Castiel (1996) também afirma que a epidemiologia aderiu à teoria de escolha racional, ou seja, diante de vários cursos de ação, o indivíduo tomaria aquele que lhe traria mais vantagens. De uma forma simples, o doente seria alguém que não administrou bem os riscos existentes. “O corpo saudável deve pertencer a um proprietário que o mereça” (CRAWFORD, *apud* CASTIEL, 1996: 87).

No campo da AIDS, “risco” e “comportamento de risco” são conceitos-chave. A transmissão do HIV numa população não se dá aleatoriamente, mas está sujeita às variações dos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. Enquanto há poucos comportamentos capazes de transmitir o HIV, existem, em contrapartida, diversos fatores que determinam *como* e *se* estes comportamentos de risco ocorrerão (RHODES, 1997).

O que muitos autores (BLOOR et al., 1993; CONNORS, 1992; RHODES & QUIRK, 1998) defendem é que a vivência do risco e mesmo a sua percepção não se restringem ao universo individual. Ao contrário, o comportamento de risco é percebido e negociado na rede de relações sociais. Tais comportamentos são, em última instância, fruto das interações sociais e é neste campo que as estratégias de prevenção deveriam atuar.

4.5. Percepções de Risco

Entre os sujeitos pesquisados percebemos que primeiramente a noção de risco está diretamente ligada à noção de promiscuidade aliada à falta de instrução. Fatores sempre percebidos na ação de “outros”, uma vez que no geral os entrevistados se vêem de certa forma protegidos da epidemia, por adotarem práticas preventivas⁶². Para esses indivíduos, estariam mais próximas de contrair o HIV aquelas pessoas que não escolhem parceiros e, portanto, possuem muitas parcerias

⁶² Como veremos tais práticas mobilizam reapropriações e reelaborações do discurso médico.

sexuais, sem uma devida instrução em relação às formas de prevenção. Esse seria o tipo promiscuo, o que gosta de caçassão⁶³.

“Olha, o comportamento, transar com todo mundo, o comportamento, eu acho que falta de instrução das pessoas também, sabe? Só isso, agora se todo mundo se prevenisse, isso ia acabar rápido, rápido, rápido. Porque é como eu lhe disse pra você naquela hora, o que tem hoje de gente que ta contraindo AIDS, é fora do comum, e principalmente você vê que são pessoas que, são mais em época de festa, principalmente com a bebida (...)” (Marcos, 32 anos, desempregado)

“(...) sinceramente, acho que as pessoas de um grupo de risco, se é que existe, que eu acho que ficam vulneráveis a sair e achar que o necessário de uma boa noitada é ir pra cama, a galera da caçassão, tanto hetero como homo, eu conheço também meninas que assim, saem e pra elas só presta se for pro motel, se sair com um cara, beber e ir pra casa não satisfaz a vontade. Então eu acho que qualquer, ou de uma forma ou de outra, né?, sair com um aqui um ali já é um risco mais alto do que qualquer outro que seja mais recatado com seus sentimentos. Eu mesmo procuro conhecer pessoas mas muito depois que eu vou sair com essa pessoa (...) (João, 30 anos, professor)

Assim o risco é identificado mais diretamente a comportamentos e práticas de “outros”. Na identificação/tipificação desses foi muito comum a utilização da expressão “grupo de risco”⁶⁴, ou a referência a práticas pouco convencionais associadas à promiscuidade, como o sexo grupal, a troca de parceiros, e o sexo

⁶³ Referência ao ato de buscar parceiros sexuais.

⁶⁴ Noção abandonada pela epidemiologia que passa a falar em “comportamento de risco”

com animais⁶⁵. O que aponta para a influência do vocabulário médico na interpretação do risco.

Entretanto, como um mal que pode afligir a qualquer um, a AIDS permanece ainda como evento possível por uma série de elementos, mas, principalmente, por que o imperativo da prevenção acaba sendo maleável na medida do que identificamos como carência afetiva, uma possível consequência do preconceito estigma e discriminação, o que não favorece a constituição de uma “cultura gay” na cidade, entendida como a formação de espaços de sociabilidade próprios para o público, contextos onde possam interagir com “iguais”. A ausência de tais contextos foi muito mobilizada para justificar as dificuldades em se constituir parcerias afetivas e sexuais, e, portanto, expondo tais sujeitos a relacionamentos com indivíduos socialmente reconhecidos como heterossexuais.

“(...) é, eu não usei, é como a gente fala, eu não usei porque, as vezes você começa, entendeu? a vontade, a carência, ave menino, tanto tempo. As vezes você lembra da camisinha, só que quando você já ta num estado que, que, que você parar pra botar a mão no bolso e pegar uma camisinha, aí, quebrava, aí você deixa rolar até o final, aí deixa acontecer (...) (Willian, 28 anos, promotor de eventos)

“(...) Não, nem sempre, porque, se você vai pra uma boate, entendeu? Você só namora, você fica, troca telefone, entendeu? Sai, vai pra um cinema, aquela coisa e tal, aí quando você vê que não dá pra você, entendeu? que a pessoa não bate muito com você, você acaba, entendeu? espiando um pouco mais, e aí vai procurando outra pessoa, então, quando, porque, o que rola, assim, tipo, Salvador, pelo menos pra mim, rola muito assim. Aqui é mais pelo fato da carência, entendeu? por você, não se relacionar muito com as outras pessoas, não ter um mundo, não ter um bar, não ter então, você acaba pegando meninos, assim, que cobram, você acaba fazendo coisas com “heteros”, entre aspas, que pra mim não é hetero, entendeu? não existe, realmente não é, não existe, não tem, você acaba... Já lá você já tem um mundo, entendeu? já tem outras pessoas que pensam como você, entendeu? dessa forma, então você já tem uma opção

⁶⁵ Prática muito comum na zona rural onde os adolescentes comumente iniciam a vida sexual com quadrúpedes a exemplo de mulas e cabras

de, entendeu? sair com essa pessoa hoje, “ah, é essa pessoa que da pra mim”, entendeu? então você não chega de cara e já vai transando, você vai conversando, você vai se conhecendo, telefone, ta e lá até realmente o dia que você que rolou porque você realmente tava a fim, entendeu? mas não rola muito essa coisa de sexo, principalmente comigo, de cara, de vez? não, não, fica mais na paquera, mesmo as vezes tem uma coisa assim de amassos, entende? Aquela coisa mais ardente, mais, acaba ficando por ali mesmo, um vai pra casa e o outro pra casa, aí troca telefone (...) **(Paulo, 25 anos, maquiador)**

“A primeira vez que eu me lembro foi uma chácara e eu perguntei se tava, e ele falou que não tava, eu até falei assim pra gente tentar outra hora, mas ele tava muito só, eu também, com vontade, com tesão, sabe? Fiquei até arrependido depois (...) acho que aqui é muito difícil, a gente tenta segurar a onda, assim, com algumas pessoas, mais, é muito difícil. As pessoas, é como eu tava te falando, se tivesse um lugar específico pra fazer isso seria muito mais fácil, sem um local é muito difícil, sem local, e as pessoas daqui, infelizmente, elas vêm muito por interesse, vêm o sexo muito por interesse, e eu particularmente não, só se a pessoa tiver a fim mesmo” **(Douglas, 19 anos, estudante ensino médio)**

Tais situações são tidas como as mais propícias a uma possível exposição ao vírus do HIV/AIDS. A carência, o desejo e a necessidade de satisfação sexual, em muitas situações, aparecem como prioridade em relação a qualquer preocupação com a prevenção através do sexo com preservativo. Por outro lado a possibilidade de relacionamento mais comum entre esses indivíduos é com homens que se colocam socialmente enquanto “heterossexuais”. Como vimos nos dados do *survey* o principal padrão de relacionamento foi o do tipo esporádico, o que chamamos de parceiros ocasionais. Na sua grande maioria essas parcerias são formadas com jovens ou adolescentes – pelo que percebemos com idades que giram em torno dos 15 aos 24 anos, sendo que a maior parte fica entre 17 e 19 anos – que aparentemente engajam-se em tais interações em busca de alguma contrapartida financeira ou material, que pode ser “em espécie”, ou pode vir em forma de algum presente ou conveniências como uma roupa “de marca”, um jantar ou almoço, ou uma “noitada” em algum bar. Tais situações, as quais quase sempre envolvem bebidas alcoólicas, aparecem como propícias à exposição a práticas de sexo

inseguro e conseqüente infecção pelo HIV/AIDS. Elas também reafirmam aquela que é uma das premissas básicas da Antropologia quanto à sexualidade, em especial a homossexualidade, quando concebe que, “Não há uma verdade absoluta sobre o que é homossexualidade (...) as idéias e práticas a ela associadas são produzidas historicamente no interior de sociedades concretas.” (FRY & MACRAE, 1983: 10).

Ao analisarem a homossexualidade deslocando-a do enfoque psicológico e biomédico⁶⁶, colocando-a no campo do estudo da cultura e da política, Fry e MacRae (1983) expõem o debate acerca da distinção entre *sexo fisiológico* e *sexo social* (papeis sociais). Segundo esses autores, uma série de expectativas são criadas quanto aos papeis de homem e mulher. Na sua maioria, de maneira sutil e inconsciente, são impostas via diversos mecanismos sociais. O intrigante é que a mesma lógica não é utilizada no caso dos homossexuais e da homossexualidade, interpretada, no geral, em termos psicológicos e biológicos. Desse modo, é natural que o homossexual masculino seja “afeminado” e a homossexual feminina seja “ máscula”. “Bichas” e “sapatões” parecem adquirir status de condição “natural”. Desse modo, os homossexuais não sofrem de nenhuma “condição”, mas são levados por pressões sociais, em grande parte, a desempenhar variações heterodoxas dos papéis sociais normalmente atribuídos aos homens e às mulheres. “Há tantas maneiras de representar e praticar a homossexualidade quanto há sociedades, épocas históricas e grupos distintos” (FRY & MACRAE, 1983: 12).

Em busca da lógica social das idéias e práticas associadas à homossexualidade e sua significação, os autores descrevem a lógica das práticas homossexuais no chamado “Brasil Popular”. Nesse contexto social os papéis sexuais são rigidamente separados. O menino é chamado de *bicha* não porque se supõe que ele mantenha relações homossexuais, mas porque é “efeminado”, portanto, na relação homossexual ele desempenha o papel “femininamente passivo”. O rapaz que desempenha o papel masculino que poderia ser o parceiro da *bicha* – portanto estaria mantendo uma relação homossexual – é chamado de *homem* ou de *machão*. Assim, as concepções populares brasileiras de sexualidade são baseadas

⁶⁶ Áreas que se apropriam do assunto desde meados do século XIX.

fundamentalmente sobre as noções de sexo fisiológico e sexo social. Desse modo, as relações sexuais esperadas também são todas “heterossexuais” em termos de papéis sexuais. Os indivíduos socialmente “femininos” se relacionam com os socialmente “masculinos”. Os autores apontam como exemplo dessa maneira de organizar os papéis sexuais a área da prostituição, a exemplo de travestis e michês, na qual os primeiros são “femininos” e os segundos “másculos”. Essa seria uma evidência clara do caráter eminentemente social dos papéis sexuais, uma vez que tanto uns quanto os outros são homens fisiologicamente.

Os michês comem enquanto os travestis dão. Porém, na prática a teoria é outra (...) na privacidade da cama é freqüente que o travesti tome o papel ativo, como não é raro que o michê seja passivo.”

O segredo é que publicamente, de acordo com as regras formais, um respeitável senhor que é encontrado na companhia de um travesti passa por “macho”, o mesmo ocorre com o garotão que acompanha uma bicha. Apenas na cama os papéis são invertidos. (FRY & MACRAE, 1983: 46)

Essa lógica das práticas homoeróticas percebida no “Brasil popular” também é fortemente encontrada no contexto social estudado, sendo apontada como um dos grandes motivos da exposição desses indivíduos a possíveis situações que envolvem o risco de infecção pelo HIV. As narrativas apontam para sérias dificuldades em constituir parcerias fixas uma vez que as interações sexuais e afetivas são construídas com homens que são “supostos heterossexuais”, e, portanto, não compartilham o que poderíamos chamar de uma identidade gay⁶⁷.

“Aqui é muito difícil, você não acha ninguém que ti assuma (...) só menino interessado, fica se der uma roupa, ou sapato (...) o que eles tem mais medo é do povo ficar sabendo, só escondido (...) vêm mais pelo interesse, só interesse (...) Olha, algumas pessoas deixam, deixam que a agente seja

⁶⁷ Essa é uma das noções basilares no processo de constituição de entidades da sociedade civil engajadas na busca da efetivação dos direitos de homossexuais e no combate à discriminação, a exemplo do Grupo Gay da Bahia, um das organizações pioneiras no Brasil na luta pelo reconhecimento e gozo de direitos por parte da população, além de ser referência na denúncia e combate à homofobia.

ativo, eu particularmente gosto dos dois, me sinto bem penetrando e também, né? recebendo (...)” **(Ney, 36 anos, cabeleireiro)**

“Em Bonfim as vez só pagando, os meninos só ficam com você se for em troca de alguma coisa (...) não, todos são homens, alguns até tem namorada, mas fica é só a gente pagar uma cerveja, uma carne, uma camisa (...) aí, ninguém sabe com quem saí, se não conhece direito, né?”
(Renato, 28 anos, professor)

“(...) você acaba pegando meninos, assim, que cobram, você acaba fazendo coisas com “heteros”, entre aspas, que pra mim não é hetero, entendeu? não existe, realmente não é, não existe, não tem, você acaba (...)” **(Paulo, 25 anos, maquiador)**

(...) prevenir é se cuidar e muito, sabe? Não ta saindo com todo mundo, sabe? Ter sempre um parceiro, o quê é difícil, principalmente na cidade que a gente vive, é difícil alguém que lhe assuma, sabe? É muito difícil, mas hoje em dia é só se prevenir mesmo (...) evitar transar com esses meninos sem camisinha. **(Marcos, 32 anos)**

Referente à temática que move o estudo cabe ressaltar o fato de que os entrevistados afirmam não perceberem entre esses indivíduos que se colocam como heterossexuais, e com os quais acabam tendo que se relacionar - reproduzindo o esquema popular *bicha/bofe*, mas que em alguns casos esse esquema se afrouxa havendo uma troca de papéis –, nenhuma preocupação em relação à prevenção contra a AIDS. Vemos que essa “nova geração” é substantivamente associada à falta de regras, despreocupação com o futuro e, portanto, com o cuidado à saúde.

Preocupação? de forma nenhuma... pelo menos assim o que eles demonstra, de forma nenhuma, algumas pessoas, 50% entendeu? Alguns sim, pede a camisinha, mas normalmente quando você sai com uma pessoa dessa, você sai com um michê, digamos assim, desse tipo assim, você não vê preocupação, sabe? E principalmente quando você sabe que é michê, que você sabe, então você vai pra fazer, digamos assim, as

coisas básicas que, você não faz, porque as vezes por exemplo, na maioria das vezes, quando se tem relação com penetração, a gente já tá, quer dizer, é um hetero, entre aspas, entendeu? é um hetero então ele só vai mesmo, só pra fazer a penetração e você se satisfaz de outra forma, tipo se masturbando, essa coisa toda, entendeu? Mas quando você já vai com um menino tipo esses, entendido, então você já faz o que o hetero já não faz, entendeu? Você já beija, você já bota ele pra lhe masturbar, entendeu? Você já, as coisas que o outro não faria, você já acha fazendo com um menino desse, e a penetração você já nem exige muito, entendeu? E as vezes quando exige é ao contrário, você que penetra nele ao invés dele penetrar em você, entendeu? (Paulo, 25 anos, maquiador)

Além do mais, tais relações são vistas como de não realização plena do desejo afetivo e sexual, uma vez que acaba por se resumir, na sua maioria, a simples penetração, onde o *homem* faz o papel ativo e a *bicha* (*viado, maricas, baitola*) faz a performance passiva. Percebemos que essa lógica tem uma íntima ligação com o sentimento de carência afetiva, muito comum entre os sujeitos acessados pela pesquisa. Apontada como um dos principais motivos de “vacilos”, “descuidos” e “deslizes” quanto à adoção de práticas preventivas preconizadas pelos meios médicos e epidemiológicos.

4.6. O imperativo da prevenção e a mobilização de proteções imaginárias.

Como mencionado anteriormente, os sujeitos acessados são unânimes quanto à necessidade da adoção de medidas preventivas quanto à infecção pelo HIV/AIDS. Do mesmo modo, os entrevistados apresentaram um bom conhecimento, disponibilizado pelo campo biomédico, acerca das formas de infecção e de como se prevenir de uma possível contaminação pelo HIV: como o zelo em eventos que envolvam manipulação de sangue, a exemplo de transfusões, o não compartilhar agulhas, etc; e, sobretudo, o sexo com preservativo.

Entretanto, percebemos que os contextos e configurações das interações sexuais de tais indivíduos proporcionam a constituição de modalidades de prevenção muito próprias, atestando o quanto questões que envolvem o risco e a prevenção - especialmente no caso do HIV/AIDS por ter sua disseminação relacionada a interações sexuais, à esfera do desejo e do prazer sexual – são concebidas sócio-culturalmente uma vez que são negociadas nas diversas situações em que os sujeitos se engajam em relações sexuais.

(...) É por isso que eu só transo com conhecido, eu procuro saber quem é, como aqui é interior, pequeno, da até pra saber com quem a gente sai (...) da mais segurança, sei que não é com qualquer um que eu saio (...) fico mais tranqüilo sim (...) **(Renato, 28 anos)**

Assim, apesar do conhecimento de formas biomédicas de prevenção contra a AIDS, a exemplo do uso da camisinha, temos também a construção de modos de prevenção propriamente *êmicos* os quais estão pautados na identificação de tipos de parceiros que trariam mais ou menos tranqüilidade quanto à infecção pelo HIV. No exemplo mencionado, temos o parceiro do tipo *conhecido*, concepção diretamente relacionada ao imaginário de que no interior é possível “conhecer todo mundo”, inclusive aqueles que seriam mais propícias a serem portadores do vírus do HIV. Portanto, a partir dessa tipificação temos a construção do que Mendès-Leite (1995) chama de *proteções imaginárias*.

Com a proposta de problematizar as noções de risco e prevenção a partir de uma perspectiva sócio-antropológica, Mendès-Leite (1995) descreve o fenômeno das *proteções imaginárias*. A análise do fenômeno mostrou que a maioria dos indivíduos conhece a necessidade da administração dos riscos, está convencida da sua importância e realiza práticas preventivas determinadas. Porém, muitas vezes esses indivíduos procedem a uma reapropriação das normas de prevenção, deslocando seu sentido para outra perspectiva, ainda que, sob a ótica deles, o objetivo preventivo permaneça o mesmo. O ator social recorre a uma manipulação

simbólica das práticas preventivas, ao torná-las mais próximas de seu quadro cognitivo, o que lhe permite readaptá-las, guardando a impressão de não se colocar sob risco.

É o caso do indivíduo que, no lugar de utilizar sistematicamente o preservativo em encontros aonde haja penetração, usa-o segundo a aparência ou o estilo de vida de seus parceiros sexuais. Se para a epidemiologia tal tática pode parecer irracional pela ineficácia, ela é totalmente lógica para o indivíduo. Na realidade, na sua própria maneira, o que o indivíduo faz aqui é utilizar um dos principais mandamentos preventivos: evitar contatos desprotegidos com uma pessoa contaminada (MENDES-LEITE, 1995).

Dessa perspectiva a prevenção é tomada enquanto uma construção cultural. Assim sendo, a prevenção (e os comportamentos que ela implica) não pode ser estudada senão sob a visão do conjunto das representações da doença, do corpo, da infelicidade e do mundo no qual os indivíduos estão inseridos. No caso da AIDS, doença cuja principal via de transmissão é a sexual, as representações do imaginário social sobre a sexualidade (sexo, gênero, categorias e orientações sexuais, estilo de vida e de sexualidade, etc) são também de grande importância (MENDÈS-LEITE, 1995).

(...) por isso que eu procuro me informar mais sobre a vida da pessoa, tudinho, sobre o que ela faz, tudinho (...) você tem uma conversa franca com a pessoa, tudo assim, daí tem mais segurança (...) (Douglas, 19 anos)

(...) é isso rapaz, só com quem eu conheço, sem camisinha só com quem conheço, sei que é limpo e tal (Kaká, 30 anos)

Enquanto *atividade-situada*, a recepção do material simbólico produzido pelo discurso da Biomedicina e orientado à mudança de comportamentos de indivíduos, envolve reinterpretações e resignificações que tem como pano de fundo o horizonte da cultura da qual fazem parte tais indivíduos. Desse modo, os indivíduos vão

interpretar os preceitos preventivos segundo o seu quadro cognitivo sócio-cultural, dando-lhes um sentido que tornará possível colocá-lo em prática.

(...) Eu deixava porque eu confiava na pessoa, mas não tinha assim, ninguém ficava com medo de ter nada, não, de jeito nenhum (...) quando tinha um relacionamento com uma pessoa eu gosto mais de um relacionamento com outro homem que, por exemplo, nunca tenha tido relacionamento com outro homem, só comigo, que a primeira vez seja comigo. Aí geralmente eu ficava mais seguro, porque homem quando sai com mulher ele sempre usa camisinha (...) **(Marcos, 32 anos)**

(...) gente tem que mudar também, principalmente a gente se prevenir, por isso que eu gosto de pessoas que nunca tenha tido relações com outros homens, eu prefiro menino mais novo (...) **(Breno, 30 anos)**

É um mecanismo perfeitamente racional, que não nega a importância das atitudes prospectivas para se prevenir contra a doença. Muito pelo contrário, é exatamente por conhecê-lo e por dar crédito a esses preceitos que os indivíduos irão deles se apropriar e lhes dar sentido próprio, mesmo aos olhos dos outros o conteúdo “racional” possa parecer, no mínimo, paradoxal (MENDES-LEITE, 1995).

(...) pela intimidade que já tem né? a gente saber o grupo de pessoas, porque a gente sempre de um grupo reservado, o grupo de pessoas que a gente anda tá sempre afastado, é tanto que minha experiências homossexuais são poucas, os relacionamentos que eu tive não passaram de quatro pessoas não sou, como diz a linguagem, de “caçaçaço” não é minha onda, não faz o meu gênero (...) por isso acho que to protegido (...) **(João, 30 anos)**

Os atores sociais tentam fazer prevalecer suas preferências e práticas sexuais com uma lógica preventiva, mas, segundo o mesmo raciocínio, readaptam essa lógica de acordo com seus gostos e inclinações. Eles se “aproveitam”, por

exemplo, do fato de que o discurso sobre a importância do preservativo na felação seja muito ambíguo, para escolher exatamente a favor daquilo que eles preferem. Essa credulidade é semelhante àquela de pessoas que por diminuírem o número de seus amantes, presumem poder negligenciar a utilização sistemática dos preservativos, ou aqueles que por possuir um relacionamento fixo optam por não usar o preservativo, motivados pela suposta fidelidade do parceiro ou ainda aqueles que por realizar o coito interrompido estariam protegidos da epidemia.

(...) eu evito que gozem dentro, sabe? Goze dentro (...) quando chupo tiro da boca antes de gozarem (...) **(Ney, 36 anos)**

(...) com o tempo, a confiança, aí você não usa mais, com o parceiro não usa mais (...) **(Breno, 30 anos)**

Entre esses sujeitos temos que a totalidade considera que, em caso de parceria fixa, a prevenção através do preservativo só é necessária em um primeiro momento, quando ainda não se conhece muito bem o parceiro. Com o tempo o uso da camisinha é negligenciado, uma vez que a infecção pelo HIV é relacionada à promiscuidade, e tais indivíduos orientam-se a partir da consideração de que os parceiros são fieis, mobilizando, portanto, outras modalidades de prevenção.

Não, nem sempre, e principalmente quando é parceiro fixo assim que você, no início você pode até pedir camisinha, mas depois vai ficando, você acaba confiando e acaba liberando, entendeu? Acaba relaxando(...) **(Paulo, 25 anos)**

Pro amor verdadeiro não, mas pro ficante é essencial pra proteção não só minha como do parceiro também (...) **(Bruna, 22 anos, travesti)**

(...) As vezes, nos primeiros meses sim, depois, depois que já se tinha uma confiança deixei de usar, sempre é assim, todo mundo que eu conheço faz assim (...) **(André, 36 anos)**

O curioso é que esse mecanismo de *proteção imaginária* ancorado na concepção de confiança, que por sua vez está pautada na suposta fidelidade do parceiro, é mobilizado mesmo com a consciência de que a parceria pode também possuir parceiras femininas. Desse modo, a infidelidade é concebida apenas enquanto relacionamentos com outros homens, ou melhor, com outros homossexuais. Essa infidelidade traduzida no engajamento em outras relações homoeróticas é concebida como passível de constituir situações de risco. Essa premissa também é um forte indicativo da associação, introjetada por diversos mecanismos, entre homossexualidade e AIDS, expressa na idéia de que os homossexuais conformariam um “grupo de risco”, tipos que teriam uma ‘soropositividade em potencial’.

(...) Eu sabia que ele tinha uma namorada, mas de homem ele só ficava comigo, tinha certeza, aí a gente não usava (...) com ela eu nunca perguntei se usava (...) ah sim, meu medo era dele está saindo com a galera da fechação⁶⁸, mas eu confiava nele (...) **(Renato, 28 anos)**

(...) Ele tinha uma namorada mas era meu bofe, só meu, por isso que eu não usava não, só no inicio depois não (...) não precisava a gente se entendia, eu confiava nele (...) **(Ney, 36 anos)**

Assim, de modo geral, apesar de uma possível infecção pelo vírus da AIDS permanecer no horizonte de possibilidades desses indivíduos – especialmente no que tange a situações inesperadas, a qual pode fugir do controle: (...) *Não to livre totalmente porque de repente posso sofrer um acidente, precisar de transfusão de sangue e aí, a gente nunca sabe (...)* – esses sujeitos ao mobilizarem seus

⁶⁸ Esse termo faz menção, entre outras possibilidades, à homossexuais que seriam promiscuo.

estoques, muito próprios, de *proteções imaginárias*, se vêem de certo modo protegidos da epidemia mundial do HIV, mesmo que essa proteção destoe do que é preconizado pela Biomedicina, em última análise, o uso do preservativo.

4.7. Imagens acerca do uso da camisinha

Esse tópico de análise tem como subsídio a realização de um grupo focal com quatro dos indivíduos entrevistados: Renato, Ney, Breno e Kaká. O objetivo é problematizar, ainda que de uma forma experimental, as imagens do uso da camisinha que ainda é o principal vetor de prevenção contra a AIDS, se tomarmos a principal via de transmissão do vírus, a via sexual.

Para a condução do grupo focal, realizou-se preliminarmente uma seleção de textos, imagens/fotografias e signos associados direta ou indiretamente ao uso do preservativo. A dinâmica foi conduzida através de um roteiro ou tópico guia que orientou as entrevistas em grupo.

O roteiro foi confeccionado a partir de três categorias de análise: (a) imagens e significados relacionados ao preservativo; (b) aspectos situacionais do uso/não uso do preservativo e suas justificativas; (c) outras dificuldades e conflitos.

O grupo focal teve início com uma dinâmica de construção e organização de imagens e repertórios sexuais. Foram disponibilizadas fotos, textos e produtos (frases eróticas, imagens de produtos de *sex shops* e diferentes modalidades de preservativos) que pudessem focalizar ou sugerir o uso da camisinha, a partir das próprias experiências e referências sócio-culturais dos participantes. Durante a realização da entrevista em grupo, os participantes organizaram e distribuíram as imagens segundo critérios estipulados pelos mesmos. As discussões subseqüentes à dinâmica de grupo propiciaram o registro das experiências, dificuldades e sugestões de novas práticas, referências e estratégias em relação ao uso do preservativo.

Os discursos observados no grupo focal demonstram certa dificuldade de usar a camisinha também nos encontros homoeróticos ocasionais. Em narrativas construídas (reais ou imaginárias), o grupo enfatiza as várias experiências de encontros ocasionais, não previsíveis – que tem como contexto os espaços mais inusitados como, banheiros, mato, construções, ruas escuras – onde não há a disponibilidade do preservativo, devendo tomar a decisão de fazer ou não sexo com penetração.

A justificativa para o uso/não uso envolve modelos diferenciados de parceria. De modo geral, a confiança na parceria fixa, no contexto de um relacionamento (namoro), indica possibilidade de não uso. O uso ou não é associado, por um lado, ao imaginário de que é possível conhecer as pessoas no interior, e por outro lado, à carência sexual/afetiva, consequência da dificuldade de se constituir parcerias sexuais fixas. Desse modo, dependendo da pessoa, do “clima”, e do desejo sexual, é possível que não se use a camisinha.

Em se tratando de algumas de suas representações, ora está ligado a doenças (proteção), tido como uma espécie de remédio, ora vinculado ao prazer, diversão, conquistas e encontros eventuais (“flerte”, “caçada”, “bofe”). Mas a imagem mais preponderante é de que o preservativo seria um “mal necessário”. A principal preocupação é com a infecção pelo HIV/AIDS.

Os aspectos situacionais de uso/não uso encontram-se também vinculados ao que outros homens dizem, por exemplo, a perda de tesão ao colocar a camisinha (não adaptação) e desconforto ao usá-la. Ao que parece, para os parceiros, transar sem camisinha é melhor em todos os sentidos: maior contato com o parceiro; melhor desempenho sexual; maior prazer. No sexo oral, enfatizam o risco de infecção, mas também a dificuldade de usar a camisinha, principalmente pelo “gosto amargo” na boca. A fim de contornar uma possível exposição ao risco de infecção, utilizam a estratégia de retirar o pênis da boca antes da ejaculação.

As situações de conflito entre usar/não usar o preservativo também envolvem estilos de parceria. No geral a primeira relação homoerótica com penetração foi sem

camisinha, justificada pelo desconhecimento do HIV/AIDS ou pela concepção de que poderiam estar a salvo da epidemia associada inicialmente a contextos metropolitanos. O grau de estabilidade de um relacionamento também varia em relação ao tempo. O importante a destacar, mais uma vez, é que a imagem de uma relação estável justifica a retirada da camisinha. Também vemos que para os participantes, a realização do teste para o HIV (resultado negativo) e a relação sexual com alguém que nunca teve uma experiência sexual com penetração (ativa ou passiva) pode justificar o não uso.

Outro elemento a considerar é o que os entrevistados enfatizam como dificuldade ou vergonha de outros homens (principalmente entre jovens “heterossexuais”) de buscarem a camisinha nos postos de saúde, de pedir ou comprar, ou mesmo de se disponibilizarem a usar. Os entrevistados também indicam o fato de alguns homossexuais terem dificuldades - relacionadas com a vergonha - de perguntar ao parceiro: “Você quer usar?”.

Conclusões

Apesar de percebermos certa “aceitação” da homossexualidade no contexto do município de Senhor do Bonfim, que historicamente vem sendo associado a essas práticas⁶⁹. Mesmo sendo, de certa forma, “nítido” o número consideravelmente grande de indivíduos que se identificam como homossexuais, ou que se envolvem em relações sexuais com outros homens – o fato pode ser comprovado através de um simples passeio por ruas da cidade, certamente iríamos nos deparar com alguns sujeitos facilmente identificados como homossexuais⁷⁰; ou mesmo por aquilo que poderíamos chamar de “memória popular”⁷¹ – , o que seria um paradoxo, partindo do suposto de que os contextos interioranos seriam ambientes mais tradicionais, conservadores, avessos “a modernidades” quanto aos “hábitos e costumes”, a verdade é que a lógica social do *Brasil Popular* que explica a sexualidade homoerótica masculina expõe *homossexuais* – *bichas*, *viados*, *baitolas* – à vivências do preconceito e estigmatização.

A mesma lógica é estendida também ao interior da própria população de homens que fazem sexo com outros homens que convivem em tal contexto, que são tipificados em categorias como as *bichinhas fechativas* (o efeminado submisso ao esquema bicha/bofe), e os *homossexuais* (o *entendido*, aqueles sujeitos antenados nas questões referentes à luta por direitos civis e pela consolidação de uma *identidade gay*, mas que no contexto bonfinense, justificado pelo preconceito/estigma, primam pela discrição, alguns até mesmo pelo anonimato). Desse modo, não podemos dizer que a cidade tenha uma “cultura gay” estabelecida, considerada enquanto o desenvolvimento de um “contexto alternativo” como grupos organizados, constituição de “ambientes de sociabilidade” identificados com essa

⁶⁹ Ainda em 1997, recém iniciado no contendo da Academia, por muitas vezes tive que me colocar ante essa associação, “a cidade das bichas”, “só tem viado em Bonfim” ou questões do tipo.

⁷⁰ São muitos os tipos identificados como efeminados, alguns adotam o estilo andrógono, outros se assumem como travestis, havendo uso intenso de tecnologias de construções de corpos, a exemplo de hormônio feminino, silicone, tratamentos de cabelos e unhas, servindo ao processo de “tornar-se mulher”.

⁷¹ Efetivamente não existem dados acerca da estimativa de homossexuais masculinos da cidade de Senhor do Bonfim, entretanto são inúmeros os relatos, de “nativos” e de indivíduos provenientes de outras cidades do interior baiano, de que Senhor do Bonfim é “famosa” pelo grande número de “bichas”, “gay”, “viados”, “baitolas” etc. É muito comum um bonfinense ter que “suportar” piadinhas e chacotas que relacionam a cidade à homossexualidade masculina.

população, a exemplo de estabelecimentos direcionados a esse público⁷². Ou mesmo nas dificuldades apontadas em estabelecer relacionamentos fixos, como namoro ou “casamento”.

Desse modo o principal padrão de relacionamento é o do tipo esporádico, com uma alternância de parceiros ocasionais. Os homossexuais bonfinenses experienciam a sua “orientação sexual” em um universo ainda fortemente impregnado de “machismo”. Nesse contexto social os papéis sexuais são rigidamente separados. Desse modo, é comum que o menino seja chamado de *bicha* não porque se supõe que ele mantenha relações homossexuais, mas porque é “efeminado”, na relação homossexual ele desempenharia o papel “femininamente passivo”. O rapaz responsável pela performance masculina, potencial parceiro da *bicha* – portanto estaria mantendo uma relação homossexual – é chamado de *homem* ou de *machão*. A lógica social que insere a homossexualidade no cotidiano de normalidade é a do esquema *bicha/bofe* (passivo/ativo).

Essa dinâmica de relações é apontada como um dos principais motivos do engajamento em situações de interação sexual onde o uso do preservativo é impossibilitado ou contestado pelo parceiro. A carência afetiva e sexual propicia o envolvimento em situações nas quais o “clima” e o “tesão”, tornam maleável o repertório de “proteções” oriundo do campo biomédico, pedagógico e sociológico, mas especialmente o que “receita” o *sexo seguro* como forma de prevenção. Desse modo há uma exposição maior dessa população a infecções por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV.

No cotidiano de ação e interação sociais que irão constituir os encontros sexuais, o risco de contrair o HIV e o imperativo da prevenção são reelaborados, resignificados, na proporção da “carência afetiva”, que por sua vez parece ser fruto da lógica social em que se vivencia a sexualidade homoerótica, e que acaba por impor o anonimato, mesmo que relativo, de parte desses indivíduos, quanto a suas sexualidades. Assim, quando acontece “a oportunidade”, situações inusitadas em que “pinta um clima”, ou seja, quando se constitui uma chance de efetivar o desejo

⁷² Ver HOMOSSEXUALIDADE: DO PRECONCEITO AOS PADRÕES DE CONSUMO (concluir)

sexual/afetivo em um contexto de oportunidades escassas, o não ter a camisinha, ou a resistência do parceiro quanto ao uso, não impedem o engajamento em tais relações, acabando por realizar sexo anal desprotegido.

O arrependimento quanto aos deslizes em relação às práticas preventivas é arrefecido, caso o parceiro seja “alguém conhecido”, alguém de que se “sabe a procedência”, o filho de *Mariazinha*, o namorado de *Beatriz*, professor *João*, enfim, é mobilizado o imaginário social de que em cidades do interior do Brasil é possível conhecer as pessoas a partir de mecanismos específicos⁷³.

No repertório de conhecimento à mão em relação à prevenção, as recomendações da biomedicina e da saúde coletiva a respeito das formas de infecção e modos apropriados de prevenção, compartilham espaço com “receitas” muito próprias, formas “alternativas” de prevenção ou de *proteções imaginárias*.

Pautadas especialmente na vivência em uma realidade a qual se considera possível “conhecer as pessoas” - onde o imaginário de que “no interior todo mundo conhece todo mundo” ainda está presente⁷⁴ - o que permitiria a classificação de tipos de parcerias mais ou menos relacionados a uma possível infecção pelo HIV, tais proteções são o atestado de que diferentes contextos socioculturais e as diversas interações sociais que os constituem podem influenciar os comportamentos e práticas sexuais dos sujeitos. Desse modo a vivência do risco e mesmo a sua percepção não se restringem ao universo individual, ao contrário, o *comportamento de risco* é percebido e negociado na rede de relações sociais. Em última instância, ele é fruto das interações sociais.

⁷³ A prática da *fofoca*, o chamado “disse me disse” é um dos mecanismos, afasta aquelas parcerias que estão “na boca do povo”, e atrai aqueles que estão ausentes – ou presentes de maneira positiva – das crônicas do cotidiano relatas pelos *fofoqueiros de plantão*. Expressão da pessoalidade das relações, contrapondo-se à impessoalidade dos grandes centros onde “ninguém é de ninguém”. O contexto interiorano é tido como “terra onde toma-se parte da vida dos outros”.

⁷⁴ O curioso é que os números do ultimo censo do IBGE apontam que Senhor do Bonfim já possui mais de 60 mil habitantes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ADAM P., HAUET E, CARON C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. In: **VS/ANRS/DGS**, relatório, maio, 2001.

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Gênero, Sexualidade e Sexo: três dimensões da diferenciação sexual**. In: POIAN, C (org.) Homem Mulher: abordagens sociais e psicanalíticas. Rio de Janeiro: Taurus, 1987. p. 61-68.

ALMEIDA FILHO, N., A Ciência da Saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2000

ALVES, M. F. P., 2001. **Representações Sociais sobre Maculindade entre Homens pobres do Recife**. Relatório de Pesquisa. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco. 2001

AYRES, José Ricardo C. M. **Repensando conceitos e práticas em saúde pública**. In: PARKER, R & TERTO Jr., V. (Org.) Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

_____. et al. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS**. In: BARBOSA, R. G.; PARKER, R. (Orgs.) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro:IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999, p.49-72.

_____. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia, D; Freitas, C. M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 117-139.

_____. **Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.

ARIÈS, P. **Reflexões Sobre a História da Homossexualidade**. In: ARIES, P. & BEJIN, A. (orgs.). Sexualidades Ocidentais. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 77-92.

BADINTER, E. **XY: Sobre a Identidade Masculina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

BLOOR, M et al. HIV – **Related risk practices among Glasgow male prostitutes: Reframing concepts of risk behavior**. Medical Anthropology Quarterly, 7: 152-169.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Desafios da prevenção do HIV/AIDS contexto transcultural**. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília, V. XI, nº 2, mar/mai 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Tendência da Epidemia**. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília, V. XI, nº 2, mar/mai 1998a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília, v. 14, n. 2, p. 14-26, abr/jun. 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. [Pesquisa com homossexuais]. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 16 dez 2001b.

BRITO A. M; CASTILHO E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: Uma Epidemia Multifacetada. **REV. SOC. BRAS. MED. TROP.**, vol. 34, n. 2, 2001.

BULL SS, MCFARLANE M. Soliciting sex on the Internet - What are the risks for sexually transmitted diseases and HIV? **SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES**, 27: (9) 545-550 OCT 2000.

CÁCERES, C. Masculinidades negociadas: identidades e espaços de possibilidade sexual em um grupo de michês em Lima. In: BARBOSA, R. G.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

CÁCERES, C. & CHEQUER, P., **Men who have sex with men and the HIV epidemic in Latin América and the Caribbean**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AIDS, 13., Durban, Anais, 2000.

CANESQUI, Ana Maria (org). **Ciências Sociais e Saúde**. Rio de Janeiro. Hucitec-Abrasco, 1997.

CASTIEL, L. D., **Moléculas, Moléstias e Metáforas: O Senso dos Humores**. São Paulo: Unicamarco

CATANIA JA. et al. The continuing HIV epidemic among men who have sex with men. **AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**, 91: (6) 907-914 JUN 2001.

CONNORS, M. M. **Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: Implications for AIDS prevention**. Social Science and Medicine, 34: 591-601. 1992.

CORRÊA, M. **Medicalização social e construção da sexualidade**. In, LOYOLA, M. A (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, pp. 117-140. 1994.

COSTA, J. F. **A inocência e o vício: Estudos sobre o Homoerotismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. **A face e o verso: Estudos sobre Homoerotismo II**. São Paulo: Escuta, 1995a.

_____. A construção Cultural da Diferença dos Sexos. **Sexualidade, gênero e sociedade**, ano 2, n. 3, jun. 1995b. p. 3-8.

_____. **O referente da identidade homossexual.** In: PARKER, R & BARBOSA, R. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. p. 63-89. 1996

DANIEL, H. & PARKER, R., **AIDS: A Terceira Epidemia**. São Paulo: Iglu. 1991

DAVIES, P. M.; HICKSON, F. C. I. & WEATHERBURN, P. **Sex, Gay Men e AIDS**. London: Routledge Falmer Press. 1993.

DOLEZAL C. et al. Behavior: Understanding their association among four ethnic groups of Latino men ce use and sexual Substanisk who have sex with men. **JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE**, 11: (4) 323-336 2000.

DONOVAN C, MEARNNS C, MCEWAN R, SUGDEN N. A review of the hiv-related sexual-behavior of gay men and men who have sex with men. **AIDS CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV**, 6: (5) 605-617 1994.

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1 – A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1976/1999.

FOX KK. et al. Gonorrhea in the HIV era: A reversal in trends among men who have sex with men. **AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**, 91: (6) 959-964 JUN 2001.

FRY, P. & MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FUNARI, Sergio Luis. **Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens**. *Cad. Saúde Pública*. vol. 19, no. 6 pp. 1841-1844, 2003.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M. W.; Gaskell, G. (Eds). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002, p.64-89.

GREEN, J N. **Além do carnaval. A homossexualidade masculina no Brasil do séc. XX**. São Paulo. Ed. UNESP, 2000.

GREENBERG, D. **The Construction of Homosexuality**. [S. L.] : The University of Chicago Press, 1988.

GUIMARÃES, C. D.; TERTO Jr., V.; PARKER, R. Homossexualidade, Bissexualidade e HIV/AIDS no Brasil. Uma Bibliografia anotada das Ciências Sociais e afins. **PHYSIS**, 2(1), 1992.

HAYES, M. V., 1992. **On the epistemology of risk: Language, logic e social Science and Medice**, 35: 401-407.
logic and social science. *Social Science and*

HEATH KV, et al. HIV-associated risk factors among young Canadian Aboriginal and non-Aboriginal men who have sex with men. **INTERNATIONAL JOURNAL OF STD & AIDS**, 10: (9) 582-587 SEP 1999.

HEIDEGGER, M., **Ser e Tempo. Parte I**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEILBORN M L. Corpos na cidade: sedução e sexualidade. In: VELHO, G (Org.). **Antropologia urbana: cultura e sociedade no brasil e em portugal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. **Ser ou Estar Homossexual: dilemas de construção de identidade social**. In: PARKER, R. & BARBOSA, R. M. (orgs.) Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 136-145.

JANSSEN M, de Wit J, HOSPERS HJ, van GRIENSVEN F. AIDS Educational status and young Dutch gay men's beliefs about using condoms. **CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV**, 13: (1) 41-56 FEB 2001.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: **Representações sociais transculturais da AIDS**. In, GUARESCHI, P & JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) Textos em Representações Sociais. Petrópolis, Vozes. 1994.

KERR-PONTES LRS. et al. **Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil**. **AIDS**, 13: (6) 709-717 APR 16 1999.

KIM AA. et al. Cruising on the internet highway. **JOURNAL OF ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROMES**, 28: (1) 89-93 SEP 1 2001.

KINSEY, A. C. & MARTIN, C. E. & POMEROY, W. B. **Sexual behavior in the Human Male**. Indianapolis: Indiana University press, 1948/1998.

KNAUTH, D. R., A banalização da AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 9:171-202. 1998

_____. Subjetividade feminina e soropositividade. In, *Sexualidades pelo avesso* (R. M. Barbosa & R. Parker, org.) pp. 122-135, São Paulo. Editora 34.

LAQUEUR, T. **Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992/2001.

LEVINE, Donald N. **Visões da Tradição Sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

LIGNANI Jr L. et al. **Sexually transmitted diseases in homosexual and bisexual males from a cohort of HIV negative volunteers** (Projeto Horizonte). *Mem Inst Oswaldo Cruz* 95(6): 783-785, 2000

LOYOLA, M. A (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, 1994.

McRAE, E. **A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da “Abertura”**. Campinas: Editora Unicamp, 1990.

MCFARLAND W, CACERES CF. **HIV surveillance among men who have sex with men**. **AIDS**, 15: S23-S32, Suppl. 3 APR 2001.

MENDÈS-LEITE, R., **Identité et altérité – Protections imaginaires et symboliques au sida**. *Gradhiva*, 18:93-103. 1995.

MERLEAU-Ponty, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MILLS TC. et al. Health-related characteristics of men who have sex with men: A comparison of those living in "gay ghettos" with those living elsewhere. **AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**, 91: (6) 980-983 JUN 2001.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes, pp. 9-30. 2001.

MOTT, L. **Em Defesa do Homossexual**. CEOPCoS On Line, ano III, n. 156, 20 out. 2000c.

MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, vol.14 no.1, Janeiro 1998.

NUNAN, Adriana. **Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo**. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. **VIH y SIDA en las Américas: una epidemia multifacetada**. 2001.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. Best Seller, 1991.

_____. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA, 1994.

_____. **Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS**. *PHYSIS*, 7(1): 99-108, 1997.

_____. et al., *Pobreza e HIV/Aids: Aspectos antropológicos e sociológicos*. In, BRASIL, Ministério da Saúde. **Sobre a epidemia da Aids no Brasil: distintas abordagens**. 1ª Edição, 1999.

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

_____. **Na contramão da AIDS: Sexualidade, Intervenção, Política.** Rio de Janeiro: Editora 34. 2000.

PIMENTA, M. C. et al., **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: ABIA, 2001. v. 1. (Coleção ABIA – Saúde Sexual e Reprodutiva).

PURCELL DW. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. **JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE**, 13: (1-2) 185-200 2001.

QUEIROZ, LG. **Analysis of established relation between self-attributed identity and risk practices in Belo Horizonte, MG – Brazil gay community.** In, Abstracts of the 11 th International Conference on AIDS, jul 7-12, Vancouver, Canada. p. 506. 1996.

RIETMEIJER CA. et al. Sex hustling, injection drug use, and non-gay identification by men who have sex with men - Associations with high-risk sexual behaviors and condom use. **SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES**, 25: (7) 353-360 AUG 1998.

RHODES, T. **Risk theory in epidemic times: Sex, drugs and the social organization of 'risk behavior'.** Sociology of Health and Illness, 19:208-227. 1997

RHODES, T. & QUIRK, A. **Drug users' sexual relationships and the social organization of risk: The sexual relationship as a site of risk management.** Social Science and Medicine, 46: 157-169. 1998

SARTRE, J. P. **O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica.** Petrópolis: Vozes, 1997.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais.** WERNER, H. R. (Org.) Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SOMLAI AM, KALICHMAN SC, BAGNALL A. HIV risk behaviour among men who have sex with men in public sex environments: an ecological evaluation. **AIDS CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV**, 13: (4) 503-514 AUG 2001.

SONTAG, Susan. **A AIDS e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA CTV. et al. Perception of vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/bisexual men in Rio de Janeiro, Brazil. **AIDS CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV**, 11: (5) 567-579 OCT 1999.

STUEVE A. et al. Time-space sampling in minority communities: Results with young Latino men who have sex with men **AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**, 91: (6) 922-926 JUN 2001.

SUAREZ T, MILLER J. Negotiating risks in context: A perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men - Where do we go from here? **ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR**, 30: (3) 287-300 JUN 2001.

SZWARCWALD CL. **Estimação da prevalência da infecção pelo HIV em subpopulação HSH**. Relatório, 2000.

TERTO Jr. V. **Homossexualidade e Saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, junho de 2002

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no Paraíso: A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. São Paulo: Record, 2004.

UCHOA, Elizabeth & VIDA, Jean Michel. Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, 10(4) 497-504, out/dez 1994.

VILELA, W. V., **Homem que é homem também pega AIDS?** In: Homens e masculinidades (M. Arilha, S. Rident & B. Medrado, org.) pp. 129-134, São Paulo: Editora 34. 1998

WARNER, Michael. ***The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life***. New York: The Free Press, 1999.

WEBER, M., **Metodologia das Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez Editora. 1992.

_____. **Economia e Sociedade**. São Paulo: Editora Imprensa Oficial SP. Vol. 2. 2004.

WOLITSKI, R. J. et al. Are we headed for a resurgence of the HIV epidemic among men who have sex with men? **AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**, 91: (6) 883-888 JUN 2001.

ANEXOS

1. Questionário

Questionário auto-aplicável.

01. Qual a data de seu nascimento? __/__/__

02. Qual o local de seu nascimento? Cidade _____ Estado _____

03. Você está:

- | | |
|--------------------------|-------------|
| a. Casado com um homem | c. Solteiro |
| b. Casado com uma mulher | d. Separado |
| e. Outra situação _____ | |

04. Você mora com quem atualmente?

- | | |
|------------------------------------|--|
| a. Só | |
| b. Com um
Companheiro/namorado | d. Família (parentes, pai, mãe, avós, tios,
primos etc) |
| c. Com uma
companheira/namorada | e. Amigo (s), amiga (s) |
| | f. Esposa |

05. Qual a sua escolaridade?

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| a. Sem escolaridade. | e. Segundo grau: completo |
| b. Primeiro grau: incompleto | f. Universitário: completo |
| c. Primeiro grau: completo | h. Pós-graduação |
| d. Segundo grau: incompleto | |

06. Atualmente, você possui alguma atividade profissional?

- | | |
|--------|--------|
| a. Sim | b. Não |
|--------|--------|

Para qualquer uma das respostas, anote sua ocupação _____

07. Você poderia dizer sua renda mensal?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| a. Estou sem renda no momento | e. Acima de R\$ 1.200 até R\$ 2.000 |
| b. Até 1 salário mínimo (R\$ 350) | d. Acima de R\$ 2.000 até R\$ 5.000 |
| c. Acima de R\$ 350 até R\$ 600 | e. Acima de R\$ 5.000 até R\$ 10.000 |
| d. Acima de R\$ 600 até R\$ 1.200 | f. Tenho renda acima de R\$ 10.000 |

08. Você recebe ajuda financeira de outras pessoas?

- | |
|--|
| a. Não |
| b. Apenas de parentes |
| c. Apenas do/da companheiro/namorado (a) |
| d. Parentes e companheiro/namorado (a) |
| e. Outras pessoas |

09. Você se identifica com alguma religião em especial?

- a. Sim. Qual? _____
b. Não

10. Dentro das categorias abaixo, como você se definiria?

- | | |
|-------------|------------------------|
| a. Branco | e. Amarelo |
| b. Preto | f. Não sabe |
| c. Indígena | g. Recusa a se definir |
| d. Pardo | |

11. Você se identifica ou gosta de: (OBS. Nesta questão você pode marcar mais de uma alternativa)

- a. Lugares gays
b. Modo de se vestir ou moda gay
c. Linguagem ou gíria gay
d. Amigos gays
e. Outros _____

12. Você se define como:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| a. Homossexual | e. Transexual |
| b. Bissexual | f. Recusa a se definir |
| c. Heterossexual | g. Sente-se confuso |
| d. Travesti | h. Outra definição _____ |

13. Você sente alguma dificuldade em assumir sua sexualidade para outras pessoas?

- a. Sim. Porque? _____
Em que situações? _____
b. Não

14. Você se considera assumido? (OBS. Nesta questão você pode marcar mais de uma alternativa).

- a. Sim, com amigos
b. Sim, na família
c. Sim, no trabalho
d. Sim, em outras situações. Quais? _____
e. Sim, em todas as situações
f. Não

15. O que lhe dá maior prazer na relação sexual? (Marque com um X dentro do quadro)

	Gosto muito	Gosto	Não gosto	Não sei
Sexo anal (sendo ativo)				
Sexo anal (sendo passivo)				
Masturbação				
Sexo oral (chupar)				
Sexo oral (ser chupado)				
Outros: _____				

16. Por que você sente maior atração sexual? (Marque com um X dentro do quadro)

	Gosto muito	Gosto	Não gosto	Não sei
Homens não afeminados				
Homens afeminados				
Homens sarados				
Bissexuais				
Homens casados				
Gays assumidos				
Gays não assumidos				
Garotos de programa				
Homens mais novos				
Homens mais velhos				
Outros: _____				

17. Você prefere relações sexuais com parceiros que tenha:

- a. Cor ou etnia semelhante da sua
- b. Cor ou etnia diferente da sua
- c. Indiferente / Tanto faz

18. Você prefere relações sexuais com parceiros que:

- a. Pertença à mesma classe social
- b. Pertença a classe social mais baixa
- c. Pertença a classe social mais alta
- d. Indiferente / Tanto faz

19. Sua primeira experiência sexual com outro homem foi com penetração?

- a. Sim. Com que idade? _____
- b. Não

20. Se sua primeira experiência homossexual foi sem penetração, você tinha que idade? _____

21. Nos últimos doze meses, você lembra quantos parceiros sexuais teve? (OBS. Nesta questão você pode marcar mais de uma alternativa)

- | | |
|-----------------|---------------|
| a. Homens. | Quantos? ____ |
| b. Mulheres. | Quantos? ____ |
| c. Travestis. | Quantos? ____ |
| d. Transexuais. | Quantos? ____ |

22. Nos últimos 12 meses, qual a frequência de suas relações sexuais?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| a. Diariamente | f. Uma vez por trimestre |
| b. Cinco vezes por semana | g. Uma vez por semestre |
| c. Duas a três vezes por semana | h. Não teve |
| d. Uma a duas vezes por mês | i. Outra: _____ |
| e. Mês sim, mês não | |

23. Nestes doze meses, você teve um parceiro ou namorado fixo? (OBS. Nesta questão você pode marcar mais de uma alternativa)

- | | |
|--|--|
| a. Sim, com um homem.
Por quanto tempo? _____ | c. Sim, com uma travesti.
Por quanto tempo? _____ |
| b. Sim, com uma mulher.
Por quanto tempo? _____ | d. Não |

Se você respondeu não passe a questão 28.

24. Qual a idade de seu parceiro? _____

25. Nestes últimos doze meses, você fez (pelo menos uma vez) sexo anal sem camisinha com seu parceiro/namorado?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não lembra
- d. Nunca fez sexo anal

26. Caso Não tenha usado a camisinha, diga por quê? (OBS. Nesta questão você pode marcar mais de uma alternativa)

- | | |
|---|---|
| a. Porque achou que não havia risco de pegar AIDS | f. Porque o parceiro não tem outros parceiros |
| b. Porque confia no parceiro | g. Porque não tinha camisinha |
| c. Porque não tem o hábito | h. Não sabe |
| d. Porque o parceiro não gosta | i. Sempre usa camisinha |
| e. Porque não gosta | j. Outro motivo _____ |

27. Você sabe se seu parceiro/namorado é:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| a. Soronegativo/HIV negativo | b. Soropositivo/HIV positivo |
|------------------------------|------------------------------|

c. Não sabe

28. Na sua primeira experiência homossexual com penetração, você usou camisinha?

- a. Sim
- b. Não
- c. Nunca fez sexo anal

29. Nos últimos doze meses, algum parceiro (fixo ou ocasional) tentou convencer você a fazer sexo anal sem camisinha?

- a. sim, frequentemente
- b. Sim, às vezes
- c. Sim raramente
- d. Não, nunca

30. Se sua resposta foi SIM, o que você fez?

- a. Transou sem a camisinha
- b. Decidiu não transar
- c. Fez Sexo sem penetração após conversar com o parceiro
- d. Conseguiu convencer o parceiro a usar a camisinha

31. Nos últimos doze meses, você tentou convencer algum parceiro (fixo ou ocasional) a fazer sexo anal sem a camisinha?

- a. Sim, frequentemente
- b. Sim, às vezes
- c. Sim, raramente
- d. Não, nunca

32. Se sua resposta foi sim, o que ele fez?

- a. Transou sem a camisinha
- b. Decidiu não transar
- c. Fez sexo sem penetração após conversar com você
- d. Conseguiu convencer você a usar a camisinha

33. Durante o São João você: (OBS. Nesta questão você pode marcar mais de uma alternativa)

- a. Tem relações sexuais com mais parceiros
- b. É mais cuidadoso nas relações sexuais
- c. É menos cuidadoso nas relações sexuais
- d. Sempre usa camisinha

34. Quantos parceiros teve no último São João? _____

35. Você já transou com homens que conheceu pela internet?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não usa a Internet

36. Os parceiros sexuais que não são fixos podem ser chamados de “parceiros ocasionais”. Se você considera que não teve parceiros ocasionais ao longo dos últimos doze meses, passe à questão 38. Se considerar que teve parceiros ocasionais, responda o que você praticou: (Marque com um X no quadro).

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca
Masturbação a dois				
Sexo oral				
Se deixou penetrar				
Penetrou				
Sexo grupal				
Sexo por dinheiro (pagando)				
Sexo por dinheiro (recebendo)				
Outras práticas				

37. Você deixou de praticar alguma das opções da questão anterior para não contrair doença sexualmente transmissível ou AIDS?

- a. Sim. Qual? _____
- b. Não

38. Você usa a camisinha quando faz sexo anal?

- a. Sempre
- b. A maior parte das vezes
- c. poucas vezes
- d. Não

39. Você usa a camisinha quando faz sexo oral?

- a. Sempre
- b. A maior parte das vezes
- c. Poucas vezes
- d. Não

40. Nas suas relações sexuais, você sente prazer em situações que envolvem algum tipo de risco ou perigo?

- a. Sim. Qual _____
- b. Não

41. Você gosta de fazer sexo em locais públicos?

- a. Sim. Onde? _____
- b. Não

42. Para você, existe alguma situação que justifica NÃO usar a camisinha?

- a. Sim. Em que situação? _____
- b. Não

43. Você se sente em risco de contrair o vírus da AIDS?

- a. Pouco risco. Por quê? _____
- b. Médio risco. Por quê? _____
- c. Alto risco. Por quê? _____

44. Nos últimos doze meses, quantas vezes você teve penetração anal com outro homem (ativo ou passivo) sem usar a camisinha?

- a. Nenhuma vez
- b. Uma vez
- c. De duas a cinco vezes
- d. Mais de cinco vezes

Se você respondeu “nenhuma vez”, então passe à questão 46, do contrário, responda à questão seguinte.

45. Entre estes homens com os quais praticou sexo anal, havia algum que você:

- a. Sabia que era HIV positivo
- b. Não sabia se vivia com HIV/AIDS
- c. Tinha certeza que era HIV/ negativo

46. Você já fez teste do HIV?

- | | |
|--------------------|----------------------|
| a. Sim, uma vez | c. Sim, várias vezes |
| b. Sim, duas vezes | d. Nunca |

47. Atualmente você é:

- a. HIV negativo
- b. HIV positivo
- c. Tem AIDS
- d. Não sabe

48. Se você é HIV positivo ou tem AIDS, você está em tratamento?

a. Sim

b. Não. Por quê? _____

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do sujeito: idade; naturalidade; escolaridade; Profissão; Religião.

Quando e como foi a descoberta da sexualidade?

Quando e como foi a primeira relação homossexual?

Ser Homossexual (identidade)

Preferências/prazer sexual.

Conhecimento/Fontes e prevenção.

Relacionamentos fixos e prevenção.

Relacionamentos ocasionais e prevenção.

Risco de infecção pelo HIV e prevenção.

Imagens acerca do HIV/AIDS.

Imagens sobre a camisinha.