



**Universidade Estadual do Ceará**

**Irenice de Oliveira Campos**

**“PASSANDO A VIDA A LIMPO”: A REPETIÇÃO DE  
TESTE ANTI-HIV EM CENTRO DE TESTAGEM E  
ACONSELHAMENTO**

**Fortaleza – Ceará**

**2005**

C198p

Campos, Irenice de Oliveira

“Passando a vida a limpo”: a repetição de teste anti-HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento / Irenice de Oliveira Campos. Fortaleza, 2005.

135p

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Irismar de Almeida

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sexualidade. 2. AIDS – discursos. 3. Teste anti – HIV. 1.Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 616.978



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

## FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Pasando a vida a limpo: repetição de teste ante-HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento."

Nome da Mestranda: Irenice de Oliveira Campos

Nome do Orientador: Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

### BANCA EXAMINADORA:

Maria Irismar de Almeida  
Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida  
(Orientadora)

Kelma Socorro Lopes de Matos  
Profa. Dra. Kelma Socorro Lopes de Matos  
(1º membro)

Maria Fátima Maciel Araújo  
Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo  
(2º membro)

Joselany Afio Caetano  
Profa. Dra. Joselany Afio Caetano  
(Suplente)

Data da defesa: 14/03/2005.

**Universidade Estadual do Ceará**

**Irenice de Oliveira Campos**

**“PASSANDO A VIDA A LIMPO”: A REPETIÇÃO DE  
TESTE ANTI-HIV EM CENTRO DE TESTAGEM E  
ACONSELHAMENTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: **Prof<sup>a</sup>. Dra Maria Irismar de Almeida**

**Fortaleza – Ceará**

**2005**

### ***DEDICATÓRIA***

*A minha mãe, sempre sol na minha vida!  
A todos os participantes desta pesquisa,  
que se disponibilizaram a compartilhar  
dimensões tão íntimas de suas vidas.*

## AGRADECIMENTOS

À querida orientadora, **Maria Irismar de Almeida**, pelo respeito às minhas idéias e pela compreensão diante de algumas dificuldades pessoais.

À Prof<sup>a</sup> **Maria Salete Bessa Jorge**, à Prof<sup>a</sup> **Maria Lúcia Duarte**, à Prof<sup>a</sup> **Maria de Fátima Maciel Araújo** e a Prof<sup>a</sup> **Joselany Afio Caetano**, pelas contribuições na elaboração deste trabalho.

Ao Prof<sup>o</sup> **Andréa Caprara**, por nos encantar com o mundo da antropologia.

À **Cristiane Marinho** e **Eliana Guerra**, amigas-irmãs de tantos anos, tão “presentes” no meu cotidiano. Sou grata pela grande participação na elaboração deste trabalho.

À **Vanda Rocha**, pelo enorme prazer de compartilhar das suas humoradas “provocações” e alegrias diante dos “sabores do norte”. Sou muito grata pela sua participação neste trabalho.

À querida **Verônica**, contagiante por sua alegria, afetividade, compromisso e disponibilidade no processo de realização da pesquisa de campo.

À **Fátima**, pelo acolhimento que permeou o nosso contato durante a pesquisa de campo. Obrigada por ter facilitado tanto o meu acesso ao CTA.

A **Raimundo Severo** e **Marta Leal**, por me mostrarem caminhos mais suaves e alegres. Agradeço especialmente os cuidados dispensados em fase tão delicada da minha vida.

À **Kelma Matos**, sou grata pela sua presença e amizade em momentos fundamentais da minha vida, especialmente no meu retorno à “terra do sol”. Sem a segurança do porto, talvez eu não tivesse feito o tão desejado caminho de volta.

Ao meu pai, **Fausto**, que tanto vem me ensinando a compreender as diferentes formas de viver e de expressar o afeto.

As minhas manas, **Ilce**, **Nilda** e **Io**, pelo amor enorme que nos faz tão próximas e participativas da vida umas das outras, apesar das milhas que estão interpostas entre nós.

À **Derleide**, pela lealdade e inteireza da sua amizade comigo.

À **Lídia Dias**, pela alegria do nosso reencontro e pelo apoio para que eu não desistisse dos sonhos no meio do caminho.

À **Mione Sales**, amiga e irmã da vida, incentivadora do meu crescimento. Obrigada por ter compartilhado comigo tantas histórias da alma.

Ao **Maurício Holanda** e **Márcia Campos**, anjos no meu caminho, sempre tão amigos e tão solidários.

À **Lourdes Pequeno** e **Valéria Gonelli**, pelo afeto e vínculo cuidadosamente preservados nas “idas e vindas” da vida.

À **Maria Elvira, Paulo, Tânia, Deiliane, Silva, Romilda** e **João**, presentes que a vida me ofereceu em São Paulo e Santos. Foi tanta amizade, cumplicidade e companheirismo... Sempre serei tocada por nossas lembranças.

À **Luciene, Lucila, Sheila, Paola, Mônica** e **Fátima Lúcia**, amizades que vêm crescendo e se estendendo pra além das cumplicidades temporárias que acontecem em lugares e etapas da vida.

À **Rocemilda** e **Mardênia**, meu agradecimento pela atenção e cuidado tão presentes no atendimento de vocês na secretaria do mestrado.

À querida **Jaceline**, obrigada por ter transcrito tão prontamente e cuidadosamente as fitas das entrevistas desta pesquisa.

Ao meu “grupo de segunda” por todos os afagos, alegrias, cuidados, ousadias e aprendizagens, tão presentes nos nossos encontros.

Aos amigos do CAPS, pelo companheirismo compartilhado no nosso cotidiano.

À Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP), por ter concedido bolsa, viabilizando a concretização deste trabalho.

*“ - Desmancha-se o átomo,  
domina-se a lágrima,  
já se podem vencer abismos  
- cai-se, porém, logo de bruços  
e olhos fechados,  
e é-se um pequeno segredo  
sobre um grande segredo.”*

**Cecília Meireles**



## RESUMO

Este trabalho versa sobre a repetição voluntária de testes anti-HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento. Objetiva conhecer as motivações para a realização de exame, a partir da análise dos discursos sobre sexualidade, AIDS e risco e das práticas sexuais cotidianas. Adotamos como perspectiva teórico-conceitual a abordagem construcionista da sexualidade e as reflexões sobre o conceito de risco. Participaram deste estudo de caso 4 mulheres e 5 homens, com idade entre 19 e 54 anos. Trabalhamos com observação participante e entrevistas semi-estruturadas, tratadas com a técnica de análise de conteúdo. Nos resultados ressaltamos que as motivações para a repetição de teste não resultam simplesmente da vivência de uma prática sexual desprotegida, mas provêm principalmente da percepção que se tem do parceiro. O outro é avaliado à luz dos discursos normatizadores da conduta sexual, re-editados e amplamente difundidos nos primeiros anos da epidemia. Alguns sujeitos vivenciam práticas sexuais desprotegidas por necessidade de prazer, apesar da forte sensação de insegurança. Outros passam a perceber o risco a partir de ruptura na relação de confiança. Alguns exames foram realizados em casal, como estratégia de prevenção, evidenciando-se, nestes casos, conteúdos de desconfiança. Percebemos também a repetição de exames sem indicação, motivada por sofrimento psíquico, construído a partir de temor acentuado com relação ao HIV. Esses dados revelam que os discursos construídos socialmente no início da epidemia permanecem ampliando as dificuldades na efetivação da prevenção.

**Palavras-Chave:** sexualidade, aids, risco, discursos, teste anti-HIV.

## ABSTRACT

This study examines the volunteer repetition of anti-HIV test in a Center for Testing and Counseling. Its purpose is to understand the motivation for examination and it is supported by the analysis of socially constructed knowledge on sexuality, aids and risks, and everyday sexual practice. We've adopted, as a theoretical and conceptual perspective, the constructivist approach of sexuality and reflections on risk concept. Four women and five men took part in this study, with ages between 19 and 54. We've used participant observation and open-ended interview handled with content analysis technique. In the final statements we've emphasized that the motivations for test repetition don't result only from the lived-experience of an unprotected sexual practice but also from perception of the partner. The other one is evaluated according to normative rules of sexual behavior, widely spread in the first years of the epidemic. Some people engage in unprotected sexual practices for better sexual satisfaction, although holding a strong feeling of insecurity. Others begin to notice the risk when they lose confidence in the partner. Some of the testing were performed on a couple as strategy for prevention, thus making evident, in those cases, some elements of distrust. We've also noticed the repetition of examination without indication, motivated by psychological suffering resulted from fear of HIV. Those data show that socially constructed knowledge in the beginning of the epidemic goes on increasing the difficulties in prevention implementation.

**Palavras-Chave:** sexuality, aids, risk, sexually constructed knowledge, anti-HIV testing.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. AIDS E SEXUALIDADE NA SOCIEDADE BRASILEIRA .....</b>	<b>19</b>
1.1. O controle da sexualidade na primeira metade do século XX: o discurso da a (normalidade) e da maternidade.....	20
1.2. O silenciamento das novas idéias sobre sexualidade durante o regime ditatorial .....	23
1.3. A sexualidade no processo de redemocratização: o fortalecimento do discurso da naturalização do prazer.....	26
1.3.1. A reação social à AIDS: enfrentamento político da culpabilização ....	28
1.4. Construindo novos conceitos e práticas sociais: a emergência do discurso do prazer com responsabilidade .....	32
<b>2. PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>38</b>
2.1 A sexualidade como tema de estudo .....	39
2.1.1. Abordagem construcionista da sexualidade .....	44
2.2. A utilização do conceito de risco nos processos sociais .....	45
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>50</b>
3.1. Caracterização do estudo.....	51
3.2. Campo da pesquisa .....	52
3.2.1. Diretrizes político-pedagógicas dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) .....	53
3.2.2. O Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro.....	55
3.2.3. Dinâmica cotidiana do CTA de Fortaleza .....	57
3.3. Participantes da pesquisa .....	60
3.4. Coleta de dados .....	62
3.5. Análise de dados.....	63

<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
4.1. Perfil dos participantes da pesquisa.....	68
4.2. Motivações para o teste anti-HIV .....	75
4.2.1. Temor às relações “perigosas” .....	77
4.2.1.1. Relações homossexuais .....	77
4.2.1.2. Relações sexuais com múltiplas parcerias .....	79
4.2.1.3. Relações afetivo-sexuais marcadas pela revelação de infidelidade durante o relacionamento.....	87
4.2.1.4. Relações sexuais com usuários de drogas .....	94
4.2.1.5. Relações sexuais com parceiro portador do vírus.....	96
4.2.2. Exame conjugal como atitude de prevenção: aprendendo a se cuidar nos “tempos de AIDS”? .....	100
4.2.3. Delicada relação com a sintomatologia da AIDS .....	102
4.2.3.1. Dúvida quanto aos sintomas do parceiro. ....	103
4.2.3.2. Acompanhamento de familiar doente de AIDS.....	105
4.2.4. Curiosidade ou receios não revelados? .....	105
4.2.5. Sintoma de DST: alerta ao perigo .....	107
4.2.6. Violência sexual: o “risco total” .....	108
 <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	 <b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>
Anexo 1: Roteiro da entrevista .....	125
Anexo 2: Ficha de coleta de dados do SI-CTA .....	126
Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.....	128
Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	129

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme idade, escolaridade, bairro, religião, trabalho e renda ..... 74

**Quadro 2** - Distribuição dos entrevistados conforme o vínculo afetivo-sexual, núcleo familiar, preferência sexual e quantidade de exames realizados..... 75

**Quadro 3** - Síntese das motivações para os exames ..... 77



## INTRODUÇÃO

O interesse pela temática – AIDS e sexualidade - surgiu do exercício profissional, entre 1992 e 1999, como assistente social, no Programa Municipal de AIDS, no município de Santos (SP), na época, uma cidade estigmatizada nos meios de comunicação como a “Capital da AIDS”. Nos dois primeiros anos participamos do projeto assistencial Centro de Apoio aos Pacientes de AIDS, cuja finalidade era abrigar, em sistema de internação, pessoas com sintomas da AIDS, necessitadas de cuidados de saúde, que não dispunham de retaguarda familiar.

O trabalho naquele Centro punha-nos diante da complexidade da transgressão dos padrões sexuais e da problemática de pessoas dependentes de drogas injetáveis, principais usuários daquele serviço e em contato, cotidiano, com perdas humanas. O grande desgaste emocional advindo do envolvimento com tais situações conduziram-nos à decisão, após dois anos e meio de trabalho, de interromper a ação profissional no âmbito da assistência e iniciar atividade no campo da prevenção de DST/AIDS.

Assim, participamos da implantação do CTA/Santos-SP (Centro de Testagem e Aconselhamento), em 1994, permanecendo na atividade de aconselhamento dessa unidade durante cinco anos. Contribuiu essencialmente para essa atuação profissional a participação no Curso de Especialização em Educação de Adultos/popular, realizado na Universidade Federal do Ceará, em 1989. Nessa formação, entramos em contato com a produção latino-americana de educação popular, que subsidiou nossa crítica às práticas pedagógicas apoiadas na pedagogia do temor e do terror, tão presentes nas intervenções educativas na área da sexualidade.

A convivência com temas relacionados à sexualidade, drogadição e morte, em sua dimensão biológica e social, permitiu um contato intenso com questões relacionadas à intimidade, à constituição da identidade, à contestação dos valores morais e ao sofrimento psíquico advindo desses processos.

Essa experiência profissional no município de Santos despertou-nos interesse pelo objeto de estudo proposto nessa pesquisa: a repetição de exames anti-HIV por pessoas que realizaram exames anteriormente em contexto de aconselhamento individual e coletivo e que demonstravam estar apropriadas de informações sobre os meios de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV).

Em intercâmbio com as experiências de outros CTA's, como São Paulo, São Vicente (SP) e Fortaleza (CE), constatamos que a repetição de exames anti-HIV é um problema freqüente no universo desses Centros, havendo casos de ocorrência de infecção pelo vírus nesse interregno que antecede a retestagem. Uma publicação sobre o CTA de Juiz de Fora (Guercio, 2001) revela que, no ano de 2000, 7,5% dos testes realizados naquela unidade eram justificados pela ocorrência de “novo risco”. Do total de usuários, 4,4% tinham realizado teste em 1998 e 3,1% nos anos de 1996 e 1997. A autora registra que 4,7% do total de testes reagentes referiam-se aos casos de repetição.

Embora a repetição de exames anti-HIV seja cotidiana nos CTA's, constatamos uma escassez de estudos sobre o tema, além da ausência de pesquisas qualitativas sobre a testagem anti-HIV. Identificamos apenas o trabalho de Domingues (2004), que aborda aspectos psicossociais do diagnóstico. Os estudos realizados sobre os Centros de Testagem referem-se, prioritariamente, à prática educativa do aconselhamento. Assim sendo, a necessidade de análise dos aspectos quantitativos e qualitativos com relação ao processo de repetição de teste anti-HIV se faz urgente, pois o conhecimento dessa realidade contribuirá sobremaneira para a melhoria do trabalho de prevenção.

No CTA de Fortaleza, lócus da nossa pesquisa, não há registro de dados referentes ao processo de repetição de exames. As profissionais referem que essa problemática emerge diariamente durante o aconselhamento individual, contudo, não se tem um registro sistemático dessas informações. Desse modo, não foi possível apresentar dados dessa demanda por repetição de exame nesse CTA.



Ao propormos um estudo sobre o processo de repetição de testes anti-HIV no CTA de Fortaleza, buscamos identificar e compreender as questões socioculturais e subjetivas que estão presentes nessas repetições, pois as mesmas, geralmente, envolvem pessoas detentoras de informações sobre a transmissão do vírus e, em muitos casos, com uma boa percepção dos riscos vivenciados, fato que contraria os discursos de prevenção que têm como base a racionalidade científica de inspiração iluminista, nos quais a consciência do risco é vista como o principal requisito para a ação preventiva.

Os dados quantitativos dos CTA's revelam que a maior demanda para testes refere-se a riscos relacionados às práticas sexuais (Ferreira et al, 2001, Guercio, 2002). Na nossa experiência profissional, constatamos que as repetições se davam, principalmente, após a exposição dos sujeitos a novas experiências sexuais sem prevenção. Assim, direcionamos nosso estudo, essencialmente, a processos de repetição voluntária de exames, em CTA, por pessoas que se sentem vulneráveis ao HIV em decorrência de vivências no campo da sexualidade.

Partindo do reconhecimento da multiplicidade de significados que envolvem a construção da sexualidade (práticas sexuais, impulso, desejo, prazer, fantasias, erotismo, afetividade, amor, paixão, reprodução, casamento, etc.) e que esses significados produzem diferentes relações mediadas pelo sexo (Loyola, 1999), nosso interesse é de compreender de que modo, nessas diferentes relações, se constituem e se manifestam as idéias com relação ao risco de HIV, assim como as percepções da necessidade de realização e repetição de exames para a detecção do vírus. Desse modo, indagamos: Como os indivíduos, que repetem exames nos CTA's, vivenciam sua sexualidade? Que discursos sobre a sexualidade estão presentes em suas vivências? Quais as nuances da compreensão de risco no cotidiano de suas relações intersubjetivas?

Essa pesquisa tem como objetivo compreender as motivações para a repetição de testes anti-HIV, a partir da análise dos discursos sobre sexualidade e risco de HIV, enunciados nos relatos das práticas afetivo-sexuais cotidianas dos sujeitos.

Esse estudo foi estruturado em quatro capítulos. No primeiro, contextualizamos a AIDS e a sexualidade brasileira através de seus vários discursos. Mostramos como se deu o controle da sexualidade, na primeira metade do século XX, através do discurso sobre normalidades. Em seguida, apresentamos a abordagem reprodutivista da sexualidade na segunda metade do século XX, enfocando o período ditatorial. Finalmente, abordamos o fortalecimento do discurso da naturalização do prazer no período de redemocratização. Concluimos essa contextualização mostrando os novos conceitos e práticas sociais na contemporaneidade com a emergência do discurso do prazer com responsabilidade.

No marco teórico-conceitual - segundo capítulo - identificamos o campo da investigação científica da sexualidade, enfatizando a produção de discursos sobre sexualidade, de acordo com Foucault (1988). Explicitamos o construcionismo social como a perspectiva teórica da nossa pesquisa sobre sexualidade. Trabalhamos também com as reflexões de Castiel (1994,1996,1999) sobre o conceito de risco, em particular, com sua utilização na construção dos discursos sobre riscos e sexualidade no contexto da AIDS.

A metodologia da pesquisa, que se caracteriza por uma abordagem qualitativa e exploratória, foi apresentada no terceiro capítulo. Discorremos sobre o processo de análise dos dados realizado a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Caracterizamos o ambiente da pesquisa apresentando a proposta de trabalho educativo dos Centros de Testagem e uma breve história do CTA Carlos Ribeiro.

O último capítulo traz a análise dos dados colhidos no campo da pesquisa. Identificamos e discutimos as motivações para o teste anti-HIV, mostrando os discursos sobre sexualidade e risco presentes nos relatos das histórias afetivo-sexuais dos sujeitos da pesquisa. Destacamos que embora estes dois aspectos, discursos e práticas sexuais, estejam inter-relacionados, eles ocupam condição hierárquica diferenciada na constituição das motivações para o teste. Os discursos sobre risco sexual, principalmente aqueles construídos nas primeira década da epidemia, ocupam lugar hierárquico superior na construção das motivações.

## **AIDS E SEXUALIDADE NA SOCIEDADE BRASILEIRA**

---

### **CAPÍTULO 1**

# 1. AIDS E SEXUALIDADE NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Mire, veja: o mais importante e bonito do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior.

Guimarães Rosa

O estudo desta temática tem como objetivo a compreensão dos discursos e das práticas sociais sobre sexualidade na sociedade brasileira, em sua dimensão histórica, objetivando contextualizar o impacto sócio-cultural do surgimento da AIDS e as transformações discursivas inerentes ao processo de disseminação e enfrentamento da epidemia.

## 1.1. O controle da sexualidade na primeira metade do século XX: o discurso da (a)normalidade e da maternidade

No Brasil, as primeiras idéias com relação à educação sexual emergiram no início do século XX, sob a influência do movimento higienista<sup>1</sup> europeu. Esta educação tinha como finalidade a construção de uma sexualidade “normal” (heterossexual e procriativa) e propunha o combate à masturbação e às doenças venéreas, bem como a preparação da mulher para o casamento e a maternidade (Sayão, 1997).

Nas campanhas de saúde pública, realizadas no início do século XX pelo “movimento higienista”, partia-se do princípio de que a cultura brasileira era degenerada; fato explicado, em grande medida, pela miscigenação racial. Acreditava-se que a salvação do “povo brasileiro” se daria através da mudança da cultura e da saúde, perspectiva que atendia às necessidades do desenvolvimento urbano e industrial emergente (Costa, 1979).

---

<sup>1</sup> O movimento higienista se propagou na Europa do século XIX, contexto de consolidação do estado burguês. De acordo com essa concepção, os costumes dos trabalhadores eram considerados nocivos e decadentes e a saúde seria obtida com a prática de bons hábitos – morais e de higiene - a serem aprendidos (Assis, 1998). Com relação à sexualidade e a reprodução, o discurso higienista propaga a responsabilidade da mulher com a saúde das crianças e da família, incentiva a natalidade e propõe a vinculação da sexualidade à procriação (Mandú, 2002).

Ao estudar a transformação da família brasileira colonial em família burguesa, Costa (1979) aponta a profunda interferência da política higienista nesse processo, destacando, em particular, o papel da medicina social, que adentrou na intimidade familiar, justificando a necessidade de superação do caos em que esta se encontrava. Os portadores desse discurso buscavam promover uma nova cultura – burguesa - em oposição à cultura colonial. Fazia-se necessário educar o corpo, a moral, a afetividade, o intelecto e o sexo da família:

... nota-se que a ação desta pedagogia médica extravasou os limites da saúde individual. A higiene, enquanto alterava o perfil sanitário da família, modificava também sua feição social. Contribuiu, junto com outras instâncias sociais, para transformá-la na instituição conjugal e nuclear característica dos nossos tempos. Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se ao mesmo tempo movimento, sinônimo histórico de família burguesa (Costa, 1979:12).

Este autor chama a atenção para a tática de inserção no seio da família colonial utilizada pelos higienistas. A fim de não provocar graves conflitos sociais, tratavam “a falta e a culpa familiar” como irresponsabilidade, o que poderia, inclusive, decorrer da falta de conhecimento. Desse modo, poder-se-ia prescindir da ação legal, jurídica, apelando apenas para a normatização e a correção<sup>2</sup>. Os higienistas, “melhor preparados” para tais ações educativas, colocavam-se como fundamentais para tal empreitada, assegurando, deste modo, seu reconhecimento social.

Ao estudar a trajetória da saúde pública brasileira no âmbito da sexualidade e da reprodução, Mandú (2002) considera que, até 1920, a atenção estatal à reprodução humana continuou seguindo o modelo desenvolvido desde o final do século XIX: prevaleceu a interferência moral na intimidade das famílias e praticamente não se prestava assistência pública à maternidade (os partos, por exemplo, continuavam ocorrendo nos espaços domésticos). As ações assistenciais do governo limitavam-se ao controle médico da sífilis, sendo construídas alas hospitalares para o seu tratamento.

---

<sup>2</sup> Costa (1979), fundamentado em Foucault, apresenta a diferença entre lei e norma: “A lei impõe-se por meio de um poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras (...) A norma, embora possa incluir em sua tática o momento repressivo, visa prioritariamente a prevenir o virtual, produzindo fatos novos. A regulação é o mecanismo de controle que estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até então inexistentes ou imperceptíveis.”

A intervenção no controle das doenças venéreas intensificou-se na década de 20, principalmente pela necessidade de se manter os trabalhadores sadios num momento de refluxo da imigração de mão-de-obra internacional para o Brasil. O combate à sífilis estava vinculado ao controle moral da população e tinha como referencial o discurso higienista e eugenista<sup>3</sup>:

“(...) Ajuíza-se que a mistura de raças no Brasil é resultado de uma promiscuidade que, por meio de estratégias eugênicas, poderia ser superada. A hereditariedade é controlada via medidas normalizadoras da sexualidade. Apregoam-se os exames pré-nupciais, regras são estabilizadas a respeito do casamento e, através das ações científicas de caráter científico e moralizador, os comportamentos sexuais são disciplinados” (Mandú, 2002:3).

Novas exigências relacionadas ao desenvolvimento econômico-social foram apresentadas à saúde pública a partir dos anos 20. Os trabalhadores urbanos começaram a demandar assistência médica curativa e as ações governamentais passaram a se organizar, tendo como estrutura os postos e os centros de saúde, nos quais foram se inserindo, progressivamente, políticas de saúde voltadas à maternidade e à infância.

Mandú (2002:4) considera que, entre os anos 20 e 50, foram constituídas as bases do dever do Estado com a assistência à maternidade e à infância. Nesse mesmo período, as intervenções para o controle das doenças sexualmente transmissíveis reproduziram discursos higienistas, “mediante a aplicação de tecnologias educativas que disciplinam o exercício conjugal e sexual, sobretudo da vida familiar”.

O controle exercido pelas práticas higienistas reforçou a repressão da sexualidade imprimida pela Igreja Católica desde a época colonial. Alguns autores referem que a Igreja Católica cerceou o desenvolvimento de iniciativas de orientação

---

<sup>3</sup> O discurso eugenista, fortalecido na Europa da segunda metade do século XIX, considera a superioridade racial dos brancos e propõe a depuração da raça. De acordo com Marques (1994:47), no livro “A Medicalização da Raça”, a eugenia qualificava, ampliava e fortalecia as práticas higienistas de controle da população: “Nos anos 20, no imaginário dos eugenistas, havia necessidade de construir uma nova representação do homem brasileiro, diferente daquela tão difundida nos manuais de higiene que alardeavam a degradação racial e moral das populações. A esta os eugenistas contraporiam os ideais de corpo sadio, hígido, embranquecido das classes burguesas higienizadas no transcorrer do século XIX, no país.”

sexual<sup>4</sup> nas instituições escolares brasileiras até meados do século XX. As poucas experiências implantadas nas escolas, até a década de 50, estavam voltadas, hegemonicamente, à transmissão de informações sobre o corpo biológico. Mesmo assim, foram reprimidas, prevalecendo o silêncio (Sayão, 1997).

## **1.2. O silenciamento das novas idéias sobre sexualidade durante o regime ditatorial**

Constituíram-se fatores de grande influência no processo de transformação das idéias com relação à sexualidade na sociedade brasileira, na segunda metade do século XX, alterações substantivas na realidade social da mulher: a sua inserção no mercado de trabalho, o seu acesso aos contraceptivos orais e a difusão de idéias que afirmam a dimensão positiva do sexo. Simultaneamente, em diversos países, os movimentos portadores de discursos pautados em novas concepções de vida, de afetividade e de sexualidade, a exemplo dos movimentos feminista e hippie, contestavam as estruturas sociais, disseminavam idéias e questionamentos com efeitos concretos sobre os comportamentos sexuais. Contudo, ressalta Villela (1999), o emergente movimento pelo direito ao prazer não traduz necessariamente uma compreensão sócio-histórica e cultural crítica da sexualidade. Muitos entendem esse direito numa perspectiva naturalista, em que a sexualidade é vista como uma necessidade espontânea do corpo, que deve ser expressa livremente desde que se inclua em determinados modelos considerados normais. Apesar dessas ambigüidades, esse momento é reconhecido como fomentador de novos discursos, enfrentamentos políticos e teóricos no campo da sexualidade.

Os anos 60 foram férteis em termos de implantação de experiências de orientação sexual em escolas públicas e privadas do sudeste brasileiro. Segundo Sayão (1997:109), em algumas escolas da rede pública de São Paulo, a orientação

---

<sup>4</sup> Há controvérsias com relação à utilização do termo educação sexual ou orientação sexual para designar as atividades sobre sexualidade desenvolvidas nas instituições escolares no Brasil (Werebe, 1998). Nesse trabalho utilizaremos a expressão orientação sexual por ser a utilizada nos "Temas Transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental", do Ministério da Educação e Cultura (Brasil, 1998). Os defensores da expressão orientação sexual, grosso modo, argumentam que a educação sexual ocorre ao longo da vida e é veiculada por instituições diversas (família, amigos, livros, mídia, etc.) e que a orientação sexual é uma prática pedagógica planejada, intencional, sistemática e não diretiva (problematizadora), que se dá no contexto escolar (Sayão, 1997).

sexual ultrapassou o tradicional repasse das informações biológicas e adentrou pelo caminho do questionamento de valores e conceitos: “... Os próprios alunos sugeriam temas de discussão e, abertamente, debatiam o tabu da virgindade, o amor livre, as pílulas anticoncepcionais e outras temáticas da época...”

A maioria das experiências de orientação sexual nas instituições educacionais foi suprimida pelo poder público a partir do golpe militar de 1964 (Ribeiro,1990). A ideologia moralizante do regime de exceção impediu o florescimento de um processo novo na história da orientação sexual, no qual emergiam experiências como as relatadas por Sayão (1997:109), que sinalizavam certa ruptura com o tradicional papel que lhe era atribuído. A orientação sexual iniciava-se na problematização de temas relacionados à sexualidade, e já não tinha uma proposta pedagógica única, de repasse de informações biológicas e de preceitos morais.

De acordo com Ribeiro (1990), nos pareceres do governo, as experiências de orientação sexual eram consideradas “inúteis, irresponsáveis e imorais”. Assim, quando da elaboração do projeto de lei propondo a implantação da educação sexual nas escolas, apresentado pelo MDB (Movimento Democrático Brasileiro) à Câmara em 1968, e rejeitado pela Comissão de Moral e Civismo do Ministério da Educação e Cultura, foram formulados os seguintes pareceres, representando respectivamente o discurso religioso e o militar:

Para o padre Francisco Leme Lopes, integrante da Comissão, a iniciação sexual, para ser verdadeiramente eficaz, no dizer unânime de psicólogos e pedagogistas, requer um complexo de qualidades e entre elas um respeito e amor à pureza de cada aluno, que fora ingenuidade esperar encontrar-se em cada professor e professora. Na maioria dos casos, o efeito seria desastroso e os escândalos começariam bem cedo a contaminar as escolas com incrível prejuízo para a saúde, higiene e moral das novas gerações (...) O almirante Benjamim Sodré diria que a expressão educação sexual deveria ser substituída por educação da pureza, pois a inocência é a melhor defesa para a pureza e a castidade. Não ensinar materialmente como a procriação se procede para o homem e a mulher, mas antes exaltar o que caracteriza o sexo masculino: caráter, coragem, respeito e amor, que sem egoísmo, mais dá do que recebe. E do sexo feminino: a delicadeza, a bondade, a pureza, a confiança, indo até a doação, o casamento e a maternidade. Segundo o general Moacir Araújo Lopes, também da Comissão, não se abre à força um botão de rosa, e sobretudo, com as mãos sujas”. (Ribeiro apud Retrato do Brasil, 1990:12-13).



Provavelmente, não fosse o exercício de um poder centralizado e coercitivo<sup>5</sup>, as instituições de educação não lograriam cerrar suas portas para as transformações sociopolíticas e culturais que tão profundamente interferiram nos comportamentos sexuais e nas bases da estrutura familiar.

No campo da saúde pública, o discurso preventivista, corrente nos anos 60, que associava as precárias condições de vida aos graves problemas de saúde da população, foi sendo progressivamente emudecido. Sob a política econômica do governo militar, denominada “Milagre Brasileiro”, ocorreu um aprofundamento do modelo assistencial focado no cuidado de saúde individualizado e curativo, com a crescente privatização e compra de serviços pelo Estado.

Já no contexto de crise desse modelo econômico, em meado da década de 1970, o Estado, tendo em vista a necessidade de reduzir os gastos governamentais e de responder à grande demanda da população pobre por políticas públicas, e seguindo o ideário da “Atenção Primária de Saúde”, alterou as diretrizes da política de saúde, propondo a continuidade das ações curativas e o investimento em ações preventivas.

Para o atendimento das demandas relacionadas à sexualidade e reprodução, oficializou-se, em 1975, o Programa Materno Infantil (PMI), cujas ações abrangiam a assistência a gravidez, parto, puerpério, problemas ginecológicos e planejamento familiar<sup>6</sup> quando se identificava situação de risco para a mãe ou para o bebê (Mandú, 2002).

Apesar da adesão ao ideário da Atenção Primária à Saúde, no Brasil dos anos 70, ocorreu um aprofundamento do modelo de atendimento médico especializado ambulatorial e hospitalar. A assistência ao processo de reprodução e

---

<sup>5</sup> De acordo com Foucault (1988), as práticas de repressão da sexualidade são comuns nas sociedades autoritárias, nas quais a manutenção da ordem moral e da família se dá ostensivamente pela lei, e não através da norma que caracteriza as sociedades democráticas de natureza disciplinar.

<sup>6</sup> O governo brasileiro não tinha uma posição oficial com relação ao planejamento familiar até a aprovação do Programa Materno Infantil, contudo o controle da natalidade já se dava no país desde os anos 60, sendo efetivado hegemonicamente por organizações não governamentais, com caráter demográfico e eixo essencialmente quantitativista (Mandú, 2002; Diaz e Diaz, 1999).

ao adoecimento relacionado à vivência da sexualidade voltou-se, sobretudo, aos cuidados clínicos - curativos - dos problemas orgânicos, descontextualizados dos aspectos emocionais, psicológicos, culturais e sociais da sexualidade e da reprodução.

### **1.3. A sexualidade no processo de redemocratização: o fortalecimento do discurso da “naturalização do prazer”**

No contexto da redemocratização, a sociedade brasileira começou a conquistar espaços públicos de debate sobre a sexualidade. Exemplo singular foi a implantação, em 1980, no âmbito de um programa matinal de TV destinado ao público feminino (TV Mulher), de um quadro denominado “Comportamento Sexual”<sup>7</sup>, no qual eram discutidas questões relacionadas à sexualidade e à condição da mulher. Após dois anos de transmissão, esse programa foi suspenso temporariamente por censura governamental, o que suscitou protestos e contestação da sociedade civil que começava a se fortalecer.

Os impasses da política econômica e o profundo desgaste político do regime ditatorial tornavam insustentável a censura clássica que o mesmo vinha exercendo. O discurso que justificava medidas repressivas no campo da sexualidade, como necessárias à proteção da ordem e da família brasileira, não pôde mais se sustentar, naquele momento.

Nessa conjuntura, os discursos sobre sexualidade adquiriram visibilidade nos meios de comunicação, explicitando-se as contradições e paradoxos sobre a forma de concebê-la. Educadores registraram inquietações com relação à ambigüidade com que foi tratada a sexualidade nesse processo e expressaram preocupações com a juventude. Compartilhando dessa visão, Ribeiro (1990:16) destaca:

A liberalização sexual, decorrente de um afrouxamento do autoritarismo e das mudanças das normas e padrões culturais, leva a sociedade a um

---

<sup>7</sup> O referido quadro era apresentado por Marta Suplicy, psicóloga e sexóloga que muito contribuiu para a inclusão de projetos de orientação sexual nas escolas brasileiras. Além dessa atuação na área da sexualidade, ocupou cargos públicos. Foi deputada federal e posteriormente prefeita do município de São Paulo.

aumento da divulgação de material que sugere diferentes modos de encarar a sexualidade e com ela lidar, sem que sejam preenchidas as necessidades dos jovens, perdidos entre uma moral até então repressora e uma nova conduta que diz ser liberal e permissiva. Ambivalente e contraditória, a sociedade acaba limitando a expressão da sexualidade do jovem.

Este autor avalia que, de um lado, mantinha-se a repressão familiar e o silêncio com relação às descobertas sexuais dos jovens. De outro, mensagens “liberalizantes”, algumas de cunho pornográfico, eram transmitidas pelos meios de comunicação e estimulavam suas vivências sexuais. Assim, os jovens vivenciavam sua sexualidade com muitos conflitos, ansiedades, medos e culpas, em parte, devido à inexistência de espaços adequados para informação, diálogo e reflexão sobre essas questões.

No final dos anos 70, o debate sobre a inclusão da orientação sexual nas escolas voltou ao cenário nacional e algumas experiências aconteceram em instituições da rede pública municipal e estadual de São Paulo. Nesse período a Fundação Carlos Chagas efetivou entre os jovens de 15 a 17 anos, no município de São Paulo, um projeto de orientação sexual que tinha, também, o objetivo de ser fonte de pesquisa. Os grupos formados discutiram valores, comportamentos e atitudes diante da sexualidade, que era entendida como uma dimensão natural e positiva da vida humana. A análise dessa experiência foi publicada e referenciou muitos trabalhos realizados posteriormente (Sayão, 1997).

Nessa conjuntura, a saúde pública não permaneceu imune às críticas do movimento social que se reorganizava diante da crise do modelo econômico desenvolvimentista. Questionava-se a própria concepção de saúde e de saúde reprodutiva, que norteava a política pública, e se reivindicava a ampliação e melhoria dos serviços.

Em síntese, no processo de redemocratização, do confronto entre as várias maneiras de explicitação da sexualidade, que oscilava entre a manutenção de uma moral conservadora, garantida pelo silêncio próprio de regimes opressivos, e a sua intensa publicização, inclusive através do gênero pornográfico, saiu fortalecida socialmente a defesa de uma sexualidade fundamentada em outras bases. O programa de TV mencionado constitui símbolo importante da tendência desse

momento, ou seja, a presença do discurso da sexologia moderna, da naturalização do prazer, que ganhou força ao mesmo tempo em que se tomava conhecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos países do hemisfério norte e, em menor escala, no Brasil.

### **1.3.1. A reação social à AIDS: enfrentamento político da culpabilização**

A AIDS se manifestou inicialmente em uma parcela específica da população, os homossexuais, sendo por isso denominada, nos primeiros anos da década de 1980, pela imprensa e opinião pública, de *peste gay*, sem que houvesse contraposição da comunidade científica às especulações preconceituosas (Ayres *et al*, 1999).

As lacunas e incertezas do discurso médico diante da AIDS fragilizaram a imagem do poder da ciência com relação ao conhecimento e controle das doenças. O sentimento de vulnerabilidade humana mobilizou discursos com conteúdos similares àqueles presentes em outros contextos históricos, nos quais o homem esteve ameaçado coletivamente por determinadas doenças. Ganharam destaque, então, explicações de base moral ou religiosa, a exemplo daquelas que consideraram a AIDS um “castigo divino diante da desobediência humana”, externando o discurso da culpa e do castigo<sup>8</sup> (Paulilo, 1999).

Já em 1982, as instituições médicas constataavam a ampliação do grupo social inicialmente notificado. Registravam-se casos de AIDS em usuários de drogas, bissexuais, receptores de transfusão sangüínea e em seus parceiros sexuais e filhos recém-nascidos. Os estudos epidemiológicos dos fatores de risco, de cunho probabilístico, tornaram-se elementos fundamentais na consolidação do conceito de

---

<sup>8</sup> Quando nos referimos ao fortalecimento e à explicitação desse discurso sobre a culpa e o castigo, não estamos afirmando seu desaparecimento da sociedade contemporânea. O hábito da confissão, confissão da culpa, herdado da história medieval, continua presente e bastante útil ao controle na sociedade burguesa. Entretanto, a culpa assume outra configuração, sendo principalmente internalizada pelos sujeitos e disseminada nas instituições e práticas sociais seculares. Conforme Foucault (1988:59): “A obrigação da confissão nos é, agora, imposta a partir de tantos pontos diferentes, já estão tão profundamente incorporada a nós que não a percebemos mais como efeito de um poder que nos coage; parece que a verdade, na região mais secreta de nós próprios, não ‘demanda’ nada mais que revelar-se (...)”.

*grupo de risco*. Tal equívoco de ordem epidemiológica trouxe prejuízos ao campo da intervenção e fortaleceu ainda mais estigmas, preconceitos e exclusão (Ayres *et al*, 1999):

A prevenção gravitou nessa época predominantemente em torno dos grupos de risco e do tema da abstinência e do isolamento: não ter relações sexuais, não doar sangue, não usar drogas injetáveis. As implicações morais e os resultados práticos dessas estratégias já são conhecidos: estigmatização, preconceito, individualismo, insucesso.

Em 1983, o agente etiológico da AIDS foi identificado no sangue. Em 1986, esse agente passou a ser chamado de HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) e foi localizado nos líquidos sexuais.

Contemporaneamente, tornou-se pública a situação da AIDS na África, região onde homens e mulheres apresentavam a doença na mesma proporção. Mas, as descobertas laboratoriais e o caráter heterossexual da epidemia na África não conduziram a uma resignificação do conceito de risco. Durante mais de meia década mantivera-se um olhar rígido e limitado para o desenho epidemiológico inicial: a imprensa estagnou na exploração de imagens de homossexuais em fase terminal; os hemocentros permaneceram refratários a uma política objetiva de controle do sangue. Finalmente, o caso da África não foi considerado alerta ao mundo, pois foi visto à luz de preconceitos étnicos (Ayres *et al*, 1999).

Após a comprovação da presença do HIV nos líquidos sexuais, em 1986, o conceito de *grupo de risco* permaneceu intacto em sua lógica, embora tal grupo ganhasse novos matizes, uma vez acrescido dos ditos “promíscuos”, das prostitutas e dos seus parceiros (Ayres *et al*, 1999).

A AIDS foi conceituada como uma doença indicadora de costumes, uma doença específica dos transgressores da ordem moral, favorecendo uma reação social de negação dos direitos humanos básicos. Daniel e Parker (1991:14), retomando a denominação de Jonatham Mann, membro da OMS (Organização Mundial de Saúde), designaram-na de ‘Terceira Epidemia’, síndrome do preconceito, de morte civil, de negligência estatal etc.:

(...) A primeira é a epidemia pela infecção do HIV que silenciosamente penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A Segunda epidemia, que ocorre alguns anos depois da primeira, é a epidemia da própria AIDS: a síndrome de doenças infecciosas que se instalam em decorrência da imunodeficiência provocada pela infecção pelo HIV. Finalmente, a terceira (talvez potencialmente, a mais explosiva) epidemia de reações sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS, reações que, nas palavras do dr. Mann, 'são tão fundamentais para o desafio global da AIDS como a própria doença.

As descobertas científicas não conduziram à viabilização de políticas públicas de controle da epidemia e não detiveram a reação preconceituosa. Ao contrário, o medo da disseminação do vírus intensificou a reação fóbica aos portadores e doentes. Neste momento, foi fundamental a ação de uma série de organizações sociais no enfrentamento dessa realidade, na construção de novos valores e concepções de saúde e sexualidade.

No Brasil, durante longo tempo, a questão da AIDS foi negligenciada pelo poder público. Argumentou-se que, diante de graves e numerosos problemas sociais, a intervenção pública na prevenção e no controle de uma doença que atingia uma minoria não constituía prioridade, como bem registra Daniel e Parker (1991:14):

(...) a epidemia da AIDS foi muitas vezes apresentada, inclusive por sucessivos Ministros da Saúde e outras altas autoridades da saúde pública, como problema secundário – relativamente insignificante em comparação com dilemas sanitários mais complexos ou estatisticamente mais relevantes (...)

Nos anos de 1983 e 1984, os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro estruturaram serviços para o atendimento dos doentes de AIDS, estimulando respostas similares em outros municípios. Quando o governo federal implantou o Programa Nacional de DST/AIDS (PN DST/AIDS), em 1985, aproximadamente dez estados já tinham programa direcionado à AIDS (Villela, 1999).

De acordo com Villela (1999:188), nas primeiras diretrizes estabelecidas pelo PN DST/AIDS para o enfrentamento da AIDS, foram definidos os *grupos de risco* prioritários para as intervenções quanto ao controle e à prevenção.

(...) essa norma segue rigorosamente o que é tradicionalmente proposto, em termos de saúde pública, para o controle de uma doença transmissível: investigação epidemiológica, clínica e laboratorial para os casos suspeitos ou confirmados, investigação epidemiológica e educação sanitária para os comunicantes, e educação sanitária para os grupos de risco.

Nesse mesmo ano, 1984, em resposta às pressões populares, especialmente do movimento de mulheres, foi oficializado pelo governo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como parte da política de Ações Integradas de Saúde (AIS). O Atendimento integral era entendido como direito à educação, à saúde e à assistência médica, em todas as fases da vida, com a seguinte abrangência: atenção pré-natal, puerpério, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer ginecológico e o planejamento familiar.

Diaz e Diaz (1999:213) avaliam que essa proposta foi um marco na ampliação das abordagens anteriores, que tinham objetivos restritos à atenção materna. Contudo, as ações concretas do PAISM não tiveram como diretriz a integralidade e ficaram, ainda, circunscritas à atenção pré-natal e aos cuidados do câncer cérvico-uterino: "... a atenção integral e o conceito de saúde reprodutiva, que significa incorporar a mulher em todo o seu ciclo vital, considerando a adolescência e o climatério e incluir homens, ainda está no campo teórico, e têm sido efetivados em poucos serviços."

Observa-se que, embora fossem emergentes, nessa conjuntura, discursos críticos com relação aos padrões sexuais vigentes, as instituições de saúde permaneceram distantes dessas vozes, cuidando de modo restrito da reprodução e de problemas fisiopatológicos decorrentes do exercício da sexualidade. Com relação a esse aspecto, Villela (1999) relembra, oportunamente, que os profissionais de saúde tiveram suas vidas e formações profissionais marcadas pela normatização e pelo silêncio corrente no universo da sexualidade até então, portanto, não se encontravam preparados para as novas demandas.

Contudo, a confirmação epidemiológica do caráter pandêmico do HIV desafiou os serviços de saúde e a sociedade em geral para uma nova resposta à questão da sexualidade e do uso de drogas. No Brasil, esta realidade só foi

considerada demanda da saúde pública a partir de pressão conseqüente do movimento social e da visível e inquestionável ascensão da doença, revelada pelos serviços epidemiológicos. Diante de um saldo social extremamente negativo, tornou-se inconcebível a ausência de políticas públicas específicas. Além de gravidez indesejada, mortalidade por aborto etc., agora se tinha como responsabilidade social a vulnerabilidade da população ao HIV.

A reação e a resistência dos grupos organizados à violência social e a negligência do poder público com relação aos portadores e doentes de AIDS, além da luta pela garantia do direito à prevenção, foram fundamentais para as conquistas obtidas. Enfrentou-se o poder das instituições médicas e dos profissionais de saúde, o poder judiciário, o poder legislativo e o poder religioso, numa sociedade onde as instituições democráticas ainda se encontravam fragilizadas (Daniel e Parker, 1991). Importantes conquistas legais e ganhos culturais foram obtidos ao se trazer para o debate uma concepção de direitos humanos que abrange também a esfera da intimidade, os direitos sexuais.

#### **1.4. Construindo novos conceitos e práticas sociais: a emergência do discurso do “*prazer com responsabilidade*”.**

No final dos anos 1980, os trabalhos de prevenção de HIV começaram a superar a abordagem que propunha a prática da abstinência (sexual e de uso de drogas) aos *grupos de risco*. Assumiram a estratégia da *redução do risco*, com intervenção nos *comportamentos e situações* que poderiam conduzir à infecção pelo HIV.

A utilização do conceito de *comportamento de risco* como diretriz da prevenção em DST/AIDS significou importante avanço com relação à abordagem anterior, pois deslocava, dos denominados *grupos de risco*, para todos os indivíduos a necessidade de implicação e envolvimento com a prevenção. Contudo, diz Ayres (1999:53): “... o comportamento de risco também mostrou limites importantes. A tendência à culpabilização individual é sua outra face...”



Os trabalhos preventivos destinados ao conjunto da população, já no contexto da redução de risco, tiveram, majoritariamente, uma abordagem educativa tradicional de repasse de informações sobre a transmissão do vírus e de orientação para o uso de preservativo. O avanço da epidemia denunciava o resultado limitado de tais intervenções e exigia o delineamento de novas propostas que tivessem como pressuposto, no mínimo, a construção de uma relação de diálogo e de respeito entre os sujeitos envolvidos no processo educativo. Críticas são igualmente lançadas às estratégias de intervenção baseadas em práticas aterrorizantes. A exposição de imagens aterradoras da AIDS - perda da imagem corporal, correlação a desvios, associação à punição e castigo – não impediram o avanço da epidemia. Ao contrário, deixaram um resultado bastante negativo: estimularam preconceitos, discriminação e idéias fantasiosas com relação à transmissão do HIV (Ayres, 2002).

Contudo, propostas mais ousadas procuraram, então, conhecer a realidade social e a cultura sexual dos sujeitos, e a pensar a prevenção a partir desses ambientes. Alguns estudos foram valiosos para a elucidação e compreensão dos aspectos socioculturais das *sexualidades brasileiras*, contribuindo para o avanço qualitativo da prevenção. Como exemplo, destaca-se a pesquisa de Parker (1991:14), por analisar os subsistemas sexuais<sup>9</sup> presentes na cultura sexual brasileira, a partir de suas construções históricas e suas inter-relações:

A experiência sexual toma forma no Brasil, como em outras sociedades muito complexas, menos no singular que no plural, e assim é menos adequado falar de um só e unificado sistema de significados sexuais na cultura contemporânea brasileira do que pensar em termos de múltiplos subsistemas, em padrões recorrentes, embora díspares, conflitantes e, às vezes, até contraditórios, lógicas que, de alguma maneira, conseguiram entrelaçar e interpenetrar a tessitura da vida social.

Partindo dessa análise, esse autor refletiu sobre a imprecisão das categorias homossexualidade, bissexualidade e heterossexualidade, tão presentes nos discursos sobre o HIV. Na realidade brasileira, a ideologia de gênero patriarcal, marcada pela identificação do masculino como ativo e do feminino como passivo, dá

---

<sup>9</sup> Os seguintes subsistemas são apresentados nesse estudo de Parker (1991): a ideologia do gênero patriarcal, com suas polaridades, o feminino passivo e o masculino ativo; o discurso judaico-cristão, com a defesa de valores como o casamento, a monogamia e o sexo reprodutivo; o discurso higienista, com suas classificações em sexualidade normal e patológica; o discurso moderno da medicina, com sua abordagem racional sobre o sexo; o discurso do erótico, subsistema mais presente nos centros urbanos no século XX, no qual a transgressão é uma forma de obtenção de prazer.

contornos tênues a essas três classificações. Sugeriu, então, a utilização da categoria “homens que fazem sexo com homens”, pois é comum, quando os homens são “ativos” na prática sexual, eles não se considerarem homossexuais ou bissexuais. Parker (1991:65) chamou a atenção para o desencontro entre esses diferentes discursos, em particular, o da ciência e o da cultura popular:

O mais surpreendente nessa configuração talvez seja a fluidez do desejo sexual que ela sugere. Enquanto o sistema médico-científico de classificação social postula uma correspondência direta desse desejo, prática e identidade, o modelo popular parece colocar em jogo uma relação muito mais flexível entre estes componentes da vida sexual de cada um de nós.

Certamente, a utilização dessas categorias (homossexualidade, bissexualidade e heterossexualidade), impróprias e insuficientes para dar conta de particularidades da cultura sexual brasileira, pode ter impedido ou dificultado que parcela da população masculina se protegesse do HIV, por não se perceber em situação de vulnerabilidade ao HIV, principalmente no contexto em que o referencial da prevenção era o conceito de *grupo de risco*.

Essa tendência à compreensão dos fatores culturais, simbólicos e emocionais foi ocupando espaço significativo nos discursos sobre a educação no campo da sexualidade. Contudo, nos anos 90, novos desafios se apresentavam ao controle da epidemia. Evidenciava-se a tendência epidemiológica de difusão do HIV “em direção aos mais pobres, mulheres, marginalizados, aos negros e aos jovens” (Ayres *et al*, 1999:54). Emergiram, então, análises que vinculavam a expansão do HIV às questões estruturais mais profundas da sociedade brasileira. Os graves problemas socioeconômicos expunham a nação à condição de elevada vulnerabilidade coletiva à infecção pelo vírus.

Nesse contexto, resgatou-se a noção de vulnerabilidade apresentada pelo americano Jonathan Mann, em 1992. De acordo com Ayres (1999:65), esta noção apresenta um diferencial qualitativo relevante em face do conceito epidemiológico de risco, por avaliar a suscetibilidade dos sujeitos ao HIV considerando três níveis fundamentais e interdependentes: o individual, o social e o programático/institucional.

(...) O conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a *probabilidade* de um *indivíduo qualquer* se expor a AIDS, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que *cada indivíduo ou grupo populacional* particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais do seu cotidiano, *julgadas relevantes* para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema.

As análises que apontavam a “pauperização e banalização de uma epidemia” (Kalichman, 1994) foram ratificadas pelos dados epidemiológicos dos anos seguintes<sup>10</sup>. Diante dessa realidade, ações educativas que se restringem a alertar sobre os riscos de adoecimento, pautadas em concepções de saúde como aquisição individual, obtida pela observância de comportamentos recomendados, têm-se mostrado pouco ou nada eficazes (Ayres, 2002). Em geral, tais ações desconsideram as condições de existência social, bem como o sentido das práticas sociais e dos riscos no contexto social em que acontecem, baseadas na crença de que a mudança de comportamento é uma escolha, uma opção racional, um ato volitivo do indivíduo, cuja base é o conhecimento.

Muitos projetos de educação em saúde no campo da sexualidade foram desenvolvidos a partir dos anos 90. Dentre eles, incluem-se novas práticas<sup>11</sup> de orientação sexual nas escolas, agora justificada pela constatação da crescente suscetibilidade juvenil ao HIV e à gravidez indesejada. Essas experiências passaram a se fundamentar em uma concepção positiva de sexualidade<sup>12</sup>, de valorização do prazer, e a se voltar para o questionamento de tabus, estigmas, preconceitos, opressão, e para o autofortalecimento dos sujeitos. Esse processo culminou na inclusão da orientação sexual, em 1998, no currículo escolar do Ensino

<sup>10</sup> O Brasil tem o total de 310.310 casos de AIDS acumulados (1980 a 2003). O maior número de casos pertence à faixa etária entre 20 a 49 anos. A categoria de transmissão predominante é a sexual, com 197.902 casos (63,8%). A mudança no perfil da epidemia vem ocorrendo na seguinte direção: a) aumento dos casos em população heterossexual, diminuindo a razão de proporcionalidade do número de casos de homens em relação a mulheres. Em 1985, a razão de sexo era de 24 homens para uma mulher. A razão de sexo em 2003 é de 2,5 casos masculinos para cada caso feminino b) aumento do número de casos entre pessoas com baixa escolaridade. Em 1985, 76% dos casos eram de pessoas com 2º grau ou nível universitário. Em 2003, nas notificações de homens acima de 19 anos, 46,3% tem um nível de escolaridade de 1 a 7 anos. Entre mulheres, 54,5% tem escolaridade entre 1 e 7 anos (Brasil, 2004). Sendo a escolaridade um dos indicadores das condições sociais, observa-se o fenômeno de pauperização da epidemia.

<sup>11</sup> O município de São Paulo foi pioneiro a implantar a orientação sexual em sua rede escolar, em 1989, durante a gestão da educação municipal do professor Paulo Freire. Os professores que desenvolveram esse trabalho participaram de um processo de formação contínuo com o Grupo de Trabalho e Orientação Sexual (GTPOS) (Sayão, 1997)

<sup>12</sup> Nesse período, algumas instituições não governamentais conquistaram espaço social produzindo materiais educativos e formando educadores para o trabalho com a orientação sexual. Destaca-se o GTPOS, ABIA e a ECOS, instituições que participaram da adaptação do Guia de Orientação Sexual, elaborado pela SIECUS (Sex Information and Education Council of United States), à realidade brasileira.

Fundamental, previsto nos “Temas Transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais” do Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Dentre as justificativas para a sua inserção no currículo escolar está a necessidade de prevenção de HIV “em ações educativas continuadas, que oferecem possibilidades de elaboração das informações recebidas e de discussão dos obstáculos emocionais e culturais que impedem a adoção de condutas preventivas.” (BRASIL, 1998:293).

A maioria desses trabalhos educativos, desenvolvidos na educação ou na saúde, a partir de metodologias diversas, difundem o discurso de que “nos tempos de AIDS” não se faz necessária a perda das liberdades sexuais conquistadas anteriormente. A sexualidade pode ser vivida de forma plural, diversificada, entretanto é fundamental o desenvolvimento de uma atitude protetora com relação ao HIV, voltada ao cuidado de si e do outro. Em síntese, trata-se do direito ao *prazer com responsabilidade* (Villela, 1999).

Reportagem da Revista Isto É mostra posicionamento bastante claro do diretor do Programa Nacional de DST/Aids, Alexandre Grangeiro: “Devemos parar de insistir naquilo que não dá certo (...) pregar a abstinência sexual ou basear a prevenção em pactos de fidelidade não ajudam a conter a epidemia”, uma vez que “abrir mão do prazer vai contra o que as pessoas querem. Elas mantêm relações sexuais e gostam disso. E fidelidade é um assunto individual”. Avalia ainda “que pregar um comportamento ideal significa criar situações discriminatórias” (Bock, Lia, Castellón, Lena, 2003).

Nesse contexto, uma das estratégias educativas reconhecida por seu potencial para trabalhar conteúdos culturais e subjetivos é o aconselhamento. Esta prática é considerada pelo Ministério da Saúde como prioritária na prevenção de DST/AIDS. Vem sendo desenvolvido em unidades de saúde criadas especificamente para esse fim, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e implementado em muitas unidades básicas de saúde. Esta prática tem por objetivos: disponibilizar informações sobre o HIV/AIDS de forma mais adequada às necessidades de cada indivíduo, promover apoio emocional, desenvolver capacidade de avaliação dos riscos e fortalecer o desenvolvimento de práticas preventivas mais adequadas às necessidades de cada pessoa.

Dentro da perspectiva do discurso do “prazer com responsabilidade”, importantes intervenções vêm sendo implementadas. Apesar dos limites dessas abordagens, decorrentes da nossa elevada vulnerabilidade social, elas são relevantes nos trabalhos preventivos, por considerarem a dimensão cultural e subjetiva, aspectos importantes da vulnerabilidade individual.

## **PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL**

---

### **CAPÍTULO 2**

## **2. PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL**

O estudo das motivações para a repetição de teste anti-HIV, considerando os significados dos discursos produzidos sobre sexualidade e risco de HIV e a complexidade do cotidiano das práticas sexuais, tem como perspectiva teórico-conceitual a abordagem construcionista da sexualidade e as reflexões desenvolvidas no campo das ciências sociais sobre a utilização do conceito de risco nos processos sociais.

### **2.1. A sexualidade como tema de estudo**

A sexualidade começou a ser campo da investigação científica no século XVIII, quando estava em curso o processo de identificação das enfermidades e de suas causas pela biomedicina. O interesse da medicina pela sexualidade, na perspectiva do fortalecimento da família nuclear, foi ampliado consideravelmente pelo discurso da psiquiatria. Neste campo do saber, muitos comportamentos e práticas sexuais foram classificados como perversões, gerando e incentivando a organização de medidas repressivas ou prescritivas para controlar tais práticas (Vilella, 1999).

Coube à psicanálise, no final do século XIX, o primeiro discurso positivo acerca da sexualidade, tida como dimensão importante da constituição da identidade. Essa visão demarca um distanciamento com relação à imagem negativa da sexualidade veiculada pela biomedicina. Com a psicanálise inscreve-se uma diferença essencial: a sexualidade ocupa doravante “o lugar de motor do desenvolvimento, tanto normal quanto patológico” (Vilella, 1999:314).

Os estudos antropológicos de outras culturas desenvolvidos, principalmente, na década de 70 também demarcaram esse processo de crítica ao conceito biomédico de sexualidade. Evidenciaram, então, a presença de costumes sexuais que se diferenciavam das referências ocidentais. Ao compreender os desejos, sentimentos, comportamentos, práticas e relações intersubjetivas como resultantes de complexa interação com a cultura de uma determinada sociedade, os

estudos antropológicos “contrariam a nossa crença normal de que a sexualidade nos diz a verdade definitiva sobre nós mesmos. Para além deste aspecto, ela nos diz algo mais sobre a verdade de nossa cultura” (Weeks, 1999: 45). Embora esses pesquisadores não tenham efetivado uma ruptura com a visão essencialista da sexualidade, pois preservam a idéia de que a reprodução é o seu núcleo central, suas contribuições foram muito importantes no processo de construção de uma nova abordagem do tema. Confrontaram com a noção de sexualidade que a restringe à dimensão biológica, a-histórica, e contribuíram para a afirmação da idéia de variabilidade cultural (Mott, 2005).

A consolidação do movimento social feminista e homossexual e sua repercussão no universo acadêmico marcaram significativamente a história da produção do saber acerca da sexualidade. O movimento de mulheres criticou veementemente a equivalência estabelecida pela visão essencialista entre sexo e gênero, que naturalizava determinados papéis sociais e conseqüentemente certas relações de poder.

Engel (1997) estima que os estudos da homossexualidade contribuíram para a história da sexualidade em duas dimensões: por um lado, evidenciaram distinções, no tempo e no espaço, dos significados das relações homossexuais para os diferentes grupos sociais e entre os sexos; por outro, revolveram a demarcação entre o sexual e o não sexual. Com relação a este aspecto, a autora retoma as reflexões de Philippe Áries, quando este autor afirmou que, a partir do século XVII, a clássica associação entre sexo e reprodução, começa a ruir. A sexualidade move-se, então, para todas as dimensões da vida individual e social, fenômeno designado de pansexualidade.

A partir dos anos 1980, a contribuição ao movimento de transformação na abordagem da sexualidade provém, também, do crescente interesse da história pelo estudo de temas até então considerados irrelevantes, tais como o corpo, os sentimentos, as emoções, a intimidade, a sexualidade, a loucura, o adoecimento e a morte. A história trata a sexualidade com base em uma diversidade de referenciais teórico-metodológicos, mas a reconhece como uma dimensão importante para a compreensão dos significados e sentidos das relações humanas. O lugar de



destaque da sexualidade nesta disciplina explica-se pelas profundas mudanças nos costumes, pelo desenvolvimento da história social e da história das mentalidades e pela “verdadeira revolução” causada pelas idéias de Michel Foucault (Engel, 1997).

Foucault, nos seus estudos sobre a história da sexualidade, defendeu a idéia de que nas sociedades burguesas se dá uma intensa produção de discursos sobre sexo e apresentou, como tese de grande peso, o questionamento da “hipótese repressiva”, tese segundo a qual o teor repressivo presente na história da sexualidade na sociedade burguesa, especialmente no século XVII, continuaria presente nos séculos posteriores. Foucault (1988) contrapõe-se a essa leitura e afirma a existência de uma forte discursividade sobre o sexo nos últimos três séculos. Não nega radicalmente a repressão, entretanto, não lhe confere condição de categoria central de análise da sexualidade:

Em vez da preocupação uniforme em esconder o sexo, em lugar do recato geral da linguagem, a característica de nossos três últimos séculos é a variedade, a larga dispersão dos aparelhos inventados para dele falar, para fazê-lo falar, para obter que fale de si mesmo, para escutar, registrar, transcrever e redistribuir o que dele se diz. (Foucault, 1988:35)

Para além da “hipótese repressiva”, Foucault busca compreender a história da sexualidade a partir da produção discursiva, da produção do poder e da produção do saber. Partindo de alguns fatos históricos evidenciou que, diversamente do que a “hipótese repressiva” afirma, ao final do séc. XVI, o sexo foi posto em discurso, incitado a falar. As técnicas de poder encorajaram o desenvolvimento de sexualidades múltiplas e a vontade de saber não se intimidou, ao contrário, moveu-se até conceber uma ciência da sexualidade (Foucault, 1988).

Em outras palavras, a sociedade moderna simplesmente não interditou o sexo: ao invés do silêncio, o discurso; ao invés da repressão, o incitamento; ao invés da pura normatização, o incentivo à diversidade. A incitação aos discursos sobre a sexualidade aparece primeiramente no séc. XVII, através da confissão religiosa e depois se diversifica na demografia, biologia, medicina, psicologia moral e política (Foucault, 1988). Na Idade Média, a confissão consistia na descrição minuciosa do ato sexual. Com a Contra-Reforma passou-se a exigir menos descrição dos jogos carnavais e mais detalhamento dos desejos e pensamentos. Esse tipo de confissão,

diz Foucault (1988), invadia o espírito e acontecia pela primeira vez na sociedade ocidental.

Com o passar do tempo essa discursividade da confissão atingiu a literatura, principalmente a chamada “literatura escandalosa”. Marquês de Sade teria sido o caso exemplar dessa literatura confessional, com toda uma gama de detalhes dos desejos e das paixões de seus personagens. Mas, essa técnica de produzir o discurso sobre o sexo não se restringiu somente à Igreja ou à literatura, tornou-se de domínio público, foi apropriada por outros mecanismos. Disso não resultou a gestação de uma nova mentalidade, mas o fortalecimento de certos mecanismos de poder, nos quais o discurso sobre o sexo tornou-se elemento imprescindível (Foucault, 1988).

No século XVIII há uma “incitação política, econômica e técnica a falar do sexo. E não tanto sob a forma de uma teoria geral da sexualidade, mas sob forma de análise, de contabilidade, de classificação e de especificação, através de pesquisas quantitativas ou causais” (Foucault, 1988:26-27). Busca-se, então, um discurso sobre o sexo não mais pautado na moral, mas na racionalidade. O sexo não deve simplesmente ser algo tolerado ou condenado, mas gerido, deve ter uma utilidade para o bem comum.

Dessa forma, “o sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos” (Foucault 1988:27). Passa a haver um policiamento do sexo através dos discursos produzidos sobre ele, visando a sua regulação para uma utilidade do bem público. Há que policiar o sexo e não proibi-lo e o Estado é a figura que assume esse policiamento.

Foucault refere-se ainda a outros focos, que, nos séc. XVIII e XIX, desenvolveram também discursos sobre o sexo: medicina, psiquiatria e justiça penal. A medicina inicia a produção desses discursos através das “doenças dos nervos”, a psiquiatria quando investiga os comportamentos chamados “extravagantes” (o onanismo, as modalidades sexuais que não visam à procriação, à etiologia das doenças mentais) e principalmente quando toma para si a exclusividade do estudo

das perversões sexuais (Foucault 1988:32). A justiça penal também produz discursos sobre o sexo quando trata de crimes antinaturais, em particular, a partir de meados do séc. XIX, quando se cria uma “jurisdição miúda” encarregada dos:

(...) pequenos atentados, dos ultrajes de pouca monta, das perversões sem importância, enfim, todos esses controles sociais que se desenvolveram no final do século e filtram a sexualidade dos casais, dos pais e dos filhos, dos adolescentes perigosos e em perigo – tratando de proteger, separar e prevenir, assinalando perigos em toda parte, despertando as atenções, solicitando diagnósticos, acumulando relatórios, organizando terapêuticas; em torno do sexo eles irradiaram os discursos, intensificando a consciência de um perigo incessante que constitui, por sua vez, incitação a se falar dele”. (Foucault, 1988: 32-33).

Desse modo, o controle da sexualidade, nas democracias burguesas, é sutil. O poder é pouco visível, aparentemente anônimo, mas extremamente eficaz, funcional e fecundo: produz comportamentos, atitudes e hábitos essenciais a sua preservação. O poder da norma se constrói a partir do entrelaçamento das práticas discursivas, ou seja, dos saberes produzidos nos diversos campos do conhecimento (ciência, religião, filosofia entre outros.) com as práticas não discursivas, as regras de ação prática. Nas sociedades capitalistas avançadas, não se evidencia a repressão explícita do desejo sexual. Aqui, o sexo é muito mais estimulado e controlado, constituindo, assim, uma forma de poder mais eficiente do que a repressão. A incitação ao discurso sobre o sexo constitui-se, então, uma forma eficaz do exercício desse controle (Costa, 1979).

Muitas críticas foram lançadas às idéias de Foucault. Algumas referem que este teria subestimado a importância da repressão na história da sexualidade na sociedade ocidental moderna, como Giddens (1993) e Chauí (1984). Outras, também de Giddens (1993), avaliam o fato de este autor não ter considerado as questões de gênero, o papel do amor romântico na nossa sociedade e o cotidiano das práticas sexuais. Contudo, ressalta Engel (1997:303), apesar das inúmeras críticas, Foucault tem o “mérito indiscutível de abalar e mexer com pressupostos, concepções, certezas sobre as quais calmamente se assentavam muitas das percepções da análise histórica.”

O construcionismo social, abordagem utilizada como referencial nesta pesquisa, fundamenta-se, em particular, nas idéias de Foucault, a partir das quais várias vertentes se desenvolvem (Corrêa, 1996, Weeks, 1999).

### **2.1.1. Abordagem construcionista da sexualidade**

A abordagem construcionista da sexualidade compreende, em suma, o estudo historicamente situado da sexualidade e do corpo, contrariando o essencialismo, concepção hegemônica na produção sobre sexualidade até recentemente, que tem como princípio a vinculação entre sexualidade e reprodução humana (Loyola, 1999). Para o essencialismo em tudo existe uma verdade, uma essência. Reduz, desta forma, “a complexidade do mundo à suposta simplicidade imaginada das partes constituintes e procura explicar os indivíduos como produtos automáticos de impulsos internos” (Weeks, 1999:43).

Nos debates entre construcionistas sociais estão presentes as idéias moderadas e as radicais. Estas últimas defendem a inexistência de um impulso sexual de ordem fisiológica. Tal impulso faz parte de uma construção histórico-social. Para os moderados, este impulso constitui-se como dimensão biológica moldada pela cultura (Weeks, 1999).

O construcionismo social não se volta para a explicação da origem de determinados comportamentos e práticas sexuais, a exemplo da homossexualidade. Preocupa-se com a organização social da sexualidade, com as relações estabelecidas a partir do sexo. Preocupa-se, finalmente, com as formas de lidar com o diversificado universo dos sentidos sexuais individuais em cada sociedade:

...uma aproximação construtivista da sexualidade deve, portanto, examinar o papel do comportamento, da ideologia e da subjetividade entre e dentro dos grupos humanos e considerar o corpo, suas funções e sensações como potenciais que são incorporados e mediatizados pela cultura (Barbosa, 1995:73)

Neste trabalho adotamos a concepção construcionista, segundo a qual a sexualidade não se reduz a uma força natural espontânea orientada pela cultura,

mas sim a uma dimensão da vida que se constrói historicamente, na rede de relações sociais. Essa perspectiva nos dá suporte para analisar a produção de discursos sobre risco sexual “nos tempos de AIDS”, bem como compreender a complexidade das relações nas quais eles acontecem, permitindo que se ultrapasse a restrita classificação dos comportamentos sexuais em perigosos ou protetores.

## **2.2. A utilização do conceito de risco nos processos sociais**

Para Ferreira (1986) o termo risco vem do baixo latim - *risicu*, *riscu* - ou do espanhol - *risco*, 'penhasco alto e escarpado'. Dentre os significados trabalhados inclui: 1. perigo ou possibilidade de perigo; 2. situação em que há probabilidades mais ou menos previsíveis de perda ou ganho.

A partir do século XVII, o termo risco passa a ser utilizado em contextos de práticas de jogos como *possibilidade de perda ou ganho*. Mais recentemente, foi-lhe atribuído um sentido predominantemente negativo de perigo ou possibilidade de perigo, desconsiderando-se as chances de benefícios (Deslandes et al, 2002; Castiel, 1994).

Contemporaneamente, a noção de risco vem sendo popularizada. Além da utilização em contextos biomédicos, ocupacionais e epidemiológicos, os meios de comunicação vêm difundindo amplamente esse discurso. Essa forte internalização da idéia de risco no mundo privado finda por torná-lo parâmetro para a avaliação dos comportamentos cotidianos, analisados como arriscados ou não, o que não significa necessariamente mudança comportamental em face dessas prescrições (Castiel, 1999). Em outro trabalho Castiel (1994: 156) destaca a existência de tensões entre o discurso científico e o mundo das representações dos sujeitos:

Aqui, cabe enfatizar a ocorrência de descompassos entre as prescrições 'técnicas' a partir do discurso 'riscológico' e suas correspondentes traduções no universo das representações (e valores) das pessoas. Como se tal discurso se constituísse, na verdade, numa retórica pertencente a uma cultura separada da vida, e, portanto, de pouca utilidade para o que de fato importa: viver – com seus prazeres, seus limites, suas singularidades.

Castiel (1999:38) evidencia a grande produção científica sobre essa temática nas últimas três décadas, considerando o fenômeno um dos elementos centrais da “construção do espírito do risco nas sociedades modernas”. Há também o fenômeno da massiva divulgação das descobertas da ciência sobre o risco, incluindo aí a propaganda estimulante de produtos protetores das possíveis ameaças à saúde. Entretanto, essas “ofertas” não proporcionam segurança incondicional, sobretudo, porque os riscos têm natureza probabilística (Castiel, 1994, 1999).

Castiel (1999) destaca a resistência à “ideologia do risco”, construída pelo discurso social comum. Nesse âmbito, há uma percepção da dimensão probabilística do risco, em especial, nas experiências pessoais cotidianas. Essa questão remete-nos à análise do conceito de risco no discurso social comum realizada por Almeida Filho (2000:112):

No discurso social comum, o evento de risco pode mostrar danoso, como um sentido de ameaça à saúde, porém a conotação secundária de chance (como possibilidade de ocorrência) mais e mais venceria a ambigüidade original de perigo.

Na ciência da saúde - a epidemiologia - o risco é o “conceito operacional fundamental”, cuja definição é essencialmente técnica (Almeida Filho, 2000: 113). Castiel (1999), por sua vez, põe em relevo as críticas ao enfoque quantitativo no processo de construção dos conhecimentos epidemiológicos sobre os riscos. Para o autor, este conceito de risco aparece com existência autônoma, desvinculada do ambiente sociocultural dos sujeitos.

Além das pesquisas de natureza epidemiológica, outros campos de conhecimento tratam a questão do risco. Citamos aqui o estudo dos aspectos psicológicos e sociais envolvidos na construção dos discursos dos riscos e de suas percepções fundados em referencial behaviorista, na década de 1960, e cognitivista, a partir do final dos anos 1970 (Castiel, 1999).

Outras alternativas de estudo dos riscos foram sendo constituídas. Dentre elas, figura o Modelo das Crenças em Saúde. De acordo com este modelo as pessoas utilizariam mecanismos de prevenção se tivessem boa percepção de sua

susceptibilidade em face da gravidade da situação. Acreditam que a mudança de comportamento ocorrerá quando os benefícios superarem as barreiras (Castiel, 1999).

Pesquisas no âmbito das ciências sociais e da sociologia da saúde vêm abordando o risco a partir de novas perspectivas. No âmbito da antropologia parece-nos importante a contribuição das reflexões sobre o risco como construção histórica e cultural, com a relevante contribuição da antropóloga Mary Douglas. Na sociologia da saúde, o risco vem sendo estudado em duas dimensões, de acordo com Castiel (1999):

1) Dimensão individual: a interpretação da relação entre os significados do risco e as práticas cotidianas: - sobre percepção e comportamento de risco; - sobre as relações entre o conhecimento leigo e experto (mistura de conhecimentos científicos com saberes do senso comum, dentre eles, os aspectos místicos)

2) Dimensão coletiva: o papel das estruturas e instituições sociais na configuração do risco, em especial, o papel dos meios de comunicação nesta divulgação (ameaças ambientais, ocupacionais, etc).

O conceito de risco tem se instituído como base nas intervenções preventivas na área da saúde. Geralmente, quando os riscos não são de natureza ambiental, são atribuídos à responsabilidade dos indivíduos. Resultariam, então, de escolhas comportamentais, ou seja, decorreriam do estilo de vida dos indivíduos (Mitjavila, 2002). Neste sentido, o adoecimento passa a ser entendido como resultado de comportamentos e de escolhas pessoais. Castiel (1999:60), ao analisar essa questão, chama a atenção para a lógica que funda esta compreensão. Assim, se os riscos decorrem de estilos de vida, os indivíduos desenvolvem, igualmente, 'estilos de risco':

Levando tal raciocínio adiante, deparamo-nos com uma idéia paradoxal: se são atribuídas às pessoas suas escolhas de estilo de vida (dentro, é claro, de suas margens de aquisição/acesso), incluídos no 'pacote' estão fatores e elementos considerados responsáveis por possibilidades de ocorrência danosa à saúde. Então, não é absurdo supor este subconjunto estilo de risco, como se de alguma forma, as pessoas também 'escolhessem' exposições a riscos como forma de levar vidas... No entanto, tais opções

não devem ser vistas como frutos de disposições intencionais, racionais ou voluntários. Cada um de nós é a resultante singularizada de complexas configurações bioquímicas, psicológicas, socioculturais, em que o estabelecimento e as tentativas de reordenação das idéias de si-mesmo são frágeis e dependem de contribuições genéticas, construções epigenéticas, biografia pessoal, estrutura psicológica inconsciente, elementos culturais e acasos.

Embora seja pertinente o reconhecimento de que existem estilos de vida efetivamente perigosos, o que, muitas vezes, demanda intervenções, esse não é um aspecto generalizável. Desse modo, torna-se inadequada a utilização da referência a estilos de vida como diretriz para os trabalhos educativos, principalmente na população que vive em contexto de miséria, nos países pobres. Em tais contextos, a condição material básica minimamente necessária para se fazer uma escolha é negada à população. Nestes casos, há apenas estratégias de sobrevivência (Castiel, 1999).

O conceito de risco na perspectiva individualista e culpabilizante norteou as intervenções educativas nas primeiras fases da epidemia da AIDS. Na década de 1990, diante da expansão da epidemia e dos limitados resultados dos trabalhos preventivos, a dimensão estritamente comportamental do conceito de risco passou a ser duramente criticada. A realidade da epidemia confirmava o conjunto complexo de fatores envolvidos em sua expansão. Assim, a partir da idéias de J. Mann, foi sendo desenvolvido o conceito de vulnerabilidade. Conforme Ayres (1996:5):

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, políticos-institucionais e comportamentais associados às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo noções à infecção pelo HIV e às consequências indesejáveis (doença e morte). Ela não visa distinguir aqueles que tem alguma chance de se expor à AIDS, mas fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar (...).

Ao destacar as dimensões sociopolíticas da infecção, o conceito de vulnerabilidade interroga o lugar central assumido, até então, pelo aspecto comportamental nas políticas de prevenção ao HIV. Assim, sua grande contribuição, segundo Castiel (1999), foi questionar a exclusividade das idéias de fator, grupo e comportamento de risco, noções originárias da epidemiológica, que nortearam as intervenções educativas. A noção de vulnerabilidade possibilitou a crítica à produção



do discurso de risco, produtor de estigmas morais, atrelados a comportamentos individuais.

Compartilhamos com Castiel (1999: 63) a idéia segundo a qual vulnerabilidade e risco se inter-relacionam. Assim, o conceito de vulnerabilidade não exclui a noção de risco, ao contrário:

(...) a noção de risco permanece vigorosa na definição da vulnerabilidade, pois os riscos parecem pairar sobre as cabeças e (corpos) dos grupos vulneráveis em um mimetismo de relação do tipo dose-resposta: há situações (como na AIDS) em que condições precárias em termos sócio-econômico estão inevitavelmente ligadas a grandes dificuldades para a redução de riscos, elevando de maneira inexorável a 'vulnerabilidade social' de determinados grupos em detrimentos de outros.

Neste trabalho, o conceito de vulnerabilidade é utilizado, pois permite uma reflexão acerca da suscetibilidade dos indivíduos ao HIV, compreendida em seu contexto sóciopolítico, cultural e subjetivo. Apesar de sua valiosa contribuição, tal conceito não fornece subsídios teóricos para a compreensão dos significados atribuídos aos riscos no cotidiano. Assim, utilizamos nesta pesquisa as reflexões de Castiel (1994, 1996, 1999) sobre a construção do conceito de risco na sociedade moderna e suas significações no discurso social comum.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

---

### **CAPÍTULO 3**

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Caracterização do estudo**

Esta pesquisa tem abordagem qualitativa e caráter exploratório justificado pela escassez de pesquisas que abordem os significados da realização de testes anti-HIV. A natureza qualitativa advém, segundo Minayo (1994:10), do fato da metodologia de pesquisa buscar

incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Estimamos de grande valor pesquisas quantitativas sobre os comportamentos e as práticas sexuais produzidas no contexto da AIDS e consideramos a importância dessas produções para a definição de políticas públicas e seu peso como fonte geradora de informações para o aprofundamento qualitativo. Acreditamos, todavia, que vários aspectos da sexualidade e do uso de drogas, explicitados pelo HIV/AIDS, só podem ser compreendidos a partir de um referencial qualitativo que permita uma aproximação com os sistemas de significados sociais e culturais e com o sentido subjetivo das práticas e comportamentos sexuais cotidianos (Parker, Herdt e Carballo, 1995).

A metodologia de estudo de caso foi utilizada por constituir estratégia de pesquisa que permite a investigação de acontecimentos contemporâneos num contexto específico (Yin, 2001), não pressupondo a existência de hipótese levantada a priori, e sim, buscando a exploração de uma temática, a partir da observação detalhada da trajetória de um indivíduo, contexto, documento ou acontecimento. Este recorte, necessário ao aprofundamento de uma questão específica, não deve implicar em fragmentação, perda da relação da parte com o todo (Bogdan e Bicen, 1991).

Enfim, mesmo reconhecendo os limites das metodologias quantitativas e qualitativas para a abordagem de objetos tão complexos, como AIDS, drogadição e

sexualidade, por serem marcados pela exclusão, punição, culpa, medo, vergonha e violência (Parker, Herdt e Carballo, 1995), a abordagem qualitativa foi escolhida por permitir, inquestionavelmente, maior possibilidade de acesso ao pensamento social comum, no tocante a valores, crenças, discursos de risco, de sexualidade e de prevenção, assim como o conhecimento das práticas cotidianas, importantes para a compreensão do processo de repetição de teste anti-HIV.

### 3.2. Campo da pesquisa

O campo desta pesquisa é o Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro (CTA)<sup>13</sup>, localizado no bairro Jacarecanga, no município de Fortaleza, sob a abrangência administrativa da Secretaria Executiva Regional I (SER I)<sup>14</sup>. A escolha do CTA da SER I como *locus* da pesquisa teve por critério fundamental o fato de ser o único serviço de saúde, na cidade de Fortaleza, que disponibiliza testagem e aconselhamento seguindo o modelo de atendimento proposto pelo Ministério da Saúde, principalmente com relação ao item demanda espontânea pelo teste, questão fundamental para este estudo.

O município de Fortaleza mantém, em cada Secretaria Executiva Regional, unidades de saúde que são referências para a realização de aconselhamento e teste anti-HIV. De acordo com informações da coordenação municipal de DST/AIDS (gestão 2001-2004), essas unidades possuem profissionais preparados para efetivar o trabalho de aconselhamento individual pré e pós-teste, mas não atendem às demandas espontâneas da população, realizando somente os testes solicitados em atendimento médico.

---

<sup>13</sup> No estado do Ceará foram implantados apenas 3 Centros de Testagem e Aconselhamento, situados nos municípios de Fortaleza, Maracanaú e Sobral.

<sup>14</sup> A reforma administrativa realizada no município de Fortaleza em 1997 implementou 6(seis) Secretarias Executivas Regionais, que seriam responsáveis pela execução dos serviços públicos municipais dentro de áreas geográficas estabelecidas.

### **3.2.1. Diretrizes político-pedagógicas dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)**

Os CTA's foram implantados em diversos países a partir de 1985. No Brasil, a primeira experiência aconteceu em 1988, em Porto Alegre (RS). A partir de então os CTA's<sup>15</sup> passaram a se estruturar nos serviços das secretarias estaduais e municipais de saúde, em parceria com o governo federal (Barros e Silva, 2004). Nasceram no contexto de revisão crítica do conceito de grupo de risco, quando as evidências epidemiológicas apontaram a necessidade de ações de saúde baseadas no conceito de comportamentos indicadores de riscos. Foram implantados a partir do reconhecimento de riscos para o conjunto da população, com o objetivo de oferecer diagnóstico sorológico para o HIV e aconselhamento como estratégia de prevenção. Na primeira fase, o trabalho educativo do CTA tinha como objetivo a difusão de informações e a promoção de apoio psicossocial à população, necessário diante dos transtornos emocionais advindos do impacto com a realidade da AIDS. Posteriormente, novos desafios foram apresentados a essas unidades de saúde, exigindo redirecionamento político-pedagógico.

Esses Centros realizam atendimento à população com idade acima de 12 anos, garantindo sigilo, anonimato<sup>16</sup> e teste voluntário para HIV e Sífilis. Adotam os seguintes procedimentos, sob orientação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PNC-DST/AIDS): realização diária de aconselhamento coletivo pré-teste, em horários pré-estabelecidos e de conhecimento público; realização de exames anti-HIV e Sífilis, cujo pré-requisito é a manifestação da vontade pessoal, a participação no aconselhamento coletivo e a concordância com a entrega de resultado em aconselhamento individual pós-teste.

O aconselhamento nos CTA's é uma estratégia de prevenção, cujo ponto de partida é o trabalho em grupo. Este espaço pretende efetivar-se como o *locus*

---

<sup>15</sup> Inicialmente essas unidades foram denominadas de COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico). A partir de 1996 o PN-DST/AIDS propôs a alteração da nomenclatura para CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). Nesse trabalho utilizaremos a sigla CTA indistintamente, referindo-se a essas unidades desde a sua implantação.

<sup>16</sup> Até o ano de 1996, a proposta de atendimento anônimo foi seguida rigidamente nos CTA. Demandas provenientes da população apontaram a necessidade de flexibilização do anonimato, o que foi se tornando progressivamente opcional nos anos seguintes.

privilegiado para o debate sobre alguns temas: conceitos de DST/AIDS, formas de transmissão, testagem, biossegurança, aspectos éticos, legais e práticas de sexo protegido. Diante dessa extensa lista, os profissionais são orientados para não reproduzirem modelos de palestra de caráter meramente informativo, usados tradicionalmente.

Alguns Centros adotam a prática do aconselhamento individual pré-teste, ocasião em que já se colhem algumas informações sobre a história do usuário. Em outras unidades, o aconselhamento individual se dá prioritariamente no pós-teste, quando ocorre a revelação dos resultados dos exames. Geralmente, neste momento, evidencia-se um maior sentimento de medo, insegurança e ansiedade do usuário. Por serem abordadas questões de foro íntimo, como práticas sexuais e preferência sexual, temas bastante delicados na nossa cultura, a habilidade do aconselhador, o estabelecimento de uma relação terapêutica não verticalizada, o rompimento com a tradicional imposição do poder, do saber e dos valores dos profissionais são requisitos essenciais. Uma postura mais cuidadosa do profissional torna-se fundamental.

No caso de sorologia reagente, a abordagem e a postura do aconselhador podem influenciar o processo de reelaboração daquele momento traumático e estimular movimento de aceitação, preservação e cuidado, consigo e com os outros. O aconselhador é incitado a desenvolver condições emocionais para lidar com reações agressivas ou de recolhimento, possíveis nesses contextos. Em geral, a realização de novo exame para confirmação do resultado reagente, preconizada na rotina desses Centros, possibilita o estabelecimento de novo diálogo, constituindo momento importante para a explicitação de outras demandas. Temas relacionados com o tratamento, os direitos sociais e trabalhistas, questões familiares, perdas afetivas e comunicação ao parceiro, dentre outros, são mais comuns nessas ocasiões.

Ao se lidar com um teste não reagente, um dos cuidados básicos recomendados aos aconselhadores é não fazer desse resultado um estímulo à exposição daquela pessoa ao HIV. O exame não reagente pode representar uma forma de incentivo a novos riscos, principalmente em contextos onde as práticas não

foram estigmatizadas. Por isso, a atenção à experiência do usuário, a reflexão sobre seus conhecimentos, a valorização de suas experiências e aprendizagens, assim como o investimento na formação de posturas mais assertivas, que visem a estimular o desenvolvimento do senso de proteção pessoal e coletiva, figuram dentre as recomendações precípuas dadas ao aconselhador.

Embora o aconselhamento em DST/AIDS seja uma prática complexa, em construção, marcada por significativos limites, conforme destaca Deslandes e Filgueiras (1999), em pesquisa de avaliação das práticas do CTA, a implantação desses Centros representa uma conquista político-pedagógica expressiva no campo da prevenção, seja por sua concepção humanista, seja pela dinâmica que busca implementar objetivando facilitar o acolhimento das demandas espontâneas da população e permitindo, concretamente, o encontro e o diálogo entre os diferentes grupos. Este processo reveste-se de grande importância para a superação dos estigmas tão fortemente internalizados e difundidos neste campo.

### **3.2.2. O Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro**

O CTA de Fortaleza foi construído no terreno do Centro de Saúde Carlos Ribeiro e inaugurado em 17 de junho de 1996. Sua decoração foi cuidadosamente planejada e difere significativamente dos padrões convencionais das outras unidades de saúde pública. Cada ambiente foi colorido com uma cor (azul, rosa, lilás e verde) com o objetivo de amenizar o estresse das pessoas que passavam pelo processo de testagem, como bem expressa o relato de uma aconselhadora:

*Era tudo muito bonito. No início se teve todo esse cuidado. Na sala do aconselhamento coletivo tem inclusive luzes de cores diferentes, porque a idéia era fazer sessão de relaxamento com as pessoas que viessem fazer exames. Elas nunca foram utilizadas, mas ainda estão funcionando. A filosofia do CTA foi bem incorporada pela coordenação do programa naquela época. (Aconselhadora)*

Na fase de construção desse CTA, as associações comunitárias se mobilizaram contra a implantação de um serviço para atendimento de AIDS naquela região, manifestando temores em face dos supostos riscos advindos da convivência com os portadores do vírus, o que exigiu intervenções da coordenação municipal do

programa de AIDS naquela comunidade, com o objetivo de esclarecer questões relacionadas à transmissão do HIV e à natureza do serviço que seria prestado.

Inicialmente não existia qualquer inter-relação entre o CTA e o Centro de Saúde Carlos Ribeiro, tendo inclusive acessos completamente independentes. O CTA estava sob a gerência da coordenação municipal de DST/AIDS e, segundo os técnicos da unidade, o compromisso dessa coordenação com o projeto foi fundamental para sua implantação na cidade.

A vinculação do CTA à Secretaria da Saúde gerou dificuldades administrativas e operacionais quanto a sua manutenção. Além disso, os funcionários do CTA, por estarem ligados à coordenação municipal de DST/AIDS, não podiam receber a produtividade referente aos seus atendimentos (incentivo financeiro que todos os funcionários da rede de saúde municipal têm direito). A alternativa encontrada, diante desses problemas, foi a integração do CTA ao Centro de Saúde Carlos Ribeiro. O processo de negociação transcorreu tranqüilamente, não havendo objeção dos setores envolvidos. Com o acordo, a antiga entrada do CTA foi isolada e o seu acesso passou a ser exclusivamente por dentro da unidade de saúde.

Durante o período de 1996 a 2002, os exames colhidos no CTA foram realizados pelo LACEN - Laboratório Central do governo do Estado. A partir de 2002, a responsabilidade foi transferida para a gestão municipal da saúde, que optou por descentralizar a realização desses exames, equipando laboratórios já existentes em suas unidades. Desse modo, os testes do CTA passaram a ser realizados no próprio Laboratório do Centro de Saúde Carlos Ribeiro, o que acarretou sérias dificuldades, pois quando os equipamentos dos laboratórios das unidades de saúde apresentaram problemas técnicos, a burocracia das licitações para o conserto das máquinas resultava na demora de meses para os exames ficarem prontos. Nesse período, o CTA precisou reduzir a oferta de testes à população. Nos meses de outubro de 2002 a fevereiro de 2003, disponibilizou exames anti-HIV exclusivamente para as grávidas.



Ainda na gestão 2001-2004, decidiu-se pela reversão da descentralização das atividades laboratoriais e sua centralização no Laboratório do CEMJA - Centro de Especialidades Médicas José de Alencar. Transferiu-se, então, para esse laboratório a realização dos exames colhidos no CTA.

Ainda persistem problemas com relação ao prazo de entrega de exame no CTA, quando o resultado é reagente. Os exames confirmatórios de um teste ELISA<sup>17</sup> reagente continuam sendo realizados pelo LACEN. Em decorrência do demorado trâmite entre os laboratórios, os resultados reagentes ou inconclusivos demoram meses para chegar ao CTA. Tal problema tem causado sérias dificuldades ao cumprimento da rotina do serviço, graves desgastes emocionais e danos à saúde de pessoas que dependem do exame para esclarecer diagnóstico diante de quadro sintomatológico.

De junho de 1996 a dezembro de 2004, o CTA realizou 16.904 exames, sendo que, no ano de 2003, totalizou 2.384 exames: 794 (33,31%) em homens e 1.590 (66,69%) em mulheres. O número mais elevado de mulheres explica-se pela solicitação de teste anti-HIV durante a gravidez. Entre os exames realizados em 2003, 38 apresentaram resultados reagentes: 11 mulheres e 27 homens. O nível de escolaridade de 79,66% das 2.384 pessoas que realizaram o teste em 2003 é de 4 a 11 anos de estudo e a maioria reside em bairros populares, com maior demanda proveniente de Antonio Bezerra, Barra do Ceará e Bom Jardim.

### **3.2.3. Dinâmica cotidiana do CTA Fortaleza**

O CTA tem em seu quadro de pessoal 3 aconselhadoras, sendo atualmente uma enfermeira com carga horária de 20h semanais e duas assistentes sociais, uma com 20h e outra com 40h. Esta última assume simultaneamente a função de aconselhadora e coordenadora. Nos anos anteriores, o CTA incluiu em sua equipe, temporariamente, a participação de uma psicóloga, que realizava

---

<sup>17</sup> A primeira técnica utilizada no processo de testagem. é a ELISA. Quando o resultado é reagente, o protocolo que estabelece normas para testagem exige a realização de novo exame com outra técnica. Em Fortaleza utiliza-se como teste confirmatório a Imunofluorescência. O exame com resultado reagente só pode ser entregue ao usuário após a realização do confirmatório.

atendimento psicoterápico a alguns usuários do CTA. Compõe também a equipe, duas auxiliares de enfermagem e uma auxiliar administrativo, com 20h cada.

O reduzido quadro de pessoal é identificado pelas aconselhadoras como uma das questões que interferem na qualidade do aconselhamento, principalmente nos períodos de elevada demanda para o serviço, pois, além do atendimento cotidiano do CTA, os aconselhadores, dentro das possibilidades, respondem a demandas de aconselhamento coletivo em diversos setores da comunidade.

O CTA tem a seguinte dinâmica de atendimento: oferta diária de dois aconselhamentos coletivos (manhã e tarde), realização de pré-teste individual com todos os usuários que farão testes anti-HIV e sífilis e entrega de resultados dos exames, diariamente, para todos que retornam à unidade com esse fim, sem a necessidade de agendamento prévio.

Constatamos, durante a observação, o comprometimento da qualidade do aconselhamento, causado pelo pequeno número de profissionais. Tal situação se agrava porque o aconselhamento pós-teste não é agendado previamente: o usuário confirma pelo telefone se o resultado está disponível e vem pegá-lo quando desejar. Assim, observamos que, em alguns momentos, ocorre concentração de grande demanda de aconselhamento pré-teste e pós-teste, o que exige a redução do tempo de atendimento.

No atendimento pré-teste individual é preenchido um formulário (anexo nº 2), padronizado pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil, a partir do ano de 2002. Fazem parte de um Sistema de Informação (SI-CTA) criado para organizar o conjunto de dados dos Centros de Testagem. O SI-CTA foi implantado no CTA de Fortaleza há 2 (dois) anos, porém até a presente data esses dados não foram enviados ao Ministério da Saúde, por problemas no computador.

No aconselhamento pós-teste, quando os resultados são reagentes para HIV, a equipe do CTA viabiliza o agendamento da primeira consulta médica na unidade de saúde. Para tal fim foi efetivado um acordo entre a equipe do CTA e o Serviço Social do Hospital São José e do Hospital Geral de Fortaleza, para que esse

agendamento seja viabilizado pelo telefone, pois a equipe acredita que é importante o usuário sair do aconselhamento com o primeiro atendimento garantido, diante das dificuldades de marcação de consulta no serviço público. A equipe destaca a ausência de um ambulatório público municipal para o atendimento dos portadores de HIV e a resistência de alguns usuários ao serem encaminhados ao Hospital São José, por ser conhecido e identificado como local de tratamento de AIDS.

Os casos de sorologia reagente para sífilis ou outra DST são encaminhados ao Centro de Saúde Carlos Ribeiro, por este ser um dos Centros de Referência em DST do Município que realiza atendimento aos moradores de todos os bairros, fato que facilita o trabalho do CTA, que também tem essa característica. Foi estabelecida uma rotina nesse Centro de Saúde com relação à demanda de usuários com sintoma de DST: todos são encaminhados primeiramente ao CTA para aconselhamento, retornando, em seguida, para o atendimento clínico. Observamos o esforço das equipes para realizar o primeiro atendimento do usuário na ocasião da procura espontânea.

Uma das características dos CTA's é a possibilidade de realizar teste de forma anônima, com identificação do usuário por senha ou pseudônimo. Esse princípio foi seguido rigidamente nos primeiros anos de implantação dos CTA's no país. O anonimato só era flexibilizado diante da necessidade de encaminhamento para outras unidades de saúde. Entretanto, para a população, o anonimato não era uma questão fundamental. Segundo questionários aplicados nos CTA's, cujos resultados eram debatidos em encontros nacionais de aconselhadores, para a maioria dos usuários a questão do anonimato não era relevante para a realização do exame.

Atualmente, a questão do anonimato é flexível em praticamente todos os CTA's, podendo ser escolha do usuário. Inclusive, na ficha padronizada pelo SI-CTA existe espaço para a identificação do nome da pessoa. Em Fortaleza, a partir do momento em que os exames passaram a ser realizados no laboratório do CEMJA, todos são identificados com o nome. Entretanto, a diferença está em não exigir o fornecimento do endereço e não identificar os usuários por nome nos livros de registro dos atendimentos. Quando o usuário telefona para saber se o exame está

pronto, é identificado pela senha. Segundo uma das aconselhadoras, os usuários “hoje parecem até desconhecer essa possibilidade”. Durante o período de observação percebemos que todos os usuários se identificavam com naturalidade, na recepção, pelo nome, sem fazer qualquer menção à proposta do anonimato.

De modo geral, durante a observação de campo, evidenciou-se um bom acolhimento dos usuários, que demonstravam bem-estar e interação marcadamente afetiva na relação com os profissionais. Este aspecto também foi referido por alguns informantes durante as entrevistas.

Os primeiros contatos com o campo do estudo ocorreram no processo de elaboração do projeto de pesquisa, no segundo semestre de 2002. Nessa ocasião, as aconselhadoras predispuseram-se a colaborar com o trabalho, manifestando disponibilidade para mediar o acesso aos usuários.

### **3.3. Participantes da pesquisa**

Participaram desta pesquisa 9 sujeitos adultos, com faixa etária entre 19 e 54 anos. Não determinamos previamente a quantidade de participantes do sexo masculino e feminino, nem pré-requisitos com relação à preferência sexual. As entrevistas foram realizadas com 4 mulheres e 5 homens, selecionados a partir da demanda espontânea para repetição de teste.

A definição da quantidade total de sujeitos incluídos no estudo teve como critério a saturação das informações, a partir da avaliação constante da satisfação dos objetivos da pesquisa e das necessidades colocadas pelos prazos estabelecidos para sua realização.

Permanecemos no CTA nos meses de setembro e outubro de 2004, no período da tarde, em processo de observação e realização de entrevistas com a demanda espontânea, de acordo com os pré-requisitos estabelecidos.

- a) ter idade acima de 18 anos;

- b) estar realizando espontaneamente a repetição do exame. Não entrevistamos sujeitos cuja repetição de teste no momento da entrevista se deram por solicitação de profissionais de saúde (pré-cirúrgicos, pré-natal, acidente de trabalho, gravidez, dentre outros) e por uso de droga injetável;
- c) estar fora do período da janela imunológica<sup>18</sup> na testagem anterior, pois usuários nesta condição são orientados a retornar ao serviço para repetição do teste;
- d) encontrar-se, no mínimo, na segunda repetição de testes no CTA, sendo a atual motivada por vivências sexuais desprotegidas para o HIV;
- e) estar com resultado do exame atual não-reagente ou encontrar-se aguardando o resultado.

Os participantes da entrevista eram primeiramente abordados pelas aconselhadoras no espaço de aconselhamento individual pré-teste ou pós-teste. Avaliamos com a equipe que essa seria a melhor estratégia, evitando, dessa forma, a necessidade de a pesquisadora fazer essa primeira seleção abordando indistintamente os usuários na recepção da unidade. Assim, conversamos somente com aqueles que estavam no perfil e sinalizaram ao aconselhador disponibilidade para participar do estudo.

Seguindo a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, explicamos os objetivos da pesquisa e informamos quanto ao sigilo de suas identidades, ao direito de interromper sua participação em qualquer momento e de não revelar dimensões de sua intimidade que pudessem causar mal-estar ou constrangimento. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (anexo nº 3) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo nº 4).

---

<sup>18</sup> Janela imunológica: tempo necessário para que o sistema imunológico produza os anticorpos que são detectados no exame anti-HIV. O tempo recomendado para a realização de teste é de doze semanas após a vivência desprotegida para o HIV.

### 3.4. Coleta de dados

Considerando a importância da diversidade das fontes para a verificação e validação da pesquisa qualitativa, trabalhamos, simultaneamente, com duas técnicas: a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Os dados colhidos foram revisados e analisados conjuntamente, para que as revelações fossem provenientes da convergência de informações oriundas de diferentes fontes (Minayo,1994).

Observamos o serviço de recepção, sala de espera e aconselhamento coletivo, nos seguintes aspectos: como os usuários abordam a recepção; como são recebidos, como se identificam; como revelam sua demanda; como se manifestam diante da solicitação à participação em aconselhamento coletivo; como se desenvolve a dinâmica do trabalho grupal; como se relacionam com outros usuários nos diferentes espaços; o que dizem e como dizem, estando sempre atentos à comunicação não verbal, aos gestos e posturas corporais. As observações foram registradas em caderno tipo diário de campo, durante todo o processo de efetivação da pesquisa.

A escolha da observação participante, técnica oriunda dos estudos etnográficos, deveu-se ao fato dela ultrapassar a observação visual, permitindo o contato verbal entre o pesquisador e os sujeitos daquele contexto (Parker, Herdt e Carballo,1995). A observação da dinâmica do ambiente de aconselhamento e a interação verbal ocorrida nesse cotidiano entre a pesquisadora, o corpo técnico, administrativo e os usuários favoreceram a revelação de aspectos importantes para a compreensão do contexto do estudo.

A entrevista vem sendo reconhecida como uma boa alternativa quando se deseja conhecer questões inerentes à intimidade, embora apresente limites como qualquer outra técnica, pelas dificuldades referentes à expressão de dimensões tão delicadas e conflituosas da existência, como as respostas sociais, culturais, históricas e políticas no campo da sexualidade (Parker, Herdt e Carballo, 1995). Esta técnica permite a expressão da subjetividade por meio da linguagem, mas a sua manifestação não se dá apenas através dos discursos e dos seus silêncios, está

presente, também, na comunicação não verbal. Além disso, como bem expressa Minayo (1994:109), a entrevista é uma técnica privilegiada no âmbito das ciências sociais por permitir:

a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicos

As entrevistas foram semi-estruturadas, pois avaliamos que a utilização de um roteiro com questões norteadoras facilitaria o aprofundamento das questões centrais deste estudo. Todavia, cuidamos, durante o processo, para que este roteiro (anexo nº 1) não se transformasse em um instrumento limitador das expressões dos sujeitos.

A estratégia para conhecer as motivações para o teste foi solicitar aos sujeitos que narrassem cada processo de realização de teste, contextualizando-os em sua trajetória de vida afetivo-sexual. Procuramos nos deter em cada processo, mobilizando a explicitação dos sentimentos, emoções e visões de mundo presentes em cada relacionamento afetivo-sexual relatado pelo entrevistado.

As entrevistas foram realizadas em particular, em sala de aconselhamento do CTA, após o aconselhamento individual pré-teste ou após o aconselhamento individual pós-teste. Foram gravadas mediante permissão dos sujeitos e transcritas em sua totalidade, com registro de expressões como risos, choros, pausas, tonalidade de voz, etc.

### **3.5. Análise de dados**

Para a análise das entrevistas e do diário de campo foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin, mais especificamente a análise do tipo categorial temática. A análise temática vem sendo utilizada com bons resultados para estudos qualitativos sobre representações sociais, opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças (Franco, 2003). Segundo Bardin (1977:42), a análise de conteúdo é:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens

A organização da análise dos dados foi desenvolvida em três fases, que foram a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos, com recurso a inferência e interpretação (Bardin, 1977).

Na pré-análise desenvolvemos a chamada leitura “flutuante”, ou seja, a primeira leitura do material da pesquisa, previamente selecionado e organizado. O corpus da pesquisa consistiu de anotações de campo e entrevistas transcritas.

Na fase de exploração do material definimos as categorias empíricas da pesquisa. Neste momento foi efetuada a codificação dos dados, a partir do recorte das entrevistas e posterior reagrupamento e classificação dos elementos. Na definição das unidades de análise<sup>19</sup>, consideramos a frase como unidade de registro e o parágrafo como unidade de contexto. Para Bardin (1977:117), a categorização é:

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, secundamente por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro no caso da análise de conteúdo), sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão de caracteres comuns destes elementos.

De acordo com Franco (2003:52), o processo de definição de categorias é longo, exige esforço do pesquisador e “implica constantes idas e vindas da teoria ao material de análise, do material de análise à teoria, e pressupõe a elaboração de várias versões do sistema categórico”. Tal processo foi vivenciado em nossa pesquisa. A definição e realocação das categorias, à luz do objetivo da pesquisa e do referencial teórico, se deu de forma contínua durante a elaboração deste trabalho.



O tema central da análise dos dados é a motivação para o teste anti-HIV. Para o seu melhor desenvolvimento classificamos em seis categorias:

### **1. Temor às relações “perigosas”**

- 1.1. Relações homossexuais
- 1.2. Relações sexuais com múltiplas parcerias
- 1.3. Relações afetivo-sexuais marcadas pela revelação de infidelidade durante o relacionamento
- 1.4. Relações sexuais com usuários de drogas
- 1.5. Relações sexuais com parceiro portador do vírus

### **2. Exame conjugal como atitude de prevenção: uma nova forma de cuidado construída “nos tempos de AIDS” ou a expressão do julgamento moral do outro?**

### **3. Delicada relação com a sintomatologia da AIDS**

- 3.1. Dúvida quanto aos sintomas do parceiro.
- 3.2. Acompanhamento de familiar doente de AIDS

### **4. Curiosidade ou receios não revelados?**

### **5. Sintoma de DST: alerta ao perigo**

### **6. Violência sexual: o “risco total”**

Na fase do tratamento dos resultados, a análise de conteúdo permite a inferência e a interpretação. De acordo com Franco (2003:25), a inferência é a “razão de ser” da análise de conteúdo, pois é o passo que permite a interpretação: “a inferência é o processo intermediário que vai permitir a passagem, explícita e controlada, da descrição à interpretação”. A inferência produz conhecimentos que

---

<sup>19</sup> As unidades de análise têm duas dimensões: a unidade de registro que é a menor parte do conteúdo e a unidade de contexto, que é mais ampla e permite a compreensão do significado da unidade de registro (FRANCO, 2003; Bardin, 1977).

extrapolam a descrição dos conteúdos manifestos das mensagens, podendo advir da associação de elementos inerentes ao contexto mais amplo da pesquisa.

**RESULTADOS**

---

**CAPÍTULO 4**

## 4. RESULTADOS DA PESQUISA

Nós, seres humanos, não somos problemas ou equações, mas histórias; somos menos parecidos com as contos do que com os contos.

Fernando Savater

### 4.1. Perfil dos participantes da pesquisa

Apresentamos cada participante da pesquisa, por avaliarmos que o conhecimento de alguns aspectos da história de vida fornece elementos importantes para a compreensão do objeto de estudo. Todos tiveram seus nomes trocados por pseudônimos, escolhidos a partir de características marcantes de cada um, por exemplo, Flora, pela imagem jovial e espontânea da entrevistada, além do seu desabrochar a partir das experiências vividas.

**Pedro - 19 anos.** Aproximou-se do local da entrevista expressando muita disponibilidade para o nosso diálogo. Em nosso encontro ficamos sensibilizados com seu corpo arqueado e sua expressão de tristeza. Naquele dia tinha participado do aconselhamento coletivo, do aconselhamento individual pré-teste e realizado exame. Não consegue calcular quantos exames já realizou, mas relata que iniciou o processo de testagem no ano 2000 e que durante o período em que morou no Rio de Janeiro fez exame a cada 3 meses.

Nasceu no interior do Ceará. Emigrou com sua família para Fortaleza e posteriormente para o Rio de Janeiro, onde trabalhou como vendedor de produtos cosméticos. Retornou para Fortaleza há um ano e quatro meses, por causa dos conflitos com a mãe que, por seguir a religião evangélica, tem dificuldades de aceitar a preferência sexual do filho, que não se dedica a qualquer prática religiosa.

Atualmente estuda no período noturno, na modalidade Tempo de Avançar e trabalha como revendedor de confecções para uma amiga, o que resulta na dificuldade para garantir a sobrevivência em Fortaleza. Por isso, vem pagando o aluguel com muito esforço e se alimentando, “de favor”, na casa da amiga para a

qual trabalha. Por não dispor de alternativa, convive com tal situação, mesmo reconhecendo o quanto sua presença é indesejada pelo marido da amiga. Falou do sonho de ter um emprego “fixo”, com carteira assinada.

Pedro construiu sua vida afetivo-sexual mantendo relacionamentos eventuais, exclusivamente com homens. A relação afetiva mais demorada durou 3 (três) meses. Sente muitas dificuldades com relação à aceitação de sua preferência sexual pela família. Sua história de vida é marcada por privação material e desamparo afetivo.

**Rosa - 22 anos..** O diálogo com Rosa iniciou num clima de tensão, porque, de imediato, ela reagiu negativamente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Explicamos, novamente, o seu direito de não participar da entrevista, as condições estabelecidas para a realização de pesquisa na Universidade e o sigilo quanto a sua identificação. Embora registrasse o seu incômodo e expressasse certa ansiedade e irritação diante daquela situação, decidiu participar, talvez por consideração à aconselhadora que fez a abordagem inicial. Naquele dia, Rosa tinha participado de aconselhamento individual pré-teste e realizado o seu quarto exame anti-HIV.

Trabalha como técnica da área de telecomunicações. Era estudante universitária, mas interrompeu os estudos para fazer novamente o vestibular para outro curso. Prepara-se para um concurso objetivando seguir carreira militar. Considera-se católica não praticante.

Quanto à vida afetivo-sexual, Rosa refere várias experiências de namoro - estáveis e eventuais - e uma união consensual há 6 meses com o atual companheiro.

**João - 25 anos.** Atendeu ao pedido da aconselhadora para nos conceder a entrevista com presteza, mas durante nosso contato mostrou-se tímido, mantendo o olhar direcionado para o chão durante toda a entrevista. Expressava significativo constrangimento. Nesse dia havia participado de aconselhamento coletivo,

aconselhamento individual pré-teste e coletado material para o terceiro exame anti-HIV.

Há 3 anos mantém um namoro estável com uma garota do seu bairro. Mora com a mãe, um irmão e o padrasto. Seu pai faleceu há 12 anos, mas destaca ter ótimo relacionamento com o atual marido da mãe. Concluiu o Ensino Médio. Atualmente procura emprego, pois se encontra descontente com o trabalho como comprador de garrafas em pequenos comércios para revender a uma cachaçaria. Os seus rendimentos são abaixo de um salário mínimo. O padrasto desenvolve atividade igual a sua e o irmão trabalha avulso num pequeno mercantil.

**José - 26 anos.** Expressando-se de modo muito afetivo e agradável, demonstrou sua disponibilidade para a entrevista. Passou nesse dia por aconselhamento individual pós-teste, tendo recebido o resultado do seu terceiro exame.

Morou com a mãe até o ano 2000, momento em que esta cometeu suicídio, em decorrência de transtorno depressivo grave, após o marido ter assumido relacionamento com outra mulher. Fala do alcoolismo do pai e dos maltratos comuns ao núcleo familiar devido a essa questão. Durante um período de necessidade morou com a única irmã que reside em Fortaleza. Por não se sentir bem na convivência com o seu cunhado, decidiu morar só num “quartinho”.

Parou de estudar ao concluir o Ensino Médio. Trabalhou, até a semana que antecedeu a entrevista, como cozinheiro de restaurante, recebendo uma remuneração de um salário e meio. Foi demitido inesperadamente, o que o deixou apreensivo por causa do pagamento do aluguel. Expressou muita culpa e auto-responsabilização por não dispor de reserva financeira para suprir suas necessidades nessa fase.

Relaciona-se com homens e mulheres. Atualmente não mantém vínculo afetivo-sexual estável. Manteve dois relacionamentos mais longos nos anos anteriores: o primeiro se deu com um parceiro que lhe omitiu durante uma fase ser portador do vírus e o segundo com uma mulher. Observamos que, além das

angústias decorrentes da falta de retaguarda material e afetiva da família, José lida com acentuados conflitos internos relacionados à auto-aceitação de sua preferência sexual.

**Flora - 26 anos.** Tem um ar jovial e um jeito espontâneo de expressar suas sensações e idéias. Inicia o nosso diálogo destacando o seu incômodo por ter permanecido nos esperando por mais de meia hora, período no qual estávamos conversando com outra pessoa. Em seguida participa da entrevista com muita naturalidade e disponibilidade. Na data da entrevista participou de aconselhamento pós-teste e recebeu exame com resultado não reagente. Este é o seu segundo exame anti-HIV.

Solteira. Vivenciou alguns relacionamentos afetivo-sexuais não estáveis. Seu primeiro namoro “fixo” durou mais de 3 anos e terminou há 8 meses, por iniciativa do ex-namorado. Cursa a 3ª série do Ensino Médio. Tem prática religiosa esporádica na igreja católica. Trabalhou no ramo da costura durante um ano, mas preferiu não dar continuidade pela baixa remuneração, falta de vínculo empregatício e dificuldades para receber o seu pagamento

É filha única de pais adotivos. Reside com eles numa casa de dois andares, que é compartilhada com dois tios idosos e paráliticos. Depende dos pais financeiramente. Refere-se a eles, carinhosamente, dizendo que diante das condições preferiu deixar o trabalho para cuidar deles, porque já estão “velhinhos”.

**Leila - 27 anos.** Destaca-se pela postura muito ereta, a descontração e a grande vitalidade. Apresenta-se afirmando de modo assertivo sua disponibilidade para participar da pesquisa. Relata sua vida compartilhando tranquilamente aspectos muito íntimos de sua história. Antes da entrevista tinha passado por aconselhamento individual pós-teste e recebeu resultado não reagente. Informa ter realizado muitos exames anti-HIV. Não recorda mais quantos fez.

Cursou até o Ensino Médio. Estudou inglês e informática. Recentemente trabalhou divulgando curso de inglês, mas no momento encontra-se desempregada.

Diz que não tem uma religião específica, nem “preconceito religioso”. Acredita em “algo superior”.

Leila namorou um jovem no início dos anos 1990 que descobriu durante o relacionamento deles ser portador do vírus. Após o término desse namoro vivenciou algumas relações eventuais e uma união consensual com duração de três anos. Há um ano e meio mora com o atual companheiro, dependendo dele financeiramente. É filha única e a mãe também a auxilia economicamente. Quando fala da mãe diz: “mãe é tudo de bom”.

**Miguel - 40 anos.** Desde o início da entrevista Miguel estabeleceu limites quanto a sua disponibilidade de tempo. Apesar da ansiedade e impaciência presentes no processo, a entrevista foi realizada e forneceu informações importantes para o nosso estudo. Nessa ocasião ele tinha participado de aconselhamento pré-teste individual e feito a coleta para o seu terceiro exame anti-HIV.

Miguel concluiu o Ensino Médio e trabalha na área de comunicação, tendo um rendimento de aproximadamente quatro salários mínimos. Sua religião é a evangélica. Com relação à vida afetivo-sexual relata que gosta muito de namorar e tem uma vida repleta de relacionamentos amorosos com mulheres, principalmente as jovens.

No dia seguinte à entrevista, Miguel retornou ao CTA com a nova namorada, que veio fazer exame a seu pedido. Nesta ocasião estávamos observando a sala de espera. Ele se aproximou, nos apresentou a jovem e perguntou se queríamos entrevistá-la. Ela não foi incluída, era a primeira vez que realizava exame anti-HIV.

**Luiz – 42 anos.** Apresentou-se descontraidamente na sala onde aconteceu a entrevista, demonstrando sentir-se à vontade naquele espaço. Permaneceu sorridente, olhando com firmeza a entrevistadora durante a maior parte do tempo em que durou o diálogo. Tinha passado por aconselhamento individual naquele dia e recebido resultado de exame não reagente. Referiu não saber calcular quantos exames fez ao longo desses anos.



Mantém um relacionamento “fixo” com outro homem há mais de 5 (cinco) anos. Entretanto, informa relacionar-se eventualmente com outros homens, razão pela qual já realizou três exames anti-HIV durante essa conjugalidade. Ele e o companheiro moram na casa da sua mãe, compartilhando o cotidiano com mais 9 pessoas: irmãos, tia, sobrinhos e uma empregada doméstica. Sobre a convivência diz que os familiares “são cabeças” e que “sabem aceitar o seu relacionamento sem preconceito”.

Estudou até a 1ª série do Ensino Médio. Interrompeu os estudos porque tinha “pavor” à Matemática. Identificou-se como católico não praticante. Trabalhou durante 1 (um) ano como Office Boy, mas no momento se considera “uma pessoa acomodada”, por não desenvolver atividade profissional e ter se ocupado de trabalhos domésticos. Depende financeiramente da mãe, que é pensionista, e do companheiro que realiza trabalhos eventuais em salão de beleza e no ramo de pintura de imóveis.

Em sua vida afetivo-sexual, Luiz relacionou-se exclusivamente com homens. Relatou com certa facilidade suas vivências, expressando pouco desconforto ao compartilhar sua intimidade. Tem uma longa história de exames e parece habituado aos diálogos nos serviços de saúde.

**Maria - 54 anos.** Apresentou-se de modo muito sorridente e disponível para o nosso diálogo. Contou sua história de modo espontâneo, sem demonstrar qualquer temor. Quando perguntamos em qual bairro residia, ela forneceu seu endereço completo e ensinou os pontos de referência. No dia da entrevista passou por aconselhamento individual e recebeu resultado não reagente. Até o momento realizou quatro exames anti-HIV.

Estudou até a 5ª série do Ensino Fundamental. Considera-se uma católica com muita fé, mas não gosta de freqüentar igrejas. Garante sua sobrevivência através do trabalho em um pequeno restaurante na própria residência.

É divorciada do primeiro casamento, no qual sofreu muito porque seu marido era alcoólatra. Após o divórcio viveu maritalmente com outro companheiro,

“muito bom”, durante doze anos. Há dois meses está vivenciando um doloroso processo de separação do namorado com o qual se relacionou por mais de três anos.

Mora com um dos cinco filhos do primeiro casamento, mas tem dificuldade porque ele é dependente de bebida alcoólica. Quando se refere aos filhos diz que não tem um bom relacionamento com eles e que, no momento, há entre eles conflito por causa de uma herança.

Apresentamos o quadro 1 e 2 com uma síntese das informações do perfil dos nossos entrevistados.

**Quadro 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme idade, escolaridade, bairro, religião, trabalho e renda.**

NOME	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE	BAIRRO	RELIGIÃO	TRABALHO	RENDA
Pedro	19	1º grau incompleto	Presidente Kennedy	Não tem Religião	Autônomo	Menos de 1 salário mínimo
Rosa	22	Superior Incompleto	Aeroporto	Católica não Praticante	Técnica telecomunicação	2 salários mínimos
João	25	2º grau completo	Messejana	Desconhece-mos	Autônomo	Menos de 1 salário mínimo
José	26	2º grau completo	Barra do Ceará	Simpatiza com os evangélicos	Cozinheiro	Desempregado
Flora	26	2º grau incompleto	Nsa Sra das Graças	Católica com prática eventual	Estudante	Dependente Da família
Leila	27	2º grau completo	Jacarecanga	Não tem religião	Autônoma	Dependente Da família
Miguel	40	2º grau completo	Antonio Bezerra	Evangélico	Técnico em comunicação	4 salários mínimos
Luiz	42	2º grau incompleto	Montese	Católico não Praticante	Atividades domésticas	Dependente Da família
Maria	54	1º grau incompleto	Centro	Católica não Praticante	Comerciante	2 salários mínimos

Fonte: Pesquisa, 2004

A idade dos entrevistados variou entre 19 e 54 anos, sendo quatro mulheres e cinco homens. Com relação à escolaridade, quatro entrevistados

concluíram o 2º grau e um tem nível universitário incompleto. Do total, quatro não têm fonte de renda própria, quatro têm rendimentos de até dois salários mínimos e apenas um tem rendimento de quatro salários.

**Quadro 2 – Distribuição dos entrevistados conforme o vínculo afetivo-sexual, núcleo familiar, preferência sexual e quantidade de exames realizados.**

NOME	VÍNCULO AFETIVO-SEXUAL	NÚCLEO FAMILIAR	PREFERÊNCIA SEXUAL
Pedro	Sem vínculo afetivo-sexual estável	Mora só	Homossexual
Rosa	União consensual há seis meses	Mora com o companheiro	Heterossexual
João	Namoro há mais de três anos	Mora com os familiares	Heterossexual
José	Sem vínculo afetivo-sexual estável	Mora só	Bissexual
Flora	Término recente de namoro que durou mais de três anos	Mora com os familiares	Heterossexual
Leila	União consensual há um ano	Mora com o companheiro	Heterossexual
Miguel	Iniciando namoro	Mora só	Heterossexual
Luiz	União consensual há cinco anos	Mora com os familiares	Homossexual
Maria	Término de namoro que durou mais de três anos	Mora com um filho	Heterossexual

Fonte: Pesquisa, 2004.

Quanto à vida afetivo-sexual, quatro pessoas não têm relacionamentos estáveis, duas têm namoros “fixos” e três vivem em união consensual. Entre os homens, dois afirmaram ter relacionamentos exclusivamente com mulheres, dois revelaram ter relacionamentos homossexuais e um relatou relacionamento bissexual. Todas as mulheres afirmaram ter relacionamentos somente com homens. Com relação ao núcleo familiar, três residem sozinhos e seis com familiares ou companheiro.

#### **4.2. As motivações para o teste anti-HIV**

O dicionário (Ferreira, 1986) traz o seguinte conceito de motivação: “conjunto de fatores psicológicos (conscientes ou inconscientes) de ordem fisiológica, intelectual ou afetiva, os quais agem entre si e determinam a conduta de um indivíduo”.

Na definição de Ferreira evidencia-se a dinamicidade entre os diversos fatores (psicológico, fisiológico, intelectual, afetivo) determinantes da prática de um indivíduo. Em nossa concepção de motivação, ressaltamos a importância do contexto sociopolítico e cultural no qual esses fatores se constituem e se encontram em relação dinâmica, impulsionando determinada ação.

As motivações para a realização e repetição de teste anti-HIV são estudadas a partir da análise dos discursos sobre riscos de infecção pelo HIV no campo da sexualidade, enunciados nos relatos das histórias afetivo-sexuais dos participantes dessa pesquisa.

Apresentamos um quadro síntese das motivações para os exames. Mostramos que um mesmo sujeito pode apresentar diferentes motivações ao longo da realização dos seus exames ou mesmo na realização de um único exame. Quando ocorreu sobreposição de motivação no processo de realização de um único exame, esta foi explicitada ao longo da análise das categorias.

### **Quadro 3 – Síntese das motivações para os exames anti-HIV**

<b>NOME</b>	<b>QUANTIDADE DE EXAMES</b>	<b>MOTIVAÇÕES</b>
Pedro	Mais de 10 exames	Relações homossexuais, múltiplas parcerias, violência sexual
Rosa	4 exames	Múltiplas parcerias, sintomatologia, relação com usuário de droga
João	3 exames	Curiosidade, DST
José	3 exames	Relações homossexuais, múltiplas parcerias, relação com portador do vírus HIV
Flora	2 exames	Relação com usuário de droga, múltiplas parcerias.
Leila	Mais de 10 exames	Relação com portador do vírus, múltiplas parcerias, exame conjugal
Miguel	3 exames	Múltiplas parcerias, exame conjugal
Luiz	Mais de 10 exames	Relações homossexuais, múltiplas parcerias
Maria	4 exames	Sintomatologia, múltiplas parcerias

Fonte: Pesquisa, 2004

#### 4.2.1. Temor às relações “perigosas”

O temor acarretado por relações consideradas socialmente “perigosas” foi identificado neste estudo como o principal fator de motivação para a realização do teste anti-HIV. Essas relações foram difundidas, na primeira fase do processo de construção social da AIDS, como as portadoras de risco para o HIV: relações homossexuais, relações sexuais com múltiplas parcerias, relações afetivo-sexuais marcadas pela revelação de infidelidade durante o relacionamento, relações sexuais com usuários de drogas e relações sexuais com portadores do vírus HIV.

##### 4.2.1.1. Relações Homossexuais

Com o advento da AIDS e a publicização de casos de contaminação de homossexuais, a doença foi imediatamente associada a essa população. A AIDS foi, então, amplamente divulgada pela mídia como *peste gay*. Nessa associação, os homossexuais foram estigmatizados como transmissores da AIDS. O estigma sofrido pelos homossexuais, além de provocar grande sofrimento psíquico, constitui fator importante na percepção do risco por esse grupo. Constatamos a alusão, explícita ou não, à noção de *grupo de risco* como elemento desencadeador de um processo de realização de exames. Luiz, por exemplo, destaca a necessidade de provar aos outros e a ele mesmo que ser homossexual não é sinônimo de ser portador de HIV:

*(Fez o primeiro exame) por causa da AIDS né, quando ela surgiu, né. Aí eu via todo mundo querendo fazer o exame, e era aquele preconceito todo, colocando a culpa nos homossexuais. Aí eu me sentia assim... sei lá... tão diminuído, tão pequenininho (...) porque a sociedade joga a culpa nos homossexuais, né. Já que somos homossexuais, a gente tem que mostrar pra sociedade que a gente não tem, tem que comprovar, e tudo tem que ser aprovado e comprovado no papel, e é isso, né? (Luiz)*

Outro participante, José, fez o primeiro exame em 1999, motivado, sobretudo, por estar iniciando relacionamento afetivo-sexual com homem:

*Aí chegou um colega meu que trabalhava comigo e disse: José, é bom tu fazer exame de HIV. Eu vou fazer, então tu faz também. Foi o primeiro. Aí eu fiquei com... porque eu tô tendo um caso assim, assim, assim, que é um caso homossexual, vou fazer... (José)*

Pedro, ao principiar vida sexual, sentia inquietação e medo diante da percepção de sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A convivência com homossexuais proporcionou-lhe informações sobre a realidade da AIDS e lhe

possibilitou contato com portadores. Diante dos temores em face de um mundo que se desnudava, “criou coragem dentro de si” e foi fazer seu primeiro exame, no ano 2000, quando morava no Rio de Janeiro:

*Lá, como as notícias sobre as doenças é bem... você sabe muito cedo. Sabe, lá você é informado muito cedo. Inclusive dá até pra você ver pessoas contaminadas, vizinhos, porque lá as notícias correm rápido. Aí, como eu estava iniciando minhas relações, aí eu me assustava sobre os casos de pessoas contaminadas... (Pedro)*

A prática do sexo protegido, de acordo com os relatos dos nossos entrevistados, é mais comum em se tratando do sexo anal. A proteção no sexo oral constitui ainda dificuldade para todos. Eles não se protegem nessa prática, apesar de bem informados com relação aos riscos. Os exames realizados por Luiz nesses anos tinham por finalidade checar riscos no sexo oral:

*Porque não é só a camisinha nas relações sexuais anais que é pra gente se precaver. E o sexo oral? A gente fala: não tenho AIDS porque transo com camisinha. Aí, ao mesmo tempo a gente, nós vivemos fazendo o que chamamos de boquete. E aí, como é que está se precavendo sem camisinha? E aí isso pega também, por isso que é bom fazer (o exame). (...) Não, não Eu não gosto (de camisinha no sexo oral). É mesmo que você tá comendo o bombom com papelzinho. Uma coisa sem gosto. Nós fazemos com camisinha o anal porque é o jeito, mas também é uma coisa sem graça, mas não que a gente queira... nós somos forçados... as conseqüências, né? (Luiz)*

Ao trazer os dilemas da prevenção, Luiz não fala de si individualmente, mas sugere que esse é um modo de ver e viver de um grupo. Refere-se sempre a “gente” e a “nós”. Explicita a significação da camisinha como uma barreira que impede o acesso ao prazer. Traz também no seu discurso o conhecimento da hierarquização dos riscos nas práticas sexuais, ao falar do temor com relação às conseqüências do sexo anal. O reconhecimento de maior risco nas práticas de sexo anal advém de uma força externa (“somos forçados”). Esta “força” impõe o uso da proteção, ou seja, a diminuição do prazer, sem deixar possibilidade de escolha.

Outro problema referente ao uso de proteção, apontado por dois participantes da pesquisa, é o rompimento do preservativo. Um deles relata a ocorrência dessas situações com muita freqüência:

*Estoura a camisinha porque eu nunca ando com lubrificante, nem nada não, entendeu? É mais a saliva que eu uso. Aí eu não sei se é eu que não coloco direito, não sei colocar direito, entendeu? (Pedro)*

Pedro nos esclarece que recebeu orientação quanto à colocação correta do preservativo e atribui à pressa existente no momento das relações sexuais os constantes rompimentos das camisinhas:

*É porque, às vezes, até na pressa da pessoa, né... aquele fogo, aquela vontade, talvez a gente nem repara isso... ou até mesmo alcoolizado também, né? (Pedro)*

Embora Luiz não se refira à experiência com rompimento de preservativo, faz alusão ao prazer inerente ao sexo “rapidinho”:

*Viche, é uma coisa totalmente assim, que é difícil até você... dizer em palavras, né? Porque às vezes a gente tá numa ocasião... a pessoa que você tem em casa não lhe dá um certo prazer, então a gente procura fora um prazer diferente, um prazer a mais. Um tipo de sexo. Um sexo bem rapidinho, ligeirinho, dizem, né? Isso é uma questão de momento. Não é questão de ser fixo não. Ali ninguém quer saber... não pergunta nem o nome e nem o telefone, é só mesmo naquela hora e pronto. Um momento de prazer. Pronto.(Luiz)*

A pressa referida parece ser uma das características dos encontros eventuais de homossexuais masculinos, no contexto específico em que se tecem as relações afetivo-sexuais dos entrevistados.

Hoje, a relação HIV /Homossexualidade desponta de forma atenuada nos discursos. Todavia, essa associação ainda aparece como fator importante da repetição dos testes para os homossexuais, merecendo, inclusive, pesquisas mais aprofundadas sobre esse aspecto. Nossos entrevistados informam sobre as repercussões emocionais dos discursos construídos nas primeiras fases da AIDS e revelam que o estigma em si não os faz adotar práticas preventivas, desencadeando reações adversas e, por vezes, paradoxais. De modo geral, os homossexuais, hoje, percebem a necessidade de proteção em suas práticas sexuais, apesar de grupos minoritários, inclusive no Brasil, propagarem a exposição voluntária, como forma de obtenção de maior prazer (Cypriano, 2003).

#### **4.2.1.2. Relações sexuais com múltiplas parcerias**

Nos discursos sobre AIDS, a vivência da sexualidade com múltiplas parcerias compunha o quadro dos “comportamentos de risco”. As pessoas que tinham essa dinâmica na vida afetivo-sexual eram consideradas “promíscuas” e

altamente vulneráveis ao HIV. A relação entre a quantidade de parceiros e o risco de transmissão do HIV perpassa o conjunto dos relatos dos entrevistados.

A definição do que significa múltiplas parcerias sexuais na contemporaneidade é bastante complexa. Qual é a referência de tempo a ser utilizada para avaliar se uma pessoa tem múltiplas parcerias? Seriam múltiplas parcerias durante a vida? Seriam múltiplas parcerias simultaneamente? Neste estudo, classificamos na categoria “relações sexuais com múltiplas parcerias” as motivações que os entrevistados fazem referência explícita a essa questão.

Ao narrar sua trajetória afetivo-sexual, Miguel expressa com satisfação seu gosto e sua necessidade de ter muitas namoradas, de ter vida sexual bastante ativa, embora esse aspecto mobilize preocupação com relação ao HIV :

*Eu queria ter a certeza de que eu estava bem (...). Eu não pertencia a nenhum grupo de risco, mas pelo fato de eu ter conhecido muitas mulheres... (Miguel)*

Apesar da percepção da vulnerabilidade, principalmente por reconhecer os riscos em constantes rompimentos de preservativos, a efetivação do primeiro exame ocorreu somente há cerca 2 (dois) anos, quando viveu um “namoro apaixonado” com uma mulher que havia tido muitos parceiros no passado . Durante esse relacionamento não usou preservativo, embora sentisse forte sensação de insegurança com relação ao HIV. Propôs realizar o exame conjuntamente com a namorada<sup>20</sup>:

*Comecei a namorar a menina e a gente ficou junto, e ela tinha outras relações antes de mim, e aí, pra ter segurança, nós dois fizemos e tava tudo bem entre a gente. Então, pra que a gente tivesse uma vida mais tranqüila resolvemos fazer... (Miguel)*

Realizaram conjuntamente o primeiro exame e o repetiram após um período de separação. Miguel estimava que sua namorada não havia mudado de atitude e usado preservativo com outros (possíveis) parceiros durante a separação deles. Mencionou a falta de confiança como o motivo do elevado temor ao aguardar o resultado do segundo exame feito pelo casal. Sentiu-se efetivamente suscetível ao

---

<sup>20</sup> Classificamos essa experiência na categoria relações com múltiplas parcerias, apesar do exame ter sido realizado em casal, porque esse é o aspecto que mais fica ressaltado no relato do entrevistado.



vírus, por se relacionar com uma mulher que não correspondia ao seu padrão de confiança.

Antes desse relacionamento, Miguel não utilizava o preservativo nos relacionamentos estáveis, com as mulheres nas quais confiava. A sensação de segurança provinha da escolha de pessoas “conhecidas há muito tempo”, de “boa conduta”, principalmente, mulheres com poucas experiências sexuais e seletivas na busca de seus parceiros. Relatou algumas histórias das mulheres de confiança que podem ser ilustradas com o seguinte depoimento:

*Uma pessoa que eu conheço há 20 anos (...). Pela... como é que eu digo... a conduta dela. A maneira dela viver (...). Mulher, mulher que não é de estar namorando qualquer um. Acho que ela teve dois namorados.... (Miguel)*

O preservativo era utilizado por Miguel nos relacionamentos ocasionais, com as mulheres pouco conhecidas. Nessas situações, ocorreram rompimentos ou eventual saída do preservativo durante a relação sexual. Ao explicitar sua compreensão dos motivos que levaram a freqüentes rompimentos de preservativo, atribui a responsabilidade ao Estado, pela falta de controle de qualidade, portanto, a um fator externo. Nos vários momentos em que se referiu a essa questão, Miguel não cogitou nenhuma dificuldade no processo de uso.

*Os preservativos... têm alguns que eles não protegem até o final, certo? E tem uns que... é... quer dizer, eu acho que o governo deveria ter um controle maior sobre esses preservativos. Tem uns que rasgam fácil. (Miguel)*

O depoimento de Miguel ilustra como a questão da múltipla parceria é abordada de forma diferenciada segundo o gênero, nas relações heterossexuais. Quando Miguel relata a própria experiência de relacionamento com diversas mulheres não há a presença de juízos de valor. Todavia, expressa desaprovação ao se referir aos diversos relacionamentos afetivo-sexuais da namorada. O julgamento moral com relação à vivência da sexualidade feminina com múltiplas parcerias ainda permanece enraizado em nossa cultura. Em vários segmentos sociais, as mulheres que vivem a sexualidade desta forma são vistas com desconfiança pelos homens e pelas próprias mulheres (Santos, 2002). Pesquisa realizada por Monteiro (2002), com jovens de um bairro popular do Rio de Janeiro, confirma a permanência de

aspectos culturais tradicionais que fundamentam as diferentes expectativas morais para os gêneros.

A múltipla parceria sexual também constitui preocupação e motivo de teste para as mulheres. O temor com relação à múltipla parceria permanece como uma das referências importantes na auto-avaliação de risco de HIV por Rosa. Ao resgatar sua história de prevenção ao HIV, Rosa informa que, ainda adolescente, participou de uma formação na Secretaria Estadual de Saúde para desenvolver atividade de agente multiplicador em trabalhos preventivos de DST/AIDS. Esta experiência sensibilizou-a para a utilização de preservativos nas relações posteriores. Durante um namoro estável, que a levou a um compromisso de noivado, Rosa deixou de usar preservativos, pois, nesta relação, se sentia segura com relação ao HIV. Além da estabilidade e confiança, valorizava atitudes do companheiro que a levavam a não considerá-lo “promiscuo”:

*Na época que a gente namorava e tal, porque ele era assim altamente seletivo, as namoradas dele. Ele tinha 32 anos, na época e só tinha tido 10 parceiras, ou seja, ele era praticamente virgem em comparação com os homens na sua grande maioria, que têm uma por mês, né? (Rosa)*

Após o término desse romance, novas experiências sexuais a mobilizaram para realizar os seus primeiros três exames anti-HIV, em particular, relacionamentos, não estáveis, com múltiplos parceiros, nos quais ocorreram rompimentos de preservativos:

*Porque quando eu terminei o meu noivado, eu meio que... galinhei muito. Só que eu sempre usava camisinha. Aí... mas acontecia às vezes de uma estourar (...) acho que umas duas vezes. (Rosa)*

O atual (e quarto) exame de Rosa, eivado por grande sofrimento emocional, decorreu de relacionamentos desprotegidos com um homem que tinha múltiplas parcerias e com um usuário de droga (maconha e cocaína inalada). Justifica que, na fase desses dois relacionamentos encontrava-se com transtorno depressivo, por isso não tinha preocupações com o seu autocuidado:

*É porque, tipo assim... Nas duas eu estava num estado emocional tão delicado que pra mim, não me importava se eu ia ficar doente, se eu não ia, se eu ia morrer, se eu ia viver. Eu estava vivendo apenas um momento. Pra mim não me importava, tá entendendo? Porque morrer eu tenho plena consciência que todo mundo vai. Todo*

*mundo vai morrer, mas naquela época não fazia diferença pra mim se eu ia morrer amanhã, se ia morrer daqui a um mês, se eu ia morrer daqui a um ano. Hoje talvez eu queira morrer só daqui a 30 anos. (Rosa)*

Em nosso contato, Rosa parecia psicologicamente abalada. Estava investindo no projeto de ingresso em carreira militar quando soube que o teste anti-HIV reagente é critério de exclusão<sup>21</sup>. Diante dessa realidade decidiu antecipar-se ao exame que será exigido e checar as vivências sexuais relatadas acima, que lhe atemorizam com relação à possibilidade de contrair o HIV. A entrevistada não questiona a obrigatoriedade do exame no processo de seleção, mas registra que jamais o faria espontaneamente nesse momento da sua vida. Porém, diante do grande investimento empreendido para a aprovação no concurso e da possibilidade de exposição da sua privacidade num processo de seleção, preferiu antecipar-se e procurar o CTA:

*É, porque na realidade eu preferia não saber. Não saber. Não no sentido de não me cuidar, ou de não me proteger, ou de proteger as pessoas que se relacionam comigo. Mas não saber no sentido de preservar a vontade de viver, o gosto pela vida, que eu acho que quando a pessoa descobre que tem uma doença dessa pensa que vai morrer amanhã, então não vive... Porque na realidade todo mundo sabe que vai morrer, mas o grande barato é que você não sabe quando, então você vive como se você fosse imortal. Todo mundo vive mais ou menos nessa ilusão. A gente só se depara que é mortal quando acontece alguma coisa com a nossa saúde, com o nosso corpo ou com alguém próximo. Então eu gostaria de viver ainda nessa ilusão, mas assim... Eu não ia querer descobrir que eu era soropositivo através do teste (do concurso), porque eu seria reprovada, numa coisa que eu sempre desejei a minha vida todinha, que é fazer parte da corporação, por conta disso. Aí dependendo do meu resultado eu não vou prosseguir nos exames. (Rosa)*

Para Rosa, o atual exame irá nortear decisões com relação a sua vida profissional e redimensionar seu cotidiano. Está vivendo uma união consensual há seis meses, na qual o preservativo é utilizado eventualmente como contraceptivo. O companheiro desconhece tanto as inquietações acima mencionadas quanto a realização do atual teste. A história de Rosa evidencia os caminhos percorridos na difusão da epidemia da AIDS. Enquanto as preocupações voltam-se exclusivamente para as clássicas situações consideradas perigosas, no caso, as múltiplas parcerias e o relacionamento com usuário de drogas, não são questionadas as possibilidades

<sup>21</sup> O caso acima exposto traz uma polêmica que tem acompanhado a problemática da AIDS não somente no Brasil: a exigência da realização de testes anti-HIV para a admissão e manutenção em empregos e para a expedição de vistos de permanência no estrangeiro. No Brasil, “a obrigatoriedade do teste anti-HIV na admissão do empregado e durante o contrato de trabalho é vedada pela interpretação sistemática dos dispositivos constitucionais trabalhistas, administrativos e éticos profissionais” (BRASIL, 1994:32), entretanto os setores militares não têm acatado as determinações legais, exigindo sistematicamente o teste como critério eliminatório nos processos de seleção.

de transmissão no campo do que foi designado como área segura: as relações monogâmicas. O relacionamento com o atual companheiro e com o ex-noivo são considerados por ela um campo protegido com relação ao risco de HIV.

Outra entrevistada, Leila, associa a vivência de relações sexuais com múltiplas parcerias, no universo feminino, ao uso de bebida alcoólica. Relata que, após uma separação, viveu uma fase chamada, por ela, de “embriaguez e desordem”, durante dois anos. Neste período relacionou-se com múltiplos parceiros. Nessas situações, ciente do risco, conseguia estabelecer “critérios de prevenção”, excluindo as práticas consideradas de maior risco.

*Quando eu passei por essas orgias assim... Mas eu tinha noção... era sem camisinha, mas não era tanto. Sexo anal, nem pensar, que é o meu grande trauma... Era mais ou menos aquela assim: coloca só pra lubrificar e depois bota a camisinha. Que nessa brincadeira rola candidíase, nesse contato, sabe? Mas não era aquela coisa da... liberada não. Claro que tinha as suas restrições, né? Mas era sem camisinha de certa forma, não tinha aquela... Era na camisinha ou então fora. Porque o veneno, pra mim, tá ali no esperma, ilusoriamente... (Leila)*

Para Leila, as práticas de maior risco acontecem, mais freqüentemente, no “mundo da noite”, símbolo de perigo com relação ao HIV. Durante seis meses, evitou, portanto, esse “mundo”, e, em seguida, repetiu o teste. A vida sexual com múltiplos parceiros e a inserção no mundo da noite não são consideradas, por Leila, como natural do mundo feminino:

*Aí eu realmente decidi: pô, estou chegando aos trinta, então, vamos parar com inseqüência, porque assim, eu acho que o meu instinto macho, burro, é muito forte. Sabe, a minha testosterona, ela é muito forte. (Leila)*

O resultado do exame mobilizou pacto de autocuidado:

*Agora eu tô nova e vou me cuidar. Vai. E estava só. Comecei a trabalhar, organizar a minha vida e tal... (Leila)*

Para Leila, o autocuidado implica em grande mudança de vida, excluindo seu trânsito pelo “mundo da noite”, pois não vislumbra proteger-se de HIV fazendo parte desse universo. A sensação de Leila de que estava ‘nova’ após o resultado de exame não reagente nos remete à pesquisa de Schuch (1998:203). Este autor, retomando os estudos de Mary Douglas, Pureza e Perigo, analisa a associação que

os sujeitos de sua pesquisa fazem entre determinados comportamentos sexuais e sujeira, “como se certas atitudes fossem sujas, ou seja, impuras.”

A visão de Leila sobre a sexualidade feminina reporta-nos ao estudo de Villela e Barbosa (1996), quando identificaram as categorias “vontade” e “necessidade” como orientadoras da percepção dos homens e mulheres sobre o lugar do sexo nos relacionamentos. Os homens são reconhecidos como detentores de “necessidade” do sexo, algo considerado socialmente natural. As mulheres são vistas como detentoras de “vontade”, que despontaria de acordo com vários fatores e dependeria do contexto e da natureza das relações estabelecidas.

As vivências homossexuais também são marcadas pelos temores advindos do conhecimento da quantidade e diversidade de parceiros. Há cinco anos, Luiz tem um relacionamento estável. Relata que, na atual vida conjugal, sente relativa tranquilidade quanto à transmissão de HIV, principalmente porque o companheiro participa de uma ONG/AIDS e é doador de sangue. O sexo oral é a sua única prática sexual sem proteção, entretanto, não tem sido vivida exclusivamente com seu companheiro. Em alguns momentos manteve relações sexuais com outros homens, motivo que o levou a realizar exames três anti-HIV durante o atual relacionamento.

Saber que um parceiro mantém relações sexuais com muitas pessoas sempre causou insegurança a Luiz. Todavia a convivência com o receio não tem garantido o uso de proteção no sexo oral. Em determinadas situações, seus temores tomaram tal proporção que o beijo com uma pessoa que tem múltiplas parcerias passou a constituir ato de perigo. A experiência motivadora do último teste foi assim explicitada:

*Porque eu acho que era (o parceiro) uma pessoa mais assim... como é que se diz... uma pessoa bem vulgar, galinha, gosta de ficar com um e com outro, tá com um e com o outro; aí eu depois vim ligar uma coisa a outra e senti medo. Aí eu fui forçado a fazer o exame (atual). (Luiz)*

Luiz fala do exame anti-HIV como o momento de “saber realmente” como está e de checar as experiências passadas, por ter “consciência do que fez”:

*Fazer minha parte é usar a camisinha... usar o preservativo, não ter muitos parceiros, só o fixo, né? Porque sendo fiel você está evitando não só a AIDS, outras e várias doenças.*(Luiz)

Fazer a sua parte significa cumprir as prescrições normativas de determinado discurso da prevenção, que propõe o uso da camisinha e a redução de parceiros, preferencialmente através da construção de relações que tenham como princípio a fidelidade.

Luiz viveu momentos de grandes conflitos em que se mesclavam desejos, necessidades emocionais não compreendidas, não aceitas, e o dever de fidelidade ao seu parceiro. Desta forma, segue sua vida tentando dar conta de seus relacionamentos eventuais com outros parceiros e da insegurança advinda da prática do sexo oral sem proteção.

As motivações para o teste de outro participante da pesquisa são igualmente marcadas pelas experiências sexuais com múltiplas parcerias. Entretanto, há nuances na sua percepção. Pedro direciona a atenção para si, ou seja, para sua vivência da sexualidade com múltipla parceria. Não demonstra preocupação com a quantidade de parceiros do outro. As suas vivências afetivo-sexuais compreendem, sobretudo, relações “não fixas”, com multiplicidade de parceiros. O relacionamento mais longo teve duração de três meses. Não acredita na fidelidade e considera que as práticas sexuais desprotegidas nas uniões estáveis se baseiam apenas “numa coisa sentimental”, nunca na “segurança real”:

*É uma coisa assim... um nada, porque vem a cobrança da pessoa que tá te propondo: poxa, não confia em mim? Sabe... vem aquelas perguntas. Aí te coloca na parede e tu acaba cedendo, quer dizer, é o que acontece na maioria. É o que acontece na realidade é isso, porque o caso acha que não vai trair... porque existe a ingenuidade também, né? Que por ser ingênuo acaba pagando um preço muito alto.*(Pedro)

Ao relatar suas vivências de múltipla parceria, deixa entrever que tal característica é imanente à sexualidade das relações homossexuais. Contudo, consideramos que o modo de vida de Pedro tem se construído na relação com seus pares, em um contexto sociocultural específico, não podendo, portanto, ser generalizado para o conjunto das vivências homossexuais. Estudiosos da área, dentre os quais Parker (1991) e Costa (1992), tecem críticas contundentes à idéia de

existência de uma possível sexualidade homossexual, transcultural, universal, independente do contexto sociopolítico e cultural no qual se dá.

As relações com múltipla parceria são reconhecidas pelos sujeitos de nossa pesquisa como aspecto significativo no risco de infecção pelo HIV, constituindo motivação importante para a realização de exames. O discurso da múltipla parceria como comportamento arriscado foi internalizado pelos sujeitos, independente de preferência sexual. Há, porém, formas diferenciadas de concebê-la, seja em relação ao gênero, seja em relação ao enfoque do temor gerado pelas próprias práticas ou pelas práticas do parceiro (o outro).

#### **4.2.1.3. Relações afetivo-sexuais marcadas pela revelação de infidelidade durante o relacionamento**

Conviver com situações de infidelidade traz, muitas vezes, angústias e preocupações. O contato com a infidelidade quebra o “núcleo de proteção” erigido a partir da idealização do amor romântico e da conseqüente sensação de segurança, fazendo emergir a questão da multiplicidade de parceiros. Desse modo, a separação decorrente de infidelidade do parceiro constituiu motivação para repetição de teste de quatro participantes da pesquisa.

Leila manteve relação sexual sem preservativo com portador do vírus, tendo, em seguida, realizado vários testes anti-HIV, com resultado negativo. No namoro subsequente continuou mantendo relações sexuais sem preservativo. No início desse novo relacionamento sentiu necessidade de fazer mais um exame, pois viveu momentos de grande angústia e medo de transmitir o vírus ao namorado, apesar de ter cumprido todos os protocolos recomendados pelo serviço de saúde e não ter mais indicação para exame. Não se preocupou com a possibilidade de adquirir o vírus nesse relacionamento. O resultado do exame deixou-a tranqüila para dar continuidade ao relacionamento e abster-se do uso da camisinha:

*Aí, olha como é interessante. Eu acho que o ser humano é louco, né? Eu sou uma das loucas. Quando eu repeti o meu exame, que eu vi que não existia possibilidade de eu passar pra ele... porque o meu pânico maior era esse (...) Então como o preservativo incomodava muito, a gente começou... continuou durante três anos.(Leila)*

Nesse relacionamento passou a praticar sexo anal desprotegido, em parte para agradar o parceiro, por achar que seria mais prazeroso para ele e por sentir desconforto, nessas vivências, com o uso de camisinha:

*Eu tive (relação anal) com o meu ex, aquela paixão homérica, mas não para agradar só a ele, porque relação anal é muito punk, acho que a palavra é essa. Tem que ser muito homem pra ser veado. E com camisinha, amiga, ninguém merece. Agora que certeza eu tinha que esse homem não tinha AIDS? Nenhuma. Mas talvez o meu amor por ele era um amor tão desordenado que meu cérebro não funcionava nesse sentido (...) Também, eu acho que também, principalmente sexo anal, pelo contato, porque o preservativo tira muito o contato da glândula do homem, né? Eu acho que tinha também isso, essa coisa do contato real. E aí, o que tem? Depois que teve a relação anal sem camisinha... já que eu perdi a tampa, o pinico vai longe. (Leila)*

Leila reconhecia a relação anal sem preservativo como o máximo da exposição com relação à transmissão de HIV. Não tê-la no relacionamento com o ex-namorado portador do vírus representava o que, certamente, lhe preservou do vírus naquela situação. Esses argumentos perderam a força no contexto do relacionamento em questão, quando Leila viveu o que chama de “amor desordenado”, e se encontrava em uma situação em que perdeu o controle. O preservativo passou a ser visto por ela como algo que impedia e reduzia o prazer do “contato real” com o outro.

Nos dois primeiros anos desse relacionamento, Leila sentiu-se segura, e não direcionou qualquer atenção à questão de risco de infecção pelo HIV. Tinha a sensação de ter sido “resgatada de um pântano” (sua experiência amorosa anterior com portador do vírus). O novo parceiro proporcionou-lhe convivência familiar, suporte financeiro e companheirismo.

Ao constatar a fragilidade do romance, com o conhecimento de outras relações afetivo-sexuais de seu companheiro, Leila passa a impor eventualmente o uso do preservativo, em especial, nas relações após a explicitação da infidelidade:

*Então, era assim que eu raciocinava: se durante sábado, domingo, ele chegasse em casa e eu percebesse a viscosidade do esperma dele, por exemplo, se viesse muito fino, era camisinha sem discussão, até eu achar que ele tava liberado da camisinha, está entendendo assim como é? Como se fosse um castigo pra ele. (Leila)*

Em pesquisa com mulheres de camadas populares, Santos (2002:111) utiliza a categoria de “sexo como dádiva” para comentar uma dimensão da



negociação das relações sexuais entre homens e mulheres. Ela analisa que as mulheres recusam o sexo em contextos de insatisfação com o parceiro, como forma de puni-lo. Essa recusa, segundo a autora, “funciona como uma espécie de vingança. O sexo adquire aí uma significação de dádiva, onde há uma avaliação do mérito do parceiro” para que ele aconteça. No caso de Leila, a imposição do uso da camisinha funciona como um tipo de punição ao companheiro e a não utilização tem o sentido de “dádiva”.

O aprofundamento da crise deixou-a insegura com relação ao HIV. O companheiro havia tido HPV no final do relacionamento e não usava camisinha por ser vasectomizado. Após a separação retornou para novo exame, se sentindo muito vulnerável por ter praticado sexo anal sem preservativo. Quando da realização deste teste, sentiu-se mais fragilizada emocionalmente do que na época em que soube da contaminação de seu ex-namorado, jovem e inexperiente como ela. Naquele momento lidou com o medo, agora, temor e culpa apareceram mesclados, em um período da vida em que já se tinha vivências próprias com relação ao HIV e maior domínio das formas de prevenção e de contágio.

Uma relação de confiança com duração de três anos levou Flora, outra entrevistada, a abdicar do uso de preservativos porque o namorado não gostava. Propusera a camisinha ao namorado, mas encontrara grande resistência, justificada pelo desconforto. Fazia prevenção de gravidez com anticoncepcional injetável.

*Eu dizia: vamos usar a camisinha? ele dizia assim: vai pegar ali. Aí eu sempre... eu já cheguei até a colocar. Algumas vezes eu coloquei. Aí ele: ah eu não gosto não, incomoda. Eu digo: pra mim não incomoda não, é a mesma coisa. Mas ele... Pra ele... isso incomodava até demais, mas pra mim eu acho que não incomoda não. É a mesma coisa, faz o mesmo efeito.(Flora)*

Ao propor a camisinha, Flora desejava evitar o uso do anticoncepcional, não havendo qualquer relação com a prevenção de HIV. A separação decorreu, inclusive, da não aceitação do preservativo pelo parceiro e desaprovação da atitude de Flora que decidira não utilizar o anticoncepcional injetável no último mês em que estiveram juntos. Ela retornou ao CTA, atualmente, para o seu segundo exame, porque durante a fase de conflitos, antes do rompimento do namoro, seu namorado “foi visto com outra mulher”, decorrendo daí a quebra do sentimento de segurança:

*Esse segundo exame, porque esse rapaz que eu tô convivendo com ele é assim... complicado, porque a minha mãe não sabe, meus pais não sabem que nós temos relação assim... aí por ultimo, há uns oito meses atrás ele não me procurava mais, aí começou a sair uma conversa das pessoas falando que vê, ele com outras mulheres por aí. Aí, eu tenho certeza que eu só tenho ele, mas ele eu já não sei né, não boto minha mão no fogo pra não queimar, Deus me livre (....) Isso foi o que me fez vir fazer esse teste, porque se nunca tivesse rolado essa conversa dele tá passando com essa outra menina né, que as pessoas viram. Eu confiava nele, mas depois disso eu não confio mais. (Flora)*

Embora soubesse que o namorado havia efetivado exame anti-HIV recentemente, para admissão em emprego, passou a sentir-se insegura e vulnerável diante da situação. Considera, entretanto, que por ocasião do segundo exame, sua preocupação foi inferior:

*É a segunda vez que eu venho fazer o teste, mas não foi com a preocupação que eu vim fazer no começo, do primeiro né, porque no primeiro eu vim receber, ave Maria! Eu tava num pranto de choro. Foi assim, horrível pra mim receber esse exame, porque ali eu tava recebendo aquele papel... qualquer momento aquele papel ali podia dar positivo e aí a minha vida acabava.(Flora)*

Flora afirma ter se acostumado a usar preservativo desde o início de sua vida sexual, principalmente por ter relacionamentos eventuais. Nessas situações, o uso do preservativo era consensual, não gerando qualquer conflito. O grande temor de uma gravidez indesejada e da possível decepção dos pais adotivos, já idosos, justificou e garantiu o uso rigoroso de preservativos:

*Porque eu tinha medo. Porque eu não ia querer os outros, uns... não era um namoro sério, era só um fica, aí eu tinha medo de não usar preservativo, logo, não imaginava nem tanto a doença, imaginava mais uma gravidez indesejada, porque sem a minha família saber de nada como é que eu ia aparecer grávida de uma hora pra outra? Sem um namorado fixo, sem a minha família nem saber se aquela pessoa existia... Aí eu ia aparecer grávida e ia ser uma decepção pros meus pais.(Flora)*

Nos dois relacionamentos, motivos de teste, Flora deixou de usar preservativo por vislumbrar a possibilidade de estabelecer vínculos duradouros. Os dois exames realizados aconteceram em situação de crise nessas relações. A atual separação lhe pôs diante de novas reflexões sobre prevenção de HIV:

*Primeiro a gente tem que se amar a si mesmo pra poder demonstrar que ama a alguém né? Porque a gente, às vezes, vai fazer sexo sem camisinha e diz: aí não vou fazer porque eu confio nele, é meu amor, é minha vida. Isso nunca! Primeiro a gente tem que se amar pra depois poder amar alguém. E a gente prova que se ama usando o preservativo. Sem preservativo a gente não tá demonstrando amor que a gente tem pela gente.(Flora)*

O contato com os modernos discursos das campanhas de prevenção, que associam o uso da camisinha ao amor próprio, quando do retorno ao CTA, levaram Flora a questionar sua postura na vivência da sexualidade e da afetividade. Para ela, o amor próprio é considerado pressuposto para o desenvolvimento da capacidade de amar o outro. O exemplo de Flora ilustra a fase de apropriação do novo discurso por jovens de camadas populares. No novo discurso está subentendido que a proteção decorre muito mais do desenvolvimento da auto-estima e do amor próprio do que da existência de um relacionamento baseado no amor romântico e na constituição da família.

Maria, outra participante da pesquisa, nunca utilizou preservativos em suas relações. Foi motivada a realizar o último exame pela infidelidade do parceiro: o namorado havia sido visto com outra mulher no seu bairro. Sabia que o parceiro, com quem se relacionava há quatro anos, era casado e chegara a desconfiar que ele tinha outras relações. Todavia, Maria passa a se preocupar apenas ao ser informada de outras relações de seu parceiro. Sentindo-se desrespeitada e temerosa com relação ao HIV, termina o romance e retorna ao CTA para seu quarto exame.

*E agora ultimamente eu tava gostando de outro rapaz, que ele é cheio de mulher, toda qualidade de mulher. Então, agora a gente terminou, tá com dois meses que a gente terminou e eu queria saber se eu tinha ficado do mesmo jeito que ele tinha me encontrado, porque apesar de ele ser um militar, ele é doador, e ele não se cuida, ele não usa camisinha com ninguém. (Maria)*

A suposição de infidelidade não lhe causava preocupação com o HIV, mas o conhecimento de uma história amorosa concreta e o fato de ser no seu bairro, simbolizando “desrespeito”, significou, para ela, um perigo real:

*Nada não, é porque eu sabia que ele tinha em cada canto que ele chega ele encontra, porque você sabe que hoje em dia as mulheres dão em cima do homem. Ele não é bonito, mas tem o “quê” né, que as mulheres gostam, mas aí, porque eu sabia que ele tinha... Mas onde essa pessoa foi apanhar ele, essa que ele tem ou arranjou, não sei como, foi assim perto da minha casa. (...) Então, eu achei que ele não me considerou, não me respeitou, pronto, não quero só por isso. Mas ainda gosto. (Maria)*

Essa vivência proporcionou à Maria novo contato com a realidade da transmissão do HIV. A sensação de que “tudo correria bem” não evitou o sentimento de vulnerabilidade diante da situação:

*Eu vim buscar confiante que ia dar o exame bom. Eu vim confiante que tava bom (...) Fiquei assim pensando assim dele ter... cheio de mulher, nem olha assim com quem vai sair nem nada. Eu pensei até, que Deus o livre, que podia até dar alguma coisa, mas graças a Deus. (Maria)*

Apesar de haver participado de quatro processos de aconselhamento, o imaginário de Maria ainda é perpassado pela idéia da proteção através da seleção de parceiros. Ao analisar o comportamento do ex-namorado, considera que o perigo reside na inabilidade do mesmo na escolha das parcerias sexuais. Aqui fica visível a distinção presente, de forma explícita ou não, nos discursos de muitas mulheres entre a “mulher de casa”, aquela que não traz risco, e a “mulher da rua”, a que representa perigo, responsabilizada, inclusive, por veicular doenças para o seio da família (Parker, 1991).

A experiência atual fez Maria perceber a necessidade de cuidado com relação ao HIV nos relacionamentos amorosos. Entretanto, ainda se encontra com uma visão de prevenção baseada na idéia de que a segurança advém do conhecimento da história daquela pessoa e de suas práticas sexuais:

*Eu, pelo menos se agora se pintar uma pessoa assim pra mim eu vou saber quem é quem. Eu não vou ficar com ele assim sem saber de que, com quem ele namorou. O corpo dele como era atrás, se é agora... Ta entendendo? Eu agora vou fazer assim. (Maria)*

Apesar da intenção de praticar a estratégia acima relatada, novas questões relativas à prevenção despontam ou ganham novo sentido em seu cotidiano. A importância da camisinha na prevenção passa a ser considerada por Maria, após compartilhar com uma irmã mais velha o processo que a levou ao exame atual:

*Ela disse que eu não deixasse de usar a camisinha, aí eu falei: eu nunca transei de camisinha, tenho 54 anos e nunca transei de camisinha. Nunca, nunca, nunca. Aí então ela falou: ah, mas é muito perigoso. Aí eu disse: eu acho que não dá certo. Ela disse: você usa o creme... Eu acho que devido a minha idade assim... eu acho que pra penetrar é assim ruim. Ela falou: não, que eu comprasse o creme e usasse e pronto. Combinasse com o meu parceiro quando eu arranjasse que eu não deixasse de usar e eu não deixo... Nunca mais eu vou transar sem camisinha. Nunca mais. (Maria)*

A experiência das irmãs nos remete a trabalhos de educação em saúde pautados na estratégia de agente multiplicador vinculado ao grupo visado. No caso, a irmã fala não apenas da camisinha, mas também de questões objetivas, como a

pouca lubrificação feminina comum a partir da menopausa. A negociação do sexo protegido constitui outro aspecto interessante do discurso da irmã, que aponta para o fortalecimento da autonomia da mulher na garantia da prevenção. A mulher assume papel de protagonista no processo de prevenção, quando compra não apenas o preservativo, mas o lubrificante.

A infidelidade também provoca angústia e medo em homens. José, entrevistado que explicita sua bissexualidade, recorda que seu segundo exame foi motivado por comentário sobre a infidelidade de sua namorada, Marina, após um relacionamento de dois anos sem o uso de preservativo em todas as práticas sexuais (oral, vaginal e anal). Além da resistência da namorada ao uso da camisinha, José sentia-se seguro por se relacionar naquele momento com uma mulher. Para ele, as relações homossexuais eram as que representavam, de fato, grande perigo.

Marina estava ciente de seus relacionamentos homossexuais anteriores, mas desconhecia que o ex-parceiro de José era portador do vírus e que eles não se preveniam na prática do sexo oral. Enquanto o relacionamento entre eles estava tranqüilo, José não se preocupava com o risco de adquirir HIV na relação com a ela, mas sentia eventuais angústias com relação aos riscos vividos no passado recente, o que lhe motivou para realizar o primeiro exame. Ao fazê-lo tinha como intenção checar os riscos com o ex-namorado, não fazia parte do seu campo de motivação, os contatos sexuais com outros homens, nos quais não se preveniu no sexo oral, e com Marina.

O segundo teste anti-HIV aconteceu em um contexto de crise no relacionamento com Marina, quando ouviu comentários sobre possíveis relações dela com outros homens. Nessa fase, sentiu-se novamente inseguro. As dúvidas provenientes de seu relacionamento com Marina foram potencializadas pelo medo da relação anterior com parceiro soropositivo, levando-o a um novo teste. Estimando que a sorologia do exame seria reagente, demorou a receber o resultado.

Atualmente, José se relaciona com homens e mulheres. Retornou para o terceiro e atual exame por ter ocorrido rompimento de preservativo em “relação anal

passiva” e por ter sido informado que um amigo adquiriu sífilis com a ex-namorada, Marina. Sua vinda ao CTA, na ocasião da nossa entrevista, para receber o resultado do teste, aconteceu após frustração com relação à procura de trabalho. Sentia-se, naquele momento, sem perspectiva de vida:

*Pois eu vou pegar esse exame logo, saber logo a verdade, eu já estou cansado desta vida. Se eu tiver acabo logo de vez com a minha vida, eu não tenho mais nada mesmo, vivo só mesmo e pronto.(José)*

José constata que as repetições de exame ocorreram em momentos difíceis da sua vida, em períodos de crise: “sempre numa fase ruim da minha vida”. Ademais, a sensação pessimista do provável resultado reagente dos exames sempre o acompanha.

Para José, a prevenção efetiva de DST/AIDS implica em seguir uma religião e constituir uma família, ou seja, numa mudança radical de vida. A crença nessa única alternativa causa-lhe muitos sofrimentos e angústias geradas por sentimentos conflitantes com relação à sua afetividade, à sua sexualidade e aos seus desejos. A única possibilidade de se proteger com relação ao HIV vislumbrada é aquela instituída socialmente como normalidade.

#### **4.2.1.4. Relações sexuais com usuários de drogas**

Na primeira fase da AIDS, os usuários de drogas injetáveis (UDI) figuravam dentre os segmentos identificados como “grupo de risco”. A relação entre o uso de uma droga ilícita e AIDS acentuou as dificuldades da sociedade para lidar com a questão da drogadição como um problema de saúde pública.

Na década de 1990, iniciou-se a implementação de projetos de redução de danos nos municípios onde a transmissão do HIV, através do uso de droga injetável, era mais expressiva. Dentre as finalidades dos projetos constava o fornecimento de seringas aos UDI, objetivando evitar o compartilhamento das mesmas. Essa decisão do Ministério da Saúde foi alvo de acentuados conflitos com o poder judiciário e a segurança pública e de críticas de determinados setores da sociedade. As reações críticas a esta decisão vieram de setores que não

consideram o “uso de drogas”, no caso injetáveis, como problema de saúde pública. A ação do governo foi vista como incentivo a um ato ilegal.

Relacionar-se sexualmente sem preservativo com usuário de droga ilícita significou, para duas entrevistadas, elevada possibilidade de perigo de infecção pelo HIV. Nas motivações para o exame está presente uma associação indiscriminada entre uso de droga e risco de contaminação pelo HIV.

A clareza sobre o processo de transmissão do HIV no uso de drogas injetáveis, não traz necessariamente tranquilidade para as pessoas. De modo geral, as relações com usuários de drogas ilícitas são perpassadas por temores e receios, independente do tipo de droga e de uso. Há um desconhecimento e conseqüente generalização das possibilidades de risco.

O uso de substâncias que alteram a consciência, quer sejam lícitas ou não, é considerado aspecto importante na avaliação da vulnerabilidade de uma pessoa à infecção pelo HIV (BRASIL, 1996). Todavia, há que se ter o cuidado em não generalizar a vulnerabilidade para todas as situações de uso de substâncias.

Tomar conhecimento do uso de drogas pelo namorado foi a principal motivação de Flora para o primeiro teste anti-HIV, há aproximadamente três anos. Flora afirma ter-se “apavorado” com a situação e realizado os exames juntamente com o companheiro. Em seguida, terminou o romance:

*A primeira vez (o primeiro exame) foi porque eu me envolvi com um rapaz que... como no começo eu não sabia bem quem era ele, aí depois eu fiquei sabendo que ele bulia com drogas... Ele era uma pessoa errada. Aí eu fiquei com medo, porque logo no começo quando eu não sabia a gente transava sem preservativo. Aí quando eu descobri, eu vim fazer o teste e ele veio também, aí deu tudo normal. Aí eu terminei com ele, vai fazer quatro anos no começo do ano. (Flora)*

Flora destaca o seu grande sofrimento ao realizar teste anti-HIV nessa situação. Ao mesmo tempo desconsidera qualquer possibilidade de sofrimento emocional por parte do ex-namorado. Acredita que pelo fato de ele ser usuário de droga (desconhece se ele usa injetável) inexistia em seu universo qualquer preocupação com a preservação da vida:

*Acabava a vida pra mim porque pra ele era a mesma coisa, porque ele ia se acabar na droga mesmo, de um jeito ou de outro, mas pra mim não. Pra mim, a minha vida toda ia embora com o pensamento em meus pais. Porque apesar de tudo eu penso muito neles, porque eles não são meus pais verdadeiros, são meus pais de criação. E já são velhinhos, são doentes da pressão e eu penso assim... muito assim... de decepcionar eles. Nesse primeiro teste, ele ia ser uma bomba se eu chegasse com uma notícia dessa que eu tava com vírus. Eu acho que eu morria calada e não dizia nada a eles. E só iam descobrir quando eu tivesse em último recurso mesmo, sem ter pra onde correr. (Flora)*

Rosa, por sua vez, fez seu quarto exame (este exame foi melhor abordado no item múltipla parceria sexual) por ter se relacionado com dois parceiros cujos perfis a deixaram temerosa com relação ao HIV. Um deles tinha múltiplas parcerias e o outro era usuário de maconha e cocaína inalada:

*É porque eu namorei um cara que eu acho que já transou com Fortaleza todinha (risos) e depois o meu outro namorado depois dele, ele não usava drogas, mas ele fumava maconha como quem fuma cigarro, o tempo todo 24 horas por dia. Aí tipo assim... Se ele fuma maconha o quê que impede ele de usar outras drogas também né? Mas aí eu perguntei a ele se ele usava alguma injetável? Aí ele disse que não. Que já tinha cheirado cocaína, mas que nunca tinha usado nada injetável não. Por isso que eu estou preocupada agora no presente momento. (Rosa)*

O consumo de bebida alcoólica foi reconhecido por alguns entrevistados como facilitador de suas próprias vivências sexuais, muitas vezes desprotegidas. Entretanto, o uso do álcool pelo parceiro sexual não mobilizou temores determinantes para a realização de teste. Identificamos, portanto, a permanência do discurso de que os usuários de drogas ilícitas constituem grande ameaça com relação à transmissão do HIV, independente destas serem injetáveis ou não. Os parceiros se vêem mobilizados a fazer o teste por esse motivo.

#### **4.2.1.5. Relações sexuais com parceiro portador do vírus**

De acordo com os preceitos éticos e legais, quando há confirmação da sorologia reagente de uma pessoa, o serviço de saúde deve orientar, sensibilizar e disponibilizar apoio para que seja efetivada a comunicação ao companheiro ou companheira, caso este tenha passado por alguma exposição a risco na relação (BRASIL, 1994, 1997). Após testagem com resultado não reagente do companheiro, caso tenha tido práticas que lhe expuseram a risco, há menos de três meses, período considerado como “janela imunológica”, o serviço de saúde recomenda a repetição do exame.



Uma de nossas entrevistadas, Leila, vivenciou relacionamento desprotegido com o namorado, durante um ano, no início dos anos 1990. Sugeriu que o mesmo fizesse o teste anti-HIV, por causa de uma gripe de difícil cura, argumentando que “não custava nada”. Na verdade, ambos não acreditavam na possibilidade de resultado reagente, até porque, no imaginário popular naquele período, o HIV estava ainda muito vinculado à homossexualidade. Relembra os temores que tinham com relação à idéia de socializar o problema com os amigos após a sorologia reagente do parceiro:

*Então, quer dizer, ninguém sabia, porque nossos amigos são muito preconceituosos. Infelizmente, até naquela época, até pra provar que AIDS não era coisa só de veado... Então, todo mundo achava que só quem tinha AIDS era gay, é? (Leila)*

Ao falar do processo de realização do primeiro exame, Leila ressalta o grande abalo emocional que viveu. Seu discurso evidencia a representação do HIV associado à morte:

*Eu acho que se eu sobrevivi aquilo eu sobrevivo a qualquer coisa, porque o psicológico... tu perde. Tu perde noção da realidade, tu perde noção da vida. Praticamente você fica: eu vou morrer amanhã. Como se fosse uma bomba atômica... (Leila)*

Ao analisar o fato de não ter adquirido o vírus nesse namoro, demonstra conhecimento da linguagem dos serviços de saúde com relação aos aspectos facilitadores da infecção. Reconhece que na relação anal o perigo é maior. Evitar este tipo específico de relação constitui, assim, uma forma de prevenção:

*Quer dizer: prevenção nenhuma, só uma, eu nunca tive relação anal. E isso pode ter me ajudado assim... homérico, né, por causa dos vasos. Então, eu acho que... o meu útero também tava tudo muito limpo, eu não tinha raladuras. Então quer dizer, ponte em si, se for cientificamente, não tinha os 100% de entrada, né? Mas, enfim, eu acho que é coisa de Deus. (Leila)*

Três meses depois do recebimento do resultado reagente do exame do companheiro, pôs fim ao namoro. Não tiveram “estrutura psicológica” para enfrentar aquela realidade. Começaram a se proteger utilizando preservativo, mas, ainda assim, ela não se sentia segura:

*A gente fez um trabalho psicológico, mas não dá cara. É muito louco você saber que tem uma bomba atômica em cima de ti. Sabe, é muita falta de amor contigo. (Leila)*

Essa vivência se deu no início dos anos 1990, período em que a possibilidade de vivência sexual mais segura entre casais sorodivergentes não eram suficientemente debatidas. O trabalho das ONG/AIDS tem contribuído sobremaneira para mudar atitudes com relação a essa questão. Investiu-se bastante na discussão de práticas sexuais não restritas à penetração e em reflexões mais amplas sobre a sexualidade. Experiências de sexo seguro com penetração passaram a ser socializadas. A compreensão cultural do sexo vinculado estritamente ao coito foi questionada na tentativa de ampliar os horizontes e de identificar outras possibilidades de prazer sexual.

Após cumprir todos os protocolos dos serviços de saúde relativos ao período de janela imunológica, Leila foi informada de que, em seu caso, não mais havia indicação para novos exames. Entretanto, essa situação desencadeou uma série de repetições de exames sem necessidade objetiva.

Leila não consegue calcular quantos exames fez até o presente. Classifica suas repetições em "voluntárias e involuntárias". Estas últimas são por ela designadas de "paranóias", ou seja, necessidade de confirmação freqüente da condição sorológica através de testes, sem que exista qualquer pressuposto objetivo ou indicação de profissional de saúde:

*E depois eu repeti. Com três meses eu repeti, mas falaram que os 3 (três) meses ainda é meio suposto e tal, foi naquele começo todo. Com seis meses eu repeti e durante alguns anos ficou meio paranóia. Sabe... eu não podia passar aqui em frente que eu dizia: não custa nada. Sabe, então eu tive um processo de repetição involuntário.(Leila)*

Em nossa experiência profissional acompanhamos casos de repetição de exames semelhantes ao de Leila. É possível que a necessidade de verificar se o vírus está "incubado" decorra das incertezas da ciência na história da AIDS. Leila se refere a essa relatividade ao elencar as possíveis explicações para o fato de não ter adquirido o vírus: "tem essa relatividade toda sobre esses benditos bichinhos".

Os testes realizados no CTA têm como pré-requisito a participação das pessoas no aconselhamento. Embora essa seja, em tese, uma prática educativa mais aprofundada e direcionada para a história de cada pessoa, quando ocorre um processo de repetição constante de exame por alteração psicológica, há

necessidade de indicação de acompanhamento específico por profissional da área de saúde mental.

A experiência de Leila registra a produção de sofrimento psíquico no processo de constituição da história da AIDS, no qual os sujeitos que passaram por uma “situação de risco” ficam atemorizados e permanecem por longo tempo manifestando medos desvinculados de possibilidades reais.

Outro participante da nossa pesquisa, José, descobriu, durante a convivência com o primeiro namorado, com o qual não usava proteção no sexo oral, que ele lhe havia omitido a sorologia reagente<sup>22</sup>. O conhecimento da soropositividade do parceiro não provocou, todavia, alterações no comportamento sexual e afetivo do casal, nem mesmo com relação à proteção no sexo oral. As mudanças na vida sexual só aconteceram quando outros conflitos afetaram os sentimentos entre eles:

*Fazia (sexo oral). Mas é porque na época eu gostava. Era um sentimento assim... eu tinha pena... eu não sei se era uma pena... Eu gostava, eu gostava da pessoa dele. Eu sentia muita vontade. Mas aí, com o passar do tempo as coisas foram mudando. (José)*

Com o abalo nos sentimentos, José distancia-se amorosamente do parceiro e passa a rejeitar a prática do sexo oral e do beijo entre eles. Atribuiu as mudanças na intimidade do casal a desencantos surgidos na convivência e ao aparecimento dos sintomas da AIDS:

*Com o passar do tempo eu fui me... é, no caso, eu tava rejeitando já ele, sentindo assim já... não queria o que ele estava querendo. O que a gente fazia no início eu não estava querendo depois (...) eu via ele sentindo dores em casa, eu via ele passando mal. A alimentação dele não era todos que ele podia comer. Eu via bolhas nas pernas dele... com bolha de água nos pés dele. Ele gastava comprando medicação pra ele. Ele queria vestir umas roupas e não podia porque às vezes aparecia umas manchas no corpo. Aquilo foi me criando uma coisa tipo nojo. Foi isso. Aí eu fui me afastando, sabe? (José)*

---

<sup>22</sup> Nesse relato o medo e a insegurança aparecem quando da revelação da sorologia reagente do parceiro, dilema complexo e polêmico que permeia o cotidiano dos soropositivos. São muitos os referenciais que podem direcionar a reflexão acerca do tema, entretanto, de acordo com os preceitos éticos e legais, o ponto fundamental é a preservação da vida, seja através do compromisso efetivo com a prevenção, ou não privando o outro do seu direito de cuidar da saúde por falta de conhecimento de uma determinada realidade. Dentre os aspectos importantes para a revelação de uma sorologia reagente, de acordo com nossa experiência cotidiana, estão a concepção da doença, a condição emocional, a concepção de relacionamento afetivo-sexual e o tipo vínculo estabelecido entre as pessoas.

O contato com a sintomatologia da AIDS aguçou os seus conflitos com relação à homossexualidade, determinando a supressão temporária do contato sexual de José com homens:

*(...) Aí eu botei na minha cabeça que eu não queria mais ter contato com nenhum tipo de homem. Aí fui passar a ter relação com mulher. (José)*

José não fez o exame imediatamente após saber da sorologia do companheiro, permaneceu com inquietações e dúvidas por mais de um ano, quando decidiu realizar o seu primeiro exame já estava namorando Marina e não fazia uso de prevenção em todas as práticas sexuais, apesar das angústias relatadas:

*Aí fiquei com aquela dúvida né. Aquela dúvida, aquilo em mim, porque eu assistia palestras que explicava que no sexo oral tem chance de pegar, as chances são poucas, sabe? Mas só que eu fiquei com aquela dúvida: será que são realmente poucas? O que é que vai me assegurar que aquela camisinha também não tenha passado alguma coisa? Será que... o que vai me assegurar de eu estar ali com ele e de repente um beijo na boca e ter um sangramento na boca dele e eu ter ingerido alguma coisa. (José)*

Observa-se que com o fim do vínculo amoroso, ele passa a ter receios com relação ao beijo, a questionar a veracidade da informação acerca do baixo risco do sexo oral e a desconfiar da eficácia da camisinha.

#### **4.2.2. Exame conjugal como atitude de prevenção : aprendendo a se cuidar nos “tempos de AIDS”?**

Negociar o uso do preservativo nem sempre é a alternativa que melhor atende às necessidades dos casais, embora em todas as formas de relacionamento seja uma opção oportuna.

A negociação do exame pelo casal, por sua vez, constitui estratégia que pressupõe o estabelecimento de um compromisso de cuidado mútuo entre as pessoas. Nessa pesquisa, dois entrevistados recorrem a essa atitude preventiva, mas há nuances no processo de negociação estabelecido por cada um.

Leila se submeteu a vários exames anti-HIV. Alguns por exclusiva necessidade emocional, outros após novos relacionamentos nos quais não usou

preservativo. Por ter informação e uma experiência concreta de descoberta inesperada da sorologia reagente de um dos namorados, com quem manteve relações sexuais desprotegidas, Leila diz não compreender porque ainda oscila com relação à prevenção:

*É isso que não entra na minha cabeça, né. Sabe, como é que eu tenho a história que eu tenho, a experiência que eu tenho... Eu acho tudo tão irreal. Eu não sei se é autoconfiança, que eu acho que eu não pego, entendeu? Eu não sei. Uns flashes na minha cabeça... (Leila)*

Registra que “aprendeu um pouco” nesse processo. Há mais de um ano vive nova união consensual. Objetivando interromper o uso do preservativo, conforme desejo do companheiro, propôs a realização de dois testes: um naquele momento e outro após três meses. Além de estar atenta ao seu desejo de autocuidado, ressalta que parte dessa atitude se explica pela existência de comentários sobre a bissexualidade do atual parceiro. Embora as dúvidas quanto a esse fato tenham sido esclarecidas e a falta de fundamento dessa história devidamente comprovada, manteve-se firme na prevenção antes dos exames:

*Eu disse: moço é o seguinte, vamos ali no COAS, na minha segunda casa, você vai ser muito bem-vindo, vamos fazer um examizinho. Mais por ele, porque eu já sabia que eu não tinha, porque ele foi o meu primeiro depois do último exame. E como eu tinha transado com camisinha, até então, eu tava livre, mas como rolou esse boato... (Leila)*

Durante nossa entrevista, Leila referiu-se à viagem de trabalho do atual companheiro à Europa, afirmando que no seu retorno pedirá novos exames antes de voltarem a se relacionar sem camisinha. Leila demonstra deter grande poder de negociação do sexo protegido e de garantir a realização do teste conjugal. A situação atual é bem diferente da que viveu anteriormente, ademais detém maior poder na atual relação, apesar de depender financeiramente do companheiro. Isto fica claro quando relata o sofrimento do parceiro quando realizou o primeiro exame proposto por ela:

*E aí a gente foi fazer o exame. Ele em pânico porque é hipocondríaco. Ele tem síndrome do pânico (...) Quando nós fizemos o exame, ele amarelo, da cor destas paredes, pra pegar o resultado... (Leila)*

Leila destaca a boa convivência com o atual companheiro e o projeto de ter filhos com ele, mas, ao se referir aos seus sentimentos atualmente diz que o amor, agora, “não é desordenado” como no casamento anterior.

Outro integrante da pesquisa – Miguel - também propôs a realização de exame conjugal no início do relacionamento. Entretanto, a negociação se deu baseada em outra lógica. Quando Miguel negociou o exame, o casal não estava utilizando preservativo. Por saber que, no passado, sua namorada tivera experiência sexual sem preservativo, ele dizia ter necessidade de checar a situação. Não reconhece, todavia, que as próprias experiências com rompimentos de preservativos, em suas parcerias eventuais recentes, podem constituir motivo importante para o teste. A ameaça, a responsabilidade, está sempre no outro.

O processo de negociação de exame pelos entrevistados envolve múltiplos fatores: o germinar da vontade de autocuidado, fortalecimento emocional e sentimentos amorosos mais tranquilos. Além disso, é inegável a presença de temores e desconfianças: a ameaça da bissexualidade e a preocupação com o passado sexual do parceiro ou da parceira.

#### **4.2.3. Delicada relação com a sintomatologia da AIDS**

A popularização de informações fragmentadas acerca da sintomatologia da AIDS é considerada como um dos elementos importantes na construção social da visão sobre a doença, marcando ainda hoje a percepção dos riscos. Na nossa pesquisa, a sintomatologia assume lugar ambíguo no processo de decisão dos sujeitos. Por um lado, constitui motivação para exame, por outro, serve de referencial para justificar a ausência de indicação de teste e de práticas sexuais protegidas.

Nessa segunda alternativa situam-se experiências de dois entrevistados. Baseando-se em seus conhecimentos relativos à sintomatologia avaliam as possibilidades de infecção pelo HIV.

Miguel percebia a existência de um “certo risco”, associado, principalmente, aos rompimentos de preservativos com parceiras eventuais e menos conhecidas. Todavia, permanecia relativamente tranquilo com relação ao HIV, pois não identificara sintomas nas mulheres com quem mantivera contatos sexuais:

*(...) não houve nenhum caso assim... que, puxa aquela mulher está doente e eu saía com ela, não houve nenhum caso desses. (Miguel)*

Outro informante, José, após vivência de sexo oral desprotegido com portador do vírus, viveu momentos de angústia e dúvida com relação a sua realidade sorológica. A auto-avaliação do seu estado de saúde, a partir da experiência concreta com a sintomatologia da AIDS, deixou-o mais tranquilo.

*Eu tive um pensamento: olha, eu tô com ela, mas será que eu vou passar para ela alguma coisa? Mas eu tenho consciência que eu não tô, eu não sinto nada (...) O sintoma que ele tinha, que ele passava, eu não tenho (...). Já tive uma virose muito grande e fiquei bom sem tomar nada. Fiz um teste comigo mesmo: então, eu não tenho. (José)*

Percebe-se a difícil desconstrução dos discursos do início da epidemia quando as distintas fases do adoecimento eram desconhecidas. Apesar da popularização das informações sobre os diferentes momentos da infecção pelo HIV, ainda persiste no imaginário da população uma representação do vírus profundamente associada aos sintomas.

#### **4.2.3.1. Dúvida quanto aos sintomas do parceiro**

A associação entre perda de peso e sintomatologia da AIDS tornou-se popular no universo de representações acerca da doença. Os meios de comunicação contribuíram significativamente para essa construção ao divulgarem a imagem de doentes em fase terminal.

A fragmentação verificada na construção da visão sobre os sintomas da AIDS marcou sobremaneira a história de Maria, conduzindo-a a efetivar o primeiro teste anti-HIV, há quatro anos. Durante doze anos, viveu maritalmente com um homem vítima de cirrose hepática. A relação de amizade com o ex-marido após a separação levou-a a acompanhá-lo aos serviços de saúde. Apesar do livre acesso ao seu diagnóstico durante o tratamento, a convicção de Maria foi abalada quando

peessoas próximas questionaram os motivos da perda de peso do ex-marido, supondo que poderia se tratar de um caso de AIDS:

*Essa história começou porque eu fui junta... Eu fiquei viúva aí eu comecei a gostar de um rapaz (durante) 12 anos. Então, ele morreu de cirrose hepática. Ele era muito... Assim... ele pesava 108 Kg, era muito bonito, tudinho, então ele começou a emagrecer, emagrecer, emagrecer. Ficou seco, seco, chega envelheceu. Aí um amigo dele disse para uma amiga minha que ele tava com Aids (...) faz 4 anos que ele faleceu, mas ele morreu de cirrose hepática. (Maria)*

O sentimento de confiança na fidelidade durante os anos de convivência ratificava sua certeza da não infecção pelo HIV do ex-marido:

*Porque eu sabia que não era. Porque ele não era assim de ir procurar mulher e tudo... Apesar de que a gente tinha diferença de idade. Ele era mais novo do que eu 9 anos, mas ele só queria ficar comigo. (Maria)*

Apesar da certeza, da confiança no ex-marido, Maria passou a fazer o teste anti-HIV anualmente. Em muitos momentos do seu relato identificamos argumentos contraditórios ao explicar suas motivações para os sucessivos testes. Reafirma a convicção inicial quanto ao diagnóstico não reagente do ex-marido, falecido há quatro anos, no entanto segue realizando anualmente os teste, contrariando inclusive a orientação da aconselhadora. Diante de conflitos aparentemente incoerentes, ambíguos, Maria encontrou argumento sólido para justificar sua necessidade de repetição de exame anti-HIV: classificá-lo no rol de exames considerados de rotina, como a prevenção do câncer ginecológico e a realização de mamografias:

*E até hoje ainda tô fazendo em função dele. Há dias uma amiga minha falou assim: o José morreu de Aids? E eu disse: não. Aí ela disse assim: Porque, tu faz exame todos os anos? Ah, eu faço porque eu gosto de fazer todos... Faço prevenção, faço mamografia, tudinho eu faço, tá entendendo? (Maria)*

O caso abordado deixa evidente que as motivações para a realização do primeiro teste e para as repetições ulteriores aparecem eivadas de representações da AIDS baseadas na perda de peso. Neste caso, fatores de ordem emocional justificam a necessidade de repetição de exames.



#### 4.2.3.2. Acompanhamento de familiar doente de AIDS

A convivência afetiva e social com uma pessoa doente de AIDS pode aguçar temores e determinar a realização de testes. A demanda tem, então, caráter emocional, não expressando necessariamente atitudes discriminatórias com relação à convivência social com pessoa doente. Ao acompanhar cotidianamente o adoecimento do tio, Rosa passou a sentir medo crescente de ser portadora de HIV. Há alguns meses, havia se submetido a dois exames, com resultados não reagentes. Após estes exames não teve relações desprotegidas que justificassem tal temor. Nesse contexto familiar, sua insegurança foi potencializada, passando a questionar inclusive saberes instituídos como verdadeiros pela ciência, a exemplo da inexistência de risco de transmissão de HIV na prática do beijo:

*Possibilidade sempre existe. Assim... porque... não que você faça sexo, mas às vezes você conhece pessoas, você beija essa pessoa (...) e ninguém nunca provou (que o beijo) transmite, mas também nunca provou que não transmite, que é seguro, que é 100% seguro (Rosa)*

O sofrimento e a sensação de perigo motivaram Rosa a realizar seu terceiro exame anti-HIV. Ela ressalta as fortes emoções e o abalo quando da leitura do exame do seu familiar que apresentava sintomas de AIDS, e cujo resultado do teste foi reagente:

*Na época que eu fiz esse terceiro exame meu tio tava lá na nossa casa e ele estava com Aids. E eu peguei o exame dele e vi positivo. Senti um calafrio no meu corpo todinho. E eu recebi o meu, deu negativo, ave-maria! Eu fiz promessa pra todos os santos, porque você pegar um exame desse com resultado positivo, mesmo não sendo seu, é uma experiência que eu não desejo pra ninguém. (Rosa)*

O medo com relação à AIDS produz alterações emocionais passíveis de causar confusões que impelem pessoas a questionar conhecimentos considerados sólidos pela ciência como os mecanismos de transmissão. Muitas vezes, diante de determinadas situações encontram justificativas e argumentos para a repetição de exames.

#### 4.2.4. Curiosidade ou receios não revelados

A curiosidade foi apontada por um dos participantes desse estudo como a motivação maior para fazer o teste. João relata que, na época, não vivera “situação

de risco” que justificasse a testagem, pois usara camisinha em todas as relações sexuais. Porém, resolveu fazer o teste e apresentar o resultado a sua nova namorada, com quem estava iniciando vida sexual porque a mesma era virgem.

*A primeira vez foi mesmo por curiosidade, também eu tinha aí uma pessoa e eu queria mostrar pra ela... Pra gente começar uma relação bem séria, mesmo sem desconfiança nenhuma. (...). Eu já sou uma pessoa mais experiente. Eu tive outras pessoas, né, aí eu resolvi fazer. Não porque... sempre me preveni com essas outras pessoas, mas assim mesmo eu quis fazer o exame. (João)*

O fato de ter sido doador de sangue constituía o único motivo aparente para dúvida, embora o entrevistado tivesse informação quanto à segurança desses procedimentos:

*Não que as pessoas que têm essa doença possa transmitir só através de relação sexual. Têm outros modos de transmissão, né? Inclusive eu sou doador de sangue do HEMOCE e as pessoas falam que é uma coisa garantida e tal, mas assim mesmo fica desconfiado, né? (João)*

A realização do segundo exame aconteceu um ano mais tarde. Nesta ocasião, João retornou ao Centro de Testagem, informando não haver alterações em sua vida afetivo-sexual depois do primeiro teste:

*A doutora falou uma vez que o primeiro exame não é 100% seguro. As pessoas que passam em situação de risco, né? Eu não fiquei preocupado porque eu não tinha passado por essa situação. E até porque é sempre bom fazer, repetir esse exame. Não custava nada mesmo. Aí eu fiz o segundo exame, só pra repetir. (João)*

João tem informação de que a doação de sangue não implica risco, mas sente insegurança e faz o primeiro teste. Ele tem muita clareza de que, no seu caso, não há indicação para repetição de exame, todavia, o repete. Uma informação deixa dúvida quanto aos motivos “não ditos” que justificariam as repetições: o resultado do primeiro teste foi compartilhado com a namorada, entretanto, a realização do segundo teste lhe foi omitida. Durante a entrevista - ocorrida quando de seu terceiro exame – João mostrou-se bastante constrangido. Revendo os depoimentos de João, seu histórico de repetições, seu nível apurado de informação sobre processos de transmissão do HIV, podemos supor que ele não vem conseguindo compartilhar suas experiências com a então companheira. Tampouco informa aos serviços de saúde possíveis práticas que o colocam em situação de vulnerabilidade.

Considerando apenas o que foi explicitado – a curiosidade como motivo maior para os testes - questionamos a banalização do exame anti-HIV, realizada, em alguns casos, de modo indiscriminado, sem indicação.

#### **4.2.5. Sintoma de DST: alerta ao perigo**

A apresentação de sintomas de Doenças Sexualmente Transmissíveis constitui importante indicador de vulnerabilidade ao HIV. Em casos de identificação de sintomas de DST, encaminha-se a pessoa ao aconselhamento, disponibilizando-se a testagem, realizada segundo vontade manifesta.

O surgimento de sintoma de Doença Sexualmente Transmissível - DST (uma verruga no pênis), há aproximadamente três meses, motivou João a fazer seu terceiro teste (outubro/2004). Assegurou ao aconselhador que havia utilizado preservativos em todas as experiências sexuais, exceto com sua namorada, de quem é o único parceiro até então. A DST, asseverou, foi adquirida em relação extraconjugal, ocasião em que houve rompimento de preservativo:

*Eu traí a minha outra pessoa, né, eu tava prevenido, mas só que aconteceu um acidente. E aí desse dia pra cá vem apresentando um problema. (João)*

João analisa essa situação distinguindo o que considera sua “culpa” e a que não lhe cabe. O rompimento do preservativo foi um “acidente”, mas ele fizera sua parte, usara camisinha. Quanto à infidelidade, expressa marcante constrangimento e culpa:

*Só foi uma vez só. Posso falar... não, não era nem pra ter acontecido, né, porque eu gosto da minha namorada. Mas escapei uma vez aí aconteceu isso (...) Com certeza eu me arrependi mil vezes. Não era pra mim tá passando por isso, né? Não era pra eu tá nessa situação. (João)*

João expressa uma visão diferente da infidelidade masculina. Demonstra vivê-la sentindo culpa e não “naturalmente”, conforme construto cultural da nossa sociedade. Destaca-se, ainda, nessa situação, que a infidelidade masculina não decorre necessariamente de insatisfação com o relacionamento afetivo-sexual estável. Ele afirma ter boa relação com sua namorada. Este aspecto também foi identificado na pesquisa de Andrade (2004:66):

A infidelidade não aparece como uma insatisfação no casamento. Mesmo que o relacionamento entre o casal esteja caminhando bem, eles citam que pode surgir uma atração ou um desejo por outra pessoa. Esse “pulo” não acarreta mudanças ou interferências na relação conjugal, pois é considerado como uma simples escapadinha.

João, apesar do bom entendimento com sua namorada, não conseguiu compartilhar com ela os problemas vivenciados por ele: a DST e a realização do teste anti-HIV. Estimou que a namorada jamais “aceitaria essa traição”. Entretanto, a partir de então, passou a fazer uso de camisinha regularmente. No momento da entrevista, mostrou-se apreensivo com a possibilidade do resultado do exame ser reagente. Ao falar da atual situação, João não se refere explicitamente ao HIV, mas espera tratar-se de doença curável, que não lhe impeça de levar uma “vida normal”.

#### **4.2.6. Violência sexual: o “risco total”**

Dentre nossos entrevistados, Pedro, homossexual, se disse vítima de violência sexual, motivo que o levou a repetir o exame. Quando morava no Rio de Janeiro, foi violentado sexualmente sob ameaça de arma. No momento em que fala de seu abalo, ao fazer referência a essa violência sofrida, não esboça qualquer emoção no tom de voz ou na postura corporal. Pedro relatou:

*Teve uma vez que parou um homem no carro né, me oferecendo carona. Aí eu peguei, entrei, aceitei a carona dele. Aí quando eu entrei, ele tava com uma arma (...) eu tive que fazer tudo que ele queria, entendeu? Nesse caso eu pratiquei até sexo oral... teve a... rolou a transa também, tudo sem camisinha, porque ele queria sem camisinha. E no final ele fez eu engolir o esperma dele (...) No outro dia eu fiquei até assim... chocado, né, e fui fazer outro exame. Como no Rio de Janeiro, lá é um risco total. Você corre o risco total. (Pedro)*

Para Pedro, o Rio de Janeiro é o lugar de maior perigo. É o lugar do risco da violência, onde passou pelos riscos e pela humilhação de uma violência sexual. O lugar onde viu a AIDS de perto. O lugar onde se sentiu em risco com todas as suas parcerias, até mesmo quando se vinculou amorosamente.

Ao se referir a Fortaleza, Pedro deixou claro que continuou percebendo a sua exposição a riscos no campo sexual. Entretanto, no seu imaginário, os riscos aqui ocupam uma posição hierárquica inferior, se comparados aos do Rio de Janeiro. A sua crença se explicita na quantidade de exames aqui realizados: em um

ano e quatro meses de moradia fez apenas dois exames. No Rio, fez mais de 10 exames.

Observamos que os sujeitos freqüentemente fazem uma comparação dos níveis de risco - comparam cidades, comparam o “mundo da noite” com outros “estilos de vida, comparam os riscos da “turma do rock” com os da “turma do forró”.- realizando uma espécie de cartografia dos riscos.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caminhante, são tuas pegadas  
O caminho e nada mais;  
Caminhante, não há caminho,  
O caminho se faz ao andar.  
Ao andar se faz o caminho,  
e ao voltar a vista atrás  
vê-se a senda que nunca  
se voltará a pisar.  
Caminhante, não há caminho  
Há apenas sulcos no mar.

Antonio Machado

Com esta pesquisa objetivamos refletir sobre o processo de realização de exame anti-HIV, com a intenção de conhecer as motivações que impulsionam os sujeitos a repeti-lo voluntariamente. As motivações foram analisadas considerando os discursos sobre sexualidade e risco de HIV presentes nos relatos das histórias afetivo-sexuais cotidianas dos sujeitos.

Iniciamos nosso estudo fazendo uma breve exposição dos discursos sobre sexualidade na sociedade brasileira, objetivando compreender suas transformações ao longo do século XX. Discutimos a tendência à publicização da sexualidade a partir da redemocratização do país e o inegável papel que a AIDS exerceu nesse processo. Os enfrentamentos políticos no contexto da epidemia fortaleceram a concepção de sexualidade fundamentada em princípios democráticos, nos direitos humanos e na ética. Esse novo discurso passou, então, a fazer parte da tensão presente na sociedade contemporânea em que diferentes discursividades se confrontam cotidianamente. Nesse contexto, foram sendo construídas intervenções educativas no campo da AIDS baseadas no ideal de preservação da saúde, evitando, no entanto, a excessiva normatização das vivências afetivo-sexuais e estimulando o respeito às diferenças e à diversidade.

Apesar dos significativos avanços culturais e políticos na área da sexualidade e dos esforços empreendidos no sentido de responder às exigências da epidemia, até o presente a AIDS permanece um grave problema de saúde pública, que envolve questões estruturais, programáticas, culturais e intersubjetivas. Diante da complexidade dos problemas sociais do nosso país e do insucesso das intervenções educativas que seguem modelo de base racionalista, vem se desenhando novo caminho, novas abordagens que consideram a realidade cultural dos grupos e a subjetividade. Os modelos de base cognitiva e racionalista são abstratos e distantes da vida das pessoas, revelando-se insuficientes para ações no campo da sexualidade, mundo eivado de crenças, valores, medos e desejos. Nesse sentido, concordamos com Castiel (1996:81): “(...) É mais plausível conceber uma irracionalidade estrutural no humano, de tal modo que seu *modus operandi* parece ser orientado mais por idéias e afetos vinculados a determinados padrões pré-definidos e, por vezes, estereotipado”.

A partir das falas dos sujeitos da pesquisa observamos que a decisão de realizar um novo exame resulta de motivações formadas a partir de um amálgama de saberes, crenças, valores e visões de mundo sobre a sexualidade e o risco de HIV, produzidos no campo da religião, da saúde, da sexualidade e do pensamento social comum.

As motivações para o exame não advêm simplesmente da vivência de uma prática sexual desprotegida pelos sujeitos. Em verdade, mais do que a questão das relações sexuais desprotegidas, o grande fator desencadeador da motivação ao exame ou, ao contrário, de uma certa “tranquilidade” em relação à infecção pelo HIV, é a percepção que se tem do parceiro. A percepção do outro que mobiliza a efetivação de exames está “carregada” de valores morais, em geral, normatizadores da vivência da sexualidade e re-editados nos discursos sobre a AIDS, em especial, nos primeiros anos da epidemia. Essas representações, diz Loyola (1999:35) “(...) trouxeram de volta a oposição entre o bom sexo e o mal sexo, o são e o malsão, o normal e o patológico da medicina do século XVIII, que subentendem a oposição moral entre o bem e o mal”.



Assim, as principais motivações para o teste anti-HIV estão associadas ao temor do que denominamos de relações “perigosas”: relações homossexuais, relações com múltiplas parcerias, relações com parceiros infiéis, relações com portadores do vírus e relações com usuários de drogas. Apesar dos sujeitos da pesquisa identificarem essas relações como um campo de perigo, muitos nele transitam e não conseguem se proteger em suas práticas sexuais, apesar da forte sensação de insegurança com relação ao HIV. Sobre essa questão parece adequado retomar a análise de Elster apud Castiel (1996: 82): “As boas intenções perdem o poder de motivar à medida que a tentação se aproxima. A esperança reside em aprender com a experiência. Ser irracional e sabê-lo é um grande progresso em relação a ser ingênuo e impensadamente irracional (...).”

A percepção da vulnerabilidade ao HIV conduz alguns sujeitos à utilização de estratégias de proteção baseadas, fundamentalmente, na hierarquização dos riscos das práticas sexuais. Exemplo dessa situação é a utilização de preservativo no sexo anal e a liberação da proteção no sexo oral pelos homens que fazem sexo com homens, bem como a prática do coito interrompido por uma das mulheres. Apesar da avaliação pelos sujeitos de que as vivências são de menor risco, o modo de vida dos parceiros pode provocar, posteriormente, uma certa ansiedade, conduzindo a novos testes.

O acontecimento de ruptura na relação de confiança desponta também como questão que mobiliza repetição de teste após prática sexual desprotegida. Os sujeitos sentem-se seguros nos seus relacionamentos estáveis, percebendo a vulnerabilidade a partir do momento em que acontece ou se explicita a infidelidade do parceiro. Embora tenham participado de aconselhamentos e realizado exames anti-HIV anteriormente, os sujeitos, quando em situações de confiança, não percebem riscos em experiências afetivas e sexuais, que não compõem o leque de possibilidades estigmatizadas como risco de infecção por HIV. Essa situação nos remete a Castiel (1996) ao afirmar ser “(...) compreensível perceber que é mais ‘lógico’ lançar mão de modelos esquemáticos familiares no processo de raciocinar (mediante imagens, analogias conhecidas) do que dispor-se a freqüentes avaliações

elaboradas e trabalhosas envolvendo novos elementos". Nessa mesma perspectiva, cabe retomar os estudos de DaMata (1997), quando trata das categorias a "casa" e a "rua". Por mais que o limite entre ambas seja tênue e dinâmico, na sociedade brasileira, a rua simboliza o movimento, o desconhecido, o intranquilo, o perigoso. A casa, ao contrário, é o lugar da tranquilidade, "seu núcleo é constituído de pessoas que possuem a mesma substância – a mesma carne, o mesmo sangue e, conseqüentemente, as mesmas tendências" (DaMata,1997:24). Assim, somente a partir da quebra explícita dessa imagem da "casa" e da invasão do ambiente familiar pelo mundo da "rua", é que se torna possível a percepção do risco de HIV.

A realização de testes em casal, como estratégia de prevenção, é também destacada como motivação. Essas situações decorreram do aprendizado em processos amorosos e sexuais anteriores, mas também se apresentam atravessadas de desconfiança, fundadas em aspectos morais do discurso das relações "perigosas" e, em geral, marcadas por relações de poder, em que o propositor do exame demarca sua força e domínio.

Foram evidenciadas ainda repetições por eventos inesperados na vida dos sujeitos, como rompimento de preservativo e atos de violência sexual. Ademais, ressaltamos o peso da difusão indiscriminada do medo de HIV, situações nas quais os sujeitos realizam exames sem qualquer indicação, alegando, por exemplo, curiosidade. Em casos de pessoas que se relacionaram com portadores do vírus ou suspeitos de terem o vírus, percebemos repetição de exame quando não mais existe indicação, motivada principalmente por sofrimento psíquico advindo de um temor objetivamente improcedente.

Apesar das características socioeconômicas e dos códigos culturais particulares dos nossos entrevistados, as motivações para os testes reveladas neste trabalho não são exclusivas dessa população. Os discursos permeados por preconceitos e estigmas presentes na problemática da AIDS marcam amplamente o discurso social comum, evidenciando o quanto a desconstrução da "moralização dos riscos" não tem se revelado tarefa simples. O estudo de Schuch (1998) com jovens universitários de Porto Alegre reforça essa constatação. Os significados de risco para o HIV identificados nessa população assemelham-se aos encontrados em

nossa pesquisa. Os discursos sobre sexualidade e risco estão impregnados na consciência da nossa população, acentuando as dificuldades no processo de prevenção nas mais variadas camadas sociais.



## **REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ANDRADE, Laurinete Sales. **As representações sociais da sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará. Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Ceará, 2004.

ASSIS, Mônica de. **Educação em Saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação**. Série Estudos em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 1998.

AYRES, Ricardo de Carvalho de Mesquita. **Práticas Educativas e prevenção de HIV/AIDS**: lições aprendidas e desafios atuais. Interface. Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: Fund. UNI/UNESP. v.6, n.11, p. 11-24, agosto 2002.

AYRES, Ricardo de Carvalho de Mesquita et al. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS**. In: BARBOSA, Regina Maria e PARKER, Richard. Sexualidades pelo Aveso. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Editora 34, 1999.

AYRES, Ricardo de Carvalho Mesquita. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. São Paulo: Editoração eletrônica, Casa da Edição, 1996.

BARBOSA, Regina Helena Simões. **As mulheres, a AIDS e a questão metodológica**: desafios. In: AIDS. Pesquisa Social e educação. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lda. Lisboa, 1977.

BARROS, Sandra Regina, SILVA, Sonia Maria Batista da. **CTA contextualizando a sua história**. In: ZAFIRO, Ana Maria. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Integrando Prevenção e Assistência, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004.

BASTOS, Inácio Francisco, COUTINHO, Kátia. **Tão Longe, tão perto...** A pesquisa sobre HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane, BESSA, Marcelo Secron. Saúde, Desenvolvimento e política. Respostas frente a AIDS no Brasil. São Paulo: editora 34, ABIA, 1999.

BOCK, Lia e CASTELLÓN, Lena. **O HIV devasta os países africanos, levando sofrimento a mães e filhos** Revista Isto É, Medicina & bem estar, edição Nº 1783, 03 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://www.gtpos.org.br/index.asp?Fuseaction=informacoes&ParentId=242>

BOGDAN, R. e BICLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação** – uma introdução a teoria e aos métodos. Porto Alegre: Pacto Editora, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XVII nº 01, janeiro a dezembro de 2003. Brasília: 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde**. Avaliação das ações. Brasília: 1999

\_\_\_\_\_.Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries)**. Temas Transversais. Brasília: 1998.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV e AIDS**. Diretrizes e Procedimentos Básicos. Brasília: 1997.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Prevenção às DST/AIDS**. Manual do Multiplicador. Brasília: 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Pela Vida. Direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS. Rio de Janeiro:1994.

CASTIEL, L. David. **A Medida do possível...** Saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. **Moléculas, moléstias e metáforas:** o senso dos humores. São Paulo: Unimarco, 1996.

\_\_\_\_\_. **O Buraco e o Avestruz.** A singularidade do adoecer humano. São Paulo: Papyrus 1994.

CEARÁ. **Prefeitura Municipal de Fortaleza.** Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza: 2005.

CHAUI, Marilena. **Repressão Sexual: essa nossa des(conhecida).** São Paulo: Brasiliense, 1984.

CYPRIANO, Bio. **"O Presente", destaque do 11º MixBrasil, visita o controverso mundo das relações sem proteção.** Folha de São Paulo, Ilustrada, quinta-feira, 13 de novembro de 2003 Disponível: <http://www.gtpos.org.br/index.asp?Fuseaction=informacoes&ParentId=242>

CORRÊA, S. **Gênero e Sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar?** In: PARKER, RICHARD e BARBOSA, Regina Maria (orgs.). Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

COSTA, Jurandir Freire. **A inocência e o vício.** Estudos sobre o homoerotismo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

\_\_\_\_\_. **Ordem Médica e Norma Familiar.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Editora Rocco Ltda, 1997.

DANIEL, H. e PARKER, R. **A terceira epidemia:** o exercício da solidariedade. In; \_\_\_\_\_. Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

DESLANDES, S. Ferreira et al. **As concepções de Risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

DESLANDES, Suely Ferreira & FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. **Avaliação das Ações de Aconselhamento.** Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública v. 15 supl. 2, 1999.

DIAZ, M. e DIAZ, J. **Qualidade de Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva: estratégias para mudanças.** In: GALVÃO, L. e DIAZ, J. Saúde sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.

DOMINGUES, Roberto Chateaubriand. **Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento.** In: ZAFIRO, Ana Maria. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Integrando Prevenção e Assistência, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004.

ENGEL, Magali. **História e Sexualidade.** In: CARDOSO, C, F. e VAINFAS, R. Domínios da História. Ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Margarete de Paiva Simões et al. **Testagem Sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)** – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. São Paulo; Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n.2, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade.** A vontade de Saber. Rio de Janeiro, Graal, 1988.



FRANCO, Maria Laura P.Barbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da Intimidade**. Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

GTPOS, ABIA, ECOS. **Guia de orientação sexual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

GUERCIO, Patrícia Moura da Silva. **Contribuições da Epidemiologia no Aconselhamento em HIV/AIDS**. Revista de APS/UFJF, Minas Gerais, n.9, p. 58-65, dez/2001 a maio/2002.

KALISCHAN, Artur O. **Pauperização e banalização de uma epidemia**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABIA,1994.

LOYOLA, Maria Andréa. **A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas**. In: HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade. O olhar das ciências sociais.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Trajetória Assistencial no Âmbito da Saúde Reprodutiva e Sexual – Brasil século XX**. São Paulo: Revista Latino-Americana de Enfermagem, V.10, N. 3, maio/junho 2002.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A Medicalização da Raça**. Médicos, Educadores e Discurso Eugênico. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1994.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MONTEIRO, Simone. **Qual Prevenção?** Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOTT. Luiz. **Teoria Antropológica e Sexualidade Humana**. Disponível: <http://www.antropologia.ufba.br/artigos/teoria.pdf>

MYTJAVILA, Myriam. **O risco como recurso para a arbitragem social**. Revista de Sociologia da USP – Tempo Social, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 129-145, outubro. 2002. .

PARKER, Richard, HERDT, Gilbert e CARBALLO, Manuel. **Cultura Sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS**. In: AIDS. Pesquisa Social e educação. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1995.

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

\_\_\_\_\_. **Um americano quando cai no samba, ou a cultura sexual brasileira e a AIDS**. In: DANIEL, H. e PARKER, R. Aids, A Terceira Epidemia: Ensaio e Tentativas. São Paulo: Iglu, 1991.

PAULILO, Maria Ângela S. **AIDS** - Os sentidos do risco, São Paulo: Veras, 1999.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Educação sexual**. Além da informação. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1990.

SAYÃO, Yara. **Orientação sexual na escola: os territórios possíveis e necessários**. In: AQUINO, Julio Groppa. Sexualidade na escola. Alternativas Teóricas e Práticas. São Paulo: Summus, 1997.

SANTOS, Cristiane de Oliveira. **Fragmentos de uma cultura sexual em tempos de AIDS**: uma análise sob a perspectiva de gênero. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Bahia, 2002.

SCHUCH, Patrice. **Aids e sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre**: um estudo antropológico. In: DUARTE, Luis Fernando Dias Duarte, LEAL, Ondina Fachel (orgs.). Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Trabalhos Científicos**. Normas para Organização, Redação e Apresentação. Fortaleza: UECE, 2003.

VILLELA, Wilza Vieira, BARBOSA, Regina Maria. **Repensando as relações entre gênero e sexualidade**. In: PARKER, Richard, BARBOSA, Regina Maria (orgs.) Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996.

VILLELA, Wilza Vieira. **Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo que se fala**. In: Galvão, Loren. e Diaz, Juan Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.

WEEKS, Jeffrey. **O Corpo e a Sexualidade**. In: LOURO, Guacira Lopes. O Corpo Educado. Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

WEREBE, Maria José Garcia. Sexualidade, Política e Educação. São Paulo: Editora Autores Associados, 1998.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**. Planejamento e Métodos. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.



## **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

### **Identificação:**

- Idade**
- Sexo**
- Estado civil**
- Núcleo familiar**
- Escolaridade**
- Religião**
- Município e bairro de residência**
- Trabalho, profissão e renda**

- 1) Você pode me falar das vivências que fizeram você se preocupar em fazer exames anti-HIV? Você poderia me contar cada uma das histórias? Dessas situações teve alguma que lhe deixou mais interessado em fazer exame? Em que ela se diferenciava das outras?**
- 2) Que vivências sexuais deixaram você tranquilo (a) com relação ao HIV? O que nestas situações lhe proporcionava esta sensação? Você poderia me falar das histórias desses relacionamentos?**

Ministério da Saúde

Coordenação Nacional de DST-Aids

**FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA**

LOCAL DE ORIGEM:<sup>1</sup>  N° DE REQUISIÇÃO NO SI-CTA:

DATA ATENDIMENTO: / / TIPO DE ORIENTAÇÃO (PRÉ-TESTE): ☐ Individual ☐ Nenhuma  
☐ Coletiva ☐ Individual e Coletiva

ORIENTADOR(ES):  VAI FAZER COLETA (SANGUE): ☐ Sim ☐ Não

NOME (SENHA):  N° DE PROTOCOLO:<sup>2</sup>

TESTE NOMINAL: ☐ Sim ☐ Não SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino MOSTRA NOME ETIQUETA: ☐ Sim ☐ Não

DATA DE NASCIMENTO: / / GESTANTE: ☐ Sim ☐ Não IDADE GESTACIONAL (MESES):

ZONA: ☐ Urbana ☐ Rural CIDADE:  ESTADO/UF:

BAIRRO:

- MOTIVO DA PROCURA:<sup>3</sup>
- ☐ [1] Exposição a situação de risco
  - ☐ [2] Encaminhado por serviço de saúde
  - ☐ [3] Encaminhado por banco de sangue
  - ☐ [4] Encaminhado por clínicas de recuperação
  - ☐ [5] Sintomas relacionados ao HIV
  - ☐ [6] Admissão em emprego/Forças Armadas
  - ☐ [7] Conhecimento de status sorológico
  - ☐ [8] Exame pré-natal
  - ☐ [9] Conferir resultado anterior (da 1ª amostra)
  - ☐ [10] Janela imunológica
  - ☐ [11] DST
  - ☐ [12] Prevenção
  - ☐ [13] Outros. Especificar:

PRIMEIRO TESTE NESTE CTA: ☐ Sim ☐ Não

1ª AMOSTRA:<sup>4</sup> ☐ Sim ☐ Não

MOTIVO DA REPETIÇÃO: ☐ [3] Conferir resultado anterior

N° DE REQUISIÇÃO ANTERIOR:

(na 1ª amostra)

ENCAMINHAMENTOS (PRÉ-TESTE) (Marque com X a opção):

- ☐ [1] Nenhum
- ☐ [2] Repetir/Inconclusivo
- ☐ [3] Repetir/Janela imunológica
- ☐ [4] Repetir/2ª amostra
- ☐ [5] Ambulatório
- ☐ [6] Psicólogo
- ☐ [7] Tratamento de DST
- ☐ [8] Outros.

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO: 

ESCOLARIDADE (em anos de estudos concluídos):

- ☐ [1] Nenhum
- ☐ [2] 1 a 3 anos de estudos concluídos
- ☐ [3] 4 a 7 anos de estudos concluídos
- ☐ [4] 8 a 11 anos de estudos concluídos
- ☐ [5] 12 a mais anos de estudos concluídos
- ☐ [99] Não informado

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

- ☐ [1] Autônomo
- ☐ [2] Desempregado
- ☐ [3] Empregado
- ☐ [4] Apenas estudante
- ☐ [5] Do lar
- ☐ [6] Aposentado
- ☐ [99] Não informado

ESTADO CIVIL/SITUAÇÃO MARITAL:

- ☐ [1] Casado(a)/Amigado(a)
- ☐ [2] Solteiro(a)
- ☐ [3] Separado(a)
- ☐ [4] Viúvo(a)
- ☐ [99] Não informado

JÁ PROCUROU BANCO DE SANGUE PARA FAZER TESTE PARA HIV: ☐ Sim ☐ Não

ORIGEM DA CLIENTELA:

- ☐ [1] Material de divulgação
- ☐ [2] Amigos/Usuários
- ☐ [3] Jornais/Rádio/Televisão
- ☐ [4] Banco de Sangue
- ☐ [5] Serviço/Profissional de Saúde
- ☐ [6] Serviços de informação telefônica
- ☐ [7] Outros. Especificar:
- ☐ [99] Não informado

TIPO DE EXPOSIÇÃO (marque com X até 2 opções de resposta):

- ☐ [1] Relação Sexual
- ☐ [2] Transfusão de sangue
- ☐ [3] UDI
- ☐ [4] Hemofílico
- ☐ [5] Ocupacional
- ☐ [6] Transmissão vertical (materno infantil)
- ☐ [7] Não possui risco
- ☐ [8] Outros. Especificar:
- ☐ [99] Não informado

1. Refere-se ao LOCAL DE ATENDIMENTO em geral, corresponde ao próprio CTA.

2. O campo N° DE PROTOCOLO refere-se ao N° do prontuário deste usuário no Serviço (se houver).

3. O campo MOTIVO DA PROCURA refere-se ao motivo referido pelo usuário. Marque X para selecionar a melhor opção de resposta.

4. O campo 1ª AMOSTRA somente será registrado como NÃO quando o MOTIVO DA REPETIÇÃO for para "Conferir resultado anterior" (da 1ª amostra)

Ministério da Saúde

Coordenação Nacional de DST-Aids

COMPARTILHAR SERINGAS COM OUTROS USUÁRIOS NO ÚLTIMO ANO?		PEGOU ALGUM TIPO DE DST NO ÚLTIMO ANO? <sup>5</sup>		Nº DE PARCEIROS SEXUAIS NO ÚLTIMO ANO:	
[ 1 ] Sim	[ 2 ] Não	[ 3 ] Não lembra	[ 1 ] Sim	[ 2 ] Não	[ 5 ] 11 a 50
[ 98 ] Não se aplica	[ 99 ] Não informado	Especifique:		[ 2 ] 01	[ 6 ] 51 a 100
				[ 3 ] 02 a 04	[ 7 ] Mais de 100
				[ 4 ] 05 a 10	[ 99 ] Não informado

  

TIPO DE PARCEIRO (na vida):	USO DO PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO (atual):	USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO: <sup>6</sup>
[ 1 ] Homens	[ 1 ] Sempre	[ 1 ] Sim
[ 2 ] Mulheres	[ 2 ] Nunca	[ 2 ] Não
[ 3 ] Homens e Mulheres	[ 3 ] Às vezes	[ 3 ] Não lembra
[ 98 ] Não se aplica	[ 98 ] Não se aplica	[ 98 ] Não se aplica
[ 99 ] Não informado	[ 99 ] Não informado	[ 99 ] Não informado

  

MOTIVO DE NÃO USAR PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO (atual):	RISCO DO PARCEIRO FIXO (atual):
[ 1 ] Não gostar	[ 1 ] Relação extra-conjugal
[ 2 ] Não acredita na eficácia	[ 6 ] Passado sexual
[ 3 ] Não sabe usar	[ 2 ] Homo/bissexualidade
[ 4 ] Parceiro(a) não aceita	[ 9 ] Não atribui risco
[ 5 ] Não dispunha no momento	[ 10 ] DST
[ 6 ] Confia no parceiro	[ 4 ] UDI
[ 7 ] Uso de drogas/álcool	[ 5 ] Uso de outras drogas
[ 8 ] Não consegue negociar	[ 6 ] Portador de HIV
[ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV	[ 7 ] Desconfia de relação extra-conjugal
[ 10 ] Acha que não vai pegar	[ 11 ] Não sabe
[ 11 ] Negociou não usar preservativo	[ 12 ] Outros
	[ 98 ] Não se aplica
	[ 99 ] Não informado

  

USO DO PRESERVATIVO COM PARCEIRO NÃO FIXO (na vida):	USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO NÃO FIXO:
[ 1 ] Sempre	[ 1 ] Sim
[ 2 ] Nunca	[ 2 ] Não
[ 3 ] Às vezes	[ 3 ] Não lembra
[ 98 ] Não se aplica	[ 98 ] Não se aplica
[ 99 ] Não informado	[ 99 ] Não informado

  

RECORTE POPULACIONAL: <sup>7</sup>	
[ 1 ] População em geral	[ 7 ] Usuários de outras drogas
[ 2 ] Populações confinadas	[ 8 ] Pessoas vivendo com HIV/aid
[ 3 ] Caminhoneiros	[ 9 ] Portadores de DST
[ 4 ] Trabalhadores do sexo	[ 10 ] Hemofílicos e politransfundidos
[ 5 ] Homens que fazem sexo com homens	[ 11 ] Profissionais de saúde
[ 6 ] Usuários de drogas injetáveis (UDI)	[ 12 ] Travestis

  

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO:	RESULTADOS:
PRESERVATIVOS ENTREGUES: [ ]	HIV Triagem: <input type="checkbox"/> HIV Confirmatório <input type="checkbox"/>
DATA DA ENTREGA DO RESULTADO: / /	Hepatite B (HbsAg): <input type="checkbox"/>
ORIENTADOR DA ENTREGA:	Sífilis: <input type="checkbox"/>
NOTAS DE ORIENTAÇÃO:	Titulação para Sífilis (Marque X):
	[ ] Doença ativa
	[ ] Cicatriz sorológica

  

ENCAMINHAMENTOS PÓS-TESTE (marque com X até 2 opções):
[ 1 ] Nenhum
[ 2 ] Repetir/Inconclusivo
[ 3 ] Repetir/Janela imunológica
[ 4 ] Repetir/2ª amostra
[ 5 ] Ambulatório
[ 6 ] Psicológico
[ 7 ] Tratamento de DST
[ 8 ] Outros

  

Legenda:
1 - Não Reagente
2 - Reagente
4 - Ignorado
6 - Não realizado

5. Refere-se à abordagem sintomática ou ao diagnóstico prévio realizado em algum serviço de saúde. Neste caso, registrar qual a DST referida (Especifique).

6. O campo USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO refere-se a relações sexuais anal, vaginal e oral com o parceiro fixo atual.

7. O preenchimento do campo RECORTE POPULACIONAL deve seguir a lógica das propostas de prevenção/intervenção a serem desenvolvidas pelo serviço.





Universidade Estadual do Ceará  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA**



Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce Fone: 299-2790  
Home Page: [www.proppgq.uece.br](http://www.proppgq.uece.br) E-mail: [secpesq@uece.br](mailto:secpesq@uece.br)

Fortaleza(CE), 07 de dezembro de 2004

Título: "O sentido do risco e da prevenção na trajetória sexual de sujeitos que repetem testes anti-HIV". Processo No. 04236615 - 1

Nome: Irenice de Oliveira Campos.

**P A R E C E R**

O projeto tem como objetivo compreender a percepção sobre riscos de sujeitos que repetem exames anti-HIV em Centro de testagem e aconselhamento – CTA, compreender a percepção sobre o retorno desses sujeitos para novas testagens e avaliar tais percepções de riscos, prevenção e retorno à luz de um referencial teórico que identifica a sexualidade como uma complexidade de dimensões: biológica, simbólica, cultural, social, política e histórica. A pesquisa será de natureza qualitativa com dados resultantes de observação participante e de entrevista semi-estruturada, interpretados à luz das técnicas de análise do discurso. O projeto é relevante e os benefícios sociais e formativos são muito bons, os incrementam conhecimento e atitude dos trabalhadores de saúde, diante das compulsões de prazer vencendo as barreiras da ética da auto-preservação.

O projeto está bem estruturado. Ele é relevante e atende os requisitos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.

  
Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96, IV – V

Através do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE), estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a Repetição de Teste anti-HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento. Espera-se que esta pesquisa traga contribuições para a melhoria do trabalho educativo desenvolvido no campo da prevenção em DST/AIDS. Assim, gostaria de contar com sua colaboração, através da participação em entrevista individual. Asseguro-lhe que essa pesquisa não trará risco a sua saúde, que serão resguardadas todas as condições de confidencialidade, e que não haverá a revelação de sua identidade em qualquer situação ou fase da pesquisa. Além disso, informo que você tem plena liberdade para aceitar ou não participar desse estudo, podendo desistir em qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Você pode fazer as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa.

1) Pesquisadora: Irenice de Oliveira Campos

2) Entrevistado:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

---

Assinatura do participante