Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS

Tiago Borges Gouveia

Santos, maio de **2013.**

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Santos, maio de 2013.

Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

BANCA EXAMINADORA

_____
Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto - orientadora

_____
Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro – Universidade Católica de Santos

_____
Profa. Dra. Gisela Vasconcellos Monteiro – Universidade Católica de Santos

Data de aprovação: ____/_____/_____.

Santos, maio de 2013

Agradecimentos

Gostaria de agradecer em primeiro lugar à Profa. Dra. Gisela Vasconcellos Monteiro por me escolher como orientando para a Iniciação Científica quando eu estava na graduação em Psicologia, pois este foi o primeiro passo para despertar meu interesse por pesquisas. E que me traz muita alegria esse nosso novo encontro, agora como minha avaliadora. Agradeço também por ter me apresentado ao NEPEC, grupo que tenho orgulho de fazer parte e que tenho o maior carinho pelos integrantes.

Agradeço minha orientadora Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto pela paciência, pelas conversas e pela compreensão. Mas acima de tudo por ter confiado em meu trabalho e me dar todas as condições para aprender a ser um pesquisador. Admiro e me espelho em seu talento como pesquisadora, escritora, professora e especialmente como ser humano. Espero que este seja o primeiro de muitos trabalhos que realizaremos juntos.

Agradeço também aos voluntários deste estudo, pelo tempo dispensado para as entrevistas, pelo compromisso, presteza e confiança. Espero que este trabalho possa trazer ao mundo acadêmico um pouco do seu universo e que isso possa se traduzir em soluções para os problemas que vocês apresentaram.

Finalmente, agradeço minha família e meus amigos, sem os quais eu não chegaria até aqui. O apoio e o carinho de vocês foram e são fundamentais para mim.

Uma vez me ensinaram que para a palavra ganhar força é preciso repeti-la três vezes. E que era preciso ser sábio ao escolhê-la, pois uma vez proferido o mantra, a palavra descolaria do corpo e ganharia vida própria. A partir do dia que compreendi isso, passei a exercitar este segredo:

Obrigado, obrigado, obrigado.

RESUMO

Nos últimos 12 anos houve um aumento considerável de notificações de casos de AIDS na categoria de homens que fazem sexo com homens, especialmente entre os que se encontram na faixa etária dos 15 aos 24 anos, segundo dados do Ministério da Saúde. O presente estudo procura avaliar os aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco entre jovens homossexuais de 18 a 24 anos. A proposta teórico-metodológica escolhida para o estudo foi a abordagem qualitativa, justificada pela complexidade do objeto e suas peculiaridades imbricadas, tais como as relações do indivíduo e a sociedade, sua estrutura de sujeito com crenças, valores, significados, e suas relações com o processo histórico social. Foram entrevistados 10 jovens e através da triangulação do referencial teórico com os eixos que emergiram do material coletado, procuramos conhecer as representações sociais dos jovens em relação ao HIV e à sexualidade, elencar situações, práticas e condutas que consideram seguras para sua sexualidade e verificar qual o impacto das políticas de prevenção nesses jovens. Os resultados mostram que todos os sujeitos se sentem vulneráveis ao HIV e apontam que o modo de vida e a subjetividade do homossexual nesta faixa etária seria um dos fatores que interfere no comportamento de risco. Sobre as campanhas de prevenção relatam que podem ter um papel de alerta, mas não decisivo, uma vez que a conscientização de fato só ocorre quando há contato com a doença de forma concreta, seja após um comportamento de risco ou através de pessoas próximas que se contaminaram.

Palavras Chave: HIV/AIDS; comportamento de risco; jovens homossexuais.

ABSTRACT

In the last 12 years there has been a considerable increase in notifications of AIDS cases in the category of men who have sex with men, especially among those who are in the age group 15 to 24 years, according to data from the Ministry of Health. This study seeks to evaluate the cultural, psychological and social factors that affect the risk behavior among young gay people between 18 and 24 years old. The theoretical and methodological proposal chosen for the study was a qualitative approach, justified by the complexity of the object and its peculiarities intertwined, such as the relationship between the individual and society, the structure of the subject with beliefs, values, meanings, and how they relate with the social history process. We interviewed 10 youngsters and by triangulating the theoretical framework that emerged with the axes of the material collected, we understand the social representations of young people in relation to HIV and sexuality, to list situations, practices and behaviors they consider safe for their sexuality and find what the impact of policies to prevent these young people is. The results show that all individuals feel vulnerable to HIV and point out that the way of life and subjectivity of gays in this age group would be one of the factors that affects the risk behavior. About the prevention campaigns, it has been reported that they may have a role in warning, but not decisively, since awareness actually only occurs when there is contact with the disease in a concrete way, either after a risky behavior or through close people who have been contaminated.

Keywords: HIV / AIDS; risk behavior; gay youth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - sigla em inglês para Acquired immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

DST - Doença Sexualmente Transmissível

HIV - sigla em inglês para Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

NEPEC - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Condições Sociais e Saúde

NIC - Núcleo Integrado da Criança

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

1. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa - pág. 29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

CAPITULO 1: QUADRO TEÓRICO 15

1.1. AIDS e prevenção: uma associação fundamental para o combate 15

1.2. Breve histórico da Medicina Preventiva 16

1.3. As ações de prevenção no Brasil: um resquício da Higiene? 18

1.4. As representações da AIDS 20

CAPITULO 2: A PESQUISA 25

Objetivo Geral 25

Objetivos Específicos 25

CAPITULO 3: RESULTADOS e DISCUSSÃO 30

3.1 A representação da doença 31

3.2 A representação da sexualidade 34

3.3 As condutas sexuais 38

3.4 As campanhas de prevenção e os serviços de saúde 39

CONSIDERAÇÕES FINAIS 42

REFERÊNCIAS 47

APÊNDICE 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALARECIDO 50

APÊNDICE 02: ROTEIRO DE ENTREVISTA 52

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve a finalidade de dar continuidade ao projeto de Iniciação Científica desenvolvido no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Condições Sociais e Saúde (NEPEC), intitulada “Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS – Aspectos Sociais e Comorbidades Psicológicas”. A pesquisa tinha como objetivo traçar o perfil social, conhecer o impacto da revelação do diagnóstico e avaliar a presença de comorbidades psicológicas em adolescentes vivendo com HIV/AIDS que eram atendidos no NIC - Núcleo Integrado da Criança, uma unidade da Prefeitura Municipal de Santos que atende gestantes, adolescentes e crianças com HIV/AIDS. Os sujeitos do estudo haviam sido contaminados através da chamada transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho.

A partir desse primeiro contato com o tema e através das estatísticas publicadas pelo Ministério da Saúde sobre o crescimento do número de jovens que se contaminaram pelo vírus através de relações sexuais desprotegidas, foi despertado o interesse em avaliar os motivos que os levavam ao comportamento de risco, mesmo com tantas informações disponíveis sobre a forma de contágio.

Os dados do Boletim Epidemiológico – AIDS e DST 2010 publicado pelo Ministério da Saúde mostram que:

> [...] as prevalências de infecção pelo HIV no Brasil se apresentam da seguinte maneira: 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade (0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens)[1], 0,12%[2] nos jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos de idade e 0,28%[1] em mulheres jovens de 15 a 24 anos. Nas populações vulneráveis, as prevalências são mais elevadas e destacam-se aquelas entre usuários de drogas ilícitas (5,9%)[3], homens que fazem sexo com homens (10,5%)[4] e mulheres profissionais do sexo (5,1%)[5].

No mesmo boletim é dada uma relevância especial à ocorrência de infecção entre jovens de 13 a 24 anos de idade, responsáveis por 11,3% dos casos acumulados no país de 1980 até o mês de junho de 2010, totalizando

66.751 sujeitos. Apenas em 2009 foram identificados 3.398 casos de AIDS nesta faixa etária, sendo 1.875 no sexo masculino e 1.523 no sexo feminino. A principal proporção está relacionada à categoria de exposição sexual, sendo 73,8% no sexo masculino e 94,0% no sexo feminino no mesmo ano. O estudo também aponta 7.443 óbitos entre 1998 e 2009, registrando uma média de 589 óbitos por ano, o que representa uma redução no coeficiente de mortalidade de 31,6% de 1999 para 2009.

Em 2008 uma pesquisa do Banco Mundial revelou que 97% dos brasileiros sabiam que o HIV podia ser transmitido sexualmente e que a camisinha poderia protegê-los da transmissão. Os resultados da pesquisa nacional também mostraram que 46% dos brasileiros afirmaram usar camisinha ao fazer sexo com um parceiro casual, um aumento de 9% quando comparado com 1989.

Porém, o número de infecções através do sexo ainda se faz majoritário e, especialmente entre os jovens o aumento é significativo, embora a informação acerca dos métodos de prevenção seja bastante reconhecida entre eles.

Este quadro mostra a necessidade de pesquisas mais aprofundadas, especialmente de metodologia qualitativa, já que as pesquisas que objetivam avaliar a percepção da AIDS, além de escassas, mostram resultados pouco reflexivos e que não contribuem para uma finalidade prática que possa conduzir a uma mudança no quadro do avanço da epidemia no Brasil. No trabalho intitulado *"AIDS, Gênero e Conjugalidade: Um Estudo sobre a percepção de risco para estudantes universitários"* de Lima e Oltramari (2005), os autores concluíram que o tipo de relação conjugal influencia na adoção do uso ou não do preservativo, onde a relação de confiança estaria intimamente ligada a esta questão. Como a AIDS era considerada uma doença do "outro", então o uso do preservativo em uma relação estável representaria desconfiança, enquanto que em relações não estáveis o uso era aceito com naturalidade, pois não haveria um vínculo amoroso.

Outro estudo intitulado *"Nível de conhecimento e percepção de risco da*

população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005" publicado na Revista de Saúde Pública em 2008 pela autora Maria Paula Ferreira conclui que os homens aumentaram o nível de conhecimento em relação às mulheres, e que nos jovens não houve aumento significativo do conhecimento e a diferença entre os sexos era inexistente em relação a esta dimensão. Já verificamos anteriormente que o nível de conhecimento não está relacionado com a prevenção e podemos apontar que o fato de existir confiança em relações conjugais estáveis não garante proteção e não altera em nada a árida realidade de que o HIV ainda é um grande desafio para a saúde pública.

Ambos os estudos constatam que a promoção da camisinha e a divulgação do seu uso através das mídias precisam ser revistos, pois não apresentaram um alcance significativo na população.

O Boletim Epidemiológico de 2011 do Ministério da Saúde aponta a prevalência de infecção pelo HIV na população de jovens gays, a qual apresenta tendência de aumento no Brasil. Nos últimos 12 anos, considerando os casos de AIDS notificados entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, houve um aumento de 45,9% na proporção de casos com categoria de exposição HSH, 46,4% em 2010.

A população de jovens gays apresenta uma particular vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Segundo a tendência observada nas ultimas pesquisas em conscritos do exército, jovens do sexo masculino de 17 a 22 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV na população HSH jovem aumentou entre 2002 e 2007, passando de 0,56% para 1,2%.

Com relação à categoria de exposição dos casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino de 13 anos e mais de idade, observa-se que 30,4% dos casos notificados em 1998 ocorreram entre heterossexuais, sendo que em 2010 esse percentual passa para 42,4%. No mesmo período, houve uma estabilização na proporção de HSH, passando de 31,1% em 1998 para 29,7%, em 2010. Entretanto, entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos,

no mesmo período, houve aumento proporcional da categoria de exposição HSH, passando de 31,8% em 1998 para 46,4% em 2010.

Ainda segundo os dados do Boletim de 2011, com relação aos jovens HSH, um dado positivo é que tendem a usar 2,2 vezes mais o preservativo do que os jovens heterossexuais. Em pesquisa realizada apenas com homossexuais, o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro casual na população de jovens foi de 70,8%. Entretanto, quando se avalia o uso do insumo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses com parceiro casual, esse percentual diminui para 54,3%.

Ao observar que os dados mostram a tendência alarmante de jovens se contaminando com maior frequência e a aparente contradição de que isso não se deve a falta de conhecimento ou informação sobre as formas de prevenção, somos tentados a indagar o que está nos escapando.

Não podemos esquecer que a informação apenas não pode levar em conta a complexidade de representações envolvidas na sexualidade. Não podem levar em conta as minúcias do cotidiano, as situações em que a determinação social recai pesada, principalmente nos jovens onde a subjetividade é tão atrelada aos significados do meio, do cotidiano, do grupo.

Então não nos cabe perguntar o porquê os sujeitos ainda se contaminam, pois a complexidade dos fatores que os levam a isso é enorme. E porque quando dizemos “ainda” estamos supondo que seria possível interromper a cadeia de transmissão se todos se protegessem, quando na verdade a única solução seria a descoberta de uma cura.

Ao invés disso, devemos perguntar por que determinado grupo, em determinado espaço de tempo, se contamina mais do que outro. O que aconteceu no universo das representações sociais para que estes grupos se tornassem mais vulneráveis?

A Saúde Coletiva, ao trazer para o cenário acadêmico uma visão abrangente do processo saúde – doença pode fornecer respostas mais assertivas para o porquê desta população se infectar mesmo tendo noção dos meios para que isso aconteça.

Esse estudo teve como principal objetivo avaliar os aspectos culturais, psicológicos e sociais que podem interferir no comportamento de risco de jovens homossexuais de 18 a 24 anos e como objetivos específicos: conhecer as representações sociais dos jovens em relação ao HIV e à sexualidade; elencar situações, práticas e condutas que consideram seguras para sua sexualidade; verificar qual o impacto das políticas de prevenção nesses jovens.

CAPÍTULO 1. QUADRO TEÓRICO

1.1 AIDS E Prevenção: uma Associação Fundamental para o seu Combate

O avanço da tecnologia farmacêutica trouxe para os portadores do vírus HIV uma longevidade que era impensável nos anos iniciais da descoberta da doença. A partir da detecção precoce, do acompanhamento médico sistemático e uma atenção rigorosa com os medicamentos, é possível dizer que atualmente a AIDS se encaixa no patamar das doenças crônicas, e que as taxas de mortalidade vêm caindo gradativamente, quando estes requisitos são preenchidos.

Para se ter uma ideia, a versão preliminar do Boletim Epidemiológico AIDS – DST, publicado pelo Ministério da Saúde aponta que no Brasil em 1995 houve 15.156 óbitos por AIDS enquanto que em 2010 houve 11.965 óbitos. Quando observamos os dados por Estado, São Paulo, por exemplo, teve 7.762 óbitos em 1995, e 2.987 em 2010. Isso representa uma queda de aproximadamente 62% no Estado, contra aproximadamente 21% no País. As regiões mais pobres, como o Nordeste, tiveram um aumento significativo no número de óbitos, de 1.159 em 1995 para 2.020 em 2010. Alguns Estados, como a Bahia, apresentaram um aumento de 109% no número de óbitos.

Esses dados ilustram a grave desigualdade que há no investimento do poder público na saúde, na oferta e no acesso aos serviços pela população de acordo com o nível socioeconômico dos estados.

Além disso, a AIDS se insere como um discurso de práticas individuais e coletivas no que tange à prevenção, uma vez que a contaminação só pode ocorrer quando há relação sexual desprotegida, compartilhamento de seringas nos usuários de drogas e na gravidez por transmissão vertical – se não houver acompanhamento médico, além do contágio poder ocorrer durante a amamentação, pois o vírus existe em grande quantidade no leite materno.

Vamos nos concentrar na primeira forma citada, a sexual, pois é o objeto do nosso estudo com jovens, que é a via predominante na cadeia de transmissão. Este capítulo pretende discutir a relação entre a contaminação e a prevenção, sob a ótica das Políticas Públicas de Saúde.

1.2 Breve histórico da Medicina Preventiva

Segundo AROUCA (1975), a Medicina Preventiva representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica, pois estabelece uma nova articulação com uma sociedade que está constantes transformações a partir da revolução industrial. Para o autor, não há uma identidade entre as condutas preventivas e a Medicina Preventiva, pois esta não está definida e muito menos esgotada na não ocorrência de doenças. Ela surge como formação discursiva em um campo formado por três vertentes, a Higiene, que está ligada ao desenvolvimento do capitalismo e a ideologia liberal, a discussão dos custos da atenção médica e o aparecimento da redefinição das responsabilidades médicas, que surge no interior da educação médica.

A Higiene, no século XIX, é caracterizada pela ligação com as ideologias liberais que afirmavam a responsabilidade do indivíduo perante sua saúde e como um conceito político dos movimentos socialistas. Ela trazia em seu discurso dois eixos, sendo um vertical representando o processo cronológico do desenvolvimento humano e um horizontal que representava o conjunto de atividades desenvolvidas por este indivíduo. Para cada eixo a Higiene possui recomendações, normas e medidas que se fossem seguidas à risca fariam com que o indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural.

Portanto, a Higiene não era uma ciência, mas uma aplicação de um conjunto de ciências. Um mito de unidade de conhecimento em prol do bem viver. Mito porque centrava em medidas higiênicas e em uma cultura higiênica soluções de problemas que estavam nas próprias condições de vida. E por não haver ressonância com a própria vida, com a divisão técnica e social do trabalho em uma sociedade dividida em classes, a compartimentalização do conhecimento científico e o avanço do conhecimento da “velha medicina”, a

Higiene foi se dissolvendo na multiplicidade das disciplinas médicas e foi substituída pela Medicina Preventiva.

Esta traz um conceito compreensivo do homem, entendendo a saúde como processo e que tanto doença como saúde se dão em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente e as relações sociais. Propondo um pensamento circular levando em conta a homogeneidade das categorias biológicas, sociais e econômicas, em um movimento ascendente de espiral.

Como afirma o autor:

> Neste sentido, este círculo vicioso em espiral, em que as variáveis são simultaneamente causa e efeito, assumindo em cada volta novos valores, o sentido da espiral pode ser ascendente na medida em que maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que finalmente levariam a melhor saúde e iniciaria um novo ciclo. Tal sentido seria o do progresso e do desenvolvimento econômico, enquanto o outro com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria e subdesenvolvimento. (AROUCA, 1975 p. 83)

Quanto à relação da Medicina Preventiva com a Saúde Pública, o discurso abre duas leituras possíveis: de que a Medicina Preventiva é a leitura liberal vinda da sociedade civil, e a Saúde Pública a leitura estatal diante de novas funções do Estado na sociedade capitalista. Quanto em relação a Medicina Social, não se verifica nenhuma diferença. (Arouca, 1975)

Portanto, a Medicina Preventiva:

> [...] pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados, desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. (AROUCA, 1975 p. 170)

O movimento preventivista, ao formular uma reflexão sobre a Teoria da Medicina, possibilita o aparecimento de núcleos de reflexão sobre esta teoria que pode desembocar em um novo campo de Prática Teórica, em outras palavras, possibilita a formação de projetos racionalizadores de atenção médica. É essa racionalização do saber médico que vai orientar as condutas e as políticas públicas na condução da promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

1.3 As ações de prevenção no Brasil: um resquício da Higiene?

A política para o controle e prevenção do HIV se constitui em três áreas de atividades integradas, sendo a garantia ao acesso universal e gratuito ao cuidado e à terapia antirretroviral, a expansão do acesso ao diagnóstico e prevenção e o relacionamento proativo com a sociedade civil independente. Segundo Mariângela Simão (2011), todo o departamento trabalhava em conjunto para a prevenção, mas somente 20 pessoas foram basicamente responsáveis pela coordenação das iniciativas, que incluíam a distribuição de camisinhas, material educativo, testes rápidos para HIV e a divulgação através da mídia e campanhas educativas. Além dessas ações, o grupo enfocou a redução da vulnerabilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS, e grupos de risco como profissionais do sexo, homens homossexuais ou HSH (homens que fazem sexo com homens), usuários de drogas, mulheres, prisioneiros, travestis, negros, indígenas e jovens.

O principal método para evitar a disseminação do HIV foi o incentivo ao uso de camisinha. Apenas em 2009 houve uma distribuição de 465,2 milhões de camisinhas masculinas para os estados e ONGs para serem entregues em locais de aconselhamento e testagem de HIV, clínicas de saúde, escolas e outros pontos. São Paulo distribuiu 8 milhões de camisinhas por mês.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em articulação com o Ministério da Educação, desenvolveu um currículo nacional de prevenção de DST/HIV e saúde sexual, onde em 2009, 7% das escolas distribuíram camisinhas e 90% das escolas de nível médio do país tinham algum tipo de

programa de prevenção de DST e HIV. Além disso, o departamento patrocina duas campanhas anuais em mídia nacional, em dezembro onde há o dia mundial de luta contra a AIDS e no carnaval.

No entanto:

> Pesquisas indicaram que quase todos os brasileiros sabem que a camisinha pode evitar a transmissão de DST e HIV; contudo, estudos acerca de conhecimento e comportamentos nacionais revelaram que somente metade das pessoas a usavam de maneira consistente. “Alcançamos um ponto de saturação na promoção de camisinhas com a abordagem que temos usado”, informou um funcionário da unidade de promoção. Pela primeira vez em 20 anos, observamos uma tendência de declínio no uso de camisinhas. É um imenso desafio (...) Tivemos grandes avanços na prevenção no Brasil durante muitos anos. Agora, estamos em um ponto que é bom, mas precisamos fazer mais, especialmente para os grupos vulneráveis. (SIMÃO, 2011).

Diante do exposto fica evidente que a conduta do País em relação à prevenção do HIV se concentra basicamente em eliminar o comportamento de risco através da distribuição de preservativos e no investimento em propaganda para conscientizar a população sobre os riscos. Isto se assemelha muito ao discurso utópico da Higiene no século retrasado, como exposto no tópico anterior, deixando claro que este tipo de estratégia não funciona, pois pressupõe um indivíduo isolado sem qualquer tipo de relação com o ambiente e suas relações sociais.

Quando consideramos que a população é formada por sujeitos e não indivíduos, aumentamos o conhecimento sobre suas especificidades. E no caso, o objeto a ser estudado é a sexualidade. Parte determinante não só no campo das relações com o outro e o meio social, mas como configuração da própria subjetividade.

1.4 As representações da AIDS

O principal referencial teórico utilizado para este estudo foi o da Teoria das Representações Sociais, pois:

> [...] a partir das relações sociais, e, simultaneamente, ser o quadro de referencia que permite dar sentido ao mundo e as ferramentas que instrumentalizam a comunicação. Tratando-se de conhecimentos socialmente construídos, suas raízes extrapolam o momento presente; são inevitavelmente a expressão de uma ordem social constituída, mas também, resíduos arqueológicos de saberes e crenças passadas que ficaram impregnadas no imaginário social pela ação intemporal dos artefatos culturais que cultuamos e transformamos em monumentos. Uma teoria que seduz por ser simultaneamente psicossocial, antropológica e histórica. (SPINK 2003, p.13)

As representações sociais, segundo Jodelet (1985) são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, segundo Spink [1] (1993), formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias – mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Socialmente elaboradas e compartilhadas (Spink, 1993), as representações sociais contribuem para a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação entre os sujeitos. Assim:

> As representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem, e das formas de comunicação onde circulam. Sendo formas de conhecimento, as representações sociais constituem uma vertente teórica da Psicologia Social. (SPINK, 1993)

---

[1] A Profa. Mary Jane P. Spink é pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Em seu artigo *O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial*, publicado no Cadernos de Saúde Pública v. 9, n. 3, jul./set de 1993, a autora discute a representação social como forma de conhecimento prático e a situa na abordagem da Psicologia Social diferenciando-a das demais correntes da Filosofia, da História, da Sociologia, da Psicologia Cognitiva, situando as representações sociais em um campo eminentemente transdisciplinar. A contribuição da autora foi importante para o estudo dessa "categoria" escolhida no sentido de compreensão da relação saúde e doença no universo da pesquisa.

Como formas de conhecimento prático, as representações inserem-se nas correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Nesta ótica, as correntes que estudam os saberes enquanto saberes, formalizados ou não, procuram, segundo a autora, superar a clivagem entre ciência e senso comum, tratando ambas as manifestações como construções sociais sujeitas às determinações sócio-históricas de épocas específicas. (Spink, 1993).

Nesta investigação, o que está se colocando em evidência são as implicações práticas da representação social, junto aos sujeitos homossexuais em relação à percepção do HIV/AIDS. Assim, o sujeito (individual e coletivo) é interpretado como produto e produtor da realidade em que vive. Sujeito que:

> [...] não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. (Spink, 1993: 6).

São construções porque sendo representações de um sujeito sobre um objeto, não são nunca reproduções deste objeto. Segundo Spink, a relação com o real nunca é direta, é sempre mediada por categorias histórica e subjetivamente constituídas. Para a autora, as representações sociais são necessariamente estruturas dinâmicas.

> É esta característica de flexibilidade e permeabilidade que a distingue, conforme afirma Moscovici (1989), das representações coletivas de Durkheim ou, mesmo das representações culturais de Sperber (1989). (Spink, 1993: 7)

Assim, as representações sociais são, concomitantemente, campos socialmente estruturados que só podem ser compreendidos quando referidos às condições de sua produção e aos núcleos estruturantes da realidade social.

Embora não tratando especificamente de representações sociais, os estudos de Berger e Luckmann auxiliam na reflexão dos <u>significados</u> presentes no mundo da vida cotidiana. Porque, é especialmente no mundo da vida cotidiana que a realidade social se torna concreta, real para os homens, é

também nela que o conhecimento produzido pela relação homem/mundo se corporifica e se lhe atribui sentido[2].

Em Berger e Luckmann (1985), a sociedade é uma realidade ao mesmo tempo objetiva e subjetiva e, estes dois aspectos devem ser reconhecidos em um processo dialético em curso, ou seja, "(...) estar em sociedade significa participar da dialética da sociedade". (1985: 173).

Porém, o indivíduo não nasce membro da sociedade, mas com a predisposição para a sociabilidade e para tornar-se membro da sociedade. Assim, o ponto inicial desse processo é o que os autores chamam de "interiorização".

> [...] a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido, isto é, como manifestação de processos subjetivos de outrem, que desta maneira torna-se subjetivamente significativo para mim. (Berger e Luckmann, 1985: 174)

A interiorização, no sentido geral aqui empregado constitui primeiramente a base da compreensão dos nossos semelhantes e, em segundo lugar, da apreensão do mundo como realidade dotada de sentido. Assim,

> Este processo não é unilateral nem mecanicista. Implica uma dialética entre a identificação pelos outros e a auto-identificação, entre a identidade objetivamente atribuída e a identidade subjetivamente apropriada. A dialética, que está presente em cada momento em que o indivíduo se identifica com os outros para ele significativos, é, por assim dizer, a particularização na vida individual da dialética geral da sociedade (...). (Berger e Luckmann, 1985: 177 – grifos nossos).

Assim, considerando que as representações são construções contextualizadas historicamente pelos indivíduos enquanto sujeitos sociais, é importante frisar que em situações marcadas por fortes e complexos determinantes culturais, a relação entre saúde e doença pode ser compreendida

---

[2] Para aprofundar o assunto consulte especialmente *"A Construção Social da Realidade"*. Petrópolis, Vozes, 1985.

a partir do entendimento da imersão e do entrelaçamento das categorias aqui tratadas.

Quando nos debruçamos sobre outros estudos que procuraram avaliar o grau de percepção dos sujeitos em relação ao HIV/AIDS para determinar quais seriam os fatores que poderiam levar ao comportamento de risco, observamos que a confiança é o fator que parece influenciar o não uso do preservativo, especialmente quando há conjugalidade entre os parceiros, e que há diferenças significativas entre homens e mulheres em relação às condutas (OLTRAMARI & OTTO 2006; LIMA & OLTRAMARI 2005; OLTRAMARI & CAMARGO 2010; MAIA et al. 2008).

Outros estudos apontam as vulnerabilidades segundo alguns critérios como gênero, raça e nível socioeconômico (GARCIA & SOUZA 2010; CAMARGO et. al. 2010; SZWARCWALD et. al. 2005; ANTUNES et. al. 2002), e mostram que o nível de conhecimento em relação ao HIV e outras doenças, e consequentemente, o comportamento dos pesquisados, está diretamente ligado aos valores culturais e ao nível de escolaridade.

Fazendo uma análise mais detalhada destas pesquisas, podemos formar um raciocínio de como se dá o processo entre o comportamento de risco e a proteção.

Em primeiro lugar não podemos descolar os valores culturais, especialmente os que dizem respeito ao gênero, o que significa que homens pensam e agem muito diferentemente de mulheres. Aliando- se aos níveis de escolaridade, cada segmento tem atitudes diferentes frente à sexualidade. Mas podemos elencar um aspecto em comum e que todos os estudos convergem: que a proteção está ligada ao grau de conhecimento que se tem do outro. Em outras palavras, não é a informação sobre o tema que determina o comportamento, mas o quanto se conseguiu acumular de informações sobre o parceiro. Mostrando que a confiança é o valor fundamental para a decisão dos sujeitos. Os sujeitos que representam o risco seriam sempre aqueles cuja história de vida é de alguma forma oculta ou pouco conhecida.

Seria possível afirmar que ocorre na verdade uma percepção de proteção, ou seja, o quanto estes sujeitos se sentem respaldados pela segurança de que o outro não é uma ameaça. Autorizando assim, uma sexualidade plena e livre das barreiras sensoriais do preservativo.

Outro ponto interessante a se notar é o estigma de que a AIDS é uma doença que tem uma identidade ligada à promiscuidade sexual, aos homossexuais, prostitutas, e principalmente, uma doença que não está por perto. É uma enfermidade que pertence aos outros e que não está presente concretamente na vida das pessoas.

CAPÍTULO 2. A PESQUISA

Este estudo teve como objetivos:

Objetivo Geral

- Avaliar os aspectos culturais, psicológicos e sociais que podem interferir no comportamento de risco de jovens homossexuais de 18 a 24 anos.

Objetivos Específicos

- Conhecer as representações sociais dos jovens em relação ao HIV e à sexualidade.
- Elencar situações, práticas e condutas que consideram seguras para sua sexualidade.
- Verificar qual o impacto das políticas de prevenção nesses jovens.

Para atingir tais objetivos, a metodologia escolhida foi a abordagem qualitativa, justificada pela complexidade do objeto e suas peculiaridades imbricadas, tais como as relações do indivíduo e a sociedade, sua estrutura de sujeito com crenças, valores, significados, e suas relações com o processo histórico social. Segundo Richardson (1999: 90):

> [...] a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, aprofundando-se no universo das relações sociais, revelando a realidade humana do modo como é percebida e sentida.

Para tal, as pesquisas qualitativas se valem da fonte oral, base primária para a captura de qualquer tipo de conhecimento. Gonçalves e Lisboa (2007), fundamentadas em Queiroz e Thompson afirmam que a palavra antecedeu o desenho e a escrita, tornando-se a maior fonte de dados para a ciência sendo a escrita a cristalização da fala. Através dela podemos perceber comportamentos e emoções que são enunciados intencionalmente e também captar no que não é dito respostas brilhantes dadas em reticências, pausas, vírgulas ou mesmo nas

esquivas e entonações de voz. Não esquecendo que a pesquisa qualitativa não exclui a figura do pesquisador como um observador ativo no processo de coleta de dados, valorizando sua relação com o entrevistado.

Bogdan e Biklen (1982) apontam algumas características próprias da pesquisa qualitativa como o foco que o pesquisador dá ao significado que as pessoas atribuem aos fatos de sua vida, em uma tentativa de capturar as perspectivas dos sujeitos em relação ao objeto estudado. Estar centrada mais no processo do que no produto, atentando para os elementos que surgem no decorrer do estudo através das falas sobre o cotidiano. A coleta de dados predominantemente descritiva e a análise de forma indutiva – para compreender a totalidade partindo de fatos particulares.

No campo dos aspectos sociais, procurou-se selecionar como fonte de informação, o que Luna (1997) chama de relato verbal direto. Os relatos verbais são obtidos através de entrevista, um instrumento que permite acesso à experiência de indivíduos nos diferentes momentos de suas vidas.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados adequada para captar informações sobre o que as pessoas esperam, sentem ou desejam. Possibilita a obtenção de dados relacionados a aspectos da vida social que podem ser classificados. (Gil, 1995).

É uma forma de interação social que se estabelece através de uma relação na qual uma das partes investiga e a outra fornece as informações solicitadas. Gil afirma que (1995, p.114): “A entrevista é uma técnica muito eficiente para obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano”.

Conforme Queiroz (1991), a captação dos dados é feita em uma conversa entre o informante e o pesquisador, dirigida e sistematização previamente pelo segundo. Um dos rumos que as entrevistas podem seguir é o da entrevista com roteiro, na qual pesquisador e informante se relacionam segundo determinadas condições. Ela descreve assim a entrevista com roteiro, ou semi-orientada:

> Na entrevista com roteiro, o conhecimento anterior sobre os problemas a serem resolvidos pode ser menor, ou então o pesquisador deseja ao mesmo tempo ter certo conhecimento de como o informante conduz seu discurso. Deixa-lhe por isso certo grau de liberdade, trazendo-o novamente aos problemas todas as vezes que percebe uma divagação por rumos totalmente diversos; trata-se, pois, de dosar as intervenções. Por outro lado, também nesse caso o pesquisador segue um caminho pré-determinado, e suas intervenções são no sentido de impor este caminho ao informante (1991, p. 58).

O modelo de entrevista com roteiro sugerido por Rodrigues (2005) deve ser realizado em dois momentos. No primeiro utiliza-se uma estratégia para produzir um discurso livre, com a mínima interferência do pesquisador, de modo que o entrevistado siga um fluxo específico de associações. Permite a captação das representações dos sujeitos em suas dimensões conscientes e inconscientes. A instrução do entrevistador deve apenas sugerir um tema a ser tratado, sem maior detalhamento.

Com esta introdução vaga sobre o tema há a estimulação para que o entrevistado inicie um processo associativo segundo suas próprias experiências e referências pessoais.

O entrevistador não deve interromper o depoimento ou introduzir palavras que não foram anteriormente utilizadas pelo entrevistado. Caso haja alguma dúvida ou pausa longa, o pesquisador deverá, tão somente, estimular a continuação da entrevista dizendo: “É isso mesmo, está ótimo!” ou “Tudo o que o senhor (a) falar nos interessa”.

No segundo momento foram feitas perguntas específicas sobre o tema constante no roteiro, que não tenham sido tratadas anteriormente pelo entrevistado no discurso livre. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Todo o material obtido no discurso livre foi tratado para obtenção de material subjetivo e inconsciente. Para tanto, foram observadas as associações produzidas, a sequência dos assuntos abordados, a importância atribuída e o

tempo que cada sujeito demorou em cada item, a relação que estabeleceu com o entrevistador, o comportamento não verbal. Ou seja, o material obtido no relato foi desconstruído para revelar o imaginário subjacente a cada sujeito.

2.1. Caracterização dos sujeitos:

Foram 13 (treze) entrevistas presenciais, gravadas em local combinado. No entanto, para a análise do estudo, descartamos 3 (três) entrevistas pois em comparação com as demais, continham respostas evasivas e um conteúdo pouco aprofundado.

Os jovens foram convidados a participar do estudo através de um anúncio em um conhecido site destinado ao público homossexual da região (Baixada Santista), onde foram informados sobre a pesquisa e que estariam garantidos todos os procedimentos éticos. Os interessados entraram em contato com o pesquisador através de e-mail ou telefone, ocasião em que foi combinado o local para entrevista.

O critério para a escolha dos entrevistados foi: ter entre 18 e 24 anos; se identificar como homossexual ou como HSH (homem que faz sexo com homem); residir na Baixada Santista e ter ensino superior completo ou em andamento.

Os sujeitos das entrevistas selecionadas foram identificados por números e estão dispostos da seguinte maneira:

Quadro 1. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Sujeito	Idade	Escolaridade	Município
1	24	Superior Incompleto	Santos
2	22	Superior Completo	Santos

3	24	Superior Incompleto	Santos
4	24	Superior Incompleto	Santos
5	21	Superior Incompleto	Santos
6	24	Superior Incompleto	São Vicente
7	24	Superior Completo	Santos
8	18	Superior Incompleto	São Vicente
9	20	Superior Incompleto	São Vicente
10	23	Superior Completo	Santos

CAPÍTULO 3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

O senso comum pode atribuir e especular diversas razões para o aumento do número de casos de contaminação do vírus HIV quando se coloca em cheque

um determinado grupo de pessoas com características em comum, tais como idosos, mulheres, usuários de drogas, entre outros. Quando enunciamos uma palavra que os caracteriza, como por exemplo, “homossexuais”, evocamos naturalmente representações sobre como esses grupos se comportam, que tipo de rotina imaginamos que tenham e consequentemente atribuímos a eles possíveis causas para o comportamento de risco.

Esse conjunto de conceitos, afirmações e explicações formam as Representações Sociais. São as teorias do senso comum que interpretam e constroem as realidades sociais. (SPINK, 1995).

Não seria exagerado ressaltar o senso comum nesta discussão, especialmente por este trabalho ter como foco um grupo que é historicamente discriminado e ironicamente associado a uma doença de cunho sexual, o que coloca ainda mais em voga a moralidade das condutas. Como se não bastasse o fato da homossexualidade ser por si só um objeto tratado à margem da sociedade heterossexual dominante e vista através de sua perspectiva, teria ela, por uma infeliz coincidência, sido associada pela doença que aumentaria o coro dos discursos discriminatórios e de certa forma, ajudado a contribuir para o isolamento deste grupo.

Isolamento porque como poderá ser visto nos relatos dos jovens entrevistados, estamos tratando de um grupo que por mais que venha conquistando direitos e visibilidade, ainda se vê e se comporta como marginalizado. Um grupo que, como qualquer outro, tem suas regras e suas representações. Um modo de ser, de “funcionar”, como uma engrenagem que propaga discursos e assimila seus sujeitos de tal forma que consideram praticamente impossível escapar ou agir de modo diferente, uma vez que tenham sido capturados por estas representações. Esta operação dentro da teoria das Representações se chama classificação e denominação e veremos com mais detalhes como esse processo acontece na prática desses jovens nos eixos a seguir.

As entrevistas que compõem este trabalho vão além do HIV ou da AIDS. Elas revelam que a doença em si é algo secundário para estes sujeitos, não que ignorem sua existência, mas principalmente, denunciam o resultado da segregação dos homossexuais em relação à sociedade. Através do material coletado, elencamos os temas que emergiram e os transformamos em eixos de análise, de acordo com os objetivos propostos por esta pesquisa: a representação da doença, a representação da sexualidade, as condutas sexuais, as campanhas de prevenção e os serviços de saúde.

3.1. A representação da doença.

Quando se representa alguma coisa estamos na verdade reconstituindo-a, retocando-a e especialmente, modificando-a. Segundo Spink (1995), quando tomamos um termo, como o proposto para os entrevistados, o HIV e a AIDS, provocamos imediatamente duas operações que caracterizam o processo de representações sociais: a objetivação e a ancoragem. A função de duplicar um sentido por uma figura, de dar materialidade a um objeto abstrato como o termo proposto, para posteriormente naturalizá-lo, é a objetivação. Quando se procura oferecer um contexto inteligível ao objeto para interpretá-lo, estamos tratando de ancoragem.

Todos os sujeitos se sentem vulneráveis de alguma forma ao HIV. Sabem detalhes da doença, conhecem as formas de contaminação e percebem que o tratamento é eficaz. Isto é objetivação. Posteriormente falam sobre o medo da contaminação, que existe, e é forte. Identificam o vírus como um *"companheiro para a vida toda",* ou seja, o fato de não haver cura.

Há também um conceito de moralidade implícita na AIDS, para eles as pessoas que se contaminam são *"burras", "ignorantes", "promíscuas".* E quando relatam casos conhecidos, atribuem à contaminação uma vida de *"libertinagem"*, ou *"pela vida que ele levava, todos sabiam que isso uma hora ou outra iria acontecer, não foi novidade".*

> *São amigos meus, na verdade não, são amigos de um amigo meu e eles são um casal. E os dois têm, porque tipo assim, um deles pulou a cerca um dia, e agora os dois têm. E o engraçado é que nem eles dois sabem de quem que veio, entendeu? Tipo, acho que é viagem essa história, mas assim, ele tá lá, convivem os dois juntos.[...] ...então enfim, assim, achei de uma burrice eterna mas já foi né. E eles tão juntos e tão de bem...ou não né. [Entrevistado 2]*

Também foi revelado nas entrevistas outras representações interessantes sobre a AIDS, como o misticismo *"tenho amigos que não gostam de falar isso porque atrai",* e de certa forma um julgamento de que as pessoas que não gostam ou se incomodam com o tema *"estão devendo alguma coisa".*

> *Até porque eu acho que daquele grupo todo mundo deve alguma coisa no cartório, sabe? Todo mundo deve ter uma pulga atrás da orelha em relação a isso porque é todo mundo bem promíscuo. [Entrevistado 2]*

A operação de ancoragem descrita por Spink (1995) diz que há uma integração cognitiva de idéias, acontecimentos, relações, etc, sobre o objeto representado. E que as representações já disponíveis, como o misticismo da doença ou as imagens que a associam com a promiscuidade, sejam acolhedoras de novas representações que se engendram e se intercambiam. Para a autora, ancorar é classificar e denominar as coisas de modo a torná-las familiares e menos ameaçadoras. Seria o "estar por dentro", ou a pressão a inferência descrita por Moscovici que é citado pela autora.

O modo como entraram em contato com o tema é diverso, mas em um ponto todos concordam: a doença só passa a existir como algo concreto em suas vidas a partir do momento que ela aparece na realidade. Seja através de um amigo próximo que se contaminou, seja pela possibilidade de ter se contaminado após uma relação sexual desprotegida. O que os leva muitas vezes a doar sangue ou fazer exames para verificar sua sorologia. Antes disso, a representação da doença era algo flutuante e que não merecia tanta atenção, apesar de todos saberem como deveriam agir para evitá-la, seria necessário um "trauma" para que isso passasse a existir de forma consistente.

Em outras palavras, o termo é modificado em relação à sua representação quando passa de uma espécie de anonimato para a realidade de forma concreta. Ao realizar este processo, a representação é substituída ou, melhor dizendo, é modificada.

Outro caso interessante é a percepção das gerações anteriores sobre o HIV cuja representação afeta e estigmatiza os jovens da atual. O relato deste ilustra isto:

> *Tinha acabado de contar pros meus pais (que era homossexual) e até foi um pedido do meu pai. Tipo faça um exame porque eu quero saber como tá a sua saúde. E tava tudo bem, eu já tava tranquilo e fiquei mais tranquilo ainda. Deixei todo mundo tranquilo ainda e tal. [...] É eu acho que pra geração antes das nossas assim, as coisas ficam muito interligadas, infelizmente. Mas ficam, não tem jeito. E foi assim, foi uma coisa que quando eu contei meu pai, a principio, foi bem foda, mas depois eu entendi. Ele falou, quero saber como tá a sua saúde. Quero saber como é isso na sua cabeça e como você vai levar isso. E aí eu tive que fazer esse exame, fiz contra a vontade, mas depois eu entendi e achei até melhor. Aí eu comecei terapia que foi muito bom pra mim e tipo socialmente falando eu comecei a lidar com outra forma. De uma forma melhor que eu imaginei que eu encararia. A principio eu fiquei muito puto. De ah, não quero fazer isso e tal. Mas depois foi, foi super tranquilo assim, pra eles, pra mim. Mas...hoje eu entendo assim. A questão da geração e que tem coisas q eles precisam ouvir. Então beleza assim, não é uma coisa que me deixa mal. [Entrevistado 2]*

E resumido por este outro entrevistado:

> *É a doença dos gays. Homossexuais são a AIDS. É algo que ficou colado. É da história mesmo, né? Então tá ligado. [Entrevistado 1]*

Na primeira fala fica claro que não só a homossexualidade está ligada a uma doença causada por um vírus, mas também uma “condição” que afeta a “cabeça”, que necessita de terapia para entender e ver como será isso na vida. De acordo com Moscovici apud Spink (1995) considera que a operação de classificação, que é um desdobramento da ancoragem, se dá através da escolha de paradigmas e protótipos estocados na memória. O objeto então é comparado e se decide se ele pode ou não ser incluído em uma determinada classe. A autora enfatiza que não se trata de uma operação regida pela lógica de análise da

proporção de características que o objeto possa ter em comum com os demais, e sim uma comparação generalizadora ou que particulariza e se decreta que o objeto se inclui ou se exclui da categoria com base na coincidência ou divergência dos aspectos que definem o protótipo. Isso acontece porque a lógica que atua é a dos universos consensuais.

Para a teoria das Representações Sociais, o conhecimento está dividido em dois universos de representações, os consensuais e os reificados. Os últimos seriam os discursos da academia, do conhecimento cientifico que tem como base a padronização dos instrumentos e métodos para se avaliar a realidade. O segundo universo, o consensual, que é o que precede a lógica natural da teoria do senso comum, se baseia nas impressões e nas apropriações que se fazem – através das operações citadas anteriormente – dos universos reificados. Logo, a AIDS tida como doença dos homossexuais e propagada por eles, discurso de uma geração anterior, passa a ser também o discurso que precede a geração atual. Que o incorpora e consequentemente sofre os efeitos do mesmo.

3.2. A representação da sexualidade

Como dissemos anteriormente, a homossexualidade além de ser uma orientação sexual também é uma propagadora de discursos para seus sujeitos. Existe um modo muito particular de como eles a assimilam e como veem o que é ser homossexual.

A primeira diferenciação que aparece é a questão do gênero. Por serem do sexo masculino, isso implica uma conduta mais “sexual” do que “afetiva”. Consideram que homens são diferentes de mulheres nesse quesito, e quando dois homens estão juntos não há nenhum tipo de barreira em relação a exercitar a sexualidade. Não há a intenção de fato de um compromisso ou em construir uma relação afetiva, pelo menos em primeiro lugar. As necessidades sexuais acabam sendo a via principal de um relacionamento entre homens homossexuais. Aliás, é importante que a partir de agora digamos “homens homossexuais”, pois em nenhum momento os entrevistados se referem às mulheres homossexuais como sujeitos integrantes do seu meio social. E quando

citam o sexo feminino sempre o classificam como algo muito diferente deles. O que nos leva a especular que haja certa segregação entre homens e mulheres homossexuais e que as ultimas tenham também um universo próprio que poderá ser abordado em outros estudos.

Porém, o fato das relações entre estes homens serem majoritariamente baseadas em sexo, e que casais homossexuais nos “moldes heterossexuais” sejam difíceis de ocorrer, não significa necessariamente que este seja um desejo ou uma prerrogativa imposta por estes sujeitos. Pelo contrário, os sujeitos consideram este fato como o resultado da segregação e discriminação pela sociedade. Isto porque os homens homossexuais acabam se concentrando em núcleos, ou guetos, que são as “baladas” onde podem se encontrar e exercitarem sua sexualidade de forma plena. Estes encontros acabam se tornando a única fonte de vida social homossexual deles, pois no decorrer da semana, por exemplo, devem ou têm de reprimir sua orientação. Então, consideram natural que a repressão da sexualidade encontre vazão aos fins de semana quando finalmente podem exercê-la. Não havendo muito “tempo” ou “disponibilidade” para compromissos ou construir uma relação afetiva mais sólida.

A facilidade para encontros sexuais também é algo muito presente, através de encontros via internet e aplicativos de celular. Estas pessoas se conhecem e se encontram com a única finalidade de fazer sexo. Além das casas com finalidades específicas para isso, como as saunas e os *dark rooms.* Os *dark rooms* devem ter uma atenção especial aqui, pois são locais total ou parcialmente escuros onde os participantes entram para fazer sexo sem nenhum tipo de critério. O mais interessante é que estes quartos escuros estão presentes na maioria das casas noturnas que estes jovens frequentam. Casas que não tem necessariamente a proposta de serem locais de sexo, mas que oferecem esta “possibilidade” para quem quiser. Some-se ao fato do alto consumo de bebidas alcóolicas e aditivos nas noites para se especular o risco que esses locais oferecem para doenças sexualmente transmissíveis.

É diferente quando focamos as casas específicas de sexo, como as saunas, onde os sujeitos saem de suas casas já sabendo para que tipo de lugar estão indo e qual a finalidade. Sobre estas, eles relatam o extremo cuidado com a prevenção, a distribuição de preservativos e a própria conduta de cuidado dos participantes.

> *É menos, apesar de parecer paradoxal, uma sauna gay é menos impulsivo do que transar na sua casa. [Entrevistado 4]*

Interessante é constatar a questão do modelo de relacionamento entre os homens homossexuais, em contraste com o modelo dominante que a sociedade está acostumada. O relato deste jovem, apesar de ser extenso vale a pena para exemplificar isso:

> *Então a menina assim como a Cinderela pode encontrar o amor da vida dela num ponto de ônibus vai, andando na rua. Aí vai encontrar e tem uma historia. Não é todo mundo é claro, mas é mais propicio do que pra um homossexual. É uma coisa mais escondida, mais restrita...então já vira o alvo, sabe, o sexo. Já que não é aceita essa relação homo afetiva, já que é feio, vamos dizer assim, pras pessoas a mão dada, dois homens juntos passeando e tal. A relação não é sempre bem vista. Aí o homossexual procura já o sexo.*
> *Mas mesmo eu percebendo a gente acaba entrando. É meio natural, a gente tá num globo que é assim mesmo. Então tem vezes que eu também tô na vibe de procurar um cara só pra dar uns beijos, fazer uma safadeza e sair. É porque eu não vejo por onde ou como, quando, com quem, eu posso construir uma relação. Eu não tenho repertório de vida pra isso também. Não tem ferramentas ainda, pode ser que eu construa também uma relação a dois que eu leve a sério mesmo, e que eu aprenda e vá construindo isso. Mas vai ser do zero, não porque eu aprendi com os outros e tal. Porque as pessoas em volta, em si, elas vão tá contando com as festas, a putaria. E é difícil no nosso meio sair disso, já é difícil nosso meio, é difícil construir uma história a dois, uma coisa séria. É difícil você dizer "ah eu quero uma pessoa séria, pra casar, eu não faço putaria" porque eu vou tá reproduzindo o que falam pra ser aceito. [Entrevistado 1]*

Como podemos constatar, mesmo que haja um desejo de quebra de padrão por parte destes sujeitos, a engrenagem a que são submetidos é muito

mais forte. A facilidade de sexo é grande por parte das mídias e até dos poucos restritos locais que frequentam, aumentando a rotatividade dos casais e das experiências que podem ter.

Outro relato interessante é que estes casais são muitas vezes formados por pessoas do próprio grupo. Esta afirmação pode parecer óbvia, porque casais geralmente se formam por pessoas do próprio convívio. Mas no universo dos homens homossexuais é um pouco diferente. Em uma turma de amigos, é muito comum que todos já tenham se relacionado afetivamente ou sexualmente entre si, gerando essa rotatividade. E nem por conta do término dessa relação, que muitas vezes não passa de um pequeno contato fugaz, as relações de amizade são quebradas ou alteradas. Apenas constatam que há uma certa imposição dos desejos sexuais sobre qualquer outro tipo de relação cordial.

Nos casais estáveis que são formados, essa imposição continua valendo. É aceito que haja uma probabilidade muito grande de infidelidade e algumas vezes estes casais abrem a possibilidade de terceiros na relação, como forma de equalizarem os desejos sexuais ou de se manterem em um relacionamento por mais tempo.

> *Sim, não existe um 'exemplo a ser seguido', ou algo que diz que você tem que ser fiel ao seu parceiro até que a morte os separe. [Entrevistado 6]*

Talvez os problemas, ou condições, que atingem os homens homossexuais façam parte de todos os outros grupos. Mas sem dúvida a intensidade que isso acontece neste universo é muito maior e com mais frequência. Os entrevistados atribuem o aumento do número de casos de doenças sexuais como uma questão de lógica. Se se relacionam com muitos parceiros, e com esta ânsia e necessidade, é muito mais provável que a proteção seja secundária e em alguns momentos esquecida. E este é o ponto do terceiro eixo.

3.3. As condutas sexuais

Como apontávamos no tópico anterior, a rotatividade e a quantidade de relacionamentos sexuais podem estar diretamente ligadas ao aumento do número de casos de contaminação por HIV e outras doenças. Em relação ao sexo oral é praticamente unânime que não há nenhum tipo de proteção. E isso se deve ao fato de não considerarem o sexo oral como sexo propriamente dito.

> *Não, quando eu falo camisinha eu tô falando do sexo mesmo. Na preliminar...não. [Entrevistado 1]*

A grande dificuldade em perceber que o sexo oral configura risco é justamente pelo fato dele ser considerado como “preliminar” e não como sexo. E se o discurso diz que se deve usar preservativo na hora de fazer sexo, nada foi dito sobre as “preliminares”. Embora haja uma verificação das condições de higiene para decidir se o ato deve ou não ser praticado, o que não significa ausência de risco. Outro ponto sobre o sexo oral é a percepção de que esta prática envolve menos risco do que o sexo anal. Então se as condições de higiene e de aparência estiverem de acordo, poderiam correr este risco. E também pela questão do prazer. A camisinha ainda é vista como algo que diminui as sensações corporais, e por conta disso, o sexo oral seria o contato mais próximo que poderiam ter de outra pessoa em uma relação sexual.

> *Acho que nem 1% da população usa. Como eu já ouvi por aí é a mesma coisa que chupar bala com papel. [...] E a camisinha tira esse contato físico, de pele com pele. [Entrevistado 7]*

Importante também é observar a percepção do risco diretamente proporcional ao grau de conhecimento que têm do parceiro. Muitos relatam que com os namorados não havia a preocupação com o uso do preservativo, justamente por estarem em uma relação estável e por haver confiança.

Porém, essa conduta se repete toda vez que entram em relacionamentos estáveis, e sem nenhum tipo de testagem prévia das condições de saúde. Portanto, há uma quebra do ciclo de proteção toda vez que há percepção de que o parceiro é confiável. Isso pode acontecer com os parceiros estáveis, mas

também com os casuais, caso conheçam-se bem e não representem um risco aparente.

Outra causa apontada para a falta da proteção é a própria condição de impulsividade que o sexo apresenta, especialmente quando o álcool está presente. Inibidor natural do julgamento, assim como outros aditivos, ele potencializa o desejo sexual e muitas vezes não atenta para os cuidados que relações furtivas devem ter – o que é apontado por eles como deslizes.

A partir do momento que isso ocorre, há uma preocupação real com o risco de ter sido contaminado, que os leva a procurarem os serviços médicos para realizar a testagem. Além de exporem ao parceiro a necessidade disso ser feito, muitas vezes realizando os exames juntos.

A questão da prevenção e dos serviços especializados será relatada no próximo eixo.

3.4. As campanhas de prevenção e os serviços de saúde

Não houve um consenso entre os entrevistados sobre o grau que as campanhas de prevenção podem atingir. Alguns consideram que são direcionadas e que tiveram algum efeito sobre eles. Outros acreditam que não os atinge. Mas todos concordam que as campanhas são lembretes para a proteção, uma forma de alerta. Mas a eficácia será uma responsabilidade de cada um. E a escola é vista como a que mais teve efeito direto nas suas percepções e informações sobre as doenças. Especialmente porque nos espaços escolares foi possibilitado a troca e o diálogo, ou seja, a informação é melhor incorporada quando pequenas dúvidas são debatidas por um grupo onde todos são aprendizes e podem construir aquele conhecimento.

A propaganda sobre o HIV, como relatam, vem “mastigada”, pronta. E não permite a incorporação de pequenos detalhes que os afligem. A internet continua sendo a maior ferramenta para a obtenção de informações, especialmente acerca de como devem ser feitos os exames caso haja algum risco.

> *Pra me fazer sentido eu tive que ver um filme pra depois eu ter um contato indireto na realidade pra eu começar a ter duvidas. Teve que preparar um ambiente pra me despertar e eu dizer "opa!" [Entrevistado 1]*

Sobre os sujeitos que tiveram de se submeter a exames após uma situação de risco, dois relataram constrangimento nos serviços de saúde. Atribuem aos profissionais uma conduta invasiva com perguntas sobre detalhes da relação que tiveram. Mas o fato que mais os constrange é de terem que assumir a sua sexualidade para estes profissionais. Um dos sujeitos relata que precisou mentir que era heterossexual para não se sentir constrangido.

É preciso atentar para a abordagem que os médicos, psicólogos e assistentes sociais estão tendo nos serviços de saúde. Precisamos lembrar que as pessoas que procuram esses serviços estão fragilizadas diante da possibilidade de terem se contaminado e necessitam, além do cumprimento dos protocolos e de entrevistas que avaliam o grau de risco, acolhimento para se sentirem no mínimo um pouco mais seguros na hora de realizar os exames, sem falar no acolhimento necessário para a devolutiva do resultado.

Não devem sentirem-se julgados ou culpados por estarem ali, muito menos constrangidos por sua sexualidade. Ao invés disso, deveriam sentir-se valorizados por estarem preocupados com a sua saúde.

Mas a proteção de fato só é incorporada quando eles entram em contato com o tema na realidade, seja através de um risco ou por alguma pessoa próxima que tenha se contaminado.

> *[...] já tive amigos com essa doença, então acho que depois disso, aprendi a encarar de uma outra forma.. [Entrevistado 3]*

Fora isso, a percepção continua sendo que a AIDS é uma doença que nunca vai acontecer com eles, um mal que só atinge os outros, os promíscuos, os usuários de drogas, ou aqueles que fizeram o momento íntimo tornar-se uma "burrice" ou um descuido.

Quando perguntados sobre se se relacionariam afetivamente ou sexualmente com pessoas que seriam sabidamente portadoras do vírus, somente dois entrevistados relataram não se importar com o fato, mas que procurariam todas as informações possíveis sobre como obter mais proteção e não descartariam um medo constante de poderem ser contaminados. Mostrando mais uma vez que o contato com a doença na realidade é motivadora de uma maior consciência sobre o assunto.

Mas é importante destacar que as pessoas que relataram não ter problema nenhum em se relacionar com pessoas que têm o HIV, se referiam mais especificamente aos relacionamentos afetivos, onde haveria uma certa confiança e intimidade, além do próprio amor envolvido. O mesmo não pode ser dito sobre relacionamentos estritamente sexuais, onde todos afirmam que se soubessem da sorologia do parceiro, não estariam dispostos a correr nenhum tipo de risco.

Isto porque, como dito anteriormente, algumas condutas sexuais são consideradas de baixo ou nenhum risco, mas se há a certeza de que o vírus existe naquele parceiro, então fica muito improvável corre-lo, ainda que seja “quase nulo”. Ou seja, há um afastamento da possibilidade de se contaminar ao não ter certeza da sorologia do parceiro. Quando isso acontece, os jovens tendem a isolar e a não pensar na doença e suas consequências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa atendeu aos objetivos propostos e a partir do material coletado das entrevistas, pôde-se, através da saturação dos resultados, triangular o referencial teórico com os eixos acima descritos.

Importante destacar que apenas um único entrevistado relatou não se preocupar com a doença e que de uma vida sexual ativa dos 17 à idade atual, 22, só havia usado preservativo duas vezes. A primeira para saber como era a sensação e a segunda porque não se sentiu confiante no parceiro. Este sujeito tinha todo o conhecimento sobre o tema e inclusive trabalhou em um hospital onde tinha contato direto com exames e devolutivas, entre eles, do próprio HIV. Procuramos isolar este fato dos eixos porque obviamente é uma exceção das entrevistas, mas aponta um questionamento ético e vai de encontro ao capítulo sobre a Higiene.

> *A gente nunca espera morrer atropelado hoje, mas acontece. Eu não me previno mas é melhor olhar duas vezes antes de atravessar a rua. É uma burrice sim, mas acontece. Se um dia isso acontecer comigo eu não vou me culpar, podia ter acontecido isso como eu podia ter sido atropelado. É uma burrice por você ter a oportunidade do uso, de se prevenir com outra pessoa. Mas não faço. [Entrevistado 8]*

Apesar de termos uma espécie de roteiro sobre como se prevenir e que os custos de uma contaminação, financeiros e sociais, sejam de toda a sociedade, estamos falando de um fato que pode partir de um acidente ou de uma decisão pessoal e legítima de correr este risco.

Aqui, não importam os motivos que o entrevistado tenha para insistir na sua conduta, mas a tolerância que podemos ter em relação a essa decisão e, principalmente, na nossa disposição enquanto sociedade de arcar com as consequências deste fato. Porque existem certos caminhos pontuais que podem levar ao risco, mas existe também um esgotamento destes mesmos caminhos que mostram que apesar de todos os esforços, seja na área do conhecimento ou da promoção da saúde, levam os sujeitos a ter o direito de também adoecer.

Sobre os outros motivos, é imperativo que a subjetividade e os modos de vida do jovem homossexual refletem diretamente o aumento do número de casos de contaminação. Fica evidente, através dos relatos, que a condição de segregação os leva à impulsividade e ao risco.

Um outro processo de formação das Representações Sociais citado por Spink (1995) chamado objetivação consiste em formar uma figura em torno do objeto, em outras palavras, de materializar a palavra. Isto fica claro quando os sujeitos atribuem ao gênero masculino à representação de que são mais sexuais do que afetivos, mostrando que não há um descolamento entre a palavra "homem" do ato "sexo". Moscovici (1984) diz que "desde que nós pressupomos que as palavras não falam sobre 'nada', somos compelidos a ligá-las a alguma coisa, a encontrar equivalentes não-verbais" (p.38), e que objetivar é "reabsorver um excesso de significados".

Partindo deste ponto, a incompatibilidade entre gênero masculino e homossexualidade, do ponto de vista dos universos consensuais, ou seja, do senso comum, gera um hiato que precisa ser preenchido com equivalentes que tenham ressonância em algo usualmente reconhecido como válido – a natureza sexual do homem.

Para naturalizar o fenômeno "homossexualidade", é preciso encaixá-lo com o seu correspondente de gênero masculino, segundo o senso comum. Isto é a relação entre a figura e o significado, que uma vez incorporados passam a existir por conta própria, tornando-se familiar naquele grupo. Pois, como aponta Moscovici (1976), representar alguma coisa não é apenas duplica-la ou reproduzi-la, mas reconstituí-la através da comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, criando a impressão de realismo.

> Essas constelações intelectuais uma vez fixadas nos fazem esquecer que são obra nossa, que tiveram um começo e que terão um fim, que sua existência no exterior leva a marca de uma passagem pelo psiquismo individual e social. (p. 56-7).

A teoria das representações considera que este é um processo dinâmico, que sofrerá modificações conforme novos sujeitos forem sendo incorporados por estes grupos sociais. Importante ressaltar também que todos os participantes moram na Baixada Santista, o que poderia se especular que o modo de ser dos homossexuais apresentados sejam válidos somente para esta região, e que

poderiam ser encontradas diferenças em outros locais ou níveis econômicos diversos. Mas, ao analisarmos as outras pesquisas sobre o mesmo tema e quando nos deparamos com o fenômeno da saturação em todos os entrevistados, devemos considerar a hipótese de um processo universal. Pois:

> [...] se as imagens existem, se elas são essenciais para a comunicação e compreensão sociais, isto é, porque elas não são (e não podem permanecer) sem realidade tanto quanto não pode haver fumaça sem fogo. (MOSCOVICI, 1984, p.40).

Assim dizendo, essas imagens devem ser capturadas de um todo para se tornarem elementos de realidade muito mais do que elementos de pensamento. Que a homossexualidade ou, melhor dizendo, a subjetividade do jovem homossexual tenha se configurado dessa forma para atender à demanda de uma segregação histórica é fato corroborado por todos os entrevistados. Mas devemos atentar para a dinâmica do processo e esperar que conforme a sociedade venha reconhecendo direitos e visibilidade a este grupo, mudanças ocorrerão.

Não podemos afirmar e nem é a intenção proclamar um discurso de como devem ser os relacionamentos. Como dito anteriormente, estamos diante de um questionamento ético e de decisão e responsabilidade dos envolvidos. Pode ser que seja a sociedade que deva se adequar a um novo tipo de relacionamento, onde os contatos sejam mais fugazes e focados nas sensações corporais. Pode ser que os homossexuais desejem (e isto é manifestado em algumas entrevistas) relacionamentos mais maduros, onde haja afetividade e companheirismo. Não nos cabe julgar.

O propósito da pesquisa foi procurar os motivos que levavam este determinado grupo, desta determinada faixa etária, a uma linha exponencial de contaminação. Para isso, reunimos através das entrevistas, os aspectos culturais que correspondem à dinâmica do comportamento dos jovens homossexuais e suas representações; os aspectos psicológicos que correspondem à forma com que lidam com esta demanda da cultura; e por fim

os aspectos sociais que correspondem ao resultado da interação entre o meio e o individuo, caracterizando-os como sujeitos.

Procuramos verificar o impacto das campanhas de prevenção, se o conhecimento influenciava ou não as decisões do uso do preservativo. Procuramos saber quais as condutas que estes jovens consideravam seguras ou não para sua sexualidade. Justificamos assim o título do trabalho, pois consideramos que não podemos segmentar os aspectos sem observá-los de forma global.

Concluímos que as substâncias que vem do exterior, a informação ou o conhecimento, exercem pouca influencia sobre o comportamento. O que fica registrado é que há um descompasso entre o que a ciência diz, o universo reificado, que fala sobre o que deve ser feito em relação à segurança e o que os sujeitos realmente vivem com seus universos consensuais.

No mundo consensual a informação que basta é a confiança depositada entre os sujeitos, o afastamento da possibilidade de se contaminar para um “outro imaginário” muito mais suscetível e, na pior das hipóteses, as imprevisibilidades que a impulsividade pode levar. Nada muito diferente do encontrado em pesquisas com heterossexuais dos mais diferentes grupos.

O grande diferencial da pesquisa está realmente nas representações da homossexualidade. Um campo muito amplo, com diversas facetas. Uma delas, a relação entre gênero e orientação sexual. Como não há correspondentes sociais totalmente aceitos para a homossexualidade, é possível que os sujeitos estejam elevando a orientação homossexual como uma categoria de gênero, algo como uma terceira via de sexualidade, além do masculino e feminino. Pois na prática há certo descompasso entre “ser homossexual” e ao mesmo tempo “ser homem”, já que a sociedade de um modo geral não concebe que haja compatibilidade entre as duas coisas.

Há uma sensação evidente de “deslocamento” entre os entrevistados, no sentido mais literal que a palavra possa ter: sem local, tirar algo ou alguém do

lugar que pertence, mudar, mover, transferir. Interessante notar como explicam seu universo sempre em contraponto a um modelo heterossexual. Interessante, pois aponta justamente a questão da “orientação” em seu sentido mais simples e concreto, que não consegue cumprir sua função original de orientar, guiar, determinar, estabelecer rota. Pois o ponto de partida é o “sexo”, e este está intrinsicamente ligado ao gênero: masculino ou feminino. Por haver essa incompatibilidade, é provável que esteja havendo uma “reorientação” da homossexualidade, não mais ligada ao modelo heterossexual (seja em contraponto ou pareado a ele), e sim uma sexualidade mais independente, com modelos construídos a partir do resultado da interação de seus sujeitos com a menor influencia possível dos outros universos. Porém não podemos desenvolver este resultado de modo extenso, pois seriam necessários outros instrumentos de pesquisa. Esta conclusão que chegamos poderá ser o ponto de partida para futuros estudos sobre a relação entre gênero e homossexualidade.

Nossa intenção foi investigar o que pensam os homossexuais de uma determinada faixa etária sobre um determinado tema, o HIV/AIDS, e abrir a possibilidade de outras investigações sobre este mesmo grupo. A percepção do risco nos levou a outras observações importantes que não permitem que o tema se esgote ou se restrinja à doença. É um universo que ultrapassa a questão da profilaxia e do papel que podemos exercer para controlar os crescentes casos de contaminação, pois aponta que a base para o entendimento deste processo esteja exatamente na construção da dinâmica das relações entre o sujeito e a sua dimensão psicológica, social e cultural. Por isso, merece a atenção da academia por sua complexidade e principalmente pela sua demanda como grupo social.

REFERÊNCIAS:

ANTUNES, Maria Cristina; PERES, Camila Alves; PAIVA, Vera; STALL, Ron; HEARST, Norman. *Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP.* Revista de Saúde Pública 36(4 Supl). P.88-95. 2002.

AROUCA, Antonio Sergio da Silva. *O Dilema Preventivista - contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva.* Tese de Doutoramento

apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 1975.

BANCO MUNDIAL. *Principais dados e estatísticas de desenvolvimento, 2008.* Atualizado em: 5 de fev. 2009. Disponível em: www.worldbanck.org. Acesso em: 10 de jul. 2011.

Berger, P., & Luckmann, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes. . (1985)

BOGDAN, R. e BIKLEN, S.K. *Qualitative Research for Education.* Boston, Allyn and Bacon, inc., 1982

CAMARGO, Brigido Vizeu; GIACOMOZZI, Andréia Isabel; WACHELKE, João Fernando Rech; AGUIAR, Adriana. *Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/AIDS.* Estudos de Psicologia. Campinas. 27(3). 343-354. Jul/Set. 2010.

FERREIRA, Maria Paula. *Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005.* Rev Saúde Pública 2008;42(Supl 1):65-71. Fundação Seade. São Paulo. 2008.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes. *Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração.* Saúde Soc. São Paulo, v.9, supl.2, p.9-20. 2010.
GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1995.

GOLÇALVES, Rita de Cássia; LISBOA, Teresa Kleba. *Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida*. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. esp, p. 83-92, 2007.

JODELET, D., 1985. *La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: Psicologia Social (S. Moscovici, org.)*, pp. 469-494, Barcelona: Paídos.

LUNA, Sergio V. *Planejamento de Pesquisa – uma introdução.* São Paulo: EDUC, 1997.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. *Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas em união estável.* Revista de Saúde Pública 42(2): 242-8. 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids – DST.* Ano VII nº 01 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009. 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Brasília. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids – DST. Versão Preliminar.* Ano VIII - nº 01 26ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília. 2011.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ. Vozes, 2003.

OLTRAMARI, Leandro Castro; CAMARGO, Brigido Vizeu. *Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais.* Psicologia em estudo. Maringá, v.5, n.2. Abr./Jun. 2010.

OLTRAMARI, Leandro Castro; OTTO, Liliane Schuch. *Conjugalidade e Aids: um estudo sobre infecção entre casais.* Psicologia & Sociedade, 18 (3): 55-61; Set/Dez. 2006.

OLTRAMARI, Leandro Castro; LIMA, Claudia Annies. *AIDS, Gênero e Conjugalidade: Um estudo sobre a percepção de risco para estudantes universitários. 2005*

QUEIROZ, Maria Isaura P. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.* São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

RICHARDSON, Robert Jarry et al*. Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas. 1999.

RODRIGUES, Arakcy M. *Indivíduo, grupo e sociedade*. São Paulo: EDUSP, 2005.

SIMÃO, Mariângela Galvão. *HIV/AIDS no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde*. Questões relativas à Provisão Universal de Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. GHD-018. Abril 2011.

SPINK, Mary Jane P. *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.* São Paulo: Brasiliense, 1995.

SPINK, Mary Jane P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos.* Petrópolis, RJ. Vozes: 2003.

SPINK, Mary Jane P.. *O conceito de representação social na abordagem psicossocial.Cad. Saúde Pública* [online]. 1993, vol.9, n.3

SZWARCWALD, Célia Landmann; CARVALHO, Marcelo Felga; JUNIOR, Aristides Barbosa; BARREIR, Draurio; SPERANZA, Francisco Almeida Braga; CASTILHO, Euclides Ayres. *Temporal trends of HIV-related risk behavior among brazilian military conscripts, 1997-2002.* Clinics 60(5): 367-74. 2005

APÊNDICE 01:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS

Pesquisador responsável: TIAGO BORGES GOUVEIA

Informações sobre a pesquisa:

Estamos realizando um estudo sobre **Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS,** e para isso contamos com a colaboração de jovens que se considerem homossexuais ou que mantenham relações com o mesmo sexo (HSH) e que tenham entre 18 a 24 anos. Ao participar da pesquisa, você estará contribuindo para a implementação de novas abordagens na prevenção do HIV como uma política pública para minimizar os comportamentos de risco dos jovens em suas relações. A pesquisa não oferece nenhum risco aos participantes. Gostaríamos de frisar que se houver qualquer tipo de desconforto em relação às perguntas, você tem o direito de se negar a responder e até mesmo interromper a pesquisa quando desejar. A pesquisa será realizada através de entrevistas gravadas em áudio, mediante sua autorização, as quais serão transcritas posteriormente, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.

_____

Tiago Borges Gouveia

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa **Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS** e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, de acordo com a Resolução Nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Art. III – concordo em participar da pesquisa.

1 – A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre a pesquisa antes e durante o transcurso da mesma, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como, está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

2 – A garantia de que este documento será assinado em duas (2) vias, sendo uma cópia para o entrevistado e a outra para o pesquisador.

3 – A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

4 – A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, a mesma não causará nenhum tipo de risco, dano físico, administrativo ou mesmo constrangimento moral e ético.

5 – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é do pesquisador, como também, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que o mesmo seja aceito.

6 – A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda do pesquisador, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

7 – A garantia de que não correrei qualquer risco físico ou administrativo que possa comprometer meu trabalho.

8 – A garantia de que poderei, em qualquer fase da pesquisa, entrar em contato com o pesquisador no endereço: Avenida General Francisco Glicério 610, apto. 51, tel. (13) 81409555, Santos/SP e com o Comitê de

Ética da UNISANTOS, na Av. Conselheiro Nébias nº 300, tel. (13) 3205-5555, Santos/SP.

Tendo ciência do exposto acima, desejo participar da pesquisa.

Santos, _____ de _____ de _____

_____

APÊNDICE 02:

Roteiro de Entrevista

Esta é uma pesquisa que procura avaliar os aspectos culturais, psicológicos e sociais de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS. Eu gostaria de lembrar que o seu sigilo será preservado e que você poderá se negar a responder qualquer uma das perguntas e até mesmo interromper a pesquisa quando desejar. Também gostaria de frisar que não há respostas certas ou erradas e que tudo o que você disser me interessa e será importante para o estudo.

.

1) Perguntar qual a idade, escolaridade e ocupação/profissão.
2) O que você pensa sobre o HIV/AIDS? *(Esta é a pergunta disparadora do tema)*
3) Você já fez algum exame específico para detecção do HIV? Qual o motivo?
4) Você conhece alguma pessoa (colega, amigo, familiar) que tem o HIV? (Se sim, pedir para comentar o assunto).
5) Como você acha que uma pessoa pode se contaminar pelo HIV em uma relação sexual?
6) Você se relacionaria com uma pessoa que tem o HIV?
7) Você já esteve ou está em um relacionamento estável? Se sim, vocês conversavam/conversam sobre este tema? Caso a resposta seja negativa, você conversaria sobre o tema com um futuro parceiro estável?
8) No seu relacionamento, vocês sempre praticaram sexo seguro? (Caso o sujeito não tenha tido um relacionamento, perguntar sobre as relações sexuais anteriores). Caso o sujeito tenha tido relacionamentos sérios, perguntar também sobre os relacionamentos casuais.
9) Você já foi ou frequentou locais onde as pessoas procuravam especificamente sexo? Caso não, você conhece pessoas ou tem informações sobre como funcionam esses locais?
10) Como você obteve e/ou obtém conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV?
11) Você acha que as campanhas de prevenção influenciaram seu comportamento de alguma forma?