

Práticas sexuais de risco entre homens



Marta Maia*

maia_marta@hotmail.com

Resumo Num contexto em que o discurso dominante é o do uso sistemático do preservativo, o objectivo deste estudo foi compreender as relações entre as práticas sexuais de risco de homens homossexuais e o contexto sociocultural que conduz à rejeição de práticas preventivas. Um estudo qualitativo foi realizado em Portugal, baseando-se em entrevistas semi-estruturadas a sete homens entre os 19 e os 64 anos. Os resultados mostram que a pressão social de um ambiente hetero-normativo pode levar à negação da prevenção. As práticas sexuais de risco refletem um desejo de transgressão. Os novos locais de encontro gays, inclusive pela Internet, parecem também abrir caminho à libertação sexual e a um relaxamento da prevenção.

Abstract The preventive discourse imposed on sexual minorities orders the use of the condom and regulated life hygiene. The risky sexual behaviors seem to express, partially, the rejection of this dominating discourse. The objective of this study is to better understand the bonds between the risky sexual behaviors of gays and the social and cultural context that motivate the rejection of preventive practices. An ethnological study was carried out in Portugal. This study included seven gays between 19 and 64 years old. The results show that the social pressure of a hetero-normative environment can result in a prevention negation. Thus, the risky sexual behaviors reflect the aspiration for more rights and freedom. New spaces for gay meeting, in particular on the Internet, also seem to open occasions for both more sexu-

* Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CIA/ISCTE)
Instituto Universitário de Lisboa, Portugal

As práticas preventivas não estão ausentes, mas a redução do risco expressa-se através da escolha dos parceiros e do evitamento de certas práticas sexuais quando o preservativo não é usado. Através deste estudo, reafirma-se a importância da aceitação e interiorização do discurso preventivo pelos pares.

Palavras-chave Risco; prevenção; homossexualidade; VIH.

Introdução

A infecção por VIH é um fenómeno social com particular interesse para a investigação em ciências sociais, pois não é só um problema de saúde, individual e pública, como também implica questões culturais, sociais, económicas, políticas e éticas. A epidemia de VIH/SIDA surge e expande-se pelo mundo no espaço de uma década, num momento em que se acreditava que as doenças epidémicas estavam praticamente erradicadas e a ciência se concebia como um saber todo-poderoso (Bastos, 2002).

No início dos anos 1980, surge a notícia de uma nova doença, numa altura em que eclodem e se desenvolvem os movimentos associativos e activistas LGBT (Delicado, 2000; Lopes, 2000). Se a epidemia representou um desencantamento para a ciência triunfante e para a

al freedom and more sexual practices of risk. However, the preventive practices are not absent, the reduction of risk is expressed by the choice of partner and the avoidance of some sexual practices when the condom is not used. This study points the importance of the pairs' group for the acceptance and interiorisation of preventive discourses.

Key words Risk; prevention; homosexuality; HIV.

efervescente “revolução sexual”, também deu lugar a um forte desenvolvimento dos movimentos associativos e um “empowerment” das pessoas afetadas. Com efeito, as organizações não governamentais têm sido um dos fenómenos mais salientes na resposta social à epidemia. Os movimentos associativos surgiram antes mesmo de qualquer iniciativa oficial, constituindo-se por todo o mundo alianças informais de pessoas afectadas pela doença, com o intuito de resolver problemas imediatos a que os Estados não estavam a dar resposta, particularmente os cuidados aos doentes e a prevenção da doença (Pollak, 1992). Estas organizações tiveram ainda um papel preponderante na alteração das relações de força entre médico e doente, batendo-se pelo *empowerment* dos doentes na tomada de decisões sobre tratamentos, e mesmo no processo de produção do saber

médico (Bastos, 1998; Victorino, 2003). No entanto, quando, em 1996, surgiram tratamentos eficazes contra o VIH/SIDA, começou progressivamente a diminuir o medo da infecção. A partir de 2000, a incidência da doença aumenta entre os homens que têm sexo com homens, passando, no espaço de uma década, de 7,6% para 26,6% do total das pessoas portadoras de VIH assintomáticas; de 8,5% para 23,9% da população sintomática não-sida; e de 6,3% para 12% dos casos de sida. A infecção também evoluiu na população heterossexual mas de forma muito menos drástica, passando, entre 2000 e 2010, de 49,9% para 59,9% do total das pessoas portadoras de VIH assintomáticas; de 45,7% para 62,4% do total de casos sintomáticos não-sida; e de 36,3% para 59,4% dos casos de sida (INSA, 2010).

A pesquisa que aqui se apresenta procura reflectir sobre as práticas sexuais de risco de indivíduos que se definem como homossexuais, ou *gays*, e baseia-se fundamentalmente em entrevistas semi-directivas a sete homens com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos (com 19, 22, 26, 30, 36, 54 e 64 anos), residentes nas zonas de Aveiro, Lisboa, Porto e Viseu, em Portugal. A duração média das entrevistas foi de uma hora. Por razões de confidencialidade, os nomes associados aos testemunhos citados são fictícios.

A abordagem foi feita essencialmente a partir de contactos com associações

LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros), particularmente o GRIP-ILGA, a Opus Gay, e a Rede Ex-aequo. Solicitaram-se contactos de membros destas organizações que estivessem disponíveis para uma entrevista. Estas foram realizadas em diversos locais, consoante a escolha da pessoa a entrevistar: em casa, no gabinete de trabalho, num jardim público ou na esplanada de um café.

Os discursos recolhidos servem de material para uma reflexão sobre as práticas sexuais de risco. Tratando-se de uma população de dimensões muito pequenas, não se ambiciona a representatividade mas uma reflexão sobre dados qualitativos.

Esta pesquisa qualitativa foi levada a cabo no quadro do inquérito nacional *Saúde e Sexualidade*, realizado pelo Instituto de Ciências Sociais, entre 2007 e 2010, no âmbito de um protocolo estabelecido com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

Risco

Pelas suas características de transmissão, o VIH coloca a questão do risco. O risco não é uma ameaça aleatória e imprevisível, mas calcula-se em função de probabilidades. A noção de risco pressupõe a possibilidade de gerir e controlar a aleatoriedade do perigo. A gestão

do risco baseia-se na possibilidade de o medir e calcular, transmutando-o numa taxa de probabilidade. O controlo do risco apoia-se na possibilidade de medir o perigo, através da avaliação dos factores que o potenciam. O sujeito evita-o ou assume-o com base numa probabilidade considerada favorável ou não (Granje, 2004). Nas práticas sexuais, a avaliação do risco baseia-se nas probabilidades de transmissão do vírus, independentemente de serem ou não suportados por informações fidedignas e completas sobre a sua transmissão. Assim, para os homens entrevistados, há uma maior preocupação em utilizar o preservativo para o sexo anal do que para o sexo oral, pois a probabilidade de transmissão viral é maior para o primeiro do que para o segundo. Eles praticam, portanto, sexo mais seguro (*safer sex*) em vez de sexo seguro (*safe sex*). Em determinadas circunstâncias ou configurações relacionais, como por exemplo nas relações conjugais estáveis, praticam sexo desprotegido.

Sabe-se que, regra geral, os homens têm mais comportamentos de risco do que as mulheres. A crença na invulnerabilidade masculina e a necessidade socialmente fomentada de afrontar o perigo em sinal de masculinidade desmotivam as atitudes de auto-cuidado e de prevenção (Sacramento, 2005). Como nota Cabral (2002), quanto mais valorizada é a masculinidade, maior é a tendência para negligenciar as medidas de segurança

e a sub-declarar a doença. O estilo de vida associado à masculinidade é pouco saudável, acarreta maiores riscos e uma tendência para negligenciar as medidas de segurança e sub-declarar a doença.

Face ao risco de infecção por VIH, os inquiridos afirmam ter “algum medo”. Porém, exibem ao mesmo tempo um sentimento de controlo sobre o risco e mesmo uma atracção por ele. “No mundo gay, facilita-se muito”, revela João (26 anos, Porto). Os sujeitos entrevistados mais velhos (com 54 e 64 anos de idade, ambos residentes em Lisboa) afirmam serenamente não terem práticas sexuais de risco, mas sabem que entre os homossexuais o número de novas infecções tem aumentado, e explicam este facto pelo aparecimento, a partir de 1996, dos antirretrovirais, medicamentos altamente eficazes no controlo da doença, que terão diminuído o receio da doença, originando um relaxamento da prevenção.

A baixa condição social constitui outro factor desmobilizador dos comportamentos preventivos. O nível de escolaridade influencia a higiene de vida, a abertura às mensagens preventivas, a afinidade cultural com o discurso médico, os estilos de vida, os hábitos de saúde e as informações sobre a saúde e a doença (Cabral, 2002).

Também o contexto relacional influi sobre a decisão de ter ou não relações protegidas. Nos discursos dos indivíduos acerca das relações amorosas, a confiança é um argumento recorrente para explicar

o abandono do preservativo. Como recorda Luhmann (2006), a confiança confere aos indivíduos um sentimento de segurança, neutraliza a incerteza, permite criar espaços de liberdade em comum.

Prazer

Vivemos numa sociedade hipersexualizada onde a libertação sexual é uma obrigação e cremos que a felicidade não existe sem satisfação sexual (Bajos *et al.*, 2008). A produção cinematográfica erotiza-se (Kaufmann, 1995), o sexo é um produto de consumo omnipresente nos media e no universo publicitário. O ciber-sexo floresce, povoado de imagens libertas de quaisquer tabus (Bozon, 2005; Jaspard, 2005). A palavra de ordem é o prazer sem obstáculos e o preservativo é associado a um “desmancha-prazeres”. A primazia do princípio do prazer suscita, assim, uma certa disposição para o sacrifício do princípio de realidade (Sacramento, 2005).

O preservativo permanece fora do universo erótico-sensual e é frequentemente visto como um objecto incómodo, não atraente, não erótico e incompatível com a inunção ao prazer e o erotismo de massa. É, por conseguinte, um objecto relativamente pouco visível. Até ao século XX, o comércio de preservativos era ilegal, um objecto clandestino associado ao deboche, ao vício, à prostituição. Nos séculos

XVII a XIX, o comércio de preservativos era proibido em vários países europeus. Houve um comércio clandestino de preservativos até há um século. Esta imagem de objecto clandestino e vergonhoso parece não ter completamente desaparecido das representações sociais. Neste contexto, o preservativo, objecto milenar que conheceu várias matérias ao longo dos séculos (Vidal, 2002), é mais uma “camisa de noite”, relegada à escuridão, do que uma “camisa de vénus”, um objecto erótico como o descrevia o Marquês de Sade.

A epidemia de VIH/SIDA surge, no terceiro quarto do século XX, como uma doença venérea associada à libertinagem, à prostituição, à homossexualidade, moralmente condenada, ao vício... A utilização do preservativo baixou com o aparecimento, nos anos 1960, da pílula contraceptiva, e faz uma reaparição no contexto da epidemia de VIH/SIDA, ficando por conseguinte associado, nas representações sociais, a esta doença.

Além de uma imagem pouco favorecida, o preservativo nem sempre está disponível quando é necessário. Como relata Filipe (30 anos, Viseu), “não há preservativos nos sítios de engate, havia de haver”.

Transgressão

Há ainda outro factor a ter em conta nas práticas sexuais de risco do grupo em

estudo: o facto de constituir uma minoria discriminada. Em Portugal, a população permanece homofóbica (Ferreira e Cabral, 2010). O heterossexismo que estabelece a heterossexualidade como uma expectativa universal pressupõe que todas as pessoas são, por natureza, heterossexuais, e traduz-se na institucionalização da norma heterossexual, a heteronormatividade, acarretando discriminação e preconceitos em relação às minorias sexuais. “Os direitos LGBT constituem as heterotopias dos direitos humanos” (Santos, 2003b: 183). Os homossexuais crescem num ambiente homofóbico e interiorizam estereótipos heterossexistas. A interiorização da homofobia causa danos a nível da auto-estima, stresse e ansiedade. Ora, a baixa auto-estima e a ocultação da orientação homossexual estão associados a maiores comportamentos de risco para a saúde (Leal e Pereira, 2004; Silva, 2006; Bajos *et al.*, 2008).

Os jovens homossexuais vivenciam, mais frequentemente do que os outros, depressões e tentativas de suicídio. A sua entrada na vida sexual genital é muitas vezes mais tardia, quando hesitam em assumir a sua orientação sexual, devido ao estigma que pesa sobre ela. Frequentemente, têm a sua primeira relação sexual com uma pessoa de sexo diferente, ou vêm a tê-la no início da sua biografia sexual genital (Bozon, 2005).

Em Portugal, onde não há uma clara separação entre Igreja e Estado, o peso

da religião é importante nas atitudes da população em geral (Pais *et al.*, 2001). Ora, a homossexualidade é fortemente condenada pela religião cristã. O défice de acção do Estado no domínio da prevenção e a relação privilegiada que continua a ter com a Igreja tornam-no de certa forma cúmplice da perpetuação de valores potencialmente perigosos para a saúde pública (Bézecourt e Silva, 2006; Sacramento, 2005).

Os determinantes do risco giram em torno da busca de prazer, da partilha de experiências, da transgressão do proibido e do valor social do excesso (Martha, 2002/2003; Peretti-Watel, 2001). No contexto das relações sexuais entre homens intervém também a questão da normatividade e da moralidade, como observou Hubert Lisandre (1994), para quem a procura de novas formas de transgressão não pode ser separada do excesso de ordens e interditos. As práticas sexuais que se afastam da norma podem pois tornar-se um interdito procurado.

Os homens entrevistados mais jovens têm relações sexuais com parceiros casuais, cujos encontros se fazem nos locais de engate ou nos *sites* da Internet. Essas relações são motivadas pela busca do prazer num contexto de anonimato e liberdade. Além da emoção do “prazer sexual sem fronteiras” (André, 19 anos, Aveiro), esses encontros são também motivados pelo “prazer da transgressão” (Pedro, 22 anos, Porto). O discurso da pre-

venção, baseado no dever mais do que na escolha, torna-se incompatível com esse prazer transgressivo.

Mesmo bem informados, os indivíduos têm práticas que escapam à lógica de racionalidade sanitária. A dificuldade em manter comportamentos sexuais de prevenção a longo prazo e o aparecimento das terapias antirretrovirais são outros aspectos citados pelos inquiridos para explicar o relaxamento dos comportamentos preventivos. Actualmente, o VIH/SIDA assemelha-se a uma doença crónica. A esperança de vida das pessoas infectadas aumentou e o medo da infecção diminuiu (Broqua *et al.*, 2003; Maia, 2010).

A Internet e as novas formas de comunicação e sociabilidade que possibilita constituem outra mudança ocorrida entre o início da epidemia nos anos 1980 e os dias de hoje. A Internet tornou-se um instrumento de procura de encontros amorosos e sexuais. O início da epidemia foi acompanhado por uma ascensão do activismo LGBT e do associativismo em torno da luta contra a sida. Em Portugal, foi mesmo esta que impulsionou os movimentos LGBT, oferecendo-lhes alguma “respeitabilidade cívica” e maior visibilidade (Cascais, 2004: 36), permitindo ao mesmo tempo uma politização e movimentação social (Santos, 2003a). Porém, o aparecimento das novas formas de sociabilidade que a Internet oferece e a emergência de novas comunidades virtuais, pouco submetidas às exigências da prevenção, acar-

retou um franco recuo do protagonismo das associações e coincidiu com um relaxamento generalizado da prevenção (Le Talec, 2000; Pereira, 2007; Shernoff, 2004). A Internet tornou-se um importante “local” de encontro. Os encontros são fáceis, mas geralmente pouco investidos emocionalmente. Nos sites de engate e/ou encontros, as pessoas publicitam as suas qualidades, avaliam os sujeitos, procuram prazeres imediatos.

Os dados epidemiológicos apontam para uma recrudescência das infecções sexualmente transmissíveis (IST) na população homossexual masculina (INSA, 2010). Os sujeitos entrevistados mais velhos, entre os 40 e os 64 anos e idade, têm consciência desta mudança nos comportamentos preventivos e exprimem-no claramente:

“Com o 25 de Abril, houve uma espécie de libertação entre os gays. E até ao final dos anos 80, a sexualidade foi vivida dessa forma descartável. (...) Depois, a sida, nos anos 80, trouxe não só o uso do preservativo mas também um retraimento dessa sexualidade promíscua e uma reaprendizagem da relação estável e afectuosa, até porque se pensou que era a melhor prevenção face à sida. Entretanto, os tratamentos foram lentamente avançando e subitamente descobriram-se alguns tratamentos que bloqueiam a doença e isso levou a esse regresso dessa promiscuidade e prova-

velmente também a outra coisa: esse retraimento da sexualidade levou a um retraimento da sexualidade "tout court" (...) Assustados com a sida, terão retraído a sua sexualidade (...) Agora, a sida saiu da visibilidade e tornou-se uma doença crónica (...) dando a sensação que já não existe, ou que pelo menos estará controlada. Acontece que há homens de 40/50 anos que retardaram durante estes 10/15 anos a expressão da sua sexualidade, do seu afecto, e agora estão desesperadamente a necessitarem de terem a sua sexualidade, de exprimirem a sua sexualidade (...) Estão a aparecer homens de 40/50 anos a quererem reavivar uma sexualidade que tiveram numa fase jovem das suas vidas e que depois retraíram e que agora estão desesperados. (...) Esta fase de um reacender de relações promíscuas poderá com certeza ter a ver com uma dinâmica que se criou a partir do momento em que a sida recua da visibilidade e que avançam os tratamentos (...). Eu tenho a impressão que só as pessoas atingidas é que conhecem (os efeitos secundários dos tratamentos) (...). Nos anos 80 nasceram uma série de associações (...) [E] essas associações foram muito pedagógicas no sentido de se estabelecerem relações estáveis e duradouras como meio de prevenção da sida. E durante os anos 90 as associações desenvolverem essa pedagogia de promoção da relação. Agora a Internet esvaziou um bocadinho as associações, os próprios

tratamentos retiraram a gravidade, o impacto do caos da epidemia, que passou do estado de caos ao estado de cronicidade e as associações perderam um bocadinho de espaço e essa apologia da relação também se retirou um bocadinho. Portanto, voltámos outra vez a estar, salvo seja, cada um entregue a si próprio e o grupo também entregue a si próprio. Conjugando a tal necessidade dos homens desesperados que se aguentaram com medo de ter relações, não podiam ter afectos, não podiam ter uma relação estável com um homem porque já a tinham com uma mulher, porque eram casados, portanto esse universo paralelo ou essa sexualidade paralela, em simultâneo com o casamento, é uma sexualidade muito mais liberta, mais directa, é uma libertinagem, não sei se é um escape de tensões, creio que não é, mas é uma sexualidade paralela mais directa e está a regressar outra vez com toda a força" (José, 54 anos, Lisboa).

Já os mais novos, dos 19 aos 36 anos, não expressam, ao contrário dos inquietos com mais idade, a percepção de uma mudança nas configurações das relações amorosas e de um relaxamento dos comportamentos preventivos; antes afirmam um sentimento de controlo sobre o risco, em parte alicerçado nos seus conhecimentos sobre os riscos associados às diversas práticas sexuais, e uma certa atracção pelo risco.

“Acho que a maior parte das pessoas usa preservativo e no mundo gay usa-se muito, mas de qualquer forma facilita-se.

- E para o sexo oral?

- Não. Para o sexo oral ninguém usa preservativo.

- Mas têm cuidado em não ejacular na boca?

- Sim, acho que sim. Acho que as pessoas têm cuidado em não ejacular na boca. Mas eu, por exemplo, nunca tive esse cuidado porque gosto muito disso e nunca tive esse cuidado em relação a não ejacular na minha boca, nunca tive esse cuidado durante o tempo todo. (...)

As saunas são sítios óptimos para ter contactos sexuais esporádicos, sem compromissos, sem ter de falar com as pessoas. É o lado bom que eu gosto do sexo. É libertador, porque é muito egoísta, não há preocupação com o prazer do outro, é mesmo a utilização do outro como objecto sexual e isso pode dar azo a fantasias. Pode-se ir para um quarto com mais do que uma pessoa... (...) É um sítio que está disponível para ser frívolo e para contactos frívolos entre as pessoas. (...) Eu acho que os gays têm mais facilidade em ter sexo. Os gays têm sítios onde se pode ter sexo, não têm que pagar, há os tais sites de engate, as saunas, e os heteros não têm. Os heteros têm de fazer uma sedução. Dá muito mais trabalho. E depois há a questão cultural: as mulheres, se fodem, são logo putas, e os homens também comem disso e também acham

que têm de seduzir para ir para a cama com uma mulher. Acho que, na prática, os homossexuais devem ser a classe social mais sexualmente activa porque têm facilidade. (...) Há muitos sites só para conhecer pessoas, onde se colocam fotografias e diz-se o que é que se quer fazer, o que se procura. (...)

Eu não posso deixar de dizer que o perigo, a roleta russa, de se fazer sexo sem preservativo, dá alguma adrenalina. Porque misturado às ondas todas ligadas ao ambiente homossexual, ao ambiente gay, que é tudo muito esporádico, há sítios de engate em todos os sítios, em todas as cidades.” (Rui, 36 anos, Porto).

Relações

Os indivíduos procuram minimizar mais do que anular os riscos. Por exemplo, praticam sexo oral sem preservativo mas sem ejaculação na boca. Os inquiridos com menos idade falam de redução de riscos. Os seus discursos desvelam uma negociação dos riscos em função das práticas sexuais e dos contextos relacionais. Ao contrário dos mais velhos, que viveram o aparecimento da sida, cujo auge da sua actividade sexual teve lugar num período marcado por mortes relacionadas com a sida, para os mais jovens a falta de prevenção e a possibili-

dade de uma infecção não remete para a morte.

Os limites do risco são negociados em função dos afectos envolvidos, das circunstâncias da relação sexual, das necessidades e estratégias dos sujeitos, que são moventes, deixando-se espaço para a transgressão das normas do sexo seguro. O sentimento de uma transgressão controlada e o jogo com os limites do risco configuram grande parte das relações socio-sexuais (Villaamil e Jociles, 2006).

Em geral, os indivíduos distinguem as relações estáveis das relações ocasionais. As primeiras tendem a não ser protegidas, contrariamente às segundas, embora as práticas preventivas não sejam sistemáticas. Por exemplo, protegem-se apenas para a penetração anal, excluindo da prevenção as práticas sexuais cujo risco de transmissão viral é menor. O próprio acto de utilizar um preservativo marca uma distância simbólica entre a relação estável e a relação ocasional. Os sujeitos podem, em determinado momento, ter prioridades outras que as da prevenção da infecção ou a de conhecer o seu estado serológico. Além disso, as mensagens de prevenção são sempre incorporadas pelos indivíduos a partir das suas próprias representações e configurações de sentido, e em circunstâncias e momentos determinados. As situações de risco podem, por isso, ocorrer numa grande diversidade de cenários e ser mo-

tivadas por razões diferentes (Villaamil *et al.*, 2004; Bozon e Doré, 2007).

Os modelos de relação socio-sexual são múltiplos e flexíveis, desde o casal estável e fiel à relação sexual anónima, passando pelos casais com relações abertas, podendo sempre mudar de configuração segundo as circunstâncias da relação e ao longo da biografia relacional, afectiva e sexual de cada indivíduo. As próprias práticas sexuais são moventes, dependendo mais das circunstâncias concretas da relação sexual do que das práticas identitárias, sendo concebidas como possibilidades num contexto e momento particulares e com determinada(s) pessoa(s). Existe uma grande heterogeneidade de práticas e representações (Villaamil e Jociles, 2006).

O problema do VIH/SIDA é paradigmático da importância do contexto sociocultural, das representações sociais e das emoções nos comportamentos dos indivíduos. A gestão dos riscos em relação às IST não é um processo estritamente racional. O uso do preservativo não depende de uma decisão individual, como o uso do cinto de segurança ou a prática de exercício físico, mas da resposta de um interlocutor, exigindo uma negociação entre os parceiros envolvidos na interacção sexual. Depende também dos significados que possam ser atribuídos a esta última, das emoções envolvidas, do tipo de relacionamento e do contexto da relação, desde os constrangimentos da

situação até às determinantes sociais e culturais. A capacidade para envolver o parceiro no uso do preservativo também está relacionada com a presença e qualidade da comunicação sobre as questões sexuais. Várias investigações mostraram a importância da comunicação entre os parceiros sexuais na negociação do uso do preservativo (Alvarez, 2005; Maia, 2010; Proth, 2002). Contudo, existem dificuldades em abordar os temas das IST e do uso do preservativo, particularmente nos jovens (Maia, 2004; Matos *et al.*, 2006). O receio em falar prende-se sobretudo com a percepção de ameaça ao encontro sexual e à imagem que se transmite de si. A imagem que se julga projectar no outro quando se pretende ter comportamentos preventivos pode desmotivar a comunicação e o uso do preservativo na medida em que este é interpretado como um sinal de risco potencialmente presente antes de ser visto como um instrumento de protecção. A baixa percepção do risco e a antecipação de uma reacção negativa por parte do parceiro podem deste modo inibir a comunicação entre os parceiros sexuais sobre as IST.

A avaliação do risco relaciona-se com as inferências sobre a probabilidade de infecção do parceiro, baseadas em características perceptíveis tais como a aparência física, o comportamento e o discurso do parceiro, e o tipo de relação que aparenta pretender desenvolver.

A informação baseada na percepção da pessoa e nas características do relacionamento é utilizada para tomar decisões sobre a protecção (Alvarez, 2005; Maia, 2004). A não utilização do preservativo correlaciona-se com a percepção de um conjunto de traços favoráveis no parceiro, como ser atraente, simpático, conhecido e ter um elevado capital social; de características comportamentais, como o facto de ter tido poucos parceiros sexuais; e de características do relacionamento, como a monogamia, o sentimento amoroso, a proximidade emocional, a intimidade e a confiança. O preservativo é entendido como uma barreira simbólica à intimidade, ao comprometimento e à confiança, criando dúvidas quanto à exclusividade sexual dos parceiros. Por conseguinte, o preservativo, cujo abandono significa frequentemente uma maior proximidade emocional e expectativas de continuidade do relacionamento, é abandonado quando o casal entende a sua relação como estável, o que, na nossa pequena amostra, corresponde a uma duração superior a quatro meses.

Enfim, a disponibilidade do preservativo no momento da interação sexual é uma variável a ter em conta na prevenção. Por exemplo, nas relações sexuais ocasionais que ocorrem em locais de encontre, segundo os homens entrevistados, a prevenção é por vezes sacrificada pela ausência de preservativos no local.

Conclusão

As estratégias de intervenção devem partir da racionalidade dos sujeitos em vez de impor uma racionalidade técnica definida *a priori*, pois as informações são sempre recebidas e interpretadas em função das necessidades e estratégias dos sujeitos, que são moventes. Um dos aspectos transversais à racionalidade dos indivíduos diz respeito à discriminação dos seropositivos. Apesar das campanhas contra a discriminação, as representações sociais do seropositivo continuam marcadas por uma carga simbólica negativa. Um diagnóstico de seropositividade implica de certo modo uma morte social (Rueff, 2009), o que pode também desmotivar os indivíduos a realizarem o diagnóstico do VIH e preferirem manter-se na ignorância do seu estado serológico (Maia, 2009). As entrevistas realizadas revelam falta de informação acerca das consequências da infecção, ainda que a população homo(s)sexual esteja melhor informada e tenha atitudes mais inclusivas em relação às pessoas seropositivas (Villaamil *et al.*, 2004).

Também as condições de realização do teste de detecção devem ser optimizadas, de modo a que o diagnóstico não se transforme num acto penoso e que os sujeitos possam expressar as suas dúvidas e necessidades. Como defendem Villaamil *et al.* (2004), em termos estritamente médicos, a solicitação do teste nem sem-

pre corresponde a um uso adequado dos recursos sanitários, mas em termos de saúde pública mais amplos, pode participar de uma lógica preventiva quando o resultado negativo tende a reforçar a vontade de manter práticas seguras. O facto de, em Portugal, muitas pessoas fazerem dádivas de sangue como modo de inteirar-se do seu estado serológico deve levar-nos a reflectir sobre as condições de realização do teste do VIH e o estigma que ainda pesa sobre esta doença. Deve dar-se especial atenção à confidencialidade na relação com o médico de família (que se compartilha com outras pessoas significativas, familiares com os quais a discricção deve ser inteiramente assegurada), assim como com todos os prestadores de cuidados de saúde, e à confidencialidade no quadro da medicina do trabalho (Rueff, 2009). Ademais, os médicos de família devem (continuar a) propor o teste e nunca dissuadir um paciente de realizá-lo, como relataram algumas pessoas interrogadas no quadro deste trabalho.

O desejo de insubordinação e o desejo de libertação pelo sexo, potenciais motores das práticas sexuais de risco, são mais frequentes em populações que se sentem oprimidas. As práticas de risco podem ser interpretadas como impulsos de libertação num quadro social em que as minorias sexuais aspiram a mais direitos civis, liberdade e visibilidade. A “escapadela libertadora” constitui um espaço poroso ao risco. A prática de risco acon-

tece num contexto de desejo de libertação, como acontece com o consumo excessivo de álcool aos fins-de-semana, e é vivida como uma transgressão. A rejeição da prevenção parece exprimir uma rejeição do discurso dominante imposto, aquele que ordena o uso do preservativo e uma higiene de vida sã e regrada. Neste sentido, as mensagens de prevenção são mais bem aceites e interiorizadas se forem emitidas pelo grupo a que o indivíduo sente pertencer ou com o qual se identifica. É pois importante que a população LGBT continue a estar activamente implicada na elaboração e execução de campanhas de prevenção das IST.

Referências bibliográficas

- Alvarez, M.-J. 2005. *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa, FCT/FCG.
- Bajos, N.; Bozon, M.; Beltzer, N. (eds.). 2008. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte.
- Bastos, C. 1998. A política de produção do conhecimento e os movimentos de respostas à SIDA. *Etnográfica*, 2(1): 15-53.
- Bastos, C. 2002. *Ciência, poder, acção: as respostas à sida*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Bézécourt, J.; Silva, G. 2006. *Contre Benoît XVI: le Vatican, ennemi des libertés*. Paris, Syllepse.
- Bozon, M. 2005. *Sociologie de la sexualité*. Paris, Armand Colin.
- Bozon, M.; Doré, V. 2007. *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins: un nouveau rapport au risque*. Paris, ANRS.
- Broqua, C.; Lert, F.; Souteyrand, Y. (eds). 2003. *Homosexualités au temps du sida: tensions sociales et identitaires*. Paris, ANRS.
- Cabral, M. V. (ed.). 2002. *Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Cascais, A. F. 2004. Um nome que seja seu: dos estudos gays e lésbicos à teoria queer. In: Cascais A. F. (ed.). *Indisciplinar a teoria: estudos gays, lésbicos e queer*. Lisboa, Fenda Edições: 21-89.
- Delicado, A. 2000. *Entre o estado e os indivíduos: organizações não governamentais de luta contra a sida em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, ICS, Universidade de Lisboa.
- Ferreira, P. M.; Cabral, M. V. (eds.). 2010. *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos*. Lisboa, Bizâncio.
- Granjo, P. 2004. *"Trabalhamos sobre um barril de pólvora": homens e perigo na refinaria de Sines*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- INSA. 2010. *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2009*, Lisboa, Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica - Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças In-

- fecciosas - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Jaspard, M. 2005 [1997]. *Sociologie des comportements sexuels*. Paris, La Découverte.
- Kaufmann, J.-C. 1995. *Corps de femmes: regards d'hommes*. Paris, Nathan.
- Le Talec, J.-Y. 2000. *Le risque du sexe, entre rumeur et réalité*. Paris, Rapport de recherche à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris.
- Leal, I.; Pereira, H. 2004. A homofobia internalizada. In: Cascais, A. F. (ed.). *Indisciplinar a teoria: estudos gays, lésbicos e queer*. Lisboa, Fenda Edições: 245-258.
- Lisandre, H. 1994. *Les homosexuels et le safer sex: contribution psychanalytique à la prévention du sida*. Rapport final de recherche à l'ANRS, Paris, INSERM/ANRS.
- Lopes, A. C. R. S. 2000. *O terceiro sector nos sistemas de bem-estar: uma perspectiva comparativa das ONG's ligadas ao complexo VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Luhmann, N. 2006 [1979]. *La confiance : un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Paris, Économica.
- Maia, M. 2004. Representações e vivências da sexualidade e da sida: o caso de adolescentes da periferia parisiense. *Antropologia Portuguesa*, 20/21: 89-108.
- Maia, M. 2009. Barreiras psico-socio-culturais e estruturais à prevenção e ao teste do VIH. *Arquivos de Medicina*, 23(2): 75-77.
- Maia, M. 2010. Prática de risco no contexto das relações homossexuais. In: Ferreira, P. M.; Cabral, M. V. (eds.). *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos*. Lisboa, Bizâncio: 387-416.
- Martha, C. 2002/2003. Étude du sens des conduites à risque actuelles. *Sociétés*, 77: 55-68.
- Matos, M. G.; Simões, C.; Tomé G.; Silva, M.; Gaspar, T.; Diniz, J. A.; Equipa do projecto Aventura Social (eds.). 2006. *Aventura Social & Saúde*. Relatório preliminar do estudo HBSC 2006. FMH/CMODT/CNSIDA/FCT/Health Behaviour in School-aged Children.
- Pais, J. M.; Cabral, M. V.; Vala, J. (eds.). 2001. *Atitudes sociais dos Portugueses II: religião e bioética*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Pereira, H. 2007. Determinantes do risco e implicações para a saúde nas práticas sexuais de homens que têm sexo com homens. *Análise Psicológica*, 25(3): 517-527.
- Peretti-Watel, P. 2001. *La société du risque*. Paris, La Découverte.
- Pollak, M. 1992. Organising the fight against AIDS. *Current Sociology*, 40(3): 36-65.
- Sacramento, O. 2005. A masculinidade como ameaça: reflexões antropológicas aplicáveis sobre comportamentos sexuais e doenças sexualmente transmissíveis, num contexto de prostituição. In: Pereira, X.; Mendes, P. (eds.). *Textos de Antropologia Aplicada*. Vila Real, UTAD: 81-110.
- Proth, B. 2002. Lieux de dragues, scènes et coulisses d'une sexualité masculine. Toulouse, Octarès Editions.
- Rueff, M. C. 2009. *O segredo médico como garantia de não-discriminação*. Coimbra, Coimbra Editora.

- Santos, A. C. 2003a. *Dos direitos humanos aos direitos das minorias sexuais: impactos locais de uma luta globalizada*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Santos, B. S. 2003b. Canibalização da diferença. In: Santos, B. S. (ed.). *Conhecimento prudente para uma vida diferente: "Um discurso sobre as ciências" revisitado*. Porto, Afrontamento.
- Shernoff, M. 2004. *Without condoms: unprotected sex, gay men & barebacking*. Londres, Routledge.
- Silva, F. V. 2006. *Família, individualização e experiência da homossexualidade em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, ICS, Universidade de Lisboa.
- Victorino, Rui M. M. 2003. A SIDA e as novas pestes. *Análise Social*, 38(166): 13-33.
- Vidal, V. 2002. *La petite histoire du préservatif*. Paris, La Découverte & Syros.
- Villaamil, F.; Jociles, M. I.; Lores F. 2004. *Factores socioculturales relacionados con la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente ao VIH, y con conductas sexuales de riesgo en el colectivo de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones*. Informe de Investigación. Instituto de Salud Pública de la CAM/Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid.
- Villaamil, F.; Jociles, M. I. 2006. *Los locales de sexo anónimo como instituciones sociales: discursos e prácticas ante la prevención y el sexo más seguro entre HSH*. Informe de Investigación. Instituto de Salud Pública de la CAM/Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid.