

O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens

Luís Felipe Rios¹

> lfelipe.rios@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0767-7845

Amanda F. Pereira¹

> amanda_fp13@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-8153-2935

Amanda P. Albuquerque¹

> amanda.palbuquerque@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6457-4930

Cristiano J. de Oliveira Junior¹

> cristiano.stauros@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0002-5793-9866

Warley Santana¹

> warleysantana7@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0399-9756

¹ Universidade Federal de Pernambuco
Recife, Brasil

Resumo: O texto discute gestões de risco para o HIV no sexo anal desprotegido (SAD) realizadas por homens que fazem sexo com homens (HSH). Está embasado na análise de 25 entrevistas com enfoque biográfico com HSH e observação participante na comunidade gay do Recife. Os homens utilizam a soroescolla: SAD com parceiros de mesma sorologia. Além da testagem, são empregados outros indicadores para inferir a condição sorológica negativa. Estilizações corporais, nuançadas pelos vínculos com os parceiros, produzem emoções que medeiam o SAD. Dada a precariedade dos indicadores utilizados, os homens recorrem muito ao teste anti-HIV. Este acontece após a exposição ao risco, como um ritual reparador para o drama do sexo desprotegido, mas sem eficácia preventiva individual.

Palavras-chave: sexo anal; HSH; HIV/Aids; soroescolla; estilizações corporais; emoções

The drama of unprotected sex: body stylizations and emotions in risk management for HIV among men who have sex with men

Abstract: The text discusses HIV risk management in unprotected anal sex (UAS) carried out by men who have sex with men (MSM). It is based on analyses of 25 interviews with a biographical focus with MSM, and participant observation in the gay community of Recife. The men use serosorting: UAS is chosen with partners of the same serology. Besides testing, other indicators are used to infer a serologically negative condition. Body stylizations, nuanced by affective bonds with the partners, produce emotions which mediate the willingness to engage in UAS. As they understand the precariousness of the indicators used, the men often resort to testing. This takes place after exposure to risk, as a repairing ritual for the drama of unprotected sex, but without any individual preventative effectiveness.

Key words: anal sex; MSM; HIV/ADS; serosorting; body stylizations; emotions

El drama del sexo sin protección: estilizaciones corporales y emociones en el manejo del riesgo para el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres

Resumen: El texto discute el manejo del riesgo para el VIH en el sexo anal sin protección (SASP) llevado a cabo por hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Se basa en el análisis de 25 entrevistas con enfoque biográfico con HSH y la observación participante en la comunidad gay de Recife. Los hombres utilizan el “suero elección”: elige para el SASP parejas de la misma serología. Además de las pruebas, utilizan otros indicadores para inferir una condición serológica negativa. Estilizaciones corporales, matizadas por los vínculos afectivos con parejas sexuales, producen emociones que median el SASP. Como entienden la precariedad de los indicadores utilizados, los hombres a menudo recurren a las pruebas. Esto ocurre después de la exposición al riesgo, como un ritual de reparación para el drama del sexo sin protección, pero sin ninguna eficacia preventiva individual.

Palabras clave: sexo anal; HSH; VIH/Sida; suero elección; estilizaciones corporales; emociones

O drama do sexo desprotegido: estilizações corporais e emoções na gestão de risco para HIV entre homens que fazem sexo com homens

Introdução

Este texto discute gestões de risco para o HIV no sexo anal desprotegido (SAD) realizadas por homens que fazem sexo com homens (HSH) integrantes da comunidade gay do Recife. No Brasil, a prevenção da epidemia do HIV entre HSH permanece por quatro décadas como um grave problema de saúde pública. Enquanto a prevalência do HIV foi estimada em 0,6% para a população em geral – 0,8% para homens (Brasil, 2012), a estimada para HSH figura em 18,4% (Kerr et al., 2018). No Recife a prevalência saltou de 5,2%, em 2009, para 21,5%, em 2016 (Kerr et al., 2013; Kerr et al., 2018). Conforme o Ministério da Saúde, houve uma tendência de aumento na proporção de casos de Aids entre HSH nos últimos dez anos, “que passou de 35,6% em 2006 para 47,3% em 2016: um incremento de 32,9%” (Brasil, 2017a: 14).

O aumento na incidência do HIV e nos casos de Aids entre os HSH certamente teve como causas o retrocesso moralista sobre sexualidade e gênero e os baixos investimentos públicos na prevenção do HIV que caracterizaram a última década (Grangeiro, Castanheira & Nemes, 2015; Parker, 2015; Ferraz & Paiva, 2015; Mora et al., 2018). No entanto, também é preciso considerar, além das dimensões sociais e programáticas, os aspectos pessoais e intersubjetivos que confluem para tornar categorias sociais, pessoas e grupos vulneráveis ao HIV (Ayres et al., 2003; Paiva, 2008; Rios, 2013).

Neste texto focamos os critérios pessoais, conjugados a questões sociais mais amplas, para a decisão pelo SAD nas parcerias fixas e casuais, identificando práticas de gerenciamento de risco para o HIV alternativas às prescritas pelas políticas de saúde, aquilo que a literatura denomina de comportamentos soroadaptativos (Eaton et al., 2009; The Global Forum on MSM, 2014, Ferraz & Paiva, 2015). Os estudos os têm relacionado com a saturação do preservativo como medida de proteção, a disseminação de conhecimentos sobre a transmissão do vírus e as evidências sobre o sucesso de tecnologias biomédicas no tratamento e na prevenção (Silva & Iriart, 2010; De Luiz, 2013; Nodin et al., 2014; Grace et al., 2014). As

modalidades mais recorrentes são o coito interrompido, o soroposicionamento¹ e a soroescolla (seleção de parceiros sexuais de mesma sorologia). No último caso, em parcerias fixas soronegativas, pode-se incluir a segurança negociada: o uso de preservativo com parceiros casuais (Ferraz & Paiva, 2015; Terto Jr, 2015).

A gestão (ou gerenciamento) de risco é comumente compreendida como um processamento cognitivo: cálculos realizados pela pessoa para decidir sobre dada conduta, em função do conhecimento sobre o agravo e os modos de prevenção), como apresentado, por exemplo, no Modelo Transteórico (Prochaska & Velicer, 1997).² No entanto, várias pesquisas mostram que os contextos e as emoções são, muitas vezes, mais contributivos para a exposição ao HIV do que o conhecimento (Paiva, 2008; Rios et al., 2008; Silva & Iriart, 2010; Chakrapani et al., 2013; Rios, 2013; Nodin et al., 2014).

Sem desprezar os conhecimentos dos indivíduos sobre o HIV, neste texto buscamos explorar a dimensão mais somática (Csordas, 2008) das experiências sexuais, utilizando a noção de estilização corporal (Butler, 2003) para operacionalizar a análise das cenas de SAD e adensar a compreensão dos processos de autogestão de riscos. As estilizações são compreendidas como (com)posições sociais, resultados estéticos e de expressividade do agenciamento (consciente ou inconsciente) de elementos corporais (constituição física, gestual, sotaque, vestuário, adereços etc.) com efeitos de enunciações de identidades. Quando alguém é adscrito a uma estilização, há a produção de sentidos (significados, valores, emoções e sentimentos) que orientam as interações (Rios, Paiva & Brignol, 2019).

Método

A pesquisa³ teve enfoque etnográfico e foi realizada entre 2013 e 2017, incluindo observação participante na comunidade gay do Recife, 25 entrevistas de

¹ Baseado nos estudos sobre a hierarquia dos riscos de infecção conforme as posições assumidas no sexo anal (Meng et al., 2015), o parceiro de sorologia negativa opta por sexo anal receptivo (SAR) quando ambos os parceiros são negativos e opta por sexo anal insertivo (SAI) quando o parceiro é positivo ou de sorologia desconhecida.

² Nesse modelo, o foco recai no indivíduo e as mudanças de comportamento devem ser compreendidas e estimuladas a partir de cinco construtos: estágios de mudança, processos de mudança, balanço decisório, autoeficácia e tentação.

³ A pesquisa teve apoio do CNPq (Processos 405259/2012-3, 470088/2013-3, 305136/2014-3, 310468/2018-3) e dos programas de Iniciação Científica da Facepe e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE.

cunho biográfico (2015), inquérito comportamental⁴ com 380 HSH (2016-2017) e 20 entrevistas temáticas com os respondentes do inquérito (2016). Neste artigo priorizamos as observações e as entrevistas biográficas, utilizando os resultados do inquérito de forma secundária, a partir do que já foi discutido em outros trabalhos (Rios et al., 2018; Rios, Paiva & Brignol, 2019), para melhor contextualizar o universo pesquisado.

Nas entrevistas biográficas os interlocutores foram convidados a falar de suas histórias segundo o curso de vida sexual, tendo descrito cenas sexuais da infância, da juventude e da adultez. Inspirados na teoria dos *scripts* de Gagnon (2006), os/as entrevistadores/as auxiliaram na construção narrativa, explorando os diversos constituintes das cenas (local, tempo, pessoas etc.), inclusive as práticas preventivas. Os entrevistados foram recrutados com base em contatos estabelecidos em espaços de homosociabilidade ou por rede de relações dos/as pesquisadores/as.

Foram entrevistados HSH de idade variando entre 18 e 38 anos, dos quais 14 eram estudantes universitários e, destes, dois trabalhavam formalmente. Os outros assumiam postos de trabalho variados, sem grandes exigências quanto à escolarização e com baixa remuneração. A classificação de gênero se deu de acordo com as categorias nativas e foi realizada pelos entrevistadores por meio de estilizações corporais assumidas pelos entrevistados no momento das entrevistas.⁵ Quatorze foram

⁴ O inquérito consistiu em uma pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas (PCAP) sobre sexualidade e prevenção do HIV. Foi utilizado um instrumento com questões fechadas, de aplicação individual com auxílio de um entrevistador, elaborado a partir dos instrumentos empregados em PCAP nacional (Brasil, 2011), em estudo realizado por Raxach et al. (2007) e uma primeira análise das 25 entrevistas com foco biográfico. A seleção da amostra fez uso da técnica da referência em cadeia, usada para pesquisas com populações que se invisibilizam no tecido social (Valente, 2010). Para possibilitar a ampliação da heterogeneidade de marcadores sociais, foram formadas 10 redes de respondentes, iniciadas com residentes de seis municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR). Os primeiros entrevistados indicaram outros HSH, na faixa de idade entre 18-60 anos, e assim sucessivamente. A maioria dos participantes era negra (65,5%), não tinha religião (59,9%) e era solteira (65%). As idades variaram entre 18 e 51 anos, com média de 24 anos. Muitos estavam desempregados (46,7%) e o nível educacional era alto: 64,7% tinham nível universitário completo ou incompleto. Estar estudando ou estagiando eram as razões mais comuns (71,6%) para não trabalhar. A renda individual era de aproximadamente R\$ 1.234,80 por mês. Sobre o modo de ser e se expressar, a categoria efeminada foi escolhida por 31,8% dos respondentes, 23,3% escolheram masculino e 44,8% optaram pela categoria “não sabe”. No que se refere à posição sexual, 8,0% referiram ser exclusivamente passivos, 8,5% exclusivamente ativo, 17,3% versátil mais ativo, 22,7% versátil mais passivo e 43,5% versátil. Para mais informações sobre o inquérito, cf. Rios et al. (2018) e Rios, Paiva e Brignol (2019).

⁵ Perguntados sobre com qual *gênero* se identificavam (sem apresentar categorias), a grande maioria respondeu “homem”. Aprofundamos, então, o entendimento sobre as categorias êmicas e critérios de classificação e cada entrevistador/a classificou seus entrevistados. Num segundo momento, uma reanálise da categoria *boy* permitiu identificar uma segunda categoria de homens masculinos, *cafuçu*. Retomaremos as categorias mais adiante.

classificados como *pintosas* (efeminados), e 11, como *boys* (masculinizados). As posições sexuais foram autorreferidas: três se disseram *passivos* (SAR), um *ativo* (SAI), 13 *versáteis* (realizam SAR e SAI), seis “*versáteis* com preferência pela *passividade* sexual” (VerPas), e dois “*versáteis* preferindo ser *ativos*” (VerAti) (conferir quadro 1).

Quadro 1: Caracterização dos entrevistados

Nome fictício	Raça ⁶	Idade	Ocupação	Estilo	Posição sexual
Bacante	Pardo	18	Estudante do ensino médio	Pintosa	Passivo
Wagner	Preto	18	Cabeleireiro e maquiador	Pintosa	Passivo
Eduardo	Branco	33	Cabeleireiro	Pintosa	VerPas
Hebert	Preto	24	Camareiro	Pintosa	VerPas
Luan	Branco	29	Vendedor	Pintosa	VerPas
Marcos	Pardo	19	Soldado/ Universitário	Pintosa	VerPas
Caio	Preto	23	Soldado	Pintosa	VerPas
Gilmar	Pardo	22	Universitário	Pintosa	VerPas
Leo	Pardo	18	Universitário	Pintosa	Versátil
André	Pardo	21	Universitário	Pintosa	Versátil
Fernando	Branco	22	Universitário	Pintosa	Versátil
Márcio	Amarelo	28	Universitário	Pintosa	Versátil
Antônio	Branco	38	Auxiliar de serviços gerais	Pintosa	VerAti
Valter	Preto	22	Professor de dança	Pintosa	Ativo
Matheus	Branco	23	Universitário	Boy	VerAti
Apolo	Branco	21	Desempregado	Boy	Versátil
Alejandro	Preto	26	Universitário	Boy	Versátil
George	Branco	34	Técnico em encanação	Boy	Versátil
Manuel	Branco	21	Universitário	Boy	Versátil
Rodrigo	Branco	23	Universitário	Boy	Versátil
Tales	Branco	28	Universitário	Boy	Versátil
Paulo	Branco	21	Entregador/Universitário	Boy	Versátil
Amaral	Branco	26	Comerciário/superior concluído	Boy	Versátil
Kaik	Branco	24	Universitário	Boy	Versátil
Daniel	Branco	18	Universitário	Boy	Passivo

Empregamos a análise temática (Blanchet & Gotman, 1992) para compreender as categorias “êmicas” utilizadas para descrever as cenas sexuais e o uso do preservativo. Construímos um quadro analítico com os principais temas (os

⁶ Autoclassificação.

contextos em que a camisinha deixou de ser usada) e buscamos as características dos personagens que interagem nesses contextos. Neste âmbito, diferenças nas estilizações corporais e nos vínculos entre parceiros se mostraram relevantes na produção de sentidos (significados, valores, emoções), orientando as cenas sexuais. A observação participante e os documentos públicos sobre a história da epidemia permitiram caracterizar o cenário comunitário e adensar as análises das dimensões sociais e programáticas da vulnerabilidade ao HIV dos nossos interlocutores.

Resultados e discussões

Recife gay

Por ocasião da pesquisa, Recife, capital do estado de Pernambuco, tinha cerca de 1,6 milhões de habitantes. O centro da cidade, em especial o bairro da Boa Vista, pode ser considerado o coração da comunidade gay, sendo frequentado por HSH de toda a RMR. O centro abrigava três boates, alguns bares e algumas festas mensais, três saunas e três cinemas pornôns. Também existiam *points* em postos de gasolina e no comércio ambulante informal, que se estabelecia à noite nas cercanias das boates. Nas narrativas, além desses espaços, banheiros públicos, parques e salas de bate-papo, sites e aplicativos de buscas de parceiros na internet foram mencionados como lugares de busca de sexo.

Como discutido em outro trabalho (Rios, Paiva & Brignol, 2019), três estilizações de gênero⁷ de HSH foram descritas pelos participantes da pesquisa: *pintosa* (feminino, identitariamente gay), *boy* (masculino, identitariamente gay) e *cafuçu* (masculino, identitariamente não gay).⁸ São personagens que reatualizam os dois modelos de parcerias sexuais identificados por Fry (1983) no Brasil. O primeiro modelo, denominado de hierárquico, uma vez que implica uma assimetria entre as categorias que o compõem, seria predominante nas “classes baixas” e no in-

⁷ A generalização das homossexualidades é recorrente nos estudos sobre HSH (Dangerfield et al., 2017). Sobre essa recorrência, Rubin (1975) sugere que o sistema de sexo-gênero também engendra os casais de mesmo sexo, atualizando a dicotomia, a assimetria e a complementariedade (erótica, afetiva, de divisão do trabalho etc.) entre os seres humanos categorizados como masculinos e como femininos.

⁸ O termo *cafuçu* remete a cafuzo (miscigenado entre negro e indígena) e é utilizado para se referir a HSH masculinos, pobres, de cor, que, por assumirem a posição *ativa* na interação sexual e receberem alguma compensação não sexual (presentes ou ajuda monetária), acreditam não terem as identidades de gênero ameaçadas (Rios, Paiva & Brignol, 2019). Eles interagem com os HSH gay identificados próximos às suas residências e locais de trabalho ou, eventualmente, em locais de laser (praias, bares, centros religiosos etc.).

terior do país, e alinha identidades sexuais (relacionadas às posições sexuais dos parceiros) e identidades de gênero: o *passivo* – IAR, efeminado, comumente nomeado *bicha*, se relacionaria sexualmente com o *ativo* – IAI, masculino, concebido como *homem mesmo*. Este modelo coexistiria com outro, originando nas “classes médias” das grandes metrópoles, advindo do processo de modernização do país (uso do discurso médico para a explicação das sexualidades), em que haveria uma lógica igualitária ou simétrica: as parcerias independeriam das posições sexuais, e ambos os envolvidos seriam concebidos como “entendidos” ou homossexuais.⁹

Talvez venha da “modernização da (homo)sexualidade” a emergência recente de mais uma identidade sexual, relacionada à posição sexual: *versátil*. Ela é utilizada para falar de homens que realizam SAR e SAI, borrando as representações que associam masculinidade/*atividade* e feminilidade/*passividade*. Os resultados do inquérito mostram que há, independentemente de estilização, uma forte tendência à versatilidade (83,5%) (Rios, Paiva & Brignol, 2019).

No entanto, foi observada a reiteração de assimetrias de gênero no que se refere à atração sexual. Independentemente de classe, agenciamentos de elementos categorizados como femininos (*pinta*) tornam os homens menos desejáveis, tanto para *boys* como para *pintosas*. Isto produz uma tendência de *pintosas* e *boys* buscarem se relacionar sexualmente com homens masculinos, o que quebra a suposta reciprocidade afetivo-sexual que o modelo masculino/feminino deveria engendrar. Há, entretanto, *pintosas* que querem se relacionar com *pintosas* e outras que buscam parceiros sexuais nas bordas da comunidade gay, interagindo sexualmente com os *cafuçus* (Rios, Paiva & Brignol, 2019).¹⁰

Em conjunto, desejabilidades e posições sexuais apontam caminhos para a propagação do HIV no caso do sexo desprotegido (Rios, Paiva & Brignol, 2019). Destaquemos que os praticantes de SAR desprotegidos estão sujeitos a maior risco de infecção pelo HIV que os de SAI, e os *versáteis* são elos amplificadores (maiores chances de receber e passar o vírus) nas cadeias de transmissão (Meng et al., 2015).

⁹ Fry (1983: 105) sublinha que os dois modelos poderiam ser invocados situacionalmente por uma mesma pessoa e sugere uma tendência de o “modelo hierárquico ceder gradualmente ao modelo igualitário, já que este último conta como principais protagonistas não somente a ciência médica e a psicoterápica, mas também as camadas mais poderosas da sociedade”. Uma vasta literatura vem discutindo as atualizações desses modelos em diferentes contextos e tempos históricos. Vide, por exemplo, Guimarães (2004); Heilborn (2004); Parker (1991, 2000); Rios (2003, 2011, 2013); Oliveira (2013).

¹⁰ Conforme Rios, Paiva e Brignol (2019), jogos hierárquicos se recriam nas frestas do modelo simétrico (*boy/boy* e *pintosa/pintosa*). Além da própria economia dos desejos, apontada acima, dentro da comunidade gay, as categorias *pintosa* e *passiva* são as mais usadas para ofender e discriminar os HSH, reiterando o menor valor da feminilidade no sistema de sexo-gênero da sociedade brasileira (cf. também Rios et al., 2018).

Contexto programático

A observação participante realizada ao longo da pesquisa mostrou um desinvestimento em ações de prevenção do HIV/Aids de base comunitária voltadas aos HSH. As ações de prevenção nos espaços de homosociabilidade se concentraram na distribuição de informativos, camisinha e gel lubrificante nos eventos LGBT de carnaval e na Parada da Diversidade Sexual, e na disponibilização de preservativos gratuitos em algumas saunas e cinemas pornôs. Conforme Rios, Paiva e Brignol (2019), 73,2% dos respondentes do inquérito comportamental afirmaram frequentar bares e 76,8%, boates nos seis meses anteriores à entrevista. No entanto, respectivamente 5,5% e 6,1% receberam camisinhas nesses locais.

Uma atuação pública bastante sofrível quando consideramos que 93,4% dos respondentes tiveram sexo com homens nos últimos seis meses, com uma média de três parceiros. Nesse contexto, nos últimos seis meses, 61,8% dos participantes do inquérito tiveram sexo com parceiros casuais, dos quais 29,8% fizeram SAD ao menos uma vez. Dentre os que afirmaram ter sexo com parceiros fixos (58,7% dos respondentes), 57,4% afirmaram ter tido SAD ao menos uma vez nos últimos seis meses (Rios, Paiva & Brignol, 2019).

A ausência de intervenção comunitária pode ser um reflexo da perspectiva que orientou o Ministério da Saúde entre 2014 e 2016, que, em conformidade com a Unaid (2014), focava no tratamento como prevenção – TcP¹¹ (Parker, 2015). Em 2014 e 2015, as campanhas televisivas, lançadas no Dia Mundial de Enfrentamento da Aids e no carnaval, enfatizaram a testagem e o tratamento (Brasil, 2014, 2015). Apenas a partir do final de 2016, a perspectiva passou a focar na prevenção combinada, em que diferentes tecnologias preventivas são apresentadas (Brasil, 2016).

As evidências empíricas que sustentam o TcP apontam para a importância da testagem e da adesão ao tratamento para diminuir a chance de infecção (Unaid, 2014); no entanto, embora exista no Recife acesso gratuito ao teste e, em tese, PVH tenham direito a tratamento ofertado pelo Estado, havia uma grande dificuldade para iniciarem e manterem o tratamento com qualidade (Rios, Paiva & Brignol, 2019). Situação esta encontrada em várias partes do Brasil, como apontava a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA, 2015). Sobre isso, Grangeiro, Castanheiro e Nemes (2015) sublinham que, no Brasil, o número de pessoas infectadas que conhecem o seu diagnóstico e estão fora dos serviços de saúde ou com carga viral detectável é aproximadamente o dobro do número de

¹¹ Embasa-se nas evidências de que a pessoa vivendo com HIV (PVH) em tratamento, com carga viral indetectável, não transmite o vírus.

peças com diagnóstico desconhecido, o que revela uma clara dificuldade de as políticas garantirem o tratamento de forma sustentável.

Vale mencionar que a Profilaxia Pós-exposição (PEP) era pouco divulgada (Filgueiras & Maksud, 2018; Brasil, 2017c) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) ainda não estava disponível na Rede Pública (Brasil, 2017d). Essa dimensão programática, junto com os outros elementos que compõem a sociabilidade na comunidade, deve ser levada em conta para uma melhor compreensão das narrativas de nossos interlocutores.

Gestão do risco: soroescolha

Nenhum dos entrevistados se identificou como PVH e todos tinham as informações básicas sobre prevenção do HIV. Apesar de poucos relatarem ter contato com PVH, sabem que os HSH são especialmente afetados pela epidemia, como relatam Luan e Gilmar.

[Nessas relações casuais que têm, vocês usam camisinha?] Com certeza. Eu tenho o maior medo de pegar Aids. Porque aqui onde eu moro tem um índice muito alto dessa doença em homossexuais (Luan, 18 anos, branco, *pintosa, versátil passivo*).

[...] só com camisinha mesmo. Independente de quem for. [...] Não só por conta de Aids, que é sério. Mas não é a única coisa que se transmite quando se transa (Gilmar, 22 anos, pardo, *pintosa, versátil passivo*).

Alguns entrevistados contam ter iniciado seus percursos sexuais na adolescência, quando não tinham informações suficientes para discernir sobre a importância do uso da camisinha. Após serem informados, passaram a utilizá-la como medida de prevenção. A maior parte disse se negar ao SAD. Não obstante, as cenas de exceção foram se multiplicando, a ponto de podermos afirmar que todos o realizaram em algum momento da vida.

Nenhum deles mencionou o posicionamento sexual ou o coito interrompido como medidas para redução de risco no sexo anal, preponderando a soroescolha.¹²

¹² Na ocasião da pesquisa o soroposicionamento, o coito interrompido e a soroescolha não faziam parte das informações usualmente ofertadas em materiais informativos sobre prevenção do HIV, e eram, mesmo, contraindicadas pelos profissionais de saúde. Por isso, as práticas soroadaptativas eram concebidas pelos pesquisadores como práticas alternativas de gerenciamento de risco.

Exploraremos, na sequência, os quatro contextos balizadores para o SAD: com pessoas conhecidas, relacionamentos fixos, com estranhos, bolhas protetoras.

Conhecidos

Sobre o uso de preservativo, André (21 anos, pardo, *pintosa, versátil*) comenta: “Quando se tem essa questão da rotatividade, por mais que você goste muito da pessoa, por mais que você conheça ela [há] muito tempo, que você [tenha] uma intimidade, não tem como você descartar isso”. Como Luan e Gilmar, ele sabe que não é possível identificar uma PVH pela aparência. No entanto, quando é questionado sobre SAD, completa:

Já. Duas vezes, se eu não me engano. [...] Tinha toda a confiança na pessoa que eu já conhecia há muito tempo. Então, logo depois, foi aquela coisa que você tem que dar um tempo para saber se você tem alguma coisa ou não. [...] (André, 21 anos, pardo, *pintosa, versátil*).

A ausência de preservativo é quase sempre justificada com alegações sobre conhecer o parceiro, os hábitos e a rede de convivência, o que conferiria *confiança* em uma condição sorológica negativa. Gilmar explica:

Quando você conhece o dia a dia, sabe como é que a pessoa é, sabe com quem a pessoa se relaciona [...], se a pessoa se cuida ou não, se a pessoa se preserva. Então, eu transo com os meninos, não é tipo um menino que conheci na balada hoje. [...] Já tem uma certa intimidade, já conheço e tal... (Gilmar, 22 anos, pardo, *pintosa, versátil passivo*).

Em relatos como o de Gilmar é preciso certo tempo para que esse conhecimento se realize e produza confiança. Nessa linha, *amigos*, por serem bem conhecidos, são pessoas confiáveis.

E camisinha sempre. Eu não deixo. Agora, teve uma ocasião ou outra, com um amigo meu, que eu acabei transando sem camisinha. Mas é aquela coisa, sabe? Você fica numa agonia. “Porra! Sem camisinha, e agora?”. Depois que você faz o exame e vê que tá tudo ok, chega a dar um alívio. [...] Eu acabei confiando, porque era um conhecido. [...] Não era desses que eu encontro na rua, sei lá (Amaral, 26 anos, branco, *boy, versátil*).

No relato de Amaral, além do *conhecimento* e da *confiança*, entram como ele-

mentos para configurar uma cena de SAD a *agonia do tesão* e a ausência de camisinha no local da interação. Ainda que não explicitado nos outros extratos de fala, o *tesão* se configura como importante motivador para SAD com *conhecidos* e *amigos*.

Namorados

O *conhecimento* e a *confiança*, encontrados em especial na figura de *amigos*, são muitas vezes suficientes para relaxar medidas preventivas. Nas relações fixas, o SAD é quase obrigatório.

Eu vou ser sincero com você, hoje em dia, como a gente tem uma relação mais fixa, a gente resolveu abandonar a camisinha. Mas os dois fizeram os testes. [...] A gente criou uma regra pra nós dois: [...] se ele sair com outra pessoa, ele use camisinha, com as mulheres no caso. E o mesmo caso comigo também [...]. Realmente acontece com muito amor, muito carinho, porque a gente tem muito afeto um pelo outro, na verdade (Eduardo, 33 anos, branco, *pintosa, versátil passivo*).

Eduardo qualifica um conjunto de sentimentos, como *amor, carinho e afeto*, que se juntam ao *conhecimento* e à *confiança*, que leva à decisão pelo SAD. Ele e o parceiro, além de terem feito a testagem antes de retirarem a camisinha, se utilizam da segurança negociada. Não obstante, a realização do teste antes do SAD em parceria fixa é exceção. Foi em um contexto como esse que um conhecido de Apolo se infectou.

Eu conheço um cara que é soropositivo e ele vive tranquilamente, normal. Não aparenta, toma seus remédios. [...] E, no mesmo dia em que ficamos, não ficamos só de beijo. [...] Ele me contou: “Olha, preciso te contar uma coisa. Você merece saber que sou soropositivo” [...] E ele contou como é que aconteceu. E foi com o namorado dele. De anos, que ele confiava 100%, que foi com outro cara e pegou e passou pro namorado (Apolo, 21 anos, branco, *boy, versátil*).

Mesmo sabendo da possibilidade de se infectar pelo HIV com alguém que se *conhece, confia e ama*, Apolo relata deixar de usar a camisinha quando *namora sério*.

[Mas, usa sempre preservativo?] Sim, claro! Não com meu namorado! [...] A gente tem uma confiança um no outro. Quando eu namoro sério, quando eu vejo que realmente é algo sério, quando tem alguma coisa a acrescentar, eu acho que não precisa tanto. No comecinho, eu acho que ainda vai. Depois que você conhece mesmo a pessoa, entre aspas, aí, não.

Em casos de SAD, sem uma conversa sobre condições sorológicas ou uso com parceiros extraconjugais, o teste anti-HIV aparece apenas quando há *traição* ou o *namoro acaba*.

O tempo foi passando, a gente foi tendo relações e chegou um dia em que eu disse que estava gostando dele, e ele disse que também estava gostando de mim. [...] E a partir do momento em que a gente passou a morar junto, eu disse que não usaríamos mais camisinha, e ele aceitou. [...] Então, eu passei a confiar nele. Mas, a partir do momento que eu escutei um comentário de que ele estava me traindo, eu comecei a usar camisinha de novo. [...] Chegamos a fazer os exames e não deu nada. E eu passei a confiar de novo, e voltamos a fazer sem camisinha (Hebert, 24 anos, preto, *pintosa, versátil passivo*).

Estranhos

Em contextos marcados por *tesão* e/ou *amor*, com *conhecidos*, *amigos* e *namorados*, a *confiança* faz com que se compartilhe com o parceiro a responsabilidade da proteção. Por outro lado, o não conhecimento da pessoa é o principal argumento para o sexo protegido.

Eu sempre tive muito medo de pegar doença. Eu ficava imaginando: “Aque-la pessoa tem uma doença”, mesmo que ela não tivesse. Era um preconceito, é um cuidado que eu tenho comigo (Marcos, 19 anos, pardo, *pintosa, versátil passivo*).

Se, para Marcos, o *estranho* é perigoso, para outros interlocutores o *estranho*, ainda que sinalize perigo, também pode ser o incremento da excitação, do *tesão*.

[Já transou assim com o pessoal? “Ah! Peguei agora e ‘tô com vontade e vou...”]. Já! Já fiz muito isso, [...] mas depois bate um certo receio, sabe? [...] “Putaquepariu, acho que fiz merda!”. Mas já trepei adoidado: na rua, em casa, em carro, em dark room de boate... (Apolo, 21 anos, branco, *boy, versátil*).

Situações de excitação, com a presença de *estranhos*, em especial em *surubas* (sexo grupal) e nos *dark rooms* (local escuro para sexo em boates), são descritas como de muito *tesão* e nas quais a camisinha pode sair de cena.

Já cheguei a sair numa noite com 19 homens. Eu e mais dois gays [...]. Um menino ‘comia’ meu amigo, aí, depois, vinha pra mim e depois ia pro outro, entendeste? [...] [E vocês chegaram a usar preservativos?] Só teve um só que eu não usei. Porque eu já tava sem saco, já. Mas, com o resto, eu usei. Porque ele eu achei o mais bonitinho, eu achei que ele não tinha doença não. [...] Aí que tá o processo. A gente achar que, só porque é bonitinho, não tem doença (Hebert, 24 anos, preto, *pintosa, versátil passivo*).

Hebert menciona mais um indicador de avaliação de risco para o SAD: “bonito, logo não teria doença”. Muitos de nossos interlocutores apresentaram, sub-repticiamente, a noção que é explicitamente apresentada por Herbert e Antônio: a aparência corporal como modo de identificar se alguém é portador do HIV.

[Mas acha que, se tivesse (HIV), ia saber como?] Se eu começasse a cair o cabelo ou ficasse muito magro mesmo. Aí, eu procurava um médico. [Pelos sintomas, né?] Eu nunca fui pra médico. [...] Porque tem gente que diz assim: “Menino, tás tão magro.” “Mas eu não tô com Aids, não.” Aí, tem uns que dizem assim: “Tás tão gordo.” Se a gente tá magro, tá com Aids; se a gente tá gordo, o que gente tem agora? (Antônio, 38 anos, branco, *pintosa, versátil ativo*).

Todos sabem de possíveis sofrimentos causados pela Aids, mas alguns confundem infecção pelo HIV com adoecimento, representando PVH como *magras* e enfermas, e os soronegativos como *aparências saudáveis*.

O povo, no próprio meio, tem preconceito com quem é aidético. [...] É, assim, querendo ou não, uma espécie de semivida, é como se a pessoa já estivesse condenada. Claro que a pessoa pode prolongar a vida através dos remédios. Mas o que eu sei dos efeitos colaterais dos remédios [é que] são terríveis (Amaral, 26 anos, branco, *boy, versátil*).

Emerge dos relatos uma das primeiras estilizações corporais historicamente relacionadas com as PVH, o *aidético*: *homem magro*, em *semivida*, *condenado* pela doença. Valle (2002), historicizando as categorias utilizadas no Brasil para se referir às PVH, situa a emergência de *aidético* no ano de 1987. *Aidético* surge como uma identidade que definia PVH de diferentes experiências sociais e subjetivas, sintomáticas ou não, “associada com devastação corporal e uma finitude não desejada” (Valle, 2002: 185). O autor lembra que o *aidético* foi midiaticamente corporificado pelo cantor Cazuza, que publicizou seu processo de adoecimento e morte: “A cara de Cazuza definindo-se como a cara da Aids tornou-se a mais conhecida imagem cultural corporificada de uma vítima da Aids e, sobretudo,

de um aidético” (2002: 185). No Recife, o *aidético*, em “contraste com as ideias e imagens de pessoas saudáveis” (Valle, 2002: 186), permanece dando sentido às interações sociais.

Bolhas protetoras

Marcos e Daniel, que apresentaram apreensões semelhantes sobre o *medo* do estranho, mencionaram se sentirem protegidos em determinados contextos em que as pessoas seriam mais esclarecidas sobre HIV/Aids e proteção. No relato de Daniel, esse contexto é a universidade, ambiente frequentado por pessoas de *classe média*, mais *informadas*, conferindo proteção às relações sexuais:

E eu acho que também a classe social. Que eu acho que os gays com que eu me relaciono são de uma melhor educação, têm mais acesso à informação. [...] Quanto mais alto o poder aquisitivo, mais o acesso à informação e mais prevenção você tem. [...] Eu acho que o perigo maior mesmo tá nas comunidades carentes, nos gays carentes, que não têm acesso à informação. [...] Na bolha, né? Que eu prefiro dizer que é uma bolha. [...] Nesse mundinho que eu vivo. De vir pra (Universidade) Federal, sexta-feira, conhecer um boy, provavelmente daqui. Ou, se não for daqui, é amigo de alguém daqui (Daniel, 18 anos, branco, *boy, passivo*).

Podemos interpretar a *bolha* como embasada em processos de estigmatização (Elias & Scotson, 2000), que hierarquizam categorias de pessoas e associam, no caso, as categorias subalternizadas com falta de cuidado em saúde. Assim, os homens mais bem localizados socialmente (gays de classe média, universitários, portanto, esclarecidos) estariam intrinsecamente protegidos do HIV, e os gays pobres e/ou não universitários, supostamente com menor acesso às informações, seriam mais suscetíveis a práticas de risco e infecção pelo vírus. No caso de Marcus (19 anos, pardo, *pintosa, versátil passivo*), soldado, estudante de Enfermagem, a *bolha* é o quartel.

Porque, assim, no quartel, não tem tanto perigo de você pegar uma doença. Primeiramente, por tá no hospital. O pessoal está sempre fazendo inspeção de saúde, em três meses ou são dois meses. A gente faz o exame de sangue e essas coisas. Então, tá todo mundo meio que seguro, vamos dizer assim. E, também, o hospital distribui camisinha, tudo isso sobre essas coisas. Então, acredito que o pessoal lá está consciente por conta do ambiente militar e por ser um hospital.

Como no caso dos *conhecidos e namorados*, a *bolha* desloca a responsabilidade pela proteção para outrem, neste caso, para toda uma coletividade. A universidade e o quartel/hospital são constituídos como territórios seguros, ainda que essa segurança não resista a uma análise mais profunda. Nada garante que ter conhecimento ou certa posição de classe, ou mesmo ser profissional de saúde, impeça que os integrantes das *bolhas* sejam PVH assintomáticas.

Tesão e alívio

Nessa linha, uma terceira estilização corporal apareceu de modo sub-reptício nas narrativas, sempre que alguém questionou seus critérios para se permitir o SAD: o “soropositivo de aparência saudável”. Historicamente, a emergência desta categoria é caudatária de dois avanços biomédicos: a ampliação da testagem, que permitiu identificar a presença do vírus antes do adoecimento, e o avanço no tratamento, que possibilitou a postergação e/ou a remissão do adoecimento (Valle, 2000).

Conforme Valle (2000), esta categoria emergiu entre 1991-1992 como uma nova face da Aids e revelava que as PVH aprendiam a viver com a doença e a retornar à vida social quando tratadas. Tal como Cazuzza foi para *aidético*, Magic Johnson, jogador de basquete norte-americano, corporificou a nova categoria: “[...] uma combinação de ideias de doença, coragem, força física e saúde. Passou-se a falar dos soropositivos assintomáticos. [...] portadores sadios do vírus, que viviam uma vida normal”. Não obstante: “Havia sempre uma sombra na consciência por trás dessa nova representação cultural da saúde no corpo de um doente. Sua identidade funcionava no campo ambíguo de contraste e interação entre saúde e doença” (: 186).

Na atualidade, a “sombra na consciência”, o “campo ambíguo de contraste entre saúde e doença” do soropositivo de aparência saudável, permanece e sustenta a ideia de *perigo* e o sentimento de *medo* entre nossos interlocutores. Ainda que não seja suficiente para impedir que, em determinadas circunstâncias, o SAD aconteça, a maior parte das cenas é acompanhada de autocrítica, o que mostra o conhecimento do contexto epidemiológico e das medidas de prevenção, bem como a precariedade dos indicadores usados para a gestão de risco.

Nesse contexto, a testagem anti-HIV se torna quase um imperativo. Valle (2010) situa a testagem anti-HIV como uma tecnologia biomédica subjetivante, na medida em que, sob o signo da racionalização e guiada pelo Estado e suas políticas, a pessoa que se submete ao teste é definida/identificada em sua relação com a Aids. Assim, no caso em estudo, as estratégias preventivas adotadas convergem, agonicamente, para a testagem: uma derradeira tentativa de ter a prova do sucesso das perigosas avaliações do risco. Em outras palavras, a percepção de exposição ao

risco desloca a utilização das estilizações (pessoa saudável, *aidético*, soropositivo de aparência saudável), comumente acionadas para decidir sobre um possível parceiro sexual, para pensar a própria pessoa. Cria-se, então, uma indefinição subjetiva, dada a centralidade da condição sorológica para as três categorias/estilizações. O recorrer à tecnologia biomédica do teste permitirá a reiteração de um antigo *status* ou a produção de um novo *status*, não apenas sorológico, mas também subjetivo.

No caso dos relacionamentos fixos, quando um parceiro se mostra infiel, ele perde a credibilidade, e surge a exigência da testagem. No caso dos *amigos*, *conhecidos* e *estranhos*, como não há promessas de fidelidade e a vinculação é menos intensa, a testagem acontece tão logo se fecha a janela imunológica.

Com o resultado negativo do teste, produz-se mais uma emoção, a descarga da tensão do não saber e o sentimento de *alívio*. Como disse André (21 anos, *parado*, *pintosa*, *versátil*) ao relatar as duas situações em que transou sem camisinha, “Logo depois, eu fui tipo louco fazer o exame”. Luan (29 anos, branco, *pintosa*, *versátil passivo*) completa:

Sempre quando isso [SAD] acontece, eu faço exame, depois de dois ou três meses e, graças a Deus, dá negativo. Eu tenho o maior medo de pegar essa doença, sei nem como eu vou ficar se um dia eu pegar isso. Não quero que ninguém pegue e também não quero pegar, mas quem não se cuida tem grande chance de pegar.

Podemos dizer que a testagem emerge como um ritual reparador para um drama (Turner, 2005) que se inicia no encontro com alguém disponível para o sexo, se desenvolve na manifestação do *tesão* e/ou do *amor*, e se realiza na cena de SAD. Não obstante, o teste não cura, ele apenas desvela. Além disso, não raro, passado o *alívio*, as pessoas voltam às etapas iniciais do drama, em um ciclo que se repete *ad infinitum*. Em adição, vale que se diga, a PEP, disponibilizada gratuitamente nos serviços de saúde e que teria eficácia de reparação, não apareceu em nenhum dos relatos.¹³

Testagem e prevenção

Estudos quantitativos realizados no Brasil mostram a recorrência de SAD entre HSH (Kerr et al., 2013; Kerr et al., 2016; Brignol et al., 2015). As justificativas

¹³ Não perguntamos sobre o uso da PEP e isto também não emergiu de forma espontânea, como ocorreu com o uso do teste. Destacamos que este foi assunto do inquérito em que apenas quatro, dos 380 respondentes, relataram o uso.

mais frequentes são “confiança”, “estar apaixonado”, “estar com muito tesão” e o “parceiro parecer saudável” (Antunes & Paiva, 2013; Galvão Neto, 2013). Estudo etnográfico feito no Rio de Janeiro sublinhou o lugar do “amor” romântico no reforço das assimetrias de poder entre parceiros fixos e na vulnerabilidade para o HIV (Rios, 2013). Estudo etnográfico na internet com HSH praticantes de *barbacking* (SAD como centro de uma subcultura sexual) e soropositivos indica a importância do *tesão* no envolvimento com o SAD (Silva & Iriart, 2010).

Nossa análise permite compreender melhor a importância dessas categorias na lógica de gestão do risco que acontece no Recife, em que se alinham ao uso da camisinha indicadores de sorologia mediados por estilizações corporais (o homem belo, portanto, saudável, o *aidético* e o soropositivo de aparência saudável) articulados com vinculações afetivas (estranho, *conhecido*, *amigo* e *namorado*) que, quando engendram *confiança*, possibilitam o SAD. Embora *tesão* e *amor* pareçam anteceder a disposição para o SAD, em nossa interpretação, é o *parecer saudável* que acena para uma suposta soronegatividade para o HIV, que abre a possibilidade para as emoções positivas aflorarem (em oposição ao *medo*) e o sexo sem camisinha acontecer.

Na nossa interpretação, as estilizações operacionalizam aquilo que Barreto, refletindo sobre SAD em práticas de sexo grupal entre HSH, denominou, na esteira de Lévi-Strauss, de uma “ciência do concreto”. Uma teoria nativa que engendra técnicas de cuidado de si, atravessadas

por uma série de experiências pessoais e “saberes incorporados”, nas quais até mesmo sentidos como a visão, o gosto e o cheiro servem como categoria científica para identificar qualidades e perigos [que] atravessam essas práticas a todo momento (Barreto, 2018: 133).

Nessa linha, é importante destacar que os sentidos das estilizações estão incorporados nas pessoas, que os ativam muitas vezes de modo não volitivo. O fato de serem chamadas a refletir sobre os casos nas situações de entrevistas nos deixa a impressão de que a situação foi um cálculo de risco intencional.

O diálogo com a literatura permite dizer que ocorre no Recife um fenômeno recorrente em outras comunidades gays do mundo, onde o conhecimento biomédico é usado na gestão do risco, com relevo para a soroescolla. Eaton et al. (2009: 1279) sublinham que ainda que a soroescolla possa ser eficaz na diminuição do risco, “Infrequent HIV testing, lack of HIV status disclosure, co-occurring STIs, and acute HIV infection impede the potential protective benefits of serosorting”.

Nessa linha, observa-se que, como no Recife, a testagem nem sempre é utilizada para o conhecimento da sorologia do parceiro e a decisão pelo SAD. Em vários

contextos foi possível identificar o uso de uma sorologia presumida por indicadores pouco confiáveis cientificamente (De Luiz, 2013; Silva & Iriart, 2010; Chakrapani et al., 2013; Nodin et al., 2014; Grace et al., 2014; Barreto, 2018).

Nas parcerias casuais, há convergência no que se refere aos indicadores de soronegatividade. Em estudo realizado em Vancouver, Canadá (Grace et al., 2014), as redes de relações mediadas ou não pela internet (semelhante aos *conhecidos* e à *bolha* do Recife) assumem a proeminência na oferta de indicadores. Parece-nos que a *aparência saudável*, mesmo não sendo o critério mais enfatizado em Vancouver, como em outros contextos, como Portugal (Nodin et al., 2014) e Índia (Chakrapani et al., 2013), é importante balizador para os outros indicadores (cf. também Antunes & Paiva, 2013; De Luiz, 2013; Silva & Iriart, 2010; Galvão Neto, 2013; Eaton et al., 2009; Barreto, 2018).

Chamam a atenção as diferenças nas parcerias fixas. Enquanto nos estudos feitos em Portugal e no Canadá há uma tendência para a testagem antes do SAD, em nosso estudo só tivemos um relato sobre isto. Fenômeno que, guardando as suas especificidades, se repete em outras localidades do Brasil. Inquérito aplicado em São Paulo por Antunes e Paiva (2013) identificou que apenas 37% dos respondentes acessados em estabelecimentos gays do Jardins (classe média) e 29% no Centro (classe popular) realizaram a testagem antes do SAD com parceiros fixos. Em Cabo de Santo Agostinho, município da Região Metropolitana do Recife, dos que disseram ter parado de utilizar preservativo após algum tempo de relacionamento, 17,8% afirmaram realizar testagem prévia (Galvão Neto, 2013).

É significativo o fato de que temos no Recife um conjunto de pessoas que se testa constantemente. Não obstante, nossos dados não possibilitam estabelecer explicações sobre o que produz a “vontade de se testar” e, ao mesmo tempo, o uso incorreto da testagem, quando consideramos a cadeia da prevenção preconizada pela saúde pública. Os interlocutores não foram questionados sobre isto. Ainda assim, é possível estabelecer algumas conexões entre o fenômeno observado e a história da resposta à epidemia no Brasil, de modo a criar algumas hipóteses que possam ser mais bem exploradas futuramente.

No Brasil, o estímulo à testagem se configura na criação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que, a partir de 1994, por incentivo do Ministério da Saúde, iriam se espalhar por todo o país (Valle, 2002, 2010; Wolffenbuttel & Carneiro, 2007). O chamamento para a testagem se tornou presente nas campanhas midiáticas, que têm em “Fique sabendo”, de 2003, um marco. Ainda assim, na década de 2000, o protagonismo foi da camisinha, coadjuvada por mensagens desestigmatizantes sobre categorias sociais mais afetadas pelo HIV e as PVH (Brasil, 2003). Em 2014, entretanto, a ênfase muda para a testagem e o tratamento:

[...] nova abordagem de política pública que vem permeando todas as recentes ações de comunicação e que estará amplamente presente durante o ano de 2015, a campanha de 1º de dezembro 2104 terá como objetivos principais: o incentivo a testar e tratar com enfoque na adesão ao tratamento precoce (Brasil, 2014).

Focar o TcP não significou deixar de mencionar a camisinha nas peças publicitárias, ou distribuí-la nos serviços de saúde. Tomemos como exemplo a campanha “#partiuteste” de 2014.

Eu me previno, eu me testo, eu me conheço. #partiuteste (Post Facebook – Brasil, 2014).

Para se prevenir contra o HIV, vírus da AIDS, use camisinha sempre. Faça o teste de HIV em uma Unidade de Saúde do SUS, ele é rápido, gratuito, seguro e sigiloso. Se o exame der positivo, comece já o tratamento. Assim, você e as pessoas com as quais se relaciona ficam protegidas (Cartaz – Brasil, 2014).

Observamos que no modo como a mensagem foi construída não há explicação suficiente sobre como camisinha, teste e tratamento se articulam e em que momento cada um deve acontecer para a eficácia da prevenção. Em adição, não houve o balizamento das informações por ações corpo a corpo, como em outros momentos da resposta brasileira à epidemia (Ferraz & Paiva, 2015). Questionamos se a mensagem não teria sido interpretada de forma equivocada pelos nossos interlocutores, que só depois do SAD realizaram o teste.

É importante destacar que a campanha de 2016 (baseada na perspectiva da Prevenção Combinada), que aconteceu após a nossa coleta de dados, consegue avançar em relação à lacuna identificada, abordando as várias tecnologias de prevenção, contextualizadas em função dos recursos disponíveis para sujeitos e comunidades, como se pode observar em Brasil (2016).

Considerações finais

Os dados analisados permitem afirmar que estilizações corporais, que emergiram ao longo da história social da epidemia, balizadas pelas vinculações afetivas, produzem emoções que concorrem para as escolhas dos parceiros sexuais e o uso de medidas de prevenção nas cenas sexuais.

O recorrente uso da testagem sinaliza para a incorporação do clamor pelo “fique sabendo”. Do ponto de vista da política pública, o teste colabora para o controle da

epidemia. Não parece, entretanto, funcionar para a redução do risco pessoal, ainda que figure como um importante definidor de *status* subjetivo e produtor de *alívio*.

Alguns elementos novos entraram no cenário da prevenção brasileira e podem impactá-la positivamente: a divulgação da PEP e das outras possibilidades de prevenção, como ocorreu na campanha do 1º de dezembro de 2016 (Brasil, 2016); a regulamentação do autoteste para triagem do HIV para venda em farmácias (Brasil 2017d); e a disponibilização gratuita da PrEP para as populações-chave (Brasil, 2017b), iniciada em 2018.

Certamente essas medidas trarão importantes mudanças nas práticas preventivas dos HSH. Para que seus efeitos positivos sejam potencializados, o acesso precisa estar acompanhado de informações sobre como cada uma delas funciona, e deve considerar que, embora os HSH utilizem conhecimentos biomédicos para orientar suas condutas sexuais, na vida prática realizam gestões de risco calcadas nas experiências corpóreas por meio de estilizações, vínculos e emoções.

Enviado: 15/02/2019
Aceito para publicação: 29/05/2019

Referências bibliográficas

- ABIA, 2015. *Saúde em alerta: ABIA denuncia “maratona” do atendimento no SUS na cidade que receberá as Olimpíadas*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Disponível em: <<https://goo.gl/N6wCkD>>. [Acesso em 25.05.2017].
- ANTUNES, Maria & PAIVA, Vera. 2013. “Territórios do desejo e vulnerabilidade ao HIV entre homens que fazem sexo com homens: desafios para prevenção”. *Temas em Psicologia*. N° 21, p. 1-19.
- AYRES, José et al. 2003. “O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios”. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- BARRETO, Victor Hugo. 2018. “Risco, prazer e cuidado: técnicas de si nos limites da sexualidade”. *AVÁ*. Vol. 31, p. 119-142.
- BLANCHET, Anne & GOTMAN, Alain. 1992. *L'enquête et les méthodes: l'entretien*. Paris: Armand Colin.
- BRASIL. 2003. “Fique sabendo”. In: Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<https://goo.gl/MCxsiI>>. [Acesso em 25.05.2017].
- BRASIL. 2011. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2012. *Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011) – UNGASS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2014. “Dia Mundial de Luta contra a Aids”. In: Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<https://goo.gl/B1fNcf>>. [Acesso em 25.05.2017].
- BRASIL. 2015. “Campanha Dia Mundial de Luta contra a Aids 2015”. In: Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<https://goo.gl/ybwqX4>>. [Acesso em 25.05.2017].
- BRASIL. 2016. “Campanha do Ministério da Saúde sobre Prevenção Combinada – 2016”. In: Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<https://goo.gl/XVqaMQ>>. [Acesso em 25.05.2017].
- BRASIL. 2017a. *Boletim Epidemiológico – Aids e IST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2017b. “Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a profilaxia pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde”. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2017c. “Medicamento como prevenção para HIV será incorporado no SUS”. In: Site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<https://goo.gl/L25fMW>>. [Acesso em 25.05.2017].

- BRASIL. 2017d. “Teste de farmácia para HIV recebe registro da Anvisa”. *Portal Brasil*. Disponível em: < <https://goo.gl/DmtCBS>>. [Acesso em 25.05.2017].
- BRIGNOL, Sandra et al. 2015. “Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil”. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 31, nº 5, p. 1035-1048.
- BUTLER, Judith. 2003. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- CHAKRAPANI, Venkatesan et al. 2013. “Contextual influences on condom use among men who have sex with men in India: subjectivities, practices and risks”. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 5, nº 8, p. 938-51.
- CSORDAS, Thomas. 2008. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: UFRGS.
- DANGERFIELD Derek et al. 2017. “Sexual Positioning among Men Who Have Sex With Men: A Narrative Review”. *Arch Sex Behav*. Vol. 46, nº 4. p. 869-884.
- DE LUIZ, George. 2013. “The use of scientific argumentation in choosing risky lifestyles within the scenario of aids”. *Interface*. Vol. 17, nº 47, p. 789-802.
- DOWSETT, Gary. 2010. “Dancing with daemons: desire and the improvisation of pleasure”. In: AGGLETON, P. & PARKER, R. (orgs.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge. p. 264-270.
- EATON, Lisa et al. 2009. “A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: Serosorting and its implications for HIV transmission”. *AIDS Care*. Vol. 21, nº 10, p. 1279-1288.
- ELIAS, N. & SCOTSON, J. 2000. *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FERRAZ, Dulce & PAIVA, Vera. 2015. “Sex, human rights and AIDS: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context”. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 18, suppl.1, p. 89-103.
- FILGUEIRAS, Sandra & MAKSUD, Ivia. 2018. “Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades”. *Sex., Salud y Soc.* Nº 30, p. 282-304.
- FRY, Peter. 1983. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar.
- GAGNON, John. 2006. *A interpretação do desejo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- GALVÃO NETO, Celestino. 2013. *Comportamentos, atitudes e práticas sexuais e de saúde de homens que fazem sexo com homens em SUAPE*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- GRACE, Daniel et al. 2014. “HIV-negative gay men’s accounts of using context-dependent sero-adaptive strategies”. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 16, nº 3, p. 316-330.
- GRANGEIRO, Alexandre; CASTANHEIRA, Elen Rose & NEMES, Maria Inês. 2015. “A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento”. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Vol. 19, nº 52, p. 5-8.

- GUIMARÃES, Carmen Dora. 2004. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro, Garamond.
- HEILBORN, Maria Luiza. 2004. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond.
- KERR, Ligia et al. 2013. "HIV among MSM in a large middle-income country". *AIDS*. N° 27, p. 427-435.
- KERR, Ligia et al. 2018. "HIV Prevalence among Men Who Have Sex with Men in Brazil: Results of the 2nd National Survey Using Respondent-driven Sampling". *Medicine*. Vol. 97, n° 1S, p. S9-S15.
- MENG, Xiaojun et al. 2015. "Relative Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men Engaging in Different Roles in Anal Sex: A Systematic Review and Meta-analysis on Global Data". *AIDS Behav.* Vol. 19, n° 05, p. 882-889.
- MORA, Claudia et al. 2018. "HIV/AIDS: sexualidades, subjetividades e políticas". *Sex., Salud y Soc.* N° 30, p. 141-152.
- NODIN, Nuno; LEAL, Isabel & CARBALLO-DIÉGUEZ, Alex. 2014. "HIV knowledge and related sexual practices among Portuguese men who have sex with men" *Cad. Saúde Pública*. Vol. 30, n° 11, p. 2423-2432.
- OLIVEIRA, Leandro. 2013. "Sexual Diversity in the Erotic Market: Gender, Interaction and Subjectivities in a Suburban Nightclub in Rio de Janeiro". In: CLAM (org.) *Sexuality, Culture and Politics – a South American Reader*. Rio de Janeiro: CLAM. p. 508-528.
- PAIVA, Vera. 2008. "A psicologia redescobrirá a sexualidade?". *Psicologia em Estudo*. Vol. 13, n° 4, p. 641-651.
- PARKER, Richard. 1991. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller.
- PARKER, Richard. 2002. *Abaixo do Equador – culturas do desejo: Homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil*. Rio de Janeiro: Record.
- PARKER, Richard. 2015. *O fim da Aids?* Rio de Janeiro: ABIA.
- PROCHASKA, James & VELICER, Wayne. 1997. "The transtheoretical model of health behavior change". *American Journal of Health Promotion*. Vol. 12, n° 1, p. 38-48.
- RAXACH, J.C. et al. 2007. *Práticas sexuais e conscientização sobre AIDS: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual*. Rio de Janeiro: ABIA.
- RIOS, Luís Felipe. 2003. "Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro". *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, Rio de Janeiro. Vol. 19, supl. 2, p. 223-232.
- RIOS, Luís Felipe. 2011. "“LOCE LOCE METÁ RÊ-LÊ!": posições de gênero-erotismo entre homens com práticas homossexuais adeptos do candomblé do Recife". *Revista Polis e Psique*. Vol. 1, p. 276-300.
- RIOS, Luís Felipe. 2013. "Homossexualidade, juventude e vulnerabilidade ao HIV/Aids no Candomblé fluminense". *Temas e Psicologia* 21. N° 3, p.1051-1066.

- RIOS, Luís Felipe et al. 2008. “Os cuidados com a ‘carne’ na socialização sexual dos jovens”. *Psicol. Estud.* Vol. 13, nº 4, p. 673-682.
- RIOS, Luís Felipe et al. 2018. “‘Foi como se a gente tivesse visto a morte’: estigmatização, sofrimento psíquico e homossexualidade”. *Laplage em Revista.* Vol. 4, p. 140-158.
- RIOS, Luís Felipe; PAIVA, Vera & BRIGNOL, Sandra. 2019. “Passivos, ativos and versáteis: men who have sex with men, sexual positions and vulnerability to HIV infection in the Northeast of Brazil”. *Culture Health & Sexuality.* Vol. 21, p. 510-525.
- RUBIN, Gayle. 1975. “The traffic in women: Notes on the political economy of sex”. In: REITER, R. (ed.). *Toward an Anthropology of Women.* New York: Monthly Review. p. 157-210.
- SILVA, Luís & IRIART, Jorge. 2010. “Práticas e sentidos do *barebacking* entre homens que vivem com HIV e fazem sexo com homens”. *Interface.* Vol. 14, nº 35, p. 739-752.
- TERTO JR., Veriano. 2015. “Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/Aids em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis”. *Rev. bras. epidemiol.* Vol. 18, supl. 1, p. 156-168.
- THE GLOBAL FORUM ON MSM. 2013. *Serosorting and Strategic Positioning.* Disponível em: <<https://goo.gl/w6jBQ8>>. [Acesso em 09.11.2014].
- TURNER, Victor. 2005. “Dewey, Dilthey e Drama: um ensaio em Antropologia da Experiência (primeira parte)”. *Cadernos de Campo.* Nº 13, p. 177-186.
- UNAIDS. 2014. *90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.* Geneva: Unaid.
- VALENTE, Thomas. 2010. *Social networks and health: Models, methods, and applications.* Oxford: Oxford University Press.
- VALLE, Carlos. 2002. “Identidades, doença e organização social: um estudo das ‘pessoas vivendo com HIV e Aids’”. *Horizontes Antropológicos.* Vol.8, nº 17, p. 179-210.
- VALLE, Carlos. 2010. “Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS”. *Vivência.* Nº 35, p. 33-51.
- WOLFFENBÜTTEL, Karina & CARNEIRO, Nivaldo. 2007. “Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo”. *Saúde Coletiva.* Vol. 4, nº 18, p. 183-187.