

O uso da argumentação científica na opção por estilos de vida arriscados no cenário da aids

George Moraes De Luiz¹

DE LUIZ, G.M. The use of scientific argumentation in choosing risky lifestyles within the scenario of aids. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.789-802, out./dez. 2013.

This article deals with the use of scientific arguments that circulate in the day-to-day lives of men who have sex with men (MSM) in casual partnerships, as a strategy for managing the risks relating to sexual practices. The theoretical basis for this investigation was the discursive practices regarding risky lifestyles within the scenario of aids. Through the snowball technique, seven participants were chosen and they gave responses in semi-structured interviews. The results showed that scientific information circulating in the daily lives of the interlocutors of this study had been assimilated and that these individuals interpreted this information as a potential source for risk management. In summary, these men had developed risk management strategies relating to infection by STD and HIV and/or HIV reinfection, without necessarily basing them on the Brazilian government's official preventive policies.

Keywords: Scientific argumentation. Risk management. Sexual practices among men who have sex with men.

Investigam-se os usos de argumentos científicos que circulam no cotidiano de homens que fazem sexo com homens (HSH), em parceria casual, como estratégia para gerir riscos associados às práticas sexuais. O aporte teórico da pesquisa refere-se às práticas discursivas sobre estilos de vida arriscados no cenário da aids. Por meio da técnica *snowball* foram selecionados sete participantes, que responderam a uma entrevista semiestruturada. Os resultados indicam a assimilação de informações científicas que circulam no cotidiano dos interlocutores deste estudo interpretadas como potencial fonte na gestão de riscos. Esses homens desenvolvem estratégias de gestão de risco de infecção por DST, HIV e/ou a reinfeção pelo HIV sem basear-se, necessariamente, nas políticas oficiais de prevenção do governo brasileiro.

Palavras-chave: Argumentação científica. Gestão de riscos. Práticas sexuais entre homens que fazem sexo com homens.

¹ Discente, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rua Monte Alegre, 984, Perdizes. São Paulo, SP, Brasil. 05014-901. george_psico@yahoo.com.br

Este artigo resulta de um estudo de Mestrado em Psicologia Social, cujo objetivo foi entender como homens que fazem sexo com homens (HSH), em parceria casual, gerenciam os riscos de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou reinfecção pelo HIV, ao optarem por práticas sexuais sem o uso de preservativo (De Luiz, 2011). Elegemos, para esta discussão, a aproximação do discurso dos interlocutores com o conhecimento científico na área da aids. Vale salientar que as informações aqui discutidas são tomadas como práticas discursivas que circulam no cotidiano de nossos interlocutores, e utilizadas como potencial fonte de gestão de risco para esses homens.

A maior esperança de cura ou de descoberta de outras estratégias de prevenção à aids encontra-se no desenvolvimento de vacinas que possam impedir a instalação do vírus no organismo humano e, no caso de pessoas infectadas, a sua eliminação. Por isso, bilhões de dólares são investidos em estudos que visam produzir resultados na arena da aids. Enquanto a descoberta não chega, a sociedade tem de se acostumar com o cenário epidêmico e lidar de alguma forma com os riscos de infecção implicados tanto nos ensaios clínicos com seres humanos (Spink, 2007) quanto no cotidiano das práticas sexuais.

A Tabela 1, por exemplo, foi elaborada pelo Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2005) para auxiliar os gestores da saúde que atuam na área da prevenção a analisar o risco para o HIV por via de exposição.

Além da Tabela de Risco, há uma série de estudos no campo da aids denominados de novas tecnologias de prevenção biomédicas. A palavra tecnologia é de origem grega e significa "conjugação a técnica ao conhecimento para a satisfação de nossas necessidades" (Kalichman, 2009). Por serem humanas, essas necessidades são construídas no âmbito social e mudam conforme o contexto. Nessa perspectiva, o autor nos instiga a pensar no desenvolvimento de novas tecnologias que visem à

Tabela 1. Estimativa de risco para HIV por via de exposição*

Via de exposição	Risco para cada 10.000 exposições	Referências
Transfusão de sangue	9.000	Donegan et al. (1990)
Compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis	67	Kaplan e Heimer (1995)
Prática de sexo anal receptivo	50	Varghese et al. (2002) e European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992)
Agulha perfurocortante	30	Bell (1997)
Prática de sexo vaginal receptivo	10	Varghese et al. (2002), Leynaert, Downs e De Vincenzi (1998), European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992)
Prática de sexo anal insertivo	6.5	Varghese et al. (2002), European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992)
Prática insertiva de pênis na vagina	5	European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992), Varghese et al. (2002)
Prática de sexo oral receptivo	1	Varghese et al. (2002)**
Prática de sexo oral insertivo	0.5	Varghese et al. (2002)**

* Estimativas de risco de transmissão por forma de exposição ao assumir práticas sem preservativo. ** Fonte de referência de práticas de sexo oral feito em um homem.

Fonte: Tabela, adaptada do inglês, do Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. MMWR, Atlanta (2005).

prevenção sexual entre HSH em um novo cenário de epidemia, bem diferente daquele existente nas décadas passadas.

Nesse sentido, pesquisadores da área da aids têm desenvolvido novas tecnologias que podem ser agrupadas em dois grandes grupos: as “leves” e as “duras”. Para Brito (2009) os dois modelos de intervenção são importantes, porém o segundo retoma a noção de risco individual. As tecnologias leves dizem respeito a questões ligadas: à gestão e gerência de ações programáticas e de participação social, à organização do processo de trabalho, aos recursos humanos, ao desenvolvimento de técnicas educativas e comunicacionais, ao acolhimento, ao aconselhamento e à assistência integral. Já as tecnologias duras abrangem: a camisinha, as vacinas, os microbicidas, as estratégias cirúrgicas, tais como a circuncisão, e as estratégias medicamentosas, por exemplo, as profilaxias pré (PREP) e pós-exposição sexual (PEP) em situações de riscos.

O Boletim de Vacinas anti-HIV/AIDS, VAX, em suas edições mensais, divulga os principais estudos em andamento sobre imunobiológicos anti-HIV e as novas tecnologias de prevenção biomédicas (Prevenção..., 2006). São experimentos que, supostamente, poderiam mitigar possíveis riscos de infecção e/ou reinfecção pelo HIV.

“Diga-se, de passagem, que a profusão e polissemia dessas informações, que empilham evidências de pesquisas presentes e passadas, validadas hoje e desacreditadas amanhã, aumentam a responsabilidade por busca de informações [...]” (Spink, 2007, p.256).

A questão é que, até o início da década de 2010, no que se refere a essas novas tecnologias de prevenção, nenhum estudo comprovou sua eficácia de forma a garantir seu uso com segurança entre a população.

Em entrevista a Mary Jane Spink (2010), Nikolas Rose relata que os experimentos nas áreas de ciência da vida, biomedicina, neurociência e biotecnologias são muito instáveis. Ninguém sabe ao certo se esses testes darão certo. Assim, enormes esperanças são depositadas em pesquisas que podem não ser confirmadas, como é o caso da terapia gênica. O futuro incerto e as expectativas precipitam o tempo de conclusão dos estudos, que falham tão frequentemente quanto se sucedem. O crescente desenvolvimento de biotecnologias pode ser explicado pelo seu poder de oferecer às pessoas estratégias para compensar, por antecipação, suas deficiências e fragilidades – mesmo as futuras (Amorin, Szapiro, 2008).

Método

O estudo teve início em 2009. Recorremos à internet para acessar os homens que optam por praticar sexo sempre ou ocasionalmente sem preservativo. Estudos realizados por Silva (2009, 2008) e Hine (2006) afirmam ser a internet um bom recurso para auxiliar os pesquisadores quando se trata de investigações de temas polêmicos, como a prática sexual sem preservativo, uma vez que possibilita a livre participação das pessoas e, ao mesmo tempo, garante o anonimato.

O primeiro passo foi a criação de um *email* (projetoeva@hotmail.com) e busca de *sites* de relacionamentos destinados a HSH. Para tanto, usamos o Google para identificar os principais *sites* voltados às práticas sexuais desse grupo. Elegemos os *sites* www.manhunt.net e www.bareback.rt por estarem de acordo com a proposta deste trabalho. Nessas páginas, utilizamos os descritores *bare*, *bareback*, *barebacking*² para localizar homens que se autoidentificavam com a prática sexual sem preservativo.

² A prática do *barebacking* geralmente é entendida como relação sexual anal intencional sem preservativo entre HSH (Berg, 2009).

Posteriormente, convidamos esses homens a integrarem uma discussão sobre a temática do *barebacking*. Durante seis meses, vinte homens participaram de discussões semanais por meio de *email* e/ou *messenger* (MSN), criados para esse propósito. Deixamos claro, para os participantes da discussão, que aquele era um momento de pesquisa informal, e não consistia na produção de informações para este estudo, uma vez que o projeto estava em fase inicial, demandando, ainda, encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, onde a pesquisa de mestrado foi realizada. Igualmente, garantimos o total sigilo das informações e do anonimato dos participantes, os quais, em sua totalidade, usavam perfis falsos na internet.

Após seis meses de discussão pelo MSN, a pesquisa avançou para outra etapa: a entrevista face a face. Para tanto, recorremos à técnica do *snowball* (bola de neve). Convidamos todas as pessoas da lista do pesquisador e sugerimos que elas reencaminhassem o respectivo convite para a sua lista de contatos, sucessivamente. Isso permitiu a ampliação da nossa rede de interlocutores. Esse método tem sido debatido e usado por pesquisadores que trabalham com temas delicados como aborto, prostituição e práticas sexuais sem preservativo, entre os quais citamos: Browne (2005) e Faugier e Sargeant (1997).

À medida que recebíamos uma resposta positiva de possíveis participantes da entrevista face a face, analisamos se eles se encaixavam nos objetivos do estudo. Para tanto, definimos os seguintes critérios de inclusão: a) afirmar manter relação sexual sem preservativo com parceiro casual; b) residir na cidade de São Paulo ou no Rio de Janeiro; c) ser maior de 18 anos. As duas cidades foram escolhidas por apresentarem o maior número de casos de aids no Brasil (Dias, Nobre, 2001).

No início da entrevista, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, de acordo com a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 1996).

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2009 e março de 2010. Foram entrevistados 18 homens a fim de se conhecerem as estratégias de gestão dos riscos no contexto de práticas sexuais sem preservativo. Do total de entrevistas, oito não foram utilizadas pelos seguintes motivos: a) afirmar manter relação sexual desprotegido apenas com parceiro fixo; b) encontrar-se em estado emocional abalado; c) não concordar em assinar o TCLE. Dentre os dez participantes, sete apresentaram, em suas falas, aproximação com o conhecimento científico, recorte deste artigo.

Apresentamos, no Quadro 1, a caracterização dos participantes. Tais informações facilitarão a compreensão dos argumentos discutidos no próximo tópico – são omitidas informações que possam identificá-los, inclusive seus nomes, aqui fictícios, de acordo com a escolha feita por cada um deles.

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa

Nome fictício	Idade	Estado de origem	Escolaridade	Sorologia para o HIV
Gabriel	30	SP	Mestre	Desconhecido
Aristóteles	35	RJ	Doutorando	Positivo
Agileu	22	SP	Graduando	Desconhecido
Yuri	43	SP	MBA	Desconhecido
Cristian	36	SP	Especialização	Positivo
Edu	35	SP	Ensino Médio	Desconhecido
Daniel	57	RJ	Superior	Positivo

Como fonte de material discursivo, optamos pela entrevista, registrada por meio de um gravador de áudio e diário de campo. Para a análise, foi realizada, inicialmente, a transcrição integral das falas, empregando-se as convenções de *Jeffersonian Transcription Notation* (Jefferson, 1984). Em seguida, foi realizada a transcrição sequencial: um resumo das entrevistas de acordo com a ordem do diálogo entre pesquisador e os participantes do estudo.

A partir daí, foram elaborados os mapas dialógicos propostos por Spink e Lima (2000), a fim de que fossem identificadas as principais temáticas presentes nas narrativas dos participantes. Os mapas são importantes para sistematizar o material discursivo e viabilizar a busca de repertórios relacionados às estratégias de prevenção. Além disso, eles apresentam duplo objetivo: auxiliar no processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos ligados ao processo interpretativo.

Para apresentar e discutir os resultados, utilizamos trechos das narrativas evidenciadas nos mapas dialógicos. Neste artigo focamos na temática da apropriação e do uso de informações científicas como potenciais fontes de gestão de riscos para as DST, HIV e reinfecção por HIV.

O uso da argumentação científica na construção de estratégias de gestão de riscos em um cenário de incertezas

A maneira como os HSH gerenciam os riscos implicados na opção pelo sexo sem preservativo envolve conhecimentos, tecnologias e sentidos construídos a partir da concepção de saúde, doença, vida, morte, risco, poder e sexualidade. Sobre a complexidade da produção de conhecimento na vida cotidiana dessas pessoas, nota-se a sua aproximação com a produção científica sobre aids que circula por meio da internet, material impresso e estudos acadêmicos (Camargo Júnior, 1994). Cada vez mais, as informações oriundas de fontes de saber, mesmo aquelas que não correspondem ao discurso oficial do Ministério da Saúde brasileiro sobre prevenção, por exemplo, são incorporadas pelas pessoas e usadas para gerir os riscos implicados nessa prática.

Assim, os HSH apropriam-se reflexivamente de dados publicados por especialistas, cuja promessa seria uma melhor gestão da vida cotidiana. Por meio dessas informações, as relações sociais são reguladas pela confiança em sistemas abstratos, norteados pela cientificidade de estudos que visam orientar escolhas de cálculos de risco. Dito isso, pode-se perceber que as estratégias brasileiras governamentais de prevenção à aids acabam por constituir-se por meio de ações de gestão de riscos, uma vez que elas visam tanto a proteção da saúde da população em situação de ameaça diante do não-uso de preservativo, quanto a recuperação de quem está infectado por alguma DST ou HIV (Czeresnia, 2004). Trata-se de uma arena complexa permeada por tensões entre os direitos individuais e coletivos, entre a autonomia individual e a ordem social, entre os contextos globais e locais, bem como entre as arenas públicas e privadas (Castiel, 1996).

Um exemplo recente são estudos da medicina baseada em evidências. Essa abordagem procura enfatizar os aspectos científicos necessários ao processo de sistematização e legitimação das informações. Por esse viés, procura-se juntar provas observáveis do objeto investigado por meio de técnicas oriundas, sobretudo, da estatística, capazes de serem interpretadas e aplicadas pelos médicos aos seus pacientes (Lopes, 2000). Nessa direção, o CDC dos Estados Unidos realizou uma metarrevisão da literatura existente, que resultou na Tabela de Risco. Ela sintetiza o estado da arte quanto à estimativa de risco de aquisição do HIV de acordo com a via de infecção (CDC, 2005).

A Tabela de Risco pode ser encontrada na internet, hospedada em *sites* norte-americanos e canadenses. No relato de Cristian, um dos participantes desta pesquisa, na busca de entender “se” e “como” ele gere os possíveis riscos decorrentes de suas práticas sexuais sem preservativo, somos informados de sua opção por não ejacular dentro do parceiro. Quando questionado sobre a origem dessa informação, refere a Tabela de Riscos. Ele argumenta, primeiramente, como busca tais informações e em seguida as nomeia:

“Por pesquisas na internet = só que pesquisas fora do Brasil, ou em sites americanos ou em sites canadenses, ↑ é investigando sites específicos de médicos voltados para o HIV/aids. Hum:::m = eu obtive a informação da tabela de RISCO, né? De (x) que tipo de relação e de que forma você tem maior ou menor risco, né? Então a (x) prática sem preservativo é uma prática de risco, porém você reduz o risco se você não tiver a ejaculação interna (.hhh) no parceiro.”

Cristian parece sugerir que as notícias encontradas fora do Brasil são, supostamente, mais validadas do que aquelas que circulam no território brasileiro – e isso lhe dá mais segurança para transar sem proteção. De classe média, ele cursou uma pós-graduação e tem acesso à internet, onde procura outras possíveis fontes de informação que considera fidedignas. Cristian relata que é engenheiro e trabalha em uma área também ligada às ciências exatas. Esse perfil pode explicar, em parte, porque ele busca na própria racionalidade científica – algo próximo do seu cotidiano como engenheiro – a maneira de gerir os riscos em sua vida íntima.

A Tabela de Risco tem sido usada como parâmetro de consulta na gestão dos riscos, sobretudo pelo governo norte-americano e alguns europeus. No Brasil não foram encontradas evidências de que ela seja adotada no discurso oficial de prevenção do Departamento Nacional de DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde.

De acordo com essa tabela, o risco de infecção pelo HIV para o homem ativo seria de 6.5/10.000 casos. No caso do parceiro que ocupa o papel receptivo, esse risco seria de 50/10.000 casos. Nessa perspectiva, ao se posicionar em suas práticas sexuais como insertivo, Cristian considera-se menos exposto ao vírus HIV. Ao mesmo tempo, quando opta por não ejacular no reto do companheiro, ele gere a sua segurança e a de seu parceiro. Nesse sentido, para Brasil (2009) e Parker et al. (1998), algumas estratégias podem ser estimuladas de modo a diminuir os riscos de infecção pelo vírus da aids. Dentre elas, estão a masturbação e a priorização do sexo oral.

Outro argumento utilizado na gestão dos riscos diz respeito à carga viral das pessoas que vivem com HIV como indicador de maior ou menor risco de infecção e/ou reinfecção pelo vírus da aids. Lançado no final do ano de 2008, um estudo suíço gerou polêmica no meio científico ao afirmar que a possibilidade de transmissão do HIV está associada à carga viral (Vernazza et al., 2008). Assim, supostamente, quanto menor a taxa de carga viral daqueles que vivem com HIV, menor também será a chance de infectar o parceiro com sorologia negativa. Esse estudo foi amplamente divulgado, sobretudo pela internet, e circula por *email* ao redor do mundo.

Por conseguinte, essa noção passou a fazer parte do cotidiano de muitas pessoas, que agora se embasam nessas informações para gerir os possíveis agravos presentes na opção pelo não-uso do preservativo. Foi esse o argumento de Cristian ao explicar a sua noção de gestão de riscos:

“Então assim = é (x) o que tem (x) relativamente recente é o estudo suíço de 2008, que eu me enquadro nesse (x) resultado que foi dado na pesquisa. Então eu já = ↓ há um ano e meio eu faço uso é:::é regular, constantemente, religiosamente (.) do coquetel. Hum = com dois meses digamos né? Eu já tive a (x) carga viral indetectável, e nos últimos meses, inclusive, tenho o meu CD4³ em ascensão. Então = também esses dados juntam-se aos fatos de (x) eu ter zero chance ou menos riscos de eu transmitir para alguém (x) por conta do estudo suíço que <diz que a pessoa que é (x) positiva>, que está há mais de seis meses hum:::com a carga viral indetectável e não tem outro tipo de doença e (x) DST, ela não apresenta risco de contaminar um parceiro negativo.”

³ Os linfócitos T-CD4 são células que compõem o nosso sistema imunológico.

À primeira vista, cumprir à risca o tratamento com o antirretroviral coloca Cristian dentro da recomendação do estudo suíço. Ele usa a expressão “religiosamente” para frisar que leva a sério as recomendações médicas. De

acordo com os parâmetros da terapia antirretroviral (TAR), uma pessoa que vive com o vírus da aids deve fazer uso contínuo e sistemático do coquetel anti-HIV, pois quaisquer alterações no padrão de ingestão pode provocar perda gradual da eficácia do arsenal medicamentoso. É como um “ritual religioso” (Cristian) que precisa ocorrer diariamente, no mesmo horário, de maneira sistemática. Ao refletir sobre sua carga viral não detectável, ele considera ter zero chance de infectar o parceiro. Porém, posteriormente, reconhece que pode haver um pequeno risco, o que torna a possibilidade de transmissão do vírus contraditória do ponto de vista da literatura científica sobre o assunto.

Essa mesma questão apareceu na fala de Agileu, porém de uma forma inversa. Ele diz que possui sorologia negativa para o HIV, mas mantém relações sexuais com pessoas sabidamente de sorologia positiva, sem nunca ter se infectado. Consequentemente, sente-se seguro quando opta por fazer sexo com outras pessoas de sorologia positiva para o HIV, pois seus parceiros enviaram-lhe um estudo que apresenta a correlação entre carga viral e os riscos de infecção. Pelo relato, somos conduzidos a pensar que Agileu refere-se ao estudo suíço. Ao ser questionado sobre esse comportamento, relata:

“(...) é que...e teve (x) >três soropositivos que eu já tive relação sexual com eles mesmo sabendo que eles são soropositivos<. E...:e um deles me mandou um artigo, de um médico, afirmando que...:e os soropositivos que tomam os coquetéis, o vírus fica...:a concentrado nas linfas⁴, >de modo que não fica tanto no sangue = assim<. Então (x) segundo esse artigo de um médico é...:é >as pessoas que se tratam< com o coquetel (x) não transmitem o vírus, porque o vírus fica controlado (.) muitas vezes indetectável. ↓ E foi um artigo que embasou isso, né?”

⁴ A linfa é um líquido transparente, esbranquiçado, podendo aparentar tom amarelado ou rosado. Possui características semelhantes ao plasma sanguíneo, sendo responsável pelo transporte de linfócitos pelos vasos linfáticos (Bergmann, 2000).

Agileu finaliza a resposta e devolve a pergunta ao pesquisador em um sinal de dúvida sobre a informação. Em acréscimo, a carga viral não detectável dos parceiros com sorologia positiva para o HIV o leva a pensar que está protegido dos riscos, uma vez que o vírus está concentrado nas linfas e indetectável no sangue, principal canal de circulação e infecção.

É interessante perceber que, à medida que saem do laboratório de produção e circulam no cotidiano das pessoas – neste caso, pela internet –, as informações adquirem sentidos distintos. O relato de Agileu – que pressupõe uma concentração do HIV nas linfas, com presença insignificante no sangue – indica um entendimento parcial da posição científica sobre o assunto, uma vez que o estudo referido não afirma que o vírus está localizado apenas nas linfas, mas, sim, que se encontra “escondido” em órgãos ainda não identificados, bem como no próprio sangue – fonte principal de transmissão do HIV (Vernazza et al., 2008).

Mas... e as DST e a possibilidade de reinfecção?

Os estudos que fundamentam a probabilidade de riscos de transmissão do HIV na hipótese da carga viral trouxeram à tona a possibilidade de pessoas vivenciarem suas práticas sexuais sem preservativo, possivelmente pela diminuição dos riscos de infecção pelo vírus em função da sua carga no sangue. Esse fator fez com que o HIV deixasse de ser a maior preocupação dos entrevistados, passando as DST a serem o foco principal de cuidado. Agileu relata:

“Em uma consulta com a médica que eu fiz ((estala os dedos)) é:::é (x) numa das ocasião de um exame para saber se eu tinha ou não HIV = eu faço esse exame periodicamente, >ela me deu um dado interessante<: é:::é existe 0,5% de chance de você infectar alguém com HIV em uma relação sem preservativo, (.) e:::e outras doenças, tais como hepatite (x) e HPV, têm (x) bem mais chances. Tem dois tipos de hepatites, que eu não me recordo bem da letra, tem >30 ou 25% de chances de infecção< quando você faz uma relação ↓ sem preservativo. Então, (x) há muito alarde quanto à infecção pelo (x) HIV, mas tem as outras tantas que (.) (x) também pode pegar. Inclusive (x) eu = é:::é (x) interessante relatar numa entrevista como esta (x) que eu peguei sífilis recentemente.”

Assim, ele traz sua experiência de já ter se infectado pela sífilis – mas não pelo HIV – como maneira de provar a relação estatística que pensa existir.

Há também quem diga que o vírus da aids já está incorporado ao seu cotidiano, portanto, faz parte de si. Por ainda não ter cura, não há nada que se possa fazer. Dessa forma, as DST passam a ser a grande preocupação desses homens. Nas palavras de Daniel: “os riscos que me deixavam mais afetado eram de doença mais comum, tipo sífilis ou condiloma. E:::E (x) não mais a aids = a aids já (x) não me assustava mais, eu já estava com ela.”

Cristian acrescenta: “o que mais me preocupa é (x) são os outros tipos de infecções por outras DST’s (.) que possam ocorrer.”

Mas, para Edu, as DST e o HIV encontram-se em um mesmo patamar e seus riscos são igualados às imprevisibilidades do cotidiano. Há, nesse sentido, uma generalização desse risco. Ele discorre acerca da sua preocupação em elevado nível de voz: “↑ >Pelo HIV, pela sífilis, pela gonorreia, pelo cancro duro, mole, pelo HPV e uma série de outras coisas que não são só o HIV<.”

Uma segunda questão diz respeito à possibilidade de reinfecção em homens que vivem com HIV. Chama a atenção o fato de nenhum acreditar na possibilidade de reinfecção, embora todos tenham declarado conhecer a orientação fornecida pelos médicos de que esse evento pode ocorrer e, neste caso, as pessoas podem adquirir um vírus resistente às medicações existentes. Para Aristóteles, a reinfecção só tem sentido caso transe com alguém que não siga corretamente o tratamento com os antirretrovirais. Por isso, acredita que esse critério não se aplica a ele, pois segue as recomendações médicas corretamente e procura manter relações sexuais com pessoas na mesma situação. Ele argumenta, ainda, que lê e conversa com profissionais de saúde sobre esse assunto:

“A conclusão hoje é que o maior risco, quando você faz sexo com uma pessoa sem preservativo, é (x) que ela não faça também o tratamento. Quando são duas pessoas que fazem o tratamento e elas fazem sexo sem preservativo, desde que estejam em boa condição de saúde, a probabilidade de risco é muito pequena.”

Aristóteles reconhece que há um pequeno risco, mas que, exatamente por ser mínimo, é possível manter relações sexuais sem preservativo. Na mesma direção, Gabriel segue uma retórica científica para poder explicar os motivos pelos quais não crê na reinfecção. Assim, parte do pressuposto de que nem mesmo a biomedicina chegou a um consenso sobre esse processo, e destaca as contradições entre as versões sobre o tema nesse campo:

“É:::é primeiramente = existe uma linha da medicina que prega que ela não é desse jeito. Como eu já mencionei e torno a dizer, existem linhas dentro da medicina que são controversas, (.) como em qualquer área de estudo, como em qualquer área de conhecimento, >de forma mais aprofundada = tu tens linhas que em determinados momentos podem até se contradizer<. Isso existe também na medicina. É:::É eu tive acesso a essa informação (.) tanto por um médico, “! como por <esse meu ex-companheiro> = que é farmacêutico. E:::E, partindo justamente (x) desse argumento, dessa justificativa = que existem sim = cepas diferentes do HIV. Isso é ponto pacífico. E que cada u:::m = enfim

= cada soropositivo está infectado por uma cepa especificamente. É::É a partir do momento em que eu sou reinfectado, é::é (x) e o discurso da medicina parte da noção de que (x) “! a reinfeção vai mudar o vírus que está dentro ↑ do organismo do soropositivo. Primeiro que isso não é um argumento plausível, porque naturalmente o vírus se modifica. Isso é uma característica do HIV. Independente de eu ser infectado e entrar em abstinência, e não usar drogas injetáveis, e não fazer transfusão, >e não tivesse nenhum outro comportamento que me levasse a ter contato com outra cepa do HIV< = é::é o vírus que está dentro de mim, ele está se modificando sempre, sozinho, sem precisar de outra cepa. A possibilidade de criação de um >super = mega = ultra = vírus< (.) há::ã formados por outras cepas diferentes, criando um monstro megamutante que dá conta de tudo (.) HOUVE DOIS CASOS (.) eu lendo, por intermédio da internet, de anais específicos da:::a (x) = de inclusive de infectologia.”

Vale ressaltar que Gabriel entra em aspectos específicos da biomedicina ao apresentar sua posição em relação à reinfeção. Ao fim de seu raciocínio, eleva o tom e afirma que tem conhecimento de dois possíveis casos de mutação genética do HIV no mundo. Em seguida, descreve a fonte dessas informações como sendo anais específicos da área de infectologia e a internet.

Dados parciais do estudo de Aza et al. (2010) indicam a existência de quatro subtipos de vírus HIV entre a população de homens que fazem sexo com homens de cinco regiões do Brasil. São eles: tipo B (80,3%); tipo C (10,5%); tipo F (4,9%); e outros vírus recombinados (4,3%). Ainda segundo os autores, o índice de resistência ao coquetel anti-HIV entre os HSH é alta, por isso ressaltam a importância da realização de novos estudos sobre o tema, com uma amostragem maior dessa população. Essas informações desafiam os pesquisadores a pensarem novas estratégias de prevenção à aids.

Novas tecnologias de prevenção biomédicas ou tecnologias da incerteza?

As estratégias das novas tecnologias biomédicas de prevenção dizem respeito a grandes estudos multicêntricos, realizados ao redor do mundo, que geram estimativas de efeitos na redução dos riscos de infecção por HIV para uma dada população (Prevenção..., 2006). Essas investigações são difundidas por: boletins de vacinas, revistas, artigos científicos, palestras e reportagens publicadas na mídia generalista, que circulam na internet.

Uma dessas estratégias refere-se à recém-lançada profilaxia pós-exposição sexual (PEP) – que não estava disponível à época da entrevista e era, então, empregada apenas em dois casos específicos: em situação de estupro e em gestantes que vivem com HIV, com vistas a evitar a transmissão do vírus entre mãe e bebê – a chamada transmissão vertical (Brasil, 2010). Entretanto, de acordo com as recomendações para a terapia antirretroviral em adultos, os resultados sobre a possível eficácia do método são controversos. Diz o documento governamental:

Na ausência de estudos diretos e de evidências definitivas em relação à eficácia, efetividade e segurança das recomendações para a abordagem da exposição sexual ao HIV, serão consideradas a plausibilidade biológica, os experimentos em animais e o modelo teórico utilizado na profilaxia pós-exposição ocupacional. (Brasil, 2010, p. 52)

Nessa direção, percebe-se que a profilaxia pós-exposição é usada na gestão dos riscos durante as práticas sexuais de HSH. Por exemplo,

“Transei sem camisinha, o cara pediu para eu gozar dentro dele. Em seguida, eu pedi ao médico que incluísse o teste de HIV nos exames de sangue periódicos. Eu fiquei assustado e meu amigo médico prescreveu o uso profilático de antirretrovirais. [...] Mas essa automutilação me afetaria e me faria criar vergonha na cara. Na verdade até um lado meu torcia para eu vomitar, ter as reações adversas que meu amigo médico teve para gerar

trauma. Não dá pra voltar pra casa, quando os hormônios voltam ao normal e pensar: 'Merda, fiz de novo! Posso me desgraçar numa dessas a toa...' Nunca acho que valeu a pena, mas na hora...". (Yuri)⁵

Ele conta que, após ter transado sem preservativo, recorreu ao médico amigo, que, por sua vez, ao notar seu desespero, prescreveu a profilaxia pós-exposição. Porém, Yuri pensa que sua atitude poderia ter, como efeito, uma "automutilação", que, nesse caso, diz respeito aos efeitos colaterais referentes ao uso dos antirretrovirais: "vomitar, ter as reações adversas que meu amigo médico teve para gerar trauma" (Yuri). É como se ele precisasse sofrer por ter mantido relações sexuais desprotegidas. Em suas palavras, percebemos o sentimento de culpa por ter praticado sexo de forma desprotegida e a ideia de expiação por meio de sofrimento. É como se, pelo prazer, ele não pudesse fazer o uso dos antirretrovirais sem ter efeitos colaterais severos. Os atos sexuais sem camisinha acabam, assim, ocupando um lugar de sofrimento em sua vida, a ponto de ter necessariamente de gerar "trauma" (Yuri), e, em consequência, evitar a repetição dessa ação.

Questionado sobre a fonte de informação do uso profilático dos antirretrovirais como possível forma de mitigar os riscos de infecção por HIV, Yuri aponta uma revista de circulação nacional. Em suas palavras: "Li na Veja; era uma reportagem sobre profissionais de saúde que tinham se acidentado. Meses depois um amigo médico me confirmou. Ele me receitou o pacote com 28 dias, mas não havia certeza da eficácia."

Yuri relata que, na ocasião em que foi realizada essa entrevista, ainda não haviam sido publicadas as recomendações para o uso profilático pós-exposição sexual entre HSH. Por isso esse método não fazia parte do programa oficial brasileiro de prevenção à aids, exceto em casos de abuso sexual. Ou seja, ele teve acesso ao método pela proximidade com um profissional da saúde, o qual, de acordo com o consenso médico, avisou-lhe de que a eficácia da técnica ainda estava em estudo. Nesse contexto, não era possível assegurar que, caso ele tivesse entrado em contato com o vírus HIV, não se infectaria. Essas informações são corroboradas por Fischer et al., (2006), que destacam a importância de se estabelecer diálogo entre o médico prescritor da PEP e o paciente, deixando claro, assim, os seus possíveis benefícios, riscos e efeitos colaterais. Para Benn (2001), as implicações oriundas dos efeitos colaterais da PEP variam de acordo com cada pessoa, e podem incluir ainda: alterações metabólicas, resistência à insulina, problemas intestinais e gástricos.

Do mesmo modo, buscamos entender outras maneiras usadas pelos participantes deste estudo no gerenciamento dos riscos implicados nas atividades sexuais. Para tanto, recorreremos, mais uma vez, ao diálogo com Agileu, o mesmo que relatou a questão da carga viral indetectável como um dos fatores determinantes na sua opção pelo não-uso do preservativo. Ele diz que é circuncidado e esse fato também contribui, de alguma maneira, para que continue a transar sem preservativo, mesmo diante das informações sobre os riscos. Diz ele: "↑ porque eu sou circuncidado, e:::e circuncidado (x) não tem muito (x) aquela lubrificação (x) anterior ↓ antes de gozar, então isso diminui a chance de infecção".

⁵ Yuri aceitou participar do estudo, porém pediu que sua fala fosse anotada em diário de campo. Por isso, não foi possível transcrever a entrevista utilizando as convenções de *Jeffersonian Transcription Notation*.

Para ele, a circuncisão supostamente produz menos lubrificação antes da ejaculação, o que reduziria o risco de uma possível infecção. Em artigo publicado no boletim de vacinas anti HIV/aids, VAX, (Prevenção..., 2006) o procedimento é visto como uma das novas tecnologias de prevenção biomédicas, capaz de reduzir, em tese, em até 60%, as chances de infecção do HIV entre homens que mantêm relações sexuais com mulheres por coito vaginal, mas não se aplica aos HSH. Além disso, a suposta eficácia da circuncisão está relacionada ao fato de o prepúcio que envolve a glândula do pênis ser uma região que facilita a entrada do vírus, e, ao ser retirado, dificultaria a infecção pelo HIV por esse meio. Em acréscimo, por beneficiar apenas homens heterossexuais, a circuncisão não faz parte, ao menos em curto prazo, do programa brasileiro de prevenção à aids (Relatório..., 2007), embora essa noção já circule entre os HSH no Brasil, servindo de argumento para gestão dos riscos.

Considerações finais

Discutimos, nesta pesquisa, as estratégias de gestão de riscos adotadas por homens que fazem sexo com homens sem preservativo com parceiros casuais. Percebemos que, cada vez mais, as pessoas desenvolvem suas autonomias, se apropriam de informações científicas e constroem distintas maneiras de gerir os riscos para DST, HIV/aids. Dessa forma, notamos que tais estratégias, na maioria das vezes, seguem uma lógica racional, individual, e não reproduzem o modelo adotado nas políticas de prevenção do governo brasileiro.

Na abordagem argumentativa dos homens entrevistados, misturam-se diferentes aspectos contemplados pelas políticas públicas – PEP, correlação entre carga viral e possibilidade de infecção (e outros que, embora tenham bases científicas, não são referendados pela instância governamental), Tabela de Risco, estudo suíço, circuncisão.

Diante do imperativo dos estilos de vida saudáveis, as pessoas desenvolvem várias estratégias de gestão de riscos. Por motivos variados, o diálogo, nesta pesquisa, foi com uma população de HSH predominantemente de classe média, informada sobre aids e com acesso a preservativo.

Nota-se a aproximação desses homens com a produção científica sobre aids, sobretudo por meio: da escola, de organizações não governamentais, mídia generalista (TV, jornais, revista *Veja*), médicos, internet, revistas científicas, parceiros sexuais, farmacêuticos e anais de infectologia. Vale lembrar que as informações advindas de fontes estrangeiras foram vistas como mais confiáveis em relação às brasileiras, ou causaram comoções morais. Isso porque os entrevistados acreditam que os debates no exterior são mais francos, abertos, enquanto aqueles que ocorrem no Brasil prezam pela cautela na divulgação de informações que ainda estão em fase de estudo.

Pode-se arguir ainda que, diante da possibilidade de essas pesquisas se apresentarem como alternativa à gestão dos riscos, seus possíveis efeitos não se aplicam às doenças sexualmente transmissíveis. Tal configuração leva à percepção de que há pouca discussão sobre a possibilidade de as pessoas se infectarem com outras doenças, além do HIV.

Outra questão relevante diz respeito à descrença dos participantes da pesquisa em relação à possibilidade de uma reinfecção. Nenhum deles crê nessa possibilidade, pois, supostamente, nunca souberam da ocorrência de caso semelhante. Isso conduz a pensar que a crença das pessoas nas informações que usam para gerirem seus riscos está atrelada à proximidade com o cotidiano.

Na perspectiva de que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção às DST e à aids entre a população de HSH, frisamos também a importância da discussão deste assunto por todos os segmentos envolvidos no debate das políticas públicas de combate à aids. Entendemos, ainda, que, à medida que todos saibam lidar com o tema, será possível não cair na velha associação homossexuais/grupo de risco/aids/estigma, cristalizada em alguns setores da sociedade.

Referências

AMORIM, C.M.; SZAPIRO, A.M. A domesticação das singularidades: reflexões sobre o paradigma da prevenção & o caso da epidemia de HIV/AIDS. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v.8, n.3, p.646-57, 2008.

AZA, E.H.B. et al. Antirretroviral drug resistance in men who have sex men in Brazil. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 18., 2010, Viena. **Resumos...** Vienna: JIAS, 2010. 1 cd-rom.

BELL, D.M. Occupational risk of human immunodeficiency vírus infection in healthcare workers: an overview. **Am. J. Med.**, v.102, supl.5B, p.9-15, 1997.

BENN, P. et al. Post-exposure prophylaxis using a nevirapine based regimen. **The Lancet**, v.357, n.9257, p.687-8, 2001.

BERG, R.C. Barebacking: a review of the literature. **Arch. Sex. Behav.**, v.38, n.5, p.754-64, 2009.

BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008**: suplemento III – Tratamento e prevenção. Brasília: MS, 2010.

_____. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. **Conjugalidades e prevenção às DST/Aids**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2009. (Série: Prevenção às DST/AIDS).

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 20 set. 2008.

BRITO, I. Desafios da prevenção. In: SEMINÁRIO PREVENÇÃO DAS DST/AIDS: NOVOS DESAFIOS, Rio de Janeiro, 2009. **Slides...** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/lvo%20Brito%20desafios%20da%20preven%C3%A7%C3%A3o%2017%20de%20agosto.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2011.

BROWNE, K. Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. **Int. J. Soc. Res. Method.**, v.8, n.1, p.47-60, 2005.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

CASTIEL, L.D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, v.3, n.2, p.237-64, 1996.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommendations and reports. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. **MMWR**, v.54, p.1-20, 2005.

CZERESNIA, D.F. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.2, p.447-55, 2004.

DE LUIZ, G.M. **A gestão dos riscos no cenário da aids**: um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2011.

DIAS, P.R.T.P.; NOBRE, F.F. Análise dos padrões de difusão dos casos de AIDS por estados brasileiros. **Cad. Saude Publica**, v.17, n.5, p.1173-87, 2001.

DONEGAN, E. et al. Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody – positive blood donations. **Ann. Int. Med.**, v. 113, n.10, p.733-9, 1990.

EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. **Br. Med. J.**, v.304, n.683, p.809-13, 1992.

FAUGIER, J.; SARGEANT, M. Sampling hard to reach populations. **J. Adv. Nurs.**, v.26, n.4, p.790-7, 1997.

FISCHER, M. et al. UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. **Int. J. STD AIDS**, v.17, n.2, p.81-92, 2006.

JEFFERSON, G. On the organization of laughter in talk about troubles. In: ATKINSON, M.; HERITAGE, J. (Orgs.). **Structures of social action: studies in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p.346-69.

KALICHMAN, A. **Novas tecnologias e o SUS**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/Novas%20tecnologias%20e%20o%20SUS-Artur%20Kalichman%20-%2019%2008.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2011. 9 slides.

KAPLAN, E.H.; HEIMER, R. HIV incidence among new haven needle exchange participants: updated estimates from syringe tracking and testing data. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v.10, n.2, p.175-6, 1995.

LEYNAERT, B.; DOWNS, A.M.; DE VINCENZI, I. Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus: variability of infectivity throughout the course of infection. **Am. J. Epidemiol.**, v.148, n.1, p.88-96, 1998.

LOPES, A. Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.46, n.3, p.285-8, 2000.

PARKER, R.G. et al. Práticas sexuais e mudanças de comportamentos entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: PARKER, R.; TERTO JÚNIOR, V. (Orgs.). **Entre homens: homossexualidade e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p.49-62.

PREVENÇÃO ganha destaque. **VAX**, v.4, n.9, p.1-4, 2006.

RELATÓRIO. OMS recomenda a cirurgia como forma de combater o contágio viral. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 4 abr. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/rio-o-brasil-nao-deve-adotar-circuncisao-como-pratica-de-saude-publica-para-evitar-propagaca>>. Acesso em: 24 ago. 2010.

SILVA, L.A.V. *Barebacking* e a possibilidade de soroconversão. **Cad. Saude Publica**, v.25, n.6, p.1381-9, 2009.

_____. **Desejo à flor da tel@: a relação entre risco e prazer nas práticas de barebacking**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Estudos Pós-graduandos em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.

SPINK, M.J.P. Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. **Physis**, v.20, n.1, p.301-24, 2010.

_____. Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: SATO, L.; JACÓ-VILELA, A.M. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Evangraf, 2007. p.345-60.

SPINK, M.J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p.93-122.

VARGHESE, B. et al. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the peract risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. **Sex. Transm. Dis.**, v.29, n.1, p.38-43, 2002.

VERNAZZA, P. et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. **Bull. Méd. Suisses**, v.89, n.5, p.165-9, 2008.

ZEA, C. et al. Disclosure of HIV-positive status to latino gay men's social networks. **Am. J. Community Psychol.**, v.33, n.1, p.107-17, 2004.

DE LUIZ, G.M. El uso de la argumentación científica en la opción por estilos de vida arriesgados en el escenario del sida. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.47, p.789-802, out./dez. 2013.

Este artículo trata de los usos de argumentos científicos que circulan en el cotidiano de hombres que hacen sexo con hombres (HSH), en parejas casuales, como estrategia para generar riesgos asociados a las prácticas sexuales. La aportación teórica del estudio son las prácticas discursivas sobre estilos de vida arriesgados en el escenario del sida. Por medio de la técnica *snowball*, se seleccionaron siete participantes que respondieron una entrevista semi-estructurada. Los resultados indican la asimilación de informaciones científicas que circulan en el cotidiano de los interlocutores de este estudio y que se interpretan como fuente potencial en la gestión de riesgos. En síntesis, esos hombres desarrollan estrategias de gestión de riesgo de infección por ETS, VIH y/o la re-infección por el VIH sin basarse, necesariamente, en las políticas oficiales de prevención del gobierno brasileño.

Palabras clave: Argumentación científica. Gestión del riesgo. Prácticas sexuales entre hombres que tienen sexo con hombres.

Recebido em 25/06/13. Aprovado em 17/09/13.