



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

João Marinho de Lima Neto

Riscos, vulnerabilidades e HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens:
uma análise verbal

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

São Paulo

2019



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

João Marinho de Lima Neto

Riscos, vulnerabilidades e HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens:
uma análise verbal

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para obtenção do título de MESTRE
em Psicologia Experimental: Análise do
Comportamento, sob orientação da Prof.^a
Dra. Maria do Carmo Guedes.

São Paulo

2019

Banca Examinadora:

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por fotocópias ou processos eletrônicos.

São Paulo, ____ de _____ de 2019.

Assinatura: _____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Períodos:

(1) fevereiro de 2017 a janeiro de 2018: Processo n.º 88887.148110/2017-00;

(2) outubro de 2018 a janeiro de 2019: Processo n.º 88887.302934/2018-00.

De fevereiro de 2018 a setembro de 2018, este trabalho foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq:

Processo n.º 130227/2018-8.

Agradeço à CAPES e ao CNPq pelo apoio recebido.

Agradecimentos

O caminho da pós-graduação nunca é trilhado sozinho. Envolve muitos personagens além do autor, especialmente quando se leva muito tempo, como no meu caso, entre finalizar a graduação (em jornalismo, 2004) e decidir cursar o mestrado (em 2016) – particularmente em outra área de formação.

Primeiramente, agradeço a Deus, aos meus orixás e aos meus guias, que, mesmo antes de eu encontrar meu caminho espiritual na umbanda, já me apoiavam e me aconselhavam a seu modo, permitindo que chegasse aonde cheguei.

À minha família: meus pais, Francisco e Maria Julia; e minhas irmãs, Márcia e Raquel, que sempre me apoiaram e torceram por mim e a quem devo parte considerável de minha formação enquanto ser humano. Também ao meu cunhado, Filipe, que “entrou para o time”; e à minha sobrinha, Eloisa, que nasceu durante o curso e, mesmo sem saber, cumpriu o importante papel de trazer mais alegria às nossas vidas.

Aos meus amigos e amigas – Rubens, Grazielle, Paulo Chedid, Flavinha, Eliene, Caio, Wellington Torelli, Flávio –, pelos conselhos, por entenderem as ausências e, os que são jornalistas, por darem o apoio pessoal e profissional tão necessário para nunca se apagar a paixão pelo jornalismo e pela comunicação. A Thais, por toda a ajuda profissional e pelo livro *Reflexões sobre a Questão Gay*.

A dois ex-maridos que se tornaram amigos próximos: Wagner, que sempre me aconselhou e me estimulou a tentar a pós; e Everton, que, mesmo nos tendo separado durante o curso, “segurou as pontas” em casa, nos momentos em que eu simplesmente não podia lidar com as questões domésticas.

Aos meus e minhas colegas de trabalho do CENPEC, especialmente Marcia Coutinho, sempre tão flexíveis em relação aos horários e que, com isso, tornaram possível cumprir as exigências do curso. A Meire Vibiano e a todas as pessoas, conhecidas e não

conhecidas, que colaboraram na “vaquinha virtual” que me permitiu pagar a matrícula, indicaram leituras ou fizeram sugestões nas redes sociais.

À comunidade do Facebook Bolsistas Capes, pelos incontáveis momentos de descontração; e aos meus gatinhos – Preto, Xuru e Moisés –, que nunca me deixaram escrever sozinho e tantas vezes me fizeram questionar se não tinham comportamento verbal.

A João Batista Pedrosa, que, como terapeuta, me apresentou a análise do comportamento e, depois, tornou-se amigo e meu primeiro guia quando decidi estudar essa área; a Paulo Bergsten e Márcia Gabrielle, meus amigos que, ao me doarem os livros com os materiais de Laurindo-Teodorescu & Teixeira e Cavalcante, contribuíram fortemente para o arcabouço teórico desta dissertação. A Rachel Dias e Paulo Giacomini, por compartilharem comigo suas dissertações na temática do HIV/Aids. A Luiz Mott, pelo compartilhamento do extenso material produzido pelo Grupo Gay da Bahia.

Aos amigos que fiz no PEXP, especialmente Tereza, Michelle e Helena, com quem pude cobrir as lacunas que tinha no meu entendimento sobre a análise do comportamento – e que tantas vezes “salvaram o dia”, ajudando nas disciplinas. A Carolina Ortega, que me ajudou a aprofundar meus conhecimentos; a João Manoel, pelas discussões proveitosas na monitoria da disciplina de Conceitos Básicos; a Maria Vanesse e Vivian, por terem sido sempre tão reforçadoras; a Simone e Pedro Henrique, pelas conversas sobre HIV/Aids e gênero, pelas leituras do trabalho e ajuda no recrutamento dos participantes; a Vanessa, pelos incontáveis lanches, caronas, desabafos e confidências; a Marcos Azoubel, pela ajuda na pesquisa bibliográfica. A todos os demais mestrandos e doutorandos, que, com as trocas de ideias, os momentos de relaxamento, o apoio mútuo e as revisões, contribuíram para finalizar este trabalho.

Às professoras que tive no PEXP: Maria Eliza Mazzilli Pereira, Paula Suzana Gioia, Nilza Micheletto, Paola Espósito de Moraes Almeida e Fani Eta Korn Malerbi, que me ensinaram com maestria e permitiram a um jornalista construir uma interface entre a análise do comportamento e a comunicação social. A Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni, pelo carinho e confiança; e a Thomas Anatol da Rocha Woelz e Amilcar Rodrigues Fonseca Junior, pelo incrível aprendizado durante o estágio-docência.

Aos professores Candido Vinicius Bocaiuva Barnsley Pessôa e Adriana Piñeiro Fidalgo, cujo ensino, durante o semestre que fiz no Centro Paradigma, deu a base teórica necessária para que eu passasse no processo seletivo da PUC-SP, e Adriana, também por ser membro de minhas bancas de qualificação e de defesa. A Silvio Roberto Mieli, que concordou em enfrentar o desafio de se apropriar de uma nova área de conhecimento para integrar as mesmas bancas e pelas discussões sobre as campanhas de prevenção.

A todos os rapazes que responderam ao questionário desta pesquisa, por terem revelado parte de suas vidas, comportamentos e contingências tão pessoais e dedicado um pouco de seu tempo para contribuir para o avanço da ciência e da análise do comportamento e, espero, também para tornar este país e este mundo livres da pandemia de HIV/Aids, sem preconceito contra os portadores e com respeito a todos os gays e demais homens que fazem sexo com homens.

Finalmente, com muito carinho, à minha orientadora e professora, Maria do Carmo Guedes, por entender todas as dificuldades que surgiram durante o curso, soube cobrar nos momentos necessários, ser reforçadora quando eu precisava e a quem devo lições valiosíssimas, não apenas para a conclusão deste trabalho, mas para a vida.

O autoconhecimento é de origem social. Só quando o mundo privado de uma pessoa se torna importante para as demais é que ele se torna importante para ela própria.

–B. F. Skinner, *Sobre o Behaviorismo*, 1974/2002

Marinho, J. (2019). *Riscos, vulnerabilidades e HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens: Uma análise verbal* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria do Carmo Guedes.

Linha de Pesquisa: História e Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos e Conceituais da Análise do Comportamento.

Resumo

Dados estatísticos indicam que a maioria dos casos de infecção pelo HIV no Brasil ocorre entre homens (mais de 68%) e relacionada à exposição homossexual (cerca de 50%), com expressiva concentração na faixa dos 20 aos 29 anos de idade (mais de 40%). O padrão reproduz-se na cidade de São Paulo, SP, onde se estima que haja 85 mil pessoas vivendo com HIV/Aids, o que sugere que as campanhas de prevenção podem ter-se tornado menos eficazes. Diante disso, este estudo realizou uma análise comportamental do discurso (ACD) a partir de um questionário aplicado a oito homens que fazem sexo com homens (HSH) de 20 a 29 anos de idade que frequentam o distrito da República, visando a identificar possíveis variáveis discursivas socialmente reforçadas. Os resultados indicaram um risco de exposição médio-baixo ao HIV para a maioria dos participantes, com discursos que reforçam percepção da aids como doença crônica; uso inconsistente do preservativo, especialmente com parceiros regulares; conhecimento da PrEP e da PEP como métodos preventivos; e utilização de *apps* na busca por parcerias sexuais. Variáveis reforçadoras, antecedentes e de contracontrole podem estar envolvidas na manutenção do sexo sem preservativo, referidas como prazer, contato, intensidade e liberdade, entre outras. O estudo apresenta ainda uma definição de risco baseada no conceito de comportamento operante e conclui que o sexo anal desprotegido é mantido principalmente por contingências de reforçamento e reforçadores imediatos e potentes.

Palavras-chave: HIV/Aids, comportamento verbal, comportamento governado por regras, risco, homens que fazem sexo com homens, análise comportamental do discurso (ACD)

Marinho, J. (2019). *Risks, vulnerabilities, and HIV/AIDS among men who have sex with men: A verbal analysis* (Master's thesis). Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, Brazil.

Thesis Advisor: Prof. Maria do Carmo Guedes, PhD.

Line of Research: History and Epistemological, Methodological and Conceptual Foundations of Behavior Analysis

Abstract

Statistical data indicate that the majority of cases of HIV infection in Brazil occur among men (over 68%) and are related to homosexual exposure (about 50%), with a significant concentration in the age group 20-29 (over 40%). The pattern is reproduced in the city of São Paulo, where there is an estimate of 85,000 people living with HIV/AIDS, suggesting that prevention campaigns may have become less effective. Therefore, this study conducted a behavioral analysis of discourse (BAD) based on a questionnaire applied to eight men who have sex with men (MSM) aged 20 to 29 years, who attend the district of República [Republic], in order to identify possible discursive variables that were socially reinforced. The results indicated a medium-low risk of exposure to HIV for most participants, and discourses that reinforce perception of AIDS as a chronic disease; inconsistent condom use, especially with regular partners; knowledge about PrEP and PEP as preventive methods; and use of apps in search for sexual partnerships. Reinforcing, antecedent and countercontrolling variables may be involved in the maintenance of condomless sex, referred as pleasure, contact, intensity, and freedom, among others. The study also presents a definition of risk based on the concept of operant behavior and concludes that condomless anal intercourse is maintained mainly by reinforcement contingencies, and immediate and potent reinforcers.

Keywords: HIV/AIDS, verbal behavior, rule-governed behavior, risk, men who have sex with men, behavioral analysis of discourse (BAD)

Lista de Figuras

- Figura 1 – Por participante, número de parceiros sexuais diferentes (sexo e gênero masculinos) nos 12 meses anteriores à pesquisa; P7 não respondeu à questão.
.....49
- Figura 2 – Total de respostas quanto à frequência declarada de uso do preservativo com parceiros regulares e casuais no mês anterior à aplicação do QOV-HSH...53
- Figura 3 – Questões 46 a 48 do QOV-HSH, para definição do escore de risco. O escore total podia variar entre zero e 15 pontos.....55
- Figura 4 – Escore de risco dos participantes, dividido por faixas.56

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Informações sobre os Participantes	43
Tabela 2 – Uso do Preservativo na Última Relação Sexual e Parceria Regular.....	53
Tabela 3 – Escores de Risco com: Número de Parceiros e Frequência de Uso do Preservativo nas Parcerias Regulares no Último Mês; e Uso do Preservativo na Última Relação Sexual	57
Tabela 4 – Informação sobre HIV/Aids: Respostas Mais Recorrentes	60
Tabela 5 – Percepção de Vulnerabilidade: Respostas Mais Recorrentes	64
Tabela 6 – Estratégias de Prevenção: Respostas Mais Recorrentes	67
Tabela 7 – Variáveis de Controle do Operante de Risco: Respostas Mais Recorrentes.	72
Tabela 8 – Busca de Parcerias Sexuais: Respostas Mais Recorrentes	75
Tabela 9 – Possíveis Variáveis para a Relação Sexual Desprotegida	81
Tabela 10 – Juízos de Valor: Respostas Mais Recorrentes	84

Lista de Abreviaturas e Siglas

AC	Análise do Comportamento
ACD	Análise Comportamental do Discurso
Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ARV	Antirretroviral(is)
AZT	Zidovudina
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CMV	Citomegalovírus
CV	Carga Viral (para o HIV)
DST	Doença(s) Sexualmente(s) Transmissível(is)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HRBS	<i>HIV Risk-taking Behaviour Scale</i>
HSH	Homem(ns) que Faz(em) Sexo com Homem(ns)
I = I	Indetectável = Intransmissível
IST	Infecção(ões) Sexualmente Transmissível(is)
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
NDARC	National Drug and Alcohol Research Centre (Austrália)
PCAP-MSP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Residente no Município de São Paulo
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PEXP	Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHA	Pessoa(s) vivendo com HIV/Aids
QOV-HSH	Questionário de Operantes Verbais sobre Comportamento Sexual: HSH
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i>
S-A	Sentença-Argumento
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde
TcP	Tratamento como Prevenção
TD	Taxa de Detecção

Sumário

Introdução.....	1
Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade	4
Homossexualidade, Território e Vulnerabilidade Social	7
Juventude, Moratória e Vulnerabilidade Individual	10
A Resposta Brasileira ao HIV/Aids: Êxitos e Vulnerabilidade Programática	13
HIV/Aids e Homens que Fazem Sexo com Homens em São Paulo	20
Referencial Teórico	23
Comportamento Verbal e Consciência	23
Reforçamento, Punição e Operante de Risco.....	27
Comportamento Governado por Regras	29
Análise Comportamental do Discurso (ACD)	32
A Pesquisa	38
Objetivo Geral.....	38
Objetivos Específicos.....	38
Método.....	40
Questionário	40
Participantes	42
Procedimento	43
Organização dos Resultados	46
Análise	47
Resultados e Discussão.....	49
Caracterização de Práticas e Saúde Sexual	49
Análise de Risco.....	55
Informação sobre HIV/Aids.....	58
Percepção de Vulnerabilidade e Estratégias de Prevenção	62
Variáveis de Controle do Operante de Risco e Busca de Parcerias Sexuais.....	69
Juízos de Valor.....	83
Conclusão	87
Referências	92
Apêndice A.....	101
Apêndice B.....	109

Segundo o Critério CDC Adaptado, o Brasil define como caso de aids,¹ para fins de vigilância epidemiológica,

todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV. . . no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência. (Ministério da Saúde, 2004, p. 15)

Entre os diferentes critérios adotados no país, o CDC Adaptado, em particular, advém da última revisão dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, datada de 1994, mas com modificações na contagem das células linfócitos T CD4+ e na lista de doenças indicativas de aids em relação às definições originais (Ministério da Saúde, 2004). Entre as doenças citadas, estão, por exemplo, o herpes simples mucocutâneo por período superior a um mês, a toxoplasmose cerebral, a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, a candidose de traqueia, brônquios ou pulmões e a citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos (Ministério da Saúde, 2004).

Contam Lindinalva Laurindo-Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira (2015a) que, entre 1978 e 1979, o médico Joel Weisman havia percebido em Los Angeles, nos Estados Unidos, casos de síndrome semelhante à mononucleose entre pacientes homossexuais do sexo masculino, com crises de febre, emagrecimento, linfadenopatia, diarreia e

¹ Aids: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); e HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana). Nesta dissertação, utilizam-se as grafias *aids* (Senado Federal, 2013) e *HIV/Aids*, salvo em nomes próprios e quando as fontes citadas utilizam outra grafia.

candidíase oral e anal, o que remetia ao diagnóstico de citomegalovirose. Conhecida desde 1956, essa doença tinha como agente causador o citomegalovírus (CMV), pertencente à família herpesvírus. No entanto, embora o CMV pudesse causar danos celulares potencialmente mortais em recém-nascidos, sua sintomatologia era menos severa em adultos, o que sugeria que o quadro de dois dos pacientes de Weisman, na verdade, “apresentava evidências de uma falha do sistema imunológico” (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a, p. 29).

Um desses pacientes havia sido hospitalizado no serviço de imunologia da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia, onde trabalhava Michael Gottlieb, que notou semelhanças entre aquele caso e outro, observado no mesmo serviço em 1980: ambos apresentavam um quase total desaparecimento de linfócitos T CD4+ (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Os dois médicos formularam hipóteses diferentes para o fenômeno. Para Weisman, o sistema imunológico estava sob ataque de uma ação combinada entre o CMV e o vírus Epstein-Barr, causador da mononucleose tradicional. Gottlieb, porém, argumentava que 94% dos homens homossexuais eram portadores da infecção pelo CMV sem que apresentassem o quadro grave dos dois pacientes – e sugeria que uma cepa do CMV se havia tornado mais virulenta por mutação ou pela sinergia com um vírus desconhecido. Após discutir os casos com Wayne Shandera, do Departamento de Saúde Pública de Los Angeles, Gottlieb descobriu que, também naquele departamento, havia registro de um caso similar (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Ao todo, cinco pacientes em três hospitais de Los Angeles já haviam sido investigados por Gottlieb, Weisman e Shandera entre outubro de 1980 e maio de 1981 quando, em 5 de junho de 1981, o trio de médicos fez a primeira comunicação oficial aos CDC sobre a ocorrência de imunodeficiência em homens homossexuais, mais tarde

identificada como aids, no boletim *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Os registros continuaram a acumular-se. Em abril de 1981, o médico Jon Gullett, de San Francisco, comunicou um caso de sarcoma de Kaposi aos CDC, e, desde 1980, a cidade de Nova York registrava casos de imunodepressão com pneumocistose grave em homens homossexuais, diagnosticados inicialmente pela médica Linda Laubenstein, do New York Medical Center. Até abril de 1981, 14 casos semelhantes, em diferentes hospitais, haviam sido registrados em Nova York, com a diferença de quem nem todos eram homossexuais: cinco pacientes declaravam-se heterossexuais, sendo um deles mulher, e eram usuários de heroína injetável (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Antes do final de 1981, os epidemiologistas dos CDC já haviam concluído que o agente causal da doença era infeccioso, transmitido por via sexual e que devia difundir-se com rapidez entre homens homossexuais. Em janeiro de 1982, foi obtida uma evidência de que, além disso, o agente era viral, quando o CDC de Atlanta registrou o primeiro caso em um hemofílico. Começou, então, a ser construído o conceito de grupos de risco:

Em 1982, um hospital da Flórida notificou 20 casos de pacientes portadores da síndrome provenientes do Haiti, 17 homens e três mulheres. . . . Nessa mesma época, dados europeus evidenciaram casos de doentes heterossexuais originários do Haiti e de países da África, ou que haviam estado nesses países. Entretanto, nos EUA, a síndrome se mantinha circunscrita a homossexuais, haitianos, heroinômanos e hemofílicos e, por isso, os epidemiologistas norte-americanos começaram a falar em “doença dos quatro H”. Com a caracterização desses quatro grupos, desde o segundo semestre de 1982, começou-se a referir a “grupos de risco”. (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a, p. 31)

Dos Grupos de Risco à Vulnerabilidade

O HIV foi isolado em janeiro de 1983, na França, e sua responsabilidade etiológica na aids foi admitida em abril de 1984 (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a). Concomitantemente, a infecção passou a expandir-se dos “quatro H” para outros grupos populacionais. Dessa forma, o conceito de grupos de risco caiu em desuso – ou, pelo menos, houve um esforço nesse sentido, inclusive como forma de evitar ou reduzir o estigma de que os portadores do HIV (soropositivos) passaram a ser vítimas. Segundo Diego Schaurich (2004), houve mudanças nos rumos da infecção a partir do final da década de 1980 e início dos anos 1990, pois esta

passa a ser detectada em diversos . . . segmentos populacionais como . . . bi e heterossexuais e seus parceiros . . . e um número considerável de mulheres e crianças. Desta forma, houve a necessidade de mudar o conceito então em voga para o de comportamento de risco que incluía todas aquelas pessoas que apresentavam um comportamento mais suscetível à infecção viral. (pp. 119-120)

Com o conceito de comportamento de risco, mais do que grupos sujeitos à infecção *a priori*, considerava-se que as *práticas* de cada indivíduo determinavam uma maior ou menor exposição potencial ao HIV.

A definição de comportamento de risco confere com o que Leila Jeolás (2003) descreve como a linguagem do risco, utilizada sobretudo no âmbito da saúde e que expressa, segundo a autora, “a probabilidade de um indivíduo – no contexto de um grupo, de uma região, de um país – ser acometido por uma doença (um mal)” (p. 96).

Jeolás (2003) argumenta que ocorreram alterações importantes no uso do termo *risco* desde que este apareceu, entre os séculos XVI e XVIII, “no contexto dos jogos de azar, do comércio marítimo e da análise matemática referente às chances de um evento vir a ocorrer” (p. 95), e cerca de 300 anos depois da palavra *perigo*. De acordo com a

autora, a análise de probabilidades tornou-se comum no século XIX, e o risco, aplicado ao comércio e indústria para cálculos de investimento em termos de custo e benefício (prejuízos e proveitos), progressivamente se tornou importante para a economia e consolidou-se de maneira estreita com o sentido de possibilidade – positiva e negativa – e com a teoria das probabilidades. A partir daí, no entanto, houve uma expansão no uso e uma mudança de significado:

O uso do termo se expandiu para a epidemiologia, tecnologia, meio ambiente e direito, referindo-se a problemas coletivos. Fortalecida sua associação com a possibilidade de resultados negativos, o termo passou a expressar danos, coisas ruins e indesejáveis. (Jeolás, 2003, p. 95)

Para Jeolás (2003), a alteração semântica do termo *risco* revestiu-o de cientificidade ao quantificar possibilidades em termos de probabilidades: “O risco é abstrato e objetivamente controlado. Essa pretensão de um cálculo preciso com aura de ciência explica o fato de seu uso ter se estendido e de ter se tornado conceito em várias áreas do conhecimento” (p. 95).

Niklas Luhmann (2006) também discute o conceito de risco – e propõe uma distinção entre risco e perigo: enquanto o último se referiria a causas externas que independem da ação dos sujeitos, os riscos seriam resultado das decisões do indivíduo. No entanto, Alexandre Barbosa Pereira (2010) comenta, em sua pesquisa com pichadores em São Paulo, SP, que essa diferenciação, na prática, nem sempre é possível, pois “as fronteiras entre as ameaças externas . . . e os riscos . . . são muito mais complexas do que a conceituação teórica formula” (p. 44). Por isso, esse autor aborda mais de uma concepção, como a de Denise Martin (2003).

Tendo pesquisado os riscos vivenciados por mulheres ligadas à prostituição na cidade de Santos, SP, inclusive os relacionados à violência e às infecções sexualmente

transmissíveis (IST) e aids, Martin (2003) levou em consideração a situação marginal já vivenciada por aquelas mulheres. Dessa forma, as leituras de Martin (2003) e Pereira (2010) permitem concluir que a noção de risco atrelada unicamente à decisão do indivíduo (Luhmann, 2006), presente no conceito de comportamento de risco, talvez não seja suficiente.

Além disso, para Schaurich (2004), tanto o conceito de grupos de risco quanto o de comportamento de risco ajudaram a perceber a aids como uma “doença do outro”, fosse este o outro-pessoa, fosse o outro-continente, com a culpabilização atribuída à África, local de surgimento do HIV. Nesse sentido, buscou-se inicialmente a distância do outro como medida de prevenção.

No entanto, atualmente, como os limites se estreitaram, seja pelas questões relacionadas à globalização emergente, seja pelas questões inerentes e peculiares da própria epidemia, a Aids atingiu e disseminou-se rapidamente por todos os continentes, por todos os segmentos populacionais, por todos os outros. Neste sentido, a idéia² de outro acabou por superar os arcaicos conceitos que se vinculavam a grupos, a comportamentos considerados à margem da sociedade, passando, hoje, a ser percebido pelo prisma de uma situação individual e social que expõe indivíduos a um maior ou menor risco de infecção pelo HIV, representada pela vulnerabilidade. (Schaurich, 2004, p. 121)

De acordo com o autor, o conceito de vulnerabilidade não se fecha na exclusão do outro, mas traduz-se em um processo dinâmico e interdependente que leva em conta

² Parte da literatura consultada tem data de publicação anterior à implantação do Acordo Ortográfico de 1990, em 1.º de janeiro de 2016 no Brasil. Nos casos em que há divergência, foram mantidas as grafias originais em todas as citações.

três esferas: (a) *vulnerabilidade individual*: o indivíduo e seu grau de consciência e oportunidade de mudança frente a comportamentos e/ou atitudes que levam à possibilidade de infecção ou adoecimento pelo HIV/Aids; (b) *vulnerabilidade social*: o entorno social em que o indivíduo se insere, em uma esfera coletiva que contempla seu grau de escolaridade, acesso à informação, à escola, aos serviços de saúde, suas condições de bem-estar social, renda individual e familiar, entre outros aspectos; e (c) *vulnerabilidade programática*: os compromissos governamentais, financiamento e desenvolvimento de ações preventivas e educacionais destinados ao combate e/ou controle da epidemia de HIV/Aids (Schaurich, 2004).³

Homossexualidade, Território e Vulnerabilidade Social

“No começo, há a injúria. Aquela que todo gay pode ouvir num momento ou outro da vida, e que é o sinal de sua vulnerabilidade psicológica e social”. Assim Didier Eribon (2008, p. 27) abre o primeiro capítulo do livro *Reflexões sobre a Questão Gay*, ao longo do qual traça uma relação intrínseca entre ser homem ou mulher homossexual, viver a homossexualidade e habitar o espaço urbano, sobretudo o das grandes cidades ocidentais, como Paris, Londres, Berlim, Amsterdã, Nova York e San Francisco. Isso porque, segundo o autor, um dos princípios estruturantes das subjetividades gays e lésbicas consiste em buscar meios de fugir da injúria e da violência, o que costuma passar pela dissimulação, ocultando a condição de homossexuais frente a outras pessoas; ou pela emigração a lugares mais clementes, normalmente para grandes cidades ou capitais.

Para Eribon (2008), “a homossexualidade tem ligação com a cidade” (p. 33) – e podemos inferir que isso significa que o espaço urbano, em certa medida, fundamenta

³ Uma discussão mais extensa sobre vulnerabilidade e suas três esferas pode ser encontrada em Ayres, Freitas, Santos, Saletti Filho e França Júnior (2003).

uma identidade para o/a homossexual, o que parece evocar o conceito de *território* tal como proposto por Milton Santos (2007):

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como o *território usado* [grifo do autor], não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (p. 14)

Entretanto, mesmo no território urbano, será necessário “negociar” a homossexualidade com o entorno social, uma vez que as grandes cidades não são livres de conflitos, das violências, da intolerância:

Todas as pesquisas de opinião feitas junto aos homossexuais (dos dois sexos) atestam que a experiência do insulto (sem falar até da agressão física) é um dos traços mais comuns de suas existências. . . . O que significa que, mesmo aqueles que hoje se sentem mais livres, nas grandes cidades dos países ocidentais, devem saber negociar a todo instante a relação com o mundo à sua volta: saber onde é possível dar a mão ao parceiro, onde é possível deixar transparecer afeição pelo outro do mesmo sexo e onde é melhor evitar fazê-lo. (Eribon, 2008, p. 30)

Por isso, em outra passagem, Eribon (2008) destaca que a (grande) cidade também pode ser, para gays e lésbicas, o “lugar da infelicidade”:

Como os homossexuais estão condenados à cidade, também estão a tudo o que a cidade pode trazer consigo de violências: as agressões nos lugares de paquera, o assédio policial, a transmissão das doenças. . . . Embora ali assumam outras formas e, embora os meios de a isso resistir sejam ali mais bem desenvolvidos, o

controle social da subcultura e as manifestações de hostilidade não deixam de ali desabrochar. (Eribon, 2008, p. 57)

Contudo, apesar das considerações sobre as violências, hostilidades e controle social, o autor parece insistir que as grandes cidades representam para gays e lésbicas lugares mais clementes, são “mais acolhedoras” (p. 31) e onde os meios de resistência são “mais desenvolvidos” (p. 57).

Lidiany de Lima Cavalcante (2016) talvez ofereça uma visão mais crítica, ao dizer que “a sociedade ocidental alavanca demandas, mas fenece ao evidenciar o resgate e revitalização de velhas práticas, antigos conceitos e clássicos discursos, sem a fundamentação científica que atenda as molas propulsoras do século XXI” (p. 40).

Para Cavalcante (2016), no Brasil, a homossexualidade é visualizada apenas como tolerável e, apesar das lutas positivamente sinalizadas, a homofobia (rejeição, aversão ou preconceito contra quem é homossexual e contra a homossexualidade) permanece, alicerçada em valores religiosos, principalmente os de cunho fundamentalista, e erguida na cultura tradicional. É possível, inclusive, percebê-la na escola, nas universidades, mercado de trabalho e instituições que “deveriam se caracterizar por serem as portas da inclusão pelo viés das políticas públicas, tais como: saúde, educação e assistência social” (p. 41). Ainda segundo a autora,

o estigma não desapareceu. . . . O preconceito e a discriminação persistem pelas raízes históricas e culturais de uma sociedade que tem heranças patriarcais e patrimonialistas, onde a dominação impera, a orientação sexual reconhecida culturalmente ainda é somente a heterossexual, e os direitos não são trabalhados em sua equidade. (Cavalcante, 2016, p. 43)

Embora não aborde especificamente as (grandes) cidades, como faz Eribon (2008), essa leitura permite inferir que, no território urbano supostamente mais clemente,

talvez o preconceito e a discriminação – e, por extensão, a injúria e a agressão – permaneçam tão pungentes quanto em outros territórios e sejam, afinal, apenas mais ocultos, velados, não ditos, o que evidencia a vulnerabilidade social de gays e lésbicas.

Em junho de 2008, a Fundação Perseu Abramo (FPA) e a Rosa-Luxemburg-Stiftung (RLS) publicaram a pesquisa *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil: Intolerância e Respeito às Diferenças Sexuais*.⁴ De uma amostra de 2.014 entrevistas realizadas com pessoas de 16 anos de idade ou mais em 150 municípios das cinco regiões brasileiras (Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste) – aproximadamente 28% deles capitais de estado e 18% grandes municípios do interior –, apenas 19% das pessoas relataram repulsa/ódio ou antipatia a gays; e 20% a lésbicas. Entretanto, 92% concordaram que existe preconceito contra gays e 92% afirmaram o mesmo em relação às lésbicas (FPA & RLS, 2008).

Juventude, Moratória e Vulnerabilidade Individual

“A idade aparece em todas as sociedades como um dos eixos ordenadores da atividade social. Idade e sexo são base de classificações sociais e estruturações de sentido”, escrevem Mario Margulis e Marcelo Urresti (2008, p. 13),⁵ para quem “‘juventude’ se refere não apenas a um estado, uma condição social ou uma etapa da vida” (p. 15), mas também significa um produto

⁴ Acesso via buscador Google em 29 de setembro de 2017 com os termos de busca: *diversidade sexual; Perseu Abramo; homofobia*. O relatório informa que a responsabilidade técnica foi do Núcleo de Opinião Pública da FPA, sob a coordenação do cientista político Gustavo Venturi e da socióloga Marisol Recamán. Analista, Vilma Bokany; processamento de dados, Rita Dias.

⁵ Todas as citações de Margulis e Urresti (2008) são traduções nossas.

que aparece, então, como valor simbólico associado a características apreciadas – sobretudo pela estética dominante –, o que permite comercializar seus atributos (ou seus sinais externos) multiplicando a variedade de mercadorias – bens e serviços – que impactam direta ou indiretamente os discursos sociais que a aludem e a identificam. (Margulis & Urresti, 2008, p. 15)

Para Margulis e Urresti (2008), essa juventude que é, ao mesmo tempo, valor simbólico, estado, condição social e etapa da vida define-se, primeiramente, pela noção de *moratória social*. Segundo os autores, certos setores sociais, a partir de meados do século XIX e no século XX, passaram a oferecer aos jovens a possibilidade de postergar exigências, especialmente as que provêm de sua própria família e do trabalho, “tempo legítimo para que se dediquem ao estudo e à capacitação postergando o casamento, o que lhes permite desfrutar de um certo período durante o qual a sociedade os brinda com uma especial tolerância” (p. 15). A moratória social é desfrutada sobretudo por indivíduos de setores mais favorecidos social e economicamente, uma vez que jovens de setores populares, com menos oportunidades de estudo e capacitação e com exigência de entrada precoce no mercado de trabalho, teriam o acesso a ela diminuído.

Em seguida, Margulis e Urresti (2008) introduzem outro tipo de moratória, que denominam *moratória vital* e consideram complementar à primeira:

Nesse sentido é que a juventude pode ser pensada como um período de vida em que se está de posse de um excedente temporal, de um crédito ou de um plus, como se se tratasse de algo que se tem economizado, algo que se tem a mais e do qual se pode dispor. . . . Dessa forma, terá mais probabilidades de ser jovem todo aquele que possua esse *capital temporal* [grifo dos autores] como condição geral. (Margulis & Urresti, 2008, p. 20)

Além do aspecto socioeconômico, os autores pontuam que ambas as moratórias, social e vital, também se manifestam de maneira distinta para homens e mulheres:

É evidente que, em nossa sociedade, o tempo transcorre para a maioria das mulheres de maneira diferente que para o grosso dos homens; a maternidade implica uma moratória diferente, uma urgência distinta, que altera não somente o corpo, mas também afeta a condição sociocultural da juvenilização. . . . A juventude, para um homem jovem de classe alta, difere como crédito social e vital da de uma mulher jovem de sua classe, e ainda mais da de uma mulher de igual idade que pertence a setores populares. O primeiro tem maior probabilidade de dispor de tempo excedente, de uma maior moratória vital e social, enquanto às mulheres se reduz essa probabilidade à medida que crescem. (Margulis & Urresti, 2008, pp. 27-28)

Segundo Pereira (2010), Margulis e Urresti (2008), em sua discussão sobre as moratórias, “apresentam . . . a ideia de uma maior disposição dos jovens para a diversão, para o risco e para a aventura” (Pereira, 2010, p. 40). Nesse sentido, na medida em que homens jovens usufruem de maior moratória social e vital, é possível supor que estariam, individual e coletivamente, mais abertos a arriscar-se, inclusive no que diz respeito à sexualidade – e, portanto, ao contágio pelo HIV.

O ponto a destacar é que a discussão sobre juventude e moratórias não prescinde do conceito de vulnerabilidade nem necessariamente se opõe a ele. Uma vez que, segundo Margulis e Urresti (2008), a juventude dispõe de um “valor simbólico associado a características apreciadas” (p. 15) e homens jovens teriam maiores moratórias, uma primeira leitura poderia sugerir que sua “disposição” para o risco de adquirir HIV/Aids – aqui tomado no sentido atribuído por Luhmann (2006) – advém inevitavelmente de

uma posição social menos vulnerável. Entretanto, Ayres et al. (2003) advertem que, na esfera da vulnerabilidade individual,

os comportamentos associados a maior chance de exposição à infecção, adoecimento ou morte não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e, especialmente, ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência. (p. 125)

Dessa forma, a “especial tolerância” com que a sociedade brinda o homem jovem (Margulis & Urresti, 2008, p. 15) poderia mesmo contribuir para uma compreensão mais débil ou insuficiente a respeito dos possíveis danos advindos de comportamentos associados a maiores chances de exposição ao HIV/Aids, o que conduziria esse jovem, por exemplo, a uma maior vulnerabilidade individual.

Somando-se a isso a esfera da vulnerabilidade social, as discussões já apresentadas por Eribon (2008), Cavalcante (2016) e Margulis e Urresti (2008) permitem concluir que, entre os homens jovens, os gays seriam mais vulneráveis; e, entre estes, seriam ainda mais vulneráveis os que participam de setores menos favorecidos social e economicamente.

A Resposta Brasileira ao HIV/Aids: Êxitos e Vulnerabilidade Programática

No Brasil, a aids, que ainda não tinha esse nome, apareceu pela primeira vez na mídia em 5 de julho de 1981, quando o *Jornal do Brasil* traduziu e republicou a reportagem “Câncer raro ataca homossexuais”, escrita por Lawrence Altman e originalmente publicada no *The New York Times* do dia 3 (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

No entanto, o primeiro caso no país seria descoberto apenas em setembro de 1982, quando os CDC dos Estados Unidos já haviam batizado a infecção com o nome definitivo. A responsável foi Valéria Petri, então professora-adjunta de dermatologia da Escola Paulista de Medicina e que havia atendido um paciente com uma lesão no pé direito. O paciente era gay, havia voltado de uma viagem aos Estados Unidos, e, após biópsia, a lesão foi diagnosticada como sarcoma de Kaposi, uma das condições mais estreitamente ligadas à aids no início da epidemia. Em janeiro de 1983, Petri apresentou o caso no Congresso Brasileiro de Dermatologia e voltou a relatá-lo, somado a mais um, no Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, realizado em abril, no Rio de Janeiro (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Também no segundo semestre de 1982, Vicente Amato Neto, então professor titular da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), identificava o primeiro caso autóctone no Brasil: um homem homossexual que nunca havia deixado o país, com febre, diarreia, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, cujos exames mostraram presença de bacilos *Mycobacterium avium-intracellulare* resistentes, condição típica de pacientes imunodeprimidos. O caso foi relatado em um artigo publicado no número de julho/agosto de 1983 da *Revista Paulista de Medicina* (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a). A partir daí, os casos avolumaram-se, e, desde o início de 1983, muitos médicos em todo o país já haviam atendido pacientes que posteriormente seriam diagnosticados como portadores do HIV (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) relatam que, nesse período, tanto a grande imprensa quanto a “imprensa marrom” nacionais cumpriram o papel de comunicar sobre a aids, que, em 1983, já se havia tornado notícia quase cotidiana. As reportagens utilizavam, porém, expressões como “doença que atinge os homossexuais”,

“câncer gay” e “peste gay” – e “algumas dessas publicações deram margem a notícias sensacionalistas, semeando pânico na população” (p. 40). Nesse sentido, Gonçalves e Varandas (2005), que realizaram um estudo com foco nas mulheres entre as décadas de 1980-1990 e o ano de 2001, apontam uma série de equívocos e distorções sobre a aids na mídia, que negligenciava, por exemplo, a transmissão heterossexual. Passada a fase inicial, porém, Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) avaliam que o comportamento dos *mass media* mudou, e a maioria dos jornalistas passou a contribuir “com a divulgação de informações científicas, honestas e não alarmantes, dando espaço à palavra de profissionais da saúde engajados na luta contra a nova epidemia” (p. 41).

Se a postura inicial da mídia ensejou críticas, teve como efeito o engajamento precoce do ativismo homossexual no Brasil, que, diante das notícias que afirmavam serem os gays as principais vítimas, “tomou a frente na luta contra a aids, cobrando respostas rápidas das autoridades da saúde” (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a, p. 41). Ao longo do tempo, esse movimento cresceu, incluiu novos atores e diversificou-se, passando a articular-se na sociedade civil por meio de organizações não governamentais (ONGs), que acompanhavam, estimulavam, fiscalizavam, criticavam e/ou faziam parcerias com as ações do poder público (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Houve necessidade de mobilização em regime emergencial. As poucas forças militantes disponíveis concentraram-se na organização de um sistema de prevenção e atendimento às vítimas da epidemia. . . . O primeiro órgão de governo a se preparar para a epidemia foi a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que criou já em 1983 um Programa de DST⁶-Aids, a partir de uma reunião convocada e compartilhada por lideranças homossexuais. Nas grandes cidades do

⁶ Doença(s) sexualmente transmissível(is)

país, militantes misturaram-se a agentes de saúde e foram atuar diretamente nas ruas ou em locais freqüentados por homossexuais, lançando campanhas, promovendo debates, panfletando e distribuindo camisinhas. (Trevisan, 2000, pp. 368-369)

É importante observar que, na saúde pública, as primeiras respostas no Brasil surgiram localmente, nos níveis estadual e municipal, por meio de dois modelos norteadores: um fundado nas políticas de saúde pública das secretarias de Saúde de São Paulo e do Rio Grande do Sul; e outro no atendimento em hospitais universitários, no Rio de Janeiro e em Minas Gerais. À medida que a epidemia se alastrava, outros estados e capitais iniciaram um movimento em torno da assistência hospitalar, mas, no nível federal, o Ministério da Saúde ainda discutia, em 1985, se a aids era ou não um problema de saúde pública, diante de uma visão que considerava a infecção um problema de gays com alto poder aquisitivo, membros de uma elite que podia viajar e arcar com os custos do próprio tratamento (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a; Morais & Amorim, 2011). Além disso,

segmentos especializados da saúde afirmavam que a aids não satisfazia os critérios epidemiológicos de transcendência, magnitude e vulnerabilidade necessários para justificar intervenções no âmbito das instituições responsáveis pela saúde pública do país. Sem dúvida, essas reações embutiam equívocos no que se refere a problemas de saúde pública e também carregavam fortes doses de preconceito em relação aos homossexuais. (Monteiro & Villela, 2009, p. 33)

Mesmo assim, a Portaria Ministerial n.º 236/1985, assinada pelo então ministro Carlos Santana, determinou o estabelecimento do Programa de Aids do Ministério da Saúde, estruturado na Divisão de Dermatologia Sanitária, que se encontrava sob direção de Aguinaldo Gonçalves. Por ocasião da I Conferência Internacional de Aids (1985),

realizada em Atlanta, nos Estados Unidos, o Programa Nacional de DST/Aids foi representado pela bióloga Lair Guerra de Macedo Rodrigues, que assumiu sua direção em duas ocasiões: de 1986 a 1990 e de 1992 a 1996 (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a; Morais & Amorim, 2011).

A primeira campanha de prevenção ao HIV/Aids do Ministério da Saúde foi veiculada ainda em 1985. Nos anos seguintes, o Programa Nacional, entre outras ações: reuniu grupos de trabalho que editaram normas técnicas de vigilância epidemiológica; organizou o Sistema de Informação Nacional da Aids, para coleta de notificações compulsórias da epidemia; e realizou congressos e seminários sobre a infecção (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

A partir de 1987, já desvinculado da Divisão de Dermatologia Sanitária, com a criação da Divisão de DST/Aids no Ministério da Saúde, o Programa ampliou seu alcance com a consolidação dos programas estaduais e passou a realizar ações mais audaciosas, como: promoção do preservativo masculino como principal estratégia de prevenção ao HIV/Aids (1989); estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, que passaram a ser fortemente afetados (1989-1995); e distribuição gratuita e posterior fabricação do, até então, único antirretroviral (ARV) disponível no mercado contra o HIV: a zidovudina, ou AZT (1991-1993). Seguiram-se ainda dois ARVs que surgiram posteriormente, além de medicamentos para tratar doenças oportunistas (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Em 1996, a XI Conferência Internacional de Aids em Vancouver, no Canadá, confirmou a eficácia do tratamento combinado de três antirretrovirais para o controle da aids, e o Programa Nacional, então sob a direção de Pedro Chequer, passou a produzir genéricos dos medicamentos não protegidos por patentes em parceria com o laboratório

Farmanguinhos. A Lei Sarney (n.º 9.313), escrita no mesmo ano e promulgada em 1997, garantiu o acesso universal aos ARVs (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

O Programa também conseguiu realizar um acordo com os laboratórios Roche e Merck, Sharp & Dhome para o fornecimento de ARVs mais modernos a custos baixos (em 1998, na gestão José Serra no Ministério da Saúde) e importar genéricos da Índia para produzi-los pouco depois, mediante quebra de patentes (em 2007, na gestão José Gomes Temporão). Garantiu-se, dessa forma, a ampliação da cartela de medicamentos destinados ao tratamento do HIV/Aids no Brasil (Roman, 2011).

Essas ações projetaram internacionalmente o Programa Nacional de DST/Aids do Brasil.⁷ Graças a elas, em apenas seis anos (de 1996 a 2002), reduziram-se as taxas de mortalidade pelo HIV/Aids entre 40% e 70% e as taxas de morbidade entre 60% e 80%, nas diferentes regiões do país (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a). Além disso, a política de saúde pública brasileira “mostrou-se eficaz também do ponto de vista econômico. . . . As economias obtidas somente na assistência médica ambulatorial e hospitalar superaram em US\$ 200 milhões os valores gastos com medicamentos antirretrovirais, no mesmo período” (p. 435). Nas palavras de João Silvério Trevisan (2000), “aos poucos, dentro de um sistema de saúde pública injusto e crescentemente ineficaz, o Brasil conseguiu montar uma rede de enfrentamento da Aids considerada modelar pela Organização Mundial de Saúde” (p. 369).

Esses resultados podem levar à suposição de que, no Brasil, não se aplica a vulnerabilidade programática como descrita por Schaurich (2004). Entretanto, não é exatamente essa a realidade.

⁷ Um histórico mais detalhado da resposta brasileira à aids nos níveis estaduais e federal pode ser encontrado em Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, 2015b).

Em primeiro lugar, cabe mencionar que a resposta federal à crise do HIV/Aids, iniciada em 1985, é considerada tardia, com fortes impactos no curso que a epidemia registrou nas décadas seguintes. Além disso, houve ações do Ministério da Saúde que, além de suscitarem polêmicas, comprometeram ou atrasaram, por vezes, o andamento dessa resposta (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a; Morais & Amorim, 2011).

Essas polêmicas frequentemente envolveram campanhas de prevenção veiculadas na mídia. Morais e Amorim (2011) relatam que as primeiras peças ressaltavam, por exemplo, as principais formas de contágio e as descobertas médicas da época, mas adotavam um tom muitas vezes moralista e fatalista (e.g., “O amor não mata” e “Não morra de amor”).

A camisinha assumiu papel primordial em todas as campanhas (e.g., “Camisinha – o seu grito de liberdade”) apenas no final dos anos 1980, mas, embora estas tenham tido o benefício de tornar o preservativo mais familiar para o grande público, em determinadas localidades do país, como no estado do Rio de Janeiro, a possibilidade de transmissão heterossexual foi relegada a segundo plano – limitando-se, quando muito, a relacionar o HIV/Aids às profissionais do sexo (Morais & Amorim, 2011).

No governo Collor, o Programa Nacional sofreu o impacto da recessão e chegou a paralisar inúmeras atividades, inclusive a distribuição do AZT. Problemas similares também foram detectados no governo Itamar Franco, ao mesmo tempo que as campanhas dos primeiros anos da década de 1990 assumiram imagens e conteúdo em um tom mais agressivo e inquietante, como “A aids mata sem piedade” (Morais & Amorim, 2011). Essas campanhas foram criticadas pelos grupos ativistas da época, “por discriminarem os doentes e disseminar o terror em relação à doença e às vítimas” (p. 102).

Entre meados dos anos 1990 e início do século XXI, os *slogans* das campanhas passaram a dar foco à autoestima e autocuidado e, na sequência, à dimensão alcançada

pela epidemia e à adoção de comportamentos tidos como de vanguarda (e.g., “Viva com prazer, viva o sexo seguro”, “Não leve a aids para casa. Camisinha. Quem ama usa” e “Respeitar as diferenças é tão importante quanto usar camisinha”) (Morais & Amorim, 2011). Mesmo assim, peças dirigidas especificamente a grupos mais vulneráveis, como os gays, além de terem tido aparentemente menos aceitação e espaço, foram reduzidas em anos recentes, o que resultou, por exemplo, em acusações de censura durante o governo Dilma Rousseff (Beloqui & Terto Júnior, 2012) e responsabilização pelo recrudescimento da epidemia entre jovens gays (Collucci, 2018).

Além disso, dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]) concluem que o Brasil tem financiamento insuficiente em prevenção primária efetiva e focada em populações-chave com maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids, entre as quais os gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH): apenas 6% do total gasto no combate e prevenção ao HIV/Aids entre 2013 e 2014 (UNAIDS, 2016). Considerando que o país responde por mais de 40% de todas as novas infecções pelo HIV na América Latina e Caribe, sendo que aproximadamente $\frac{1}{3}$ delas, até 2014, ocorriam precisamente entre gays e outros HSH (UNAIDS, 2016), a vulnerabilidade programática em relação a esse público, portanto, se verifica.

HIV/Aids e Homens que Fazem Sexo com Homens em São Paulo

A vulnerabilidade de gays e outros HSH reflete-se nos números relacionados à infecção pelo HIV/Aids no Brasil. A maioria dos casos de infecção pelo HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan) ocorre entre homens – 68,6%, no período entre 2007 e junho de 2018; e, entre os homens, relacionada à exposição sexual homossexual – 49,9% no mesmo período (Ministério da Saúde, 2018a).

Há uma expressiva concentração nas faixas etárias dos 20 aos 24 anos de idade e dos 25 aos 29 anos de idade, que apresentam os maiores percentuais de notificações de infecção pelo HIV entre 2007 e junho de 2018 – 19,7% e 20,4% do total, respectivamente, perfazendo 40,1% (Ministério da Saúde, 2018a). Essas faixas etárias estão incluídas no que a legislação brasileira define como jovens.⁸

Em São Paulo/SP, estima-se que haja 85 mil pessoas vivendo com HIV/Aids (Prefeitura de São Paulo, 2015), concentradas especialmente na região central, sobretudo o distrito da República, que chegou a registrar uma taxa de detecção de 132,4 portadores por 100 mil habitantes (Silva, 2017):

A taxa de detecção (TD) dos casos de HIV sem Aids⁹ aumentou, principalmente, no sexo masculino e nas faixas etárias mais jovens. Na faixa de 15 a 19 anos a TD foi de 5/100.000 hab. em 2004 e de 19/100.000 hab. em 2013, mostrando um aumento de 281%; na faixa de 20 a 24 anos foi de 27,8/100.000 hab. e de 87,1/100.000 hab. (213%); de 25 a 29 anos foi de 31,1 e de 83,2/100.000 hab. (167,6%). . . . Quando é realizada a avaliação isolada das categorias de exposição no sexo masculino, observa-se redução na porcentagem de casos em todas elas, com exceção dos homens que fazem sexo com homens (HSH). (Prefeitura de São Paulo, 2014, p. 52)

⁸ O *Estatuto da Juventude* (2013) considera jovens pessoas entre 15 e 29 anos.

⁹ Há diferenças conceituais entre infecção pelo HIV e aids: a primeira é o estado infeccioso caracterizado pela presença do HIV no organismo; a aids é o estágio final da infecção (ver p. 1 desta dissertação). Nesta citação em particular, optou-se por destacar os casos de infecção pelo HIV sem aids, mas os dados foram similares no recorte de casos de aids (Prefeitura de São Paulo, 2014).

O distrito da República compreende o espaço geográfico entre os seguintes limites no município de São Paulo: (a) norte: Avenida Duque de Caxias, Praça Júlio Prestes e Rua Mauá/Via Férrea da CPTM (Linha 7 – Rubi); (b) leste: Avenida Prestes Maia, Vale do Anhangabaú, Praça da Bandeira e Avenida 23 de Maio; (c) sul: Ligação Leste-Oeste; (d) oeste: Ligação Leste-Oeste, Rua João Guimarães Rosa/Praça Roosevelt, Rua Amaral Gurgel/Elevado Presidente João Goulart, Largo do Arouche e Avenida Duque de Caxias.

Referencial Teórico

Comportamento Verbal e Consciência

Até o momento, o conceito de vulnerabilidade aplicado à infecção pelo HIV/Aids parece o mais completo, por considerar o contexto social e econômico em que indivíduo vive, as ações que remetem à saúde pública (financiamento, programas de prevenção e controle da epidemia, etc.) e o papel do próprio indivíduo, a partir de seu grau de consciência e oportunidade de mudança frente a comportamentos que aumentam a possibilidade de contágio (Schaurich, 2004).

Contudo, em seu trabalho com mulheres ligadas à prostituição em Santos, SP, Martin (2003) afirma que “os riscos são *inconscientemente* [grifo nosso] absorvidos pela ação cotidiana” (p. 230). Cabe, portanto, indagar o que, afinal, define consciência e em que medida se pode falar em “grau”.

Para a análise do comportamento (AC), expressões como “inconsciente” ou “inconscientemente” podem, à primeira vista, suscitar objeções devido à proximidade com teorias psicológicas mentalistas. Sob o rótulo de *mentalismo*, Skinner (1953/2003; 1974/2002), propositor da AC, agrupava as correntes teóricas, quer filosóficas, quer psicológicas, que atribuem as causas do comportamento humano à mente ou outra instância imaterial ou metafísica – e as criticava:

Uma observação direta da mente, comparada à observação do sistema nervoso, não demonstrou ser isto possível. . . . A psicologia introspectiva já não pretende fornecer informações diretas sobre eventos que sejam os antecedentes causais, e não meros acompanhantes do comportamento. Definiu seus “eventos subjetivos” de tal forma, que ficam excluídos de qualquer possibilidade de utilização em uma análise causal. (Skinner, 1953/2003, pp. 31-32)

Não obstante, o próprio Skinner aborda o tema do comportamento inconsciente ao longo de sua obra, dando ao adjetivo um significado particular:

As relações controladoras entre o comportamento e as variáveis genéticas e ambientais são todas inconscientes, de vez que não são observadas. . . . Se a consciência parece ter um efeito causal, trata-se do efeito do ambiente especial que a induz à auto-observação. . . . O que o behaviorismo rejeita é o inconsciente como um agente, e está claro que também rejeita a mente consciente como um agente. (Skinner, 1974/2002, p. 133)

Para Skinner (1974/2002), ampliar a consciência que uma pessoa tem do mundo exterior é colocá-la sob controle mais sensível desse mundo como fonte de estimulação. Adquirir consciência, portanto, é identificar as variáveis controladoras do comportamento, auto-observando-se. Trata-se, enfim, de adquirir *autoconhecimento*. (Skinner, 1953/2003, 1974/2002).

O autoconhecimento pode estar ausente em quatro condições – e requer um elemento para ser estabelecido. As quatro condições em que o autoconhecimento pode estar ausente são: (a) não saber que se fez alguma coisa; (b) não saber que se está fazendo alguma coisa; (c) não saber que se tende a, ou se vai fazer alguma coisa; e (d) não reconhecer as variáveis das quais o comportamento é função. Já a exigência para ser estabelecido é um ambiente social verbal: “Faz-se mister um ambiente verbal especial para impor consciência ao comportamento, induzindo uma pessoa a responder a seu próprio corpo enquanto age” (Skinner, 1974/2002, p. 133).

O ambiente ou comunidade verbal é onde emergem os comportamentos verbais, que Skinner (1953/2003) define como *comportamentos operantes* reforçados pela mediação de outras pessoas. Como operante, o comportamento verbal está sujeito às leis identificadas pelo próprio Skinner:

A unidade de uma ciência preditiva não é uma resposta, mas sim uma classe de respostas. Para descrever-se esta classe, usar-se-á a palavra “operante”. O termo dá ênfase ao fato de que o comportamento *opera* [grifo do autor] sobre o ambiente para gerar conseqüências. As conseqüências definem as propriedades que servem de base para a definição da semelhança de respostas. O termo será usado tanto como adjetivo (comportamento operante) quanto como substantivo para designar o comportamento definido para uma determinada conseqüência. (Skinner, 1953/2003, p. 71)

No operante, há emissão de resposta de determinada classe (as classes reúnem respostas semelhantes em função), evocada por *estímulos antecedentes* (“contexto”) e que opera no ambiente para gerar conseqüências. Por sua vez, essas conseqüências retroagem, reforçando respostas de mesma classe (tornando-as mais frequentes e aumentando sua probabilidade futura de emissão) e fortalecendo a relação entre os estímulos antecedentes e a própria classe de respostas. As conseqüências são, por isso, denominadas *estímulos reforçadores*, e o processo comportamental é chamado de *reforçamento*. A relação estabelecida entre os estímulos/variáveis antecedentes, as respostas e as conseqüências é denominada *contingência* (Skinner, 1953/2003).

No comportamento verbal, os reforçadores são mediados, ou seja, a resposta emitida por um indivíduo (falante) depende do comportamento de outro indivíduo (ouvinte) para produzir conseqüências. Disso, deriva que: (a) a preparação especial do ouvinte pela comunidade verbal é essencial; e (b) o comportamento verbal é dotado de causalidade múltipla: a força de uma única resposta pode ser função de mais de uma variável, e uma única variável pode afetar mais de uma resposta (Skinner, 1957/1978).

No livro *O Comportamento Verbal*, Skinner (1957/1978) relaciona seis operantes verbais primários:

- (a) *ecoico*: a resposta é sonora (vocal), está sob controle de um estímulo verbal antecedente, o reforçador é social (condicionado generalizado) e há correspondência formal e ponto a ponto (a resposta tem a mesma forma que o estímulo antecedente e corresponde a este em cada segmento);
- (b) *mando*: a resposta é de qualquer tipo (i.e., sonora, visual – escrita, impressa, etc. –, gestual e afins), controlada por privação ou estimulação aversiva e mantida pelo reforçador especificado pela própria resposta. Para Laraway, Snycerski, Michael e Poling (2003), estimulação aversiva e privação são conceituadas como *operações motivadoras*;
- (c) *tato*: a resposta é de qualquer tipo, está sob controle de estímulo antecedente não verbal constituído por um objeto, um evento ou propriedade de um objeto, e o reforçador é social;
- (d) *intraverbal*: a resposta é de qualquer tipo, está sob controle de um estímulo verbal antecedente, e o reforçador é social, mas sem correspondência formal nem ponto a ponto entre a resposta e o estímulo antecedente;
- (e) *textual*: a resposta é sonora, está sob controle de um estímulo visual (escrito, impresso, etc.) e é mantida por reforçador social, com correspondência ponto a ponto, mas não formal (a forma da resposta é diferente da do estímulo antecedente, mas a cada segmento do estímulo corresponde um segmento da resposta);
- (f) *transcrição*, subdividida em:
 - (I) *cópia*: resposta escrita/impressa, sob controle de estímulo visual, mantida por reforçador social, com correspondência ponto a ponto (e pode haver correspondência formal);

- (II) *ditado*: resposta escrita/impressa, sob controle de estímulo sonoro (vocal/auditivo), mantida por reforçador social, com correspondência ponto a ponto, mas não formal.

Finalmente, há o *autoclítico*, definido como um operante verbal de segunda ordem, que estabelece relações entre respostas verbais e outros operantes verbais e é emitido de modo dependente em relação aos operantes primários, alterando-os, inclusive em função (Skinner, 1957/1978). Os autoclíticos “podem ser unidades lexicais (e.g., artigos, preposições) ou não (e.g., a inflexão da ironia). . . . Com o autoclítico, o discurso é manipulado, produzido, editado, criado, etc.” (Borloti, Haydu, Rafih-Ferreira, & Fornazari, 2012, p. 105).

Para Skinner (1957/1978), o autoconhecimento se estabelece mediante a aquisição do comportamento verbal autodescritivo, tornando o indivíduo “consciente” do que está fazendo ou dizendo, e por quê. Portanto, o autoconhecimento está relacionado ao fato de o falante poder ser ouvinte de si mesmo, o que o autor denomina *autotato*:

O comportamento costuma estimular seu autor. Só por isso o comportamento coordenado pode ser executado. O comportamento coordenado é aquele no qual uma resposta em parte é controlada por outra. . . . Estamos tratando aqui de auto-tactos – do comportamento verbal controlado por outros comportamentos do falante, presente, passado ou futuro. Os estímulos podem ser ou não privados. (Skinner, 1957/1978, p. 133)

Reforçamento, Punição e Operante de Risco

É possível estabelecer um diálogo entre o conceito de vulnerabilidade e o de operante, proposto por Skinner (1953/2003). Com efeito, as vulnerabilidades social, programática e individual poderiam constituir-se em variáveis/estímulos antecedentes

que controlam uma determinada classe de respostas que, por sua vez, potencialmente expõem o indivíduo à infecção ou adoecimento pelo HIV/Aids.

A infecção ou adoecimento, entretanto, não necessariamente manteriam essa classe de respostas, por estarem geralmente associados a eventos danosos, “negativos”, que confeririam, mais acuradamente, com a definição comportamental de *punição*.

Na AC, o uso dos termos “negativo” e “positivo” é diferente do senso comum, em que, muitas vezes, são sinônimos de “ruim/indesejável” e “bom/desejável”, respectivamente. Como esclarece Sidman (1989/2009):

No reforçamento positivo, a ação de uma pessoa é seguida pela adição, produção ou aparecimento de algo novo, algo que não estava lá antes do ato. No reforçamento negativo uma ação subtrai, remove ou elimina algo, fazendo com que alguma condição ou coisa que estava lá antes do ato desaparecesse. (p. 55)

Por sua vez, o que é percebido como danoso e/ou indesejável pode conferir com a punição porque Sidman (1989/2009), seguindo a proposta skinneriana, a define de duas formas: o término ou a retirada contingente a uma resposta de algo que comumente seria um reforçador positivo; ou a produção contingente a uma resposta de algo que normalmente seria um reforçador negativo. No entanto,

definimos reforçadores – positivo ou negativo – por seu efeito especial sobre a conduta; eles aumentam a probabilidade futura de ações as quais seguiram. Mas definimos punição sem apelar para qualquer efeito comportamental; punição ocorre quando quer que uma ação seja seguida ou pela perda de reforçadores positivos ou ganho de reforçadores negativos. Esta definição nada diz sobre o efeito de um punidor sobre a ação que o produz. Ela não diz que punição é o oposto de reforçamento. Ela não diz que punição reduz a probabilidade futura de ações punidas. (Sidman, 1989/2009, p. 59)

Sendo assim, podemos supor que o que mantém a classe de respostas que potencialmente expõem o indivíduo à infecção ou adoecimento pelo HIV/Aids não é, em si, um evento punitivo, mas a produção de reforçadores positivos ou a eliminação de reforçadores negativos prévios, pela emissão daquelas respostas.

Em suma, variáveis antecedentes (entre as quais, vulnerabilidades) controlariam uma determinada classe de respostas que teriam, pelo menos, duas consequências: uma reforçadora, que retroage sobre a classe de respostas e essas variáveis antecedentes, aumentando a frequência e a probabilidade futura de respostas de mesma classe, ao mesmo tempo que fortalece a relação entre os estímulos antecedentes e a classe em si; e uma consequência punitiva possível ou presente: a própria infecção ou adoecimento (definida, enquanto punição, como a perda de reforçadores positivos ou produção de negativos).

Essas características definem o que decidimos chamar de operante de risco neste estudo. A “consciência” do ato por parte do indivíduo, definida pelo autoconhecimento (autotatos) pode estar ou não presente – e, nesse sentido, a comunidade verbal desempenha um papel essencial como aquela que dispõe as condições pelas quais essa consciência se torna possível. As campanhas de prevenção ao HIV/Aids seriam um exemplo dessas condições.

Comportamento Governado por Regras

Para Skinner (1974/2002), o comportamento verbal ampliou consideravelmente as possibilidades de relações entre respostas e estímulos, e, portanto, o *ambiente* do ser humano:

A chamada vida intelectual. . . sofreu importante mudança com o advento do comportamento verbal. As pessoas começaram a falar daquilo que estavam fazendo e por que o estavam fazendo. Descreviam seus comportamentos, o

cenário em que ele ocorria e suas consequências. Em outras palavras, além de serem afetadas pelas contingências de reforço, passaram a analisá-las. (Skinner, 1974/2002, p. 105)

O autor considera que algumas das primeiras práticas verbais desse tipo teriam sido ordens, conselhos e avisos, seguidas por orientações e instruções, folclores, máximas, provérbios e, finalmente, leis governamentais, religiosas e científicas (Skinner, 1974/2002).

Todas essas práticas, que Skinner (1974/2002) agrupa sob o rótulo de *regras*, têm em comum o fato de descreverem contingências, quer sejam estas reforçadoras, quer sejam punitivas. Ao tratar desse tema, o autor cita o caso de uma pessoa que aprende a dirigir seguindo instruções de um professor e, posteriormente, tem seu comportamento mantido por contingências reforçadoras diretas oriundas do próprio dirigir:

Uma pessoa que esteja aprendendo a dirigir automóvel responde ao comportamento verbal da pessoa sentada a seu lado: dá a partida, freia, muda de marcha, faz sinais, etc., quando lhe dizem para fazê-lo. . . . Mais tarde, eventualmente, as contingências naturais, não-verbais, de dirigir um carro, controlarão o comportamento do condutor. Aprender a dirigir simplesmente por exposição a tais contingências exigiria tempo muito longo . . . , tudo isso com grande perigo para si mesmo. (Skinner, 1974/2002, p. 106)

Em outro momento, ao analisar as leis comportamentais e religiosas, Skinner exemplifica o caso de contingências punitivas descritas por regras:

Quando as pessoas começaram a viver juntas em grupos, surgiu um ambiente social marcado por certas práticas. Aqueles que se comportavam de maneiras prejudiciais aos outros, por exemplo, eram punidos por aqueles a quem prejudicavam. . . . As contingências se tornaram mais poderosas quando foram

codificadas em advertências religiosas e governamentais, em orientações e instruções chamadas leis. Obedecendo à lei, a pessoa evita punição. (Skinner, 1974/2002, p. 107)

Ao comportamento em que respostas são emitidas sob controle de um comportamento verbal que descreve contingências e tem a função de estímulo antecedente em relação às respostas do primeiro, Skinner (1974/2002) dá o nome de comportamento governado por regras. Mais recentemente, para o mesmo comportamento, Catania (1999) deu o nome de comportamento governado verbalmente:

O comportamento determinado principalmente por antecedentes verbais é chamado de comportamento *governado verbalmente* (algumas vezes também chamado de *governado por regras*); suas propriedades diferem das do comportamento *governado por contingências* ou *modelado por contingências*, que é o comportamento que foi modelado pelas suas conseqüências [grifos do autor]. . . . Algumas instruções afetam o comportamento não-verbal (“Vem cá”, “Sente”, “Vá embora”); outras afetam o próprio comportamento verbal (“Conte-me uma história”, “Diga, por favor”, “Cale-se”). (Catania, 1999, p. 275)

Sério, Andery, Gioia e Micheletto (2010) chamam a atenção para o fato de que as contingências descritas pelas regras nem sempre são completas:

Nem sempre uma ordem, por exemplo, apresenta os três elementos característicos da contingência operante; uma ordem pode falar apenas da resposta (por exemplo, “faça tal coisa”) ou pode falar da resposta e da conseqüência (“faça tal coisa, se não...”), ou pode falar dos três elementos da contingência (“em tal situação, faça tal coisa, se não...”). (p. 165)

De qualquer maneira, o surgimento do comportamento governado verbalmente, ou governado por regras, representou um enorme ganho para a aprendizagem humana:

reduziu o tempo dessa aprendizagem; possibilitou que esta ocorresse com razoável segurança, evitando eventos danosos; e, principalmente, que o comportamento verbal do falante afetasse o comportamento do ouvinte, inclusive fazendo surgir respostas inteiramente novas (Sério et al., 2010; Skinner, 1974/2002).

No que diz respeito à vulnerabilidade ao HIV/Aids, as regras e o comportamento governado verbalmente podem ser encontrados tanto na esfera da vulnerabilidade individual quanto na social, mas, nas campanhas de prevenção e ações educativas, estariam relacionados sobretudo à esfera da vulnerabilidade programática. Nesse sentido, as campanhas se constituíram enquanto regras, descrevendo contingências completas ou incompletas em relação ao HIV/Aids, e seriam capazes de afetar o comportamento emitido por um indivíduo, como o já referido operante de risco.

Análise Comportamental do Discurso (ACD)

Segundo Lupicinio Íñiguez-Rueda, da Universitat Autònoma de Barcelona, e Charles Antaki, da Loughborough University, no Reino Unido (1994):

Um discurso é um conjunto de práticas linguísticas que mantêm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como essas práticas atuam no presente mantendo e promovendo essas relações: é trazer à luz o poder da linguagem como uma prática constituinte e regulativa [grifos dos autores].¹⁰
(Íñiguez-Rueda & Antaki, 1994, p. 63)

Os autores são citados por Borloti, Iglesias, Dalvi e Silva (2008), que se propõem a fundamentar uma análise comportamental do discurso (ACD) e apresentam um método para conduzi-la.

¹⁰ Tradução nossa.

Borloti et al. (2008) argumentam que autores como Íñiguez-Rueda e Antaki parecem opor-se à concepção tradicional de linguagem como algo que expressa o “mundo das ideias”, tal como um “instrumento do pensamento” ou “representação”, compreendendo-a antes como ação. A partir daí, desenham a possibilidade da ACD, substituindo o conceito de linguagem pelo de comportamento verbal e adotam pressupostos do behaviorismo radical (Borloti et al., 2008), entre os quais citamos:

- (a) O monismo, ou seja, a visão de que tudo que fazemos ou dizemos é comportamento, cujas respostas são emitidas por um organismo, no qual não se encontra uma instância de natureza metafísica, como a “mente”; e
- (b) O fato de que o discurso é o interesse do analista do comportamento na ACD, determinado por contingências (passadas e atuais) e um dado empírico cuja análise afasta-se da metafísica.

Finalmente, os autores apresentam o início de um procedimento de ACD:

Tendo registrado os sons da fala em uma interação ou entrevista, 1) transcreva as respostas verbais (criando diferentes notações para ênfases, pausas, etc.), 2) isole os segmentos de comportamentos verbais de interesse (por exemplo, argumentos de defesa ou de crítica de um “objeto” qualquer), e 3) infira seus operantes essenciais e elos temáticos intraverbais surgidos do encadeamento desses operantes essenciais e, por fim, a estrutura autoclítica principal que envolve esses operantes. (É possível obter discursos já transcritos em cartas, manifesto ou outra forma de texto). (Borloti et al., 2008, p. 105)

A ACD foi aplicada em quatro etapas por Borloti et al. em 2012, em uma entrevista realizada com uma paciente oncológica católica de 29 anos de idade que havia recebido o diagnóstico de leucemia mieloide aguda. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista com informações gerais (como escolaridade, estado civil, fase

de tratamento, etc.) e três questões abertas: (a) o que a fé representa para você? (b) a fé influenciou sua relação com a doença? Como? e (c) fale (escreva) a respeito de suas experiências com relação à fé. A entrevistadora foi uma universitária de 23 anos, do quinto ano do curso de psicologia. Os autores consideraram as resposta verbais escritas da paciente como sentenças-argumento (S-As)¹¹ para a análise comportamental do discurso (ACD).

Na Etapa 1, Borloti et al. (2012) isolaram as S-As, realçando-as com uma cor no papel em que estavam impressas, inferiram operantes essenciais (primários) e elos intraverbais e modularam a intensidade, energia e velocidade da leitura, de modo a inferir possíveis variáveis relacionadas ao discurso da paciente.

Na Etapa 2, foi realizado um procedimento de análise que permitisse a evocação de respostas discriminativas dos controles das S-As no repertório verbal dos pesquisadores.

Na Etapa 3, os pesquisadores inferiram os prováveis controles antecedentes e consequentes das S-As, que foram agrupados em classes a partir de funções comuns (mandos, tatos, etc.).

Finalmente, na Etapa 4, Borloti et al. (2012) autodescreveram os controles que evocaram os comportamentos verbais dos pesquisadores nas etapas anteriores, submetidos os achados de cada pesquisador aos demais. Os resultados demonstraram a

¹¹ Segundo Borloti et. al. (2012, p. 105), “a estimulação visual da argumentação, controlando o comportamento textual do analista comportamental do discurso, é considerada como uma sentença-argumento (S-A) que tem sua função de estímulo discriminativo verbal (para o comportamento textual do analista) fundida pelas funções das relações verbais contidas na proposição/argumentação”.

ocorrência frequente de unidades autoclíticas no discurso da paciente que exacerbaram a função das respostas que elas acompanharam, visando a aumentar o poder de convencimento do discurso.

Em 2013, Borloti, Calixto e Haydu realizaram uma análise comportamental do discurso do livro *O Segredo*, da escritora Rhonda Byrne. Os autores referem ter-se comportado verbalmente ao desconstruir o texto de Byrne a partir da fusão de um conjunto de papéis, como leitores, escritores e intérpretes.

As funções de parte do texto de Byrne foram, então, analisadas pelos efeitos que produziram nos repertórios verbais dos autores. A análise considerou: (a) o agir não verbal do leitor, inferido dos supostos efeitos no leitor genérico; (b) o repetir o que foi lido no texto de Byrne, auto-observando-se; e (c) o analisar a função do que foi escrito, descrevendo as variáveis que poderiam levar os autores a escrever o mesmo que a escritora original (Borloti, Calixto, & Haydu, 2013).

Nesse estudo, as S-As foram segmentos verbais selecionados de acordo com os seguintes critérios: (a) descrições dos preceitos ou prescrições de supostas relações entre eventos, para a descoberta do “segredo” (“lei da atração”) descrito por Byrne; (b) descrições de testemunhos de pessoas que alegam que alcançaram sucesso devido à descoberta do “segredo”, reforçando o comportamento a ser imitado pelo leitor; e (c) descrições das propriedades facilidade e simplicidade do “segredo”, a serem *tateadas* pelo leitor. As S-As foram analisadas em termos de: discriminação e interpretação de ocorrências; eventos antecedentes e consequentes; reinterpretação voltada à identificação de exemplos que confirmassem a regularidade de certas funções; e autodescrição funcional do comportamento de interpretá-las (Borloti, Calixto, & Haydu, 2013).

Os resultados demonstraram que o discurso de autoajuda de *O Segredo* é marcado por autoclíticos que, aliados a predicação, parecem funcionar para que a propriedade de certeza garanta a popularidade do livro.

A ACD é do interesse da pesquisa que aqui se apresenta por prover métodos e procedimentos para investigar comportamentos verbais que se constituem enquanto discursos. No entanto, a partir do diálogo entre Skinner (1974/2002), Íñiguez-Rueda e Antaki (1994) e Borloti et al. (2008), propomos, para este estudo, uma definição própria de discurso como um tipo particular de regras que mantém e promove certas relações sociais – e culturais.

Skinner (1974/2002) define *cultura* da seguinte forma:

O ambiente social . . . é comumente chamado de cultura. . . . Como um conjunto de contingências de reforço mantidos por um grupo, possivelmente formuladas por meio de regras ou leis, a cultura tem uma condição física bem definida; uma existência contínua para além das vidas dos membros do grupo; um padrão que se altera à medida que certas práticas lhe são acrescentadas, descartadas ou modificadas; e, sobretudo, poder. Uma cultura assim definida *controla* [grifo do autor] o comportamento dos membros do grupo que a pratica. (pp. 173-174)

Na acepção aqui proposta, os discursos (implícitos ou explícitos), como quaisquer “tipos” de regras, descrevem contingências tanto reforçadoras quanto punitivas que podem controlar os comportamentos dos membros do grupo. São especificamente orientados, porém, a promover determinadas relações entre esses membros que caracterizem o grupo enquanto tal e o diferenciem de outros, seja no âmbito de uma cultura em relação a outra, seja de grupos dentro de uma cultura majoritária em relação a outros grupos (“subculturas”).

Dessa maneira, a ACD, nesta pesquisa, tem a proposta de analisar o(s) comportamento verbal(is) de um conjunto de pessoas e inferir variáveis tanto antecedentes quanto consequentes que controlam/mantêm respostas. Essas variáveis, no entanto, são consideradas partindo do pressuposto de que, pelo menos em parte, derivam de discursos (nível cultural), revelando, mais do que as variáveis que controlam diretamente o comportamento verbal de um indivíduo em particular (Borloti et al., 2012; Borloti, Calixto, & Haydu, 2013), características que determinam e definem um grupo enquanto tal, diferenciando-o culturalmente de outros.

Para isso, foram utilizados os procedimentos da ACD propostos por Borloti et al. (2008) especialmente adaptados e simplificados para esta pesquisa, a fim de conduzir uma análise de operantes verbais que auxiliasse na identificação de *variáveis de ordem discursiva* que, por sua vez, controlassem e/ou mantivessem o operante de risco para a infecção pelo HIV na “subcultura” hodierna própria dos HSH frequentadores do distrito da República, em São Paulo, SP – considerando, ainda, sua condição de vulnerabilidade tal como discutida anteriormente.

A Pesquisa

Esta pesquisa surgiu, pois, do interesse em estudar o fenômeno do HIV/Aids em São Paulo, SP, e seu impacto entre aqueles que, desde o início, estiveram entre as primeiras vítimas da epidemia: os homens com práticas sexuais homossexuais, aqui nomeados HSH.

Objetivo Geral

Por meio de uma análise comportamental do discurso (ACD) adaptada, analisar operantes verbais de HSH entre 20 a 29 anos de idade frequentadores do distrito da República, em São Paulo, SP, e discutir variáveis de ordem discursiva relacionadas ao operante de risco para o HIV/Aids.

Em suma, com a aplicação da ACD, inferir discursos (tipo de regras conforme definido neste estudo) que possam controlar e caracterizar determinadas práticas desse segmento enquanto grupo (cultura) e aumentem a probabilidade de comportamentos relacionados à infecção ou adoecimento pelo HIV/Aids em um contexto de vulnerabilidade. A partir dos resultados, também se pretendeu discutir sugestões que talvez deveriam ser consideradas em futuras campanhas de prevenção e educativas focadas nesse público.

A opção por estudar esse aspecto discursivo não é casual, uma vez que este pesquisador tem formação na área de comunicação social e é jornalista.

Objetivos Específicos

- (a) Discutir possíveis variáveis de ordem discursiva envolvidas no operante de risco para o HIV/Aids entre HSH de 20 a 29 anos no distrito da República, em São Paulo, SP, mediante análise de operantes verbais de integrantes desse público;

- (b) A partir dessa discussão, analisar possíveis discursos presentes entre os HSH enquanto grupo e os das campanhas educativas e de prevenção a eles dirigidos;
- (c) Contribuir para a realização de campanhas de prevenção ao HIV/Aids mais eficazes voltadas aos HSH e, dessa maneira, contribuir para a redução do impacto do HIV/Aids entre HSH em São Paulo e no Brasil.

Método

Questionário

Desenvolvido para este estudo, o Questionário de Operantes Verbais sobre Comportamento Sexual: HSH (QOV-HSH, Apêndice A, p. 101) foi construído a partir da adaptação de outros dois já empregados em pesquisas voltadas ao HIV/Aids:

- (a) O *HIV Risk-taking Behaviour Scale* (HRBS), desenvolvido no National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), da Austrália, em especial a Seção “b” – Sexual Behaviour Section (Ward, Darke, & Hall, 1990);
- (b) O questionário da *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Residente no Município de São Paulo* (PCAP-MSP), em especial os Blocos B, D, F, H e a seção de autopreenchimento (Spiassi et al., 2014).

O QOV-HSH divide-se em cinco seções e duas partes, em um total de 50 questões e subquestões. A Parte 1 corresponde às Seções A, B, C e D conforme segue:

- *Seção A – Identificação* (Questões 1 a 7): nome; idade; sexo; gênero; residência; se o indivíduo frequenta o distrito da República, em São Paulo, SP, para fins de interação social e/ou sexual com outros homens; e, se sim, quantas vezes, aproximadamente, no período de 12 meses. Neste estudo, considerou-se: (a) sexo: materialidade físico-biológica observada no nascimento, embora sob influência e construções socioculturais; (b) gênero: construção sociocultural que reforça comportamentos e práticas

culturais diferenciados tendo o sexo como base;¹² (c) homem: indivíduo autodeclarado como tendo sexo e gênero masculinos;

- *Seção B – Status sorológico para o HIV* (Questões 8 a 13): autodeclaração como portador (soropositivo) ou não portador (soronegativo) do vírus, e, no primeiro caso, informações sobre carga viral (CV), uso de medicação antirretroviral (ARV) e recebimento do exame positivo;
- *Seção C – Parcerias sexuais* (Questões 14 a 20): definição e caracterização de parcerias sexuais regulares e casuais e uso ou não uso de preservativo na última relação sexual. Neste estudo, considerou-se: (a) relação sexual: apenas o intercuro em que houve penetração do pênis no ânus, estivesse o indivíduo na posição insertiva (“ativa”), receptiva (“passiva”) ou tendo realizado ambas, por ser esta a via sexual com maior probabilidade de transmissão do HIV entre HSH (Ward et al., 1990); (b) parceiro regular: qualquer parceiro com quem o participante considerasse ter relações sexuais frequentemente; e (c) parceiro casual: qualquer parceiro com quem o participante considerasse ter relações sexuais com pouca frequência ou ter tido apenas uma vez. Para os que se declararam portadores do HIV, a Questão 20 indaga se houve maior recorrência de relações sem preservativo após a sorologia positiva;
- *Seção D – Operantes verbais* (Questões 21 a 45): 25 questões e duas subquestões sobre sexualidade e HIV/Aids. Das 25 questões: (a) 21 são

¹² Uma discussão sobre as diferentes abordagens e definições de sexo e gênero pode ser vista em Lima (2018).

afirmações nas quais o participante indica uma escala de concordância ou discordância de zero a três pontos (Questões 21 a 34; 36; e 38 a 43), sendo que as Questões 42 e 43 trazem uma subquestão cada (42-A e 43-A), para informações complementares; (b) as Questões 35 e 37 indagam frequência de utilização de aplicativos de *smartphone* para encontros afetivo-sexuais e estabelecimentos destinados a relações sexuais; e (c) as Questões 44 e 45 são abertas e de respostas livres, ou seja, as respostas emitidas não foram controladas a partir de uma escala.

A Parte 2 é composta por apenas uma seção:

- *Seção E – Escore* (Questões 46 a 48): uma escala de operante de risco com critérios de pontuação idênticos aos do HRBS (Ward et al., 1990). Cada questão tem seis alternativas, sendo a mais à esquerda pontuada como zero; a mais à direita, como cinco; e as intermediárias, em uma pontuação crescente entre esses valores. O somatório, assinalado em quadro próprio, pode variar entre zero e 15 pontos.

Participantes

Participaram deste estudo oito indivíduos HSH entre 22 e 29 anos de idade, com média de idade de 26 anos, que se declararam pertencentes a sexo e gênero masculinos, residentes em São Paulo, SP, frequentadores do distrito da República e que referiram ter tido pelo menos um parceiro sexual de sexo e gênero masculinos (homem) nos 12 meses anteriores ao preenchimento do QOV-HSH. A Tabela 1, na página seguinte, traz alguns dados sobre os participantes. Não foi solicitada identificação de raça/etnia.

Tabela 1

Informações sobre os Participantes

Participante	Data da Coleta	Idade	Frequência à República (último ano)	HIV+
P1	10/05/2018	26	6 a 12 vezes	Não
P2	02/06/2018	27	Menos de 12 vezes	Sim
P3	20/07/2018	27	Mais de 12 vezes	Não
P4	20/07/2018	27	Menos de 12 vezes	Não
P5	03/08/2018	26	Mais de 12 vezes	Não
P6	04/08/2018	26	Mais de 12 vezes	Não
P7	11/08/2018	29	Mais de 12 vezes	Não
P8	11/08/2018	23	Mais de 12 vezes	Não

Procedimento

Recrutamento. O recrutamento de indivíduos para o estudo ocorreu entre 2 de maio e 11 de agosto de 2018. A princípio, este pesquisador buscou selecionar, por iniciativa própria, um grupo inicial de cinco participantes a partir de seu conhecimento de campo e que conferissem com os seguintes critérios de inclusão, auferidos das respostas à Seção A – Identificação; e à Questão 18, que indagava com quantos parceiros, entre regulares e casuais, aproximadamente, o participante havia tido relações nos 12 meses anteriores ao preenchimento do QOV-HSH: (a) residentes em São Paulo, SP; (b) sexo e gênero masculinos; (c) frequentadores do distrito da República para atividades de lazer e/ou interação afetivo-sexual com pessoas de sexo e gênero masculinos; (d) entre 20 e 29 anos de idade; (e) que tivessem mantido relações sexuais com pelo menos um homem nos 12 meses anteriores ao preenchimento do QOV-HSH.

A cada indivíduo, foi requisitada a indicação de pelo menos mais um de seu círculo de convivência que atendesse aos critérios “a” e “b”. Aos indivíduos indicados, seria aplicado o QOV-HSH e solicitada, da mesma forma, a indicação de pelo menos mais um que atendesse aos critérios “a” e “b”, e assim por diante. Por meio do QOV-HSH, os três outros critérios de inclusão (“c”, “d” e “e”) seriam averiguados. Se o

indivíduo indicado atendesse a todos, seria incluído como participante; caso contrário, seria excluído do estudo. Esperava-se que, com esse procedimento do tipo “bola de neve”, ter-se-ia logo um grupo de 10 participantes.

No entanto, dos cinco indivíduos convidados pelo pesquisador para compor o grupo inicial, quatro não foram incluídos: três por terem declarado não frequentar o distrito da República (critério “c”) e um pela idade, superior a 29 anos (critério “d”). Assim, o indivíduo que atendeu a todos os critérios foi incluído como participante P1.

Considerando os resultados do recrutamento do grupo inicial, os convites realizados por iniciativa própria do pesquisador – isto é, não oriundos de indicação – continuaram. Foram realizados mais 14 convites. Um indivíduo não foi incluído por ter declarado sexo masculino, mas gênero não binário (critério “b”). Quatro indivíduos não foram incluídos por residirem em cidade distinta de São Paulo (critério “a”); e três, por terem mais de 29 anos de idade (critério “d”). Seis indivíduos que atenderam a todos os critérios foram incluídos como participantes P2, P3, P4, P5, P7 e P8.

Houve, ainda, duas indicações: o participante P6, que atendeu a todos os critérios, foi indicado por P4. O próprio P6 fez uma indicação, mas o indivíduo foi excluído por ter idade superior a 29 anos (critério “d”).

Os convites para os indivíduos responderem ao QOV-HSH, quer por iniciativa exclusiva do pesquisador, quer por indicação, foram realizados: (a) pessoalmente (quatro indivíduos); (b) por meio da rede social Facebook (cinco); e (c) por meio do aplicativo WhatsApp (12). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-SP, sob o número 90078418.2.0000.5482.

Ao todo, foram realizadas 21 aplicações do QOV-HSH, entre indivíduos incluídos como participantes e excluídos do estudo, e todos assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, pp. 109-110). Os participantes incluídos na pesquisa levaram, em média, 17 minutos para finalizar o preenchimento.

Aplicação. Uma vez aceito o convite por parte do indivíduo, eram agendados dia, hora e local para aplicação do QOV-HSH.

A aplicação do QOV-HSH ocorreu em diferentes lugares: (a) residência do participante; (b) local de trabalho do participante; (c) em sala de pesquisa do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento (PEXP), da PUC-SP; (d) residência do pesquisador; (e) em shopping centers; e (f) em via pública.

O encontro iniciava-se com uma apresentação oral do estudo e de seus objetivos por parte do pesquisador. Na sequência, o pesquisador informava conceitos e definições incluídos no QOV-HSH e/ou importantes para seu entendimento: (a) distrito da República; (b) relação sexual; (c) parceiro regular; (d) parceiro casual; e (e) sexo e gênero. No momento seguinte, indagava ao indivíduo se havia alguma dúvida, que, ocorrendo, era esclarecida.

Na sequência, o pesquisador perguntava as questões da Parte 2 (constituída pela Seção E) e preenchia as respostas no QOV-HSH. Apenas com os participantes P7 e P8, essa etapa foi suprimida e pediu-se aos mesmos que preenchessem diretamente a Parte 2. Isso ocorreu porque a coleta desses participantes foi conjunta, no mesmo dia, horário e local. A supressão da etapa procurou evitar que o comportamento de cada participante frente às questões oralizadas se tornasse uma variável estranha, interferindo no comportamento do outro.

Finalmente, em todas as aplicações, o próprio participante prosseguia com o preenchimento da Parte 1 (Seções A a D), por escrito.

O quadro relativo ao total do escore no QOV-HSH era preenchido pelo pesquisador em outro momento, a fim de que o escore não controlasse o comportamento subsequente do participante.

Organização dos Resultados

Caracterização de práticas e saúde sexual. As Seções B, C e E do QOV-HSH foram utilizadas para caracterizar os participantes em termos de: parcerias sexuais; *status* sorológico para o HIV e, em caso de sorologia positiva, resultados de CV e adesão ao tratamento; e uso ou não do preservativo nas relações sexuais.

Análise de risco. A Seção E também foi também utilizada para averiguar o escore de risco para o contágio pelo HIV pelos participantes de acordo com o HRBS e fornecer dados iniciais sobre o operante de risco segundo a definição deste estudo.

Categorização. As questões da Seção D, respondidas majoritariamente em escala de concordância ou discordância, foram agrupadas em seis categorias de análise relacionadas a temáticas referentes ao HIV/Aids:

- (a) *Informação sobre HIV/Aids* (Questões 22 a 25): categoria que se refere a comportamentos verbais emitidos pelos participantes que podem indicar apropriação do tema-base do QOV-HSH como regras. Pode também indicar seguimento ou não de regras;
- (b) *Percepção de vulnerabilidade* (Questões 26 e 27): refere-se a comportamentos verbais que podem indicar senso de pertencimento ou não a um grupo vulnerável ao HIV e fornecer indícios quanto a propriedades aversivas ou reforçadoras daí advindas;
- (c) *Variáveis de controle do operante de risco* (Questões 21, 34, 36, 38, 39, 43 e 44): refere-se a comportamentos verbais que podem indicar variáveis

de controle antecedentes e consequentes envolvidas no operante de risco para o contágio pelo HIV;

- (d) *Busca de parcerias sexuais* (Questões 35, 37 e 41): refere-se a comportamentos verbais que podem indicar estratégias de busca ativa por parceiros sexuais HSH. Pode fornecer indícios sobre encadeamento de respostas ou respostas pré-correntes que resultem em reforçador sexual final;
- (e) *Estratégias de prevenção* (Questões 29 a 31 e 42): refere-se a comportamentos verbais que podem indicar estratégias conhecidas ou utilizadas pelo participante para evitar o contágio pelo HIV. Pode fornecer pistas, mais uma vez, de seguimentos de regras, além de respostas de fuga/esquiva frente a possíveis consequências aversivas ou punitivas do operante de risco;
- (f) *Juízos de valor* (Questões 28, 32, 33 e 40): refere-se a comportamentos verbais que podem indicar avaliações subjetivas e, por conseguinte, predisposição de punições ou reforçamentos por parte do participante frente a comportamentos sexuais emitidos por outras pessoas.

Análise

Recorrência e relevância. Agrupadas em categorias de análise, as respostas foram analisadas em termos de recorrência e relevância: quantidade de respostas assinaladas em cada escala; ou segmentos isolados e relevantes nas respostas livres. Nessas últimas, foram considerados também os sinônimos.

Análise comportamental do discurso (ACD). Com base na proposta de Borloti et al. (2008), as respostas verbais foram utilizadas para inferir variáveis discursivas e comparadas com as categorias de análise e outros estudos, a fim de serem obtidos

elementos para uma análise do discurso à luz da AC. Houve também uma proposta de interpretação que pudesse contribuir para campanhas de prevenção ao HIV/Aids mais eficazes. Os procedimentos de ACD foram adaptados e simplificados para este trabalho.

Resultados e Discussão

Caracterização de Práticas e Saúde Sexual

Parcerias sexuais. Todos os participantes referiram ter tido mais de um parceiro sexual de sexo e gênero masculinos (homem) ao longo da vida (Questão 14 do QOV-HSH) e ter tido relações sexuais com um ou mais homens, fossem regulares, fossem casuais, nos 12 últimos meses anteriores à aplicação do QOV-HSH (Questões 15, 17 e 18). Na caracterização de cada um dos tipos de parceria, P7 informou não ter tido parceiros casuais no citado período, o que pode indicar relacionamento estável monogâmico. No outro extremo, P4 e P6 informaram não terem tido parceiros regulares.

A Questão 18 indagou o número aproximado de parceiros sexuais, tanto casuais quanto regulares, nos 12 meses anteriores à aplicação do QOV-HSH. Como demonstra a Figura 1, a variação foi grande – de quatro parceiros, no caso de P3; a 40, no caso de P6. O participante P7 não respondeu a essa questão. Já no recorte mensal (último mês em relação à aplicação do QOV-HSH), indagado pela Questão 46, três participantes (P1, P2 e P6) relataram ter tido relações sexuais com três a cinco homens. O participante P3 relatou ter tido relações sexuais com dois; e P4, P5, P7 e P8, um homem cada.

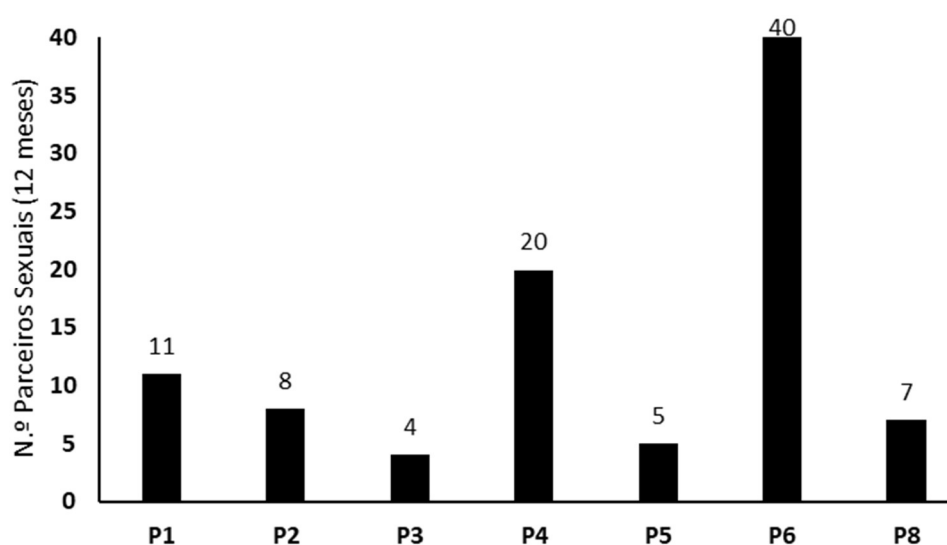


Figura 1. Por participante, número de parceiros sexuais diferentes (sexo e gênero masculinos) nos 12 meses anteriores à pesquisa; P7 não respondeu à questão.

A prevalência de parcerias múltiplas quando considerados períodos de seis meses ou superiores parece ser uma característica do público HSH. Rocha, Gomes, Camelo, Ceccato e Guimarães (2013), por exemplo, investigaram a prática de relações sexuais anais receptivas desprotegidas entre 274 HSH de Belo Horizonte, MG, no período entre 2008 e 2009 por meio da técnica amostral *Respondent Driven Sampling* (RDS) (Heckathorn, 1997), com média de idade de 29,8 anos. Os resultados demonstraram elevada proporção de parcerias múltiplas nos seis meses anteriores às entrevistas, com 4,3 parceiros sexuais em média. Em um estudo publicado em 2015, Brignol, Dourado, Amorim, Miranda e Kerr analisaram, também via RDS, redes de sociabilidade e contato sexual de 383 HSH na cidade de Salvador, BA, e encontraram uma média de 7,5 parceiros homens nos seis meses anteriores à realização da pesquisa. A média de idade dos participantes foi de 25 anos.

Finalmente, a Questão 16 do QOV-HSH buscou averiguar a duração da parceria regular com maior duração. Dois participantes declararam que esta ocorria apenas no último mês (P1 e P6). Quatro (P3, P4, P5 e P8) escolheram a alternativa de um mês a um ano; e um (P2), mais de 12 meses. A parceria sexual regular mais extensa, entre 12 meses e cinco anos, foi informada por P7, o que novamente sugere relacionamento monogâmico estável para esse participante.

Sorologia para o HIV e adesão ao tratamento antirretroviral. A sorologia para o HIV foi abordada pela Questão 8, que indagava se o participante tinha diagnóstico positivo para o vírus. Em caso de resposta negativa, o QOV-HSH orientava o participante a voltar a responder apenas a partir da Questão 14. Em caso de resposta afirmativa, o participante era solicitado a responder às Questões de 9 a 13 do QOV-HSH, que indagavam sobre: (a) na Questão 9, o período em que a sorologia se tornou conhecida: antes ou depois de 31/12/2016 ou não sei/não lembro/prefiro não responder; (b) na

Questão 10, estado de aids (ver a definição do critério CDC Adaptado na p. 1 desta dissertação) quando do recebimento do resultado positivo; (c) na Questão 11, adesão à medicação antirretroviral; (d) na Questão 12, indetectabilidade de carga viral (CV); e (e), na Questão 13, período em que o último exame de CV havia sido feito: menos de 30 dias atrás, entre 30 e 180 dias, mais de 180 dias ou não sei/não lembro/prefiro não dizer.

Principal meta do tratamento antirretroviral, a CV indetectável é definida como a situação em que o número de cópias do material genético (RNA) do HIV presentes em uma amostra de 1 mL (mililitro) de sangue se encontra abaixo do limite de detecção do exame específico para este fim (Pebody, 2017).

Embora já existam testes que detectem CVs muito baixas (de 10 a 40 cópias de RNA viral por mL de sangue, por exemplo), o limite de detecção utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o de 50 cópias/mL (Ministério da Saúde, 2018b). Em pesquisas científicas, esse limite varia entre 20 e 400 cópias/mL (Barré-Sinoussi et al., 2018), enquanto, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), vai de menos de 50 cópias/mL em países de alta renda a menos de 1.000 cópias/mL em países de baixa a média renda (Brady et al., 2016).

Para o Consenso Internacional I = I (indetectável = intransmissível), a CV indetectável é definida como abaixo de 200 cópias/mL de sangue, que é também a medida para a supressão viral (Brady et al., 2016). A CV indetectável é importante exatamente por: (a) melhorar consideravelmente o prognóstico e a sobrevivência do portador, que usualmente consegue manter a imunidade elevada; e (b) por seus efeitos preventivos: pesquisas demonstram que indivíduos com CV indetectável têm risco desprezível de transmitir o HIV por via sexual (Brady et al., 2016).

Nesta pesquisa, apenas P2 referiu ser portador do HIV, com resultado positivo antes de 31/12/2016, sem estar em estado de aids no recebimento do resultado; é aderente

ao tratamento antirretroviral, com CV indetectável, auferida em último exame realizado entre 30 e 180 dias anteriores à aplicação do QOV-HSH.

Uso do preservativo. A Questão 19 indagou sobre o uso do preservativo masculino na última relação sexual. Cinco participantes (P1, P3, P4, P6 e P7) informaram não terem utilizado preservativo na última relação; e três participantes (P2, P5 e P8) responderam afirmativamente.

Essas respostas foram contrastadas com as da Questão 16 (“Considere o parceiro . . . com quem você tem mais regularidade. Há quanto tempo mantém relações sexuais com ele?”) e com as da Questão 46 (“Com quantos homens você manteve relações sexuais no último mês?”), a fim de verificar se havia alguma tendência de abandono do preservativo em parcerias regulares e, se sim, relacionada à duração. Para esse dado, a Questão 47 (“Com que frequência você usou preservativo nas relações sexuais que manteve com seu (s) parceiro (s) regular (es) no último mês?”) foi utilizada como critério de exclusão. Essa questão trazia as seguintes alternativas: (a) não tenho parceiro regular; (b) todas as vezes; (c) frequentemente; (d) algumas vezes; (e) raramente; e (f) nunca. Se o participante respondesse à alternativa “Não tenho parceiro regular”, não era incluído no contraste realizado com as respostas às Questões 16 e 46. Com esse parâmetro, foram excluídos P2 e P6.

Como demonstra a Tabela 2 na página seguinte, dos seis participantes que referiram ter parceiros regulares no último mês anterior à aplicação do QOV-HSH (P1, P3, P4, P5, P7 e P8), quatro não teriam usado preservativo na última relação e dois informaram ter utilizado.

Tabela 2

Uso do Preservativo na Última Relação Sexual e Parceria Regular

	Preservativo na última relação	N.º parceiros (último mês)	Parceria regular mais extensa
P1	Não	3 a 5	Último mês
P3	Não	2	Entre 30 dias e 12 meses
P4	Não	1	Entre 30 dias e 12 meses
P7	Não	1	Entre 12 meses e cinco anos
P5	Sim	1	Entre 30 dias e 12 meses
P8	Sim	1	Entre 30 dias e 12 meses

Tal como a Questões 47, a Questão 48 também indagava diretamente a frequência de uso do preservativo, mas com parceiros casuais. Para ambas as questões, as opções eram: (a) não tenho parceiro – regular, na Questão 47; ou casual, na Questão 48; (b) todas as vezes; (c) frequentemente; (d) algumas vezes; (e) raramente; e (f) nunca.

Os dados consolidados são apresentados lado a lado na Figura 2. A barra preta traz o total de respostas quanto à frequência declarada de uso do preservativo com parceiros regulares; a barra cinza, em relação aos parceiros casuais. Em cada barra, não foram contabilizados os participantes que informaram não ter parceiro regular (P2 e P6) ou casual (P4 e P7) nas Questões 47 e 48, respectivamente.

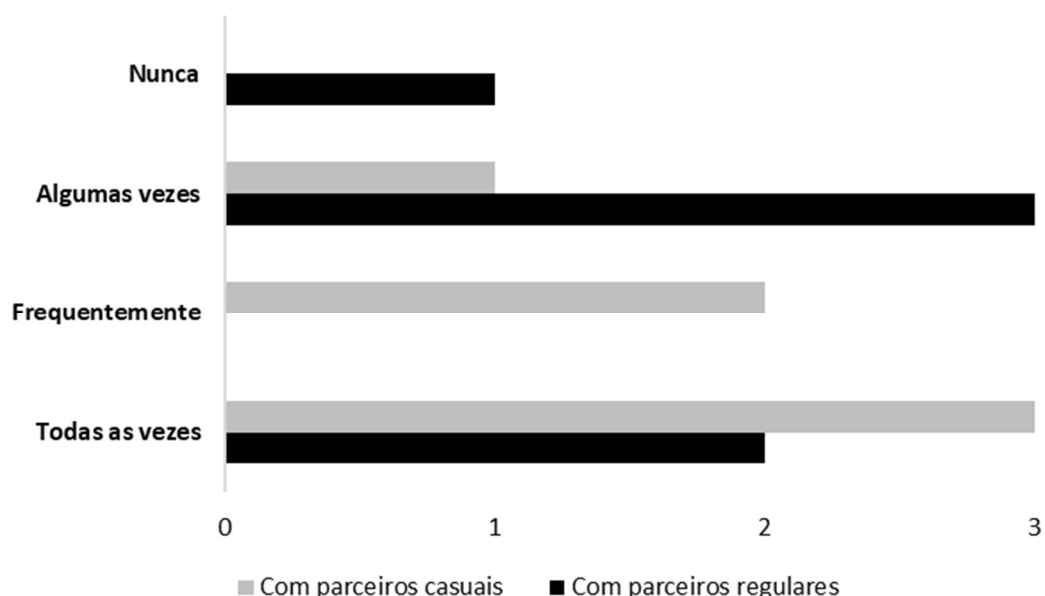


Figura 2. Total de respostas quanto à frequência declarada de uso do preservativo com parceiros regulares e casuais no mês anterior à aplicação do QOV-HSH.

A análise conjunta dos dados da Tabela 2 e da Figura 2 sugere que, para os participantes desta pesquisa, a existência de parceiro sexual regular – e, havendo, sua duração – não parece *determinante* para a utilização ou não do preservativo, mas quando há parceiro desse tipo, pode ocorrer uma *tendência* ao abandono dessa estratégia de prevenção. Além disso, os participantes demonstraram, tanto com parceiros regulares quanto casuais, uma tendência geral de uso inconsistente do preservativo, que se amplia com parceiros tidos como regulares.

Spiassi et al. (2014) também encontraram dados de uso inconsistente do preservativo entre jovens em São Paulo, SP. Os autores realizaram inquérito com uma amostra de 4.318 pessoas no município, distribuídas em cinco regiões (Centro-Oeste, Sudeste, Sul, Leste e Norte), de ambos os sexos e em quatro faixas etárias: 15 a 24 anos de idade; 25 a 34 anos de idade; 35 a 49 anos de idade; e 50 a 64 anos de idade. As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2013 e janeiro de 2014. Entre os entrevistados, 4% das mulheres e 9% dos homens – equivalentes a 6% do total da amostra – haviam mantido relações sexuais com alguém de mesmo sexo alguma vez na vida. Desses entrevistados, 30% as mantinham no período da entrevista.

Embora os autores não tenham realizado uma comparação entre HSH e homens com práticas heterossexuais estritas, realizaram o recorte por sexo. Os resultados indicaram que 73,5% dos homens declararam usar preservativo com parceiro casual todas as vezes. No entanto, apenas 41,2% disseram ter usado preservativo na primeira relação sexual; e 47,9%, na última relação. Na análise, os autores comentam que “o uso de preservativo na última relação foi . . . superior ao relatado para a primeira RS [relação sexual], mas, ainda assim muito baixo” (Spiassi et al., 2014, p. 21).

Por fim, direcionada apenas a portadores do HIV, a Questão 20 do QOV-HSH indagou se as relações sexuais sem preservativo se tornaram mais frequentes após a sorologia positiva. O participante P2 (soropositivo) respondeu afirmativamente.

O número de pesquisas que analisam relações sem preservativo com foco específico em portadores do HIV é mais reduzido frente ao das que analisam parcerias sexuais sorodiscordantes, ou seja, quando um parceiro é portador e outro não. Hanif et al. (2014), por exemplo, investigaram o uso de preservativo em uma amostra de 604 soropositivos que recebiam tratamento antirretroviral na cidade no Rio de Janeiro, RJ, e demonstraram que os mais otimistas em relação ao tratamento foram mais propensos a não usar o preservativo consistentemente nos seis meses anteriores ao inquérito (AOR = 0,46; IC 95% = 0,25-0,88). Além disso, homossexuais, bissexuais e transexuais foram menos propensos a usar o preservativo consistentemente que heterossexuais (AOR = 0,58; IC = 0,42-0,78).

Análise de Risco

As Questões 46, 47 e 48 constituíram a Seção E do QOV-HSH (Figura 3) e foram também utilizadas para determinar um escore de risco para o contágio pelo HIV com base em adaptação da Seção “b” do *HIV Risk-taking Behaviour Scale* (HRBS).

E – ESCORE (ADAPTADO DE HRBS)					
46. Com quantos homens você manteve relações sexuais no último mês?					
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 a 5	<input type="checkbox"/> 6 a 10	<input type="checkbox"/> Mais de 10
47. Com que frequência você usou preservativo nas relações sexuais que manteve com seu (s) parceiro (s) regular (es) no último mês?					
<input type="checkbox"/> Não tenho parceiro regular	<input type="checkbox"/> Todas as vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<i>Parceiro regular é qualquer parceiro com quem você considera ter relações sexuais frequentes.</i>					
48. Com que frequência você usou preservativo nas relações sexuais que manteve com parceiro (s) casual (is) no último mês?					
<input type="checkbox"/> Não tenho parceiro casual	<input type="checkbox"/> Todas as vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca
<i>Parceiro casual é qualquer parceiro com quem você considera ter relações sexuais com pouca frequência, ou com quem manteve relações sexuais apenas uma vez.</i>					
[PARA USO EXCLUSIVO DO PESQUISADOR] ESCORE:					

Figura 3. Questões 46 a 48 do QOV-HSH, para definição do escore de risco. O escore total podia variar entre zero e 15 pontos.

Em cada questão, havia seis opções, pontuadas de zero (a mais à esquerda) a cinco. Os pontos, em seguida, foram somados e forneceram dados preliminares em termos de vulnerabilidade individual. O HRBS foi escolhido como base para o escore de risco deste estudo por fornecer uma medida simples, que leva em conta, de forma associada: (a) o uso de preservativo – estratégia de prevenção mais simples, barata e de ampla disseminação – com parceiros sexuais regulares e casuais; e (b) o número de parceiros, ambos no último mês anterior à data da entrevista. Os autores do HRBS referem que o período de um mês é adequado, uma vez que os entrevistados tendem a lembrar-se menos das relações sexuais e uso de preservativo quando requeridos prazos superiores (Ward et al., 1990).

Para efeito de análise, considerou-se nesta pesquisa: (a) escore baixo: entre zero e três pontos; (b) médio-baixo: entre quatro e sete pontos; (c) médio-alto: entre oito e 11 pontos; e (d) alto: entre 12 e 15 pontos. Os resultados são demonstrados na Figura 4.

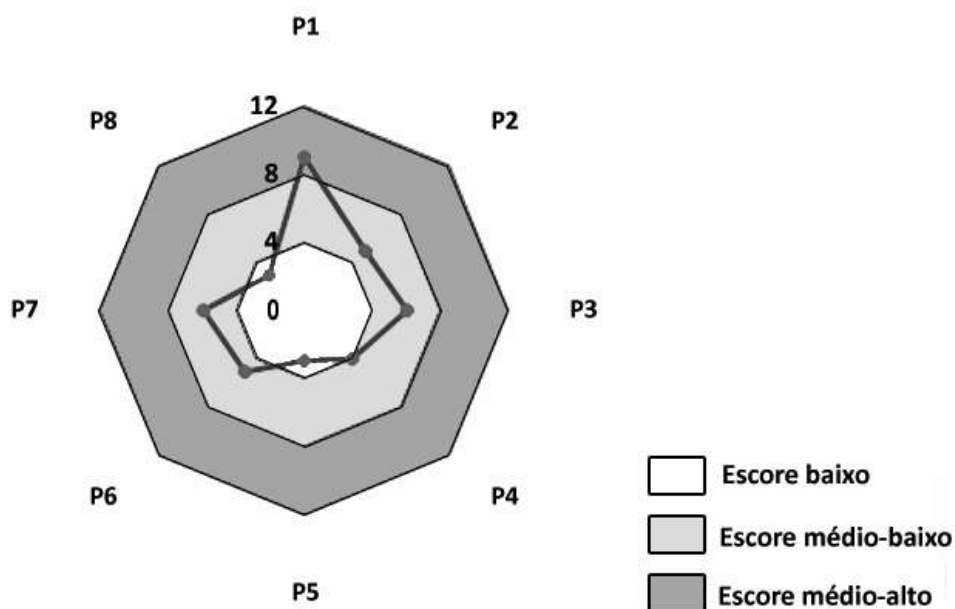


Figura 4. Escore de risco dos participantes, dividido por faixas.

Observa-se que nenhum participante atingiu a faixa de escore alta. A maioria localizou-se na faixa média-baixa: P2 (escore = 5), P3 (escore = 6), P4 (escore = 4), P6 (escore = 5) e P7 (escore = 6). Na faixa média-alta, localizou-se P1, com escore = 9; e, na baixa, P5 e P8, com escore = 3 cada um.

A Tabela 3 demonstra: o escore de cada participante e a frequência de uso do preservativo com parceiros regulares no último mês anterior à aplicação do QOV-HSH (Questão 47); uso do preservativo na última relação (Questão 19); e número de parceiros, entre regulares e casuais, no último mês (Questão 46). Novamente, não foram incluídos os participantes P2 e P6, que referiram não ter parceiros regulares na Questão 47.

Tabela 3

Escore de Risco com: Número de Parceiros e Frequência de Uso do Preservativo nas Parcerias Regulares no Último Mês; e Uso do Preservativo na Última Relação Sexual

Faixa (Escore)	Participante	Escore	Frequência de uso do preservativo (parcerias regulares no último mês)	Preservativo na última relação	N.º parceiros (último mês)
Baixa	P5	3	Todas as vezes	Sim	1
	P8	3	Todas as vezes	Sim	1
Média-baixa	P4	4	Algumas vezes	Não	1
	P3	6	Algumas vezes	Não	2
	P7	6	Nunca	Não	1
Média-alta	P1	9	Algumas vezes	Não	3 a 5

A análise conjunta dos dados da Tabela 3 e da Figura 4 sugere que, para os participantes desta pesquisa, o escore de risco na faixa média-baixa parece, por um lado, correlacionado ao número de parceiros em um mês. Por outro lado, os quatro participantes que, no grupo dos que referiram ter parceiros regulares, registraram escores mais elevados (médio-baixo e médio-alto) foram exatamente os que, além de informarem frequências menos consistentes de uso do preservativo, relataram que não o utilizaram na última relação sexual (Tabela 2, p. 53).

Os dados referidos até aqui parecem indicar uma tendência de reforçamento da relação sexual sem preservativo no geral – e, novamente, mais forte entre os que relataram parcerias regulares. Ainda que sem o recorte por prática sexual (HSH *versus* homens com práticas heterossexuais estritas), na pesquisa conduzida por Spiassi et al. (2014), o percentual de entrevistados do sexo masculino que referiram o uso de preservativo em todas as relações foi de apenas 29,1% quando questionados se haviam utilizado camisinha todas as vezes com parceiros fixos.

Informação sobre HIV/Aids

As Questões 22 a 25 do QOV-HSH foram agrupadas na categoria de análise *Informação sobre HIV/Aids*, que se refere a comportamentos verbais emitidos pelos participantes que podem indicar apropriação do tema-base do QOV-HSH como regras. Todas as questões tinham como escala de concordância ou discordância as seguintes alternativas: 0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer; 1 – Discordo plenamente; 2 – Concordo/Discordo em partes; e 3 – Concordo plenamente. Foram elas:

- *Questão 22*: Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV;
- *Questão 23*: Uma pessoa pode ser infectada pelo HIV compartilhando talheres, copos, refeições, ou frequentando a mesma piscina ou academia, manicure ou pedicure;
- *Questão 24*: HIV/Aids é uma doença crônica, possível de ser controlada.
- *Questão 25*: Existe cura para a aids, e não é divulgada.

À Questão 22, todos os participantes responderam “3 – Concordo plenamente”.

À Questão 23, o participante P1 respondeu “2 – Concordo/discordo em partes”; e os demais, “1 – Discordo plenamente”.

À Questão 24, os participantes P1 e P2 responderam “2 – Concordo/discordo em partes”; e os demais, “3 – Concordo plenamente”.

À Questão 25, P1 e P7 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”, e P2 respondeu “0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer”. Os demais responderam “1 – Discordo plenamente”.

Na página seguinte, a Tabela 4 traz as alternativas (respostas) mais recorrentes nas questões desta categoria de análise.

Tabela 4

Informação sobre HIV/Aids: Respostas Mais Recorrentes

Questão	Alternativa mais recorrente	N.º de respostas: alternativa mais recorrente	N.º de respostas: outras alternativas
22 - Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV.	3 - Concordo plenamente	8	0
23 - Uma pessoa pode ser infectada pelo HIV compartilhando talheres, copos, refeições, ou frequentando a mesma piscina ou academia, manicure ou pedicure.	1 - Discordo plenamente	7	1
24 - HIV/Aids é uma doença crônica, possível de ser controlada.	3 - Concordo plenamente	6	2
25 - Existe cura para a aids, e não é divulgada.	1 – Discordo plenamente	5	3
Total de participantes:		8	

Os dados das Questões 22 e 23 sugerem que as principais mensagens transmitidas pelas campanhas de prevenção ao HIV/Aids no Brasil quanto às formas de transmissão do HIV e contra o estigma ao portador são conhecidas pelos participantes.¹³

Para Greco (2016), pode-se afirmar que, no Brasil, há “condições para eliminar o preconceito, a discriminação e diminuir a disparidade, pano de fundo para a disseminação da AIDS e de outras epidemias” (p. 1553), ainda que tenha havido retrocessos nos mais de 30 anos do combate à infecção no país:

As posições geralmente assumidas pelo estado brasileiro se pautam pelo respeito aos direitos humanos, numa visão de não julgamento das atitudes individuais, na política de produção e distribuição de insumos (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, seringas/agulhas descartáveis para usuários de drogas intravenosas) e no acesso universal à prevenção e aos ARVs. . . . Entretanto persistem o preconceito e a discriminação e os instrumentos para impedi-los (ou puni-los) são conhecidos e cabe ao Estado utilizá-los. Daí a necessidade urgente de se aprovar lei que criminalize a homofobia. Infelizmente, o papel assumido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) na defesa dos direitos humanos sofreu retrocesso nos últimos anos. (Greco, 2016, p. 1559)

Se assumirmos que as campanhas de prevenção ao HIV/Aids, enquanto descrição de contingências, constituem-se em regras, é possível afirmar que, à primeira vista, os participantes desta pesquisa se mostraram capazes de estabelecer discriminação entre mensagens não homofóbicas de conteúdo científico; e mensagens que podem ter origem em discursos que estigmatizam portadores do HIV.

¹³ Conferir, por exemplo, os sites: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids> e <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>

No entanto, faltam estudos que investiguem se as campanhas de prevenção e educativas de fato alteram, como regras, comportamentos emitidos em contingências diretamente envolvidas na relação sexual. Na verdade, a relativamente baixa produção da análise do comportamento sobre o tema do HIV/Aids é histórica:

Em nítido contraste com o energético envolvimento de cientistas comportamentais em outras áreas da saúde, como tabagismo, segurança e exercício, tem havido relativamente pouca atividade na prevenção do HIV por parte daqueles entre nós com experiência em mudança de comportamento. Quais são as barreiras que nos mantêm tão inativos? ¹⁴ (Baron, 1996, p. 87)

De igual maneira, faltam estudos sobre a percepção popular sobre a existência de uma suposta “cura da aids”, como investiga a Questão 25 (discordância mais recorrente).

Em relação, porém, à concepção da aids como uma doença crônica (concordância mais recorrente), trata-se de um discurso que tem sido reforçado há um certo tempo, não apenas entre HSH, mas também na população em geral, inclusive por meio de veículos e textos de especialistas e gestores de saúde (Blanco, 2017; Rosa, 2014).

Percepção de Vulnerabilidade e Estratégias de Prevenção

As Questões 26 e 27 foram agrupadas na categoria de análise *Percepção de vulnerabilidade*, que se refere a comportamentos verbais que podem indicar senso de pertencimento ou não a um grupo vulnerável ao HIV e fornecer indícios quanto a propriedades aversivas ou reforçadoras daí advindas. Ambas as questões tinham como escala de concordância ou discordância as seguintes alternativas: 0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer; 1 – Discordo plenamente; 2 – Concordo/Discordo em partes; e 3 – Concordo plenamente. Foram elas:

¹⁴ Tradução nossa.

- *Questão 26:* Homens que fazem sexo com homens têm mais risco de adquirir HIV/Aids;
- *Questão 27:* As pessoas hoje se previnem menos contra o HIV/Aids.

À Questão 26, os participantes P3 e P8 responderam “3 – Concordo plenamente”. O participante P7 respondeu “1 – Discordo plenamente”. Os demais responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”.

À Questão 27, os participantes P3, P5 e P7 responderam “3 – Concordo plenamente”. Os demais responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”.

Na página seguinte, a Tabela 5 traz as alternativas (respostas) mais recorrentes nas questões desta categoria de análise.

Tabela 5

Percepção de Vulnerabilidade: Respostas Mais Recorrentes

Questão	Alternativa mais recorrente	N.º de respostas: alternativa mais recorrente	N.º de respostas: outras alternativas
26 - Homens que fazem sexo com homens têm mais risco de adquirir HIV/Aids.	2 – Concordo/Discordo em partes	5	3
27 - As pessoas hoje se previnem menos contra o HIV/Aids.	2 – Concordo/Discordo em partes	5	3
Total de participantes:		8	

As Questões de 29, 30, 31 e 42 (incluindo a Subquestão 42-A) foram agrupadas, por sua vez, na categoria de análise *Estratégias de prevenção*. Essa categoria se refere a comportamentos verbais que podem indicar estratégias conhecidas ou utilizadas pelo participante para evitar o contágio pelo HIV. Portanto, a categoria também pode fornecer pistas de seguimentos de regras, além de respostas de fuga/esquiva frente a possíveis consequências aversivas ou punitivas do operante de risco.

A Subquestão 42-A era de resposta livre, e as demais eram em escala de concordância ou discordância, com as seguintes alternativas: 0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer; 1 – Discordo plenamente; 2 – Concordo/Discordo em partes; e 3 – Concordo plenamente. As questões desta categoria de análise foram:

- *Questão 29*: Usar preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV numa relação sexual;
- *Questão 30*: O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel;
- *Questão 31*: Uma pessoa que está tomando medicamento para o HIV/Aids tem menos risco de transmitir o vírus para outra pessoa;
- *Questão 42*: O preservativo não é a única forma de prevenir a infecção pelo HIV: existem outras;
- *Subquestão 42-A*: Se você marcou [2] ou [3] acima (isto é, na Questão 42), cite outras duas formas.

À Questão 29, o participante P2 respondeu “2 – Concordo/Discordo em partes”. Todos os demais responderam “3 – Concordo plenamente”.

À Questão 30, os participantes P2, P5 e P7 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”. Os demais responderam “3 – Concordo plenamente”.

À Questão 31, os participantes P2 e P7 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes” e os demais responderam “3 – Concordo plenamente”.

À Questão 42, os participantes P1 e P8 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”, P2 respondeu “0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer” e P3 respondeu “1 – Discordo plenamente”. Os participantes P4, P5, P6 e P7 responderam “3 – Concordo plenamente”.

Na página seguinte, a Tabela 6 traz as alternativas (respostas) mais recorrentes entre as questões com escala de concordância ou discordância da categoria de análise *Estratégias de prevenção*.

Tabela 6

Estratégias de Prevenção: Respostas Mais Recorrentes

Questão	Alternativa mais recorrente	N.º de respostas: alternativa mais recorrente	N.º de respostas: outras alternativas
29 - Usar preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV numa relação sexual.	3 – Concordo plenamente	7	1
30 - O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel.	3 – Concordo plenamente	5	3
31 - Uma pessoa que está tomando medicamento para o HIV/Aids tem menos risco de transmitir o vírus para outra pessoa.	3 – Concordo plenamente	6	2
42 - O preservativo não é a única forma de prevenir a infecção pelo HIV: existem outras.	3 – Concordo plenamente	4	4
Total de participantes:		8	8

A Subquestão 42-A foi direcionada apenas aos participantes que haviam respondido “2 – Concordo/Discordo em partes” e “3 – Concordo plenamente” à Questão 42 (“O preservativo não é a única forma de prevenir a infecção pelo HIV: existem outras”) e solicitava que os participantes indicassem duas outras estratégias de prevenção. Apesar de ter respondido a alternativa “3 – Concordo plenamente”, P7 não respondeu à Subquestão 42-A. Os demais o fizeram: os participantes P1 e P5 responderam apenas “PrEP”; já P4, P6 e P8 citaram “PrEP” e “PEP”

Esses dados demonstram que os participantes estão informados sobre a Profilaxia *Pré*-Exposição ao HIV (PrEP) e/ou a Profilaxia *Pós*-Exposição ao HIV (PEP). A PrEP consiste “no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. A eficácia e a segurança da PrEP já foram demonstradas em diversos estudos clínicos e subpopulações, e sua efetividade foi evidenciada em estudos de demonstração” (Ministério da Saúde, 2018c, p. 12). Voltada a não portadores do HIV em situação de alta vulnerabilidade, a PrEP é constituída por um medicamento antirretroviral que é tomado *antes* de relações sexuais com risco acrescido, de forma contínua, e que confere um percentual de proteção contra a entrada do vírus no organismo. Por sua vez, a PEP “é uma das estratégias de prevenção do HIV. Uma vez identificado que a pessoa potencialmente se expôs ao HIV dentro das últimas 72 horas, deve-se recomendar o início imediato da PEP” (p. 22). Nesse caso, a administração do tratamento antirretroviral tem caráter posterior e emergencial, prolonga-se por 28 dias e também objetiva evitar a infecção.

A PrEP e a PEP se inserem no conjunto de estratégias de prevenção combinada do HIV no Brasil, que também incluem: (a) a testagem para o HIV; (b) o uso regular de preservativos (masculinos e femininos); (c) o diagnóstico oportuno e tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis (IST); (d) redução de danos; (e)

gerenciamento de vulnerabilidades; (f) supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral; e (g) imunizações (Ministério da Saúde, 2018c, p. 11). Isso significa que o acesso e o acompanhamento pelo serviço de saúde são requeridos.

Queiroz et al. (2018), no entanto, em um estudo conduzido com 30 usuários jovens e adultos jovens do aplicativo para encontros afetivo-sexuais Hornet, argumentam que ter conhecimento sobre estratégias de prevenção complementares ao preservativo não significa necessariamente redução de vulnerabilidades. A maioria dos participantes do estudo, por exemplo, demonstrou equívocos conceituais, e houve confusão entre PEP e PrEP (p. 1951).

No trabalho que ora se apresenta, não se investigou até que ponto os participantes têm informações precisas sobre as diferentes estratégias de prevenção, acompanhamento e acesso aos serviços de saúde e sobre a prevenção combinada nem se acessam estratégias de prevenção diferentes do preservativo. Os dados permitem apenas identificar que a maioria sabe da existência de PrEP e PEP e também do tratamento como prevenção (TcP, referido na Questão 31) – e, portanto, do risco desprezível de transmissão do HIV por portadores com CV indetectável (Brady, et al., 2016; Ministério da Saúde, 2018c).

Os resultados de Queiroz et al. (2018) apontam, porém, para a importância de comunicar corretamente as informações em campanhas de prevenção e educativas sobre as diferentes estratégias, especialmente em um contexto de alta vulnerabilidade dos HSH, comprovado pelas estatísticas (pp. 20-22 desta dissertação) e reconhecido pela maioria dos participantes do presente estudo, conforme resultados da Tabela 5 (p. 64).

Variáveis de Controle do Operante de Risco e Busca de Parcerias Sexuais

As Questões 21, 34, 36, 38, 39, 43 (incluindo a Subquestão 43-A) e 44 foram agrupadas na categoria de análise *Variáveis de controle do operante de risco*. Essa

categoria se refere a comportamentos verbais que podem indicar estímulos antecedentes e consequentes envolvidos no operante de risco para o contágio pelo HIV.

A Subquestão 43-A e a Questão 44 eram de respostas livres. As demais tinham como escala de concordância ou discordância as seguintes alternativas: 0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer; 1 – Discordo plenamente; 2 – Concordo/Discordo em partes; e 3 – Concordo plenamente. Seguem as questões constituintes dessa categoria:

- *Questão 21*: O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas façam sexo sem preservativo;
- *Questão 34*: Aplicativos de celular para encontros afetivo-sexuais (Grindr, Hornet, Scruff, Tinder, etc.) estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo;
- *Questão 36*: Estabelecimentos destinados à prática do sexo (saunas gays, cinemas pornô, *sex clubs*, etc.) estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo;
- *Questão 38*: Relacionamentos estáveis estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo;
- *Questão 39*: Pessoas que já tiveram experiências de sexo sem preservativo dificilmente voltam a usá-lo, mesmo sabendo do risco de adquirir HIV;
- *Questão 43*: O sexo sem preservativo é melhor que o sexo com preservativo;
- *Subquestão 43-A*: Se você marcou [2] ou [3] acima (isto é, na Questão 43), explique por quê.
- *Questão 44*: Por que você acha que as pessoas, especialmente homens que fazem sexo com homens, deixam de usar preservativo?

À Questão 21, os participantes P1, P2, P5 e P7 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”. Os participantes P3, P4, P6 e P8 responderam “3 – Concordo plenamente”. Para esta questão, não houve uma única alternativa mais recorrente, já que cada grupo de quatro participantes escolheu uma mesma alternativa.

À Questão 34, o participante P1 respondeu “3 – Concordo plenamente”. O participante P2 respondeu “2 – Concordo/Discordo em partes”. Os demais responderam “1 – Discordo plenamente”.

À Questão 36, o participante P2 respondeu “3 – Concordo plenamente”. O participante P3 respondeu “1 – Discordo plenamente”, e P4 respondeu “0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer”. Os demais responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”.

À Questão 38, os participantes P4 e P6 responderam “3 – Concordo plenamente”. Os demais responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”.

À Questão 39, o participante P3 respondeu “3 – Concordo plenamente”. O participante P8 respondeu “1 – Discordo plenamente”. Os demais responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”.

À Questão 43, os participantes P1 e P4 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”. Os participantes P3 e P5 responderam “1 – Discordo plenamente”. Os participantes P2, P6, P7 e P8 responderam “3 – Concordo plenamente”.

Na página seguinte, a Tabela 7 traz as alternativas (respostas) mais recorrentes entre as questões com escala de concordância ou discordância da categoria de análise *Variáveis de controle do operante de risco*.

Tabela 7

Variáveis de Controle do Operante de Risco: Respostas Mais Recorrentes

Questão	Alternativa mais recorrente	N.º de respostas: alternativa mais recorrente	N.º de respostas: outras alternativas
21 - O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas façam sexo sem preservativo.	2 – Concordo/Discordo em partes 3 – Concordo plenamente	4 4	4 4
34 - Aplicativos de celular para encontros afetivo-sexuais (Grindr, Hornet, Scruff, Tinder etc.) estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo.	1 – Discordo plenamente	6	2
36 - Estabelecimentos destinados à prática do sexo (saunas gays, cinemas pornôs, <i>sex clubs</i> etc.) estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo.	2 – Concordo/Discordo em partes	5	3
38 - Relacionamentos estáveis estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo.	2 – Concordo/Discordo em partes	6	2
39 - Pessoas que já tiveram experiências de sexo sem preservativo dificilmente voltam a usá-lo, mesmo sabendo do risco de adquirir HIV.	2 – Concordo/Discordo em partes	6	2
43 - O sexo sem preservativo é melhor que o sexo com preservativo.	3 – Concordo plenamente	4	4
Total de participantes:		8	

As Questões 35, 37 e 41, por sua vez, foram agrupadas na categoria de análise *Busca de parcerias sexuais*, que se refere a comportamentos verbais que podem indicar estratégias de busca ativa por outros parceiros sexuais HSH. A categoria pode fornecer indícios sobre encadeamento de respostas ou respostas pré-correntes que resultem em reforçador sexual final.

A Questão 35 diz respeito ao uso de aplicativos de *smartphone* (celular) pelos participantes para encontros afetivo-sexuais (Grindr, Hornet, Scruff, Tinder, etc.), que haviam sido citados na Questão 34. As alternativas para a Questão 35 eram: 0 – Nunca/Não conheço; 1 – Raramente; 2 – Algumas vezes; 3 – Frequentemente.

Já a Questão 37 procurou identificar a frequência, pelos participantes, a estabelecimentos tradicionalmente envolvidos na prática de relações sexuais (saunas gays, cinemas pornô, *sex clubs*, etc.), que haviam sido citados na Questão 36. As alternativas para a Questão 37 eram as mesmas da Questão 35.

Finalmente, a Questão 41 buscou identificar se havia a percepção de São Paulo, SP, como um espaço urbano “mais clemente” (Eribon, 2008) e onde a interação afetivo-sexual entre homens era mais facilitada. As alternativas eram: 0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer; 1 – Discordo plenamente; 2 – Concordo/Discordo em partes; e 3 – Concordo plenamente.

Seguem as questões da categoria *Busca de parcerias sexuais*:

- *Questão 35*: Você utiliza ou já utilizou algum dos aplicativos citados na Questão 34 (isto é, Grindr, Hornet, Scruff, Tinder, etc.)?
- *Questão 37*: Você vai ou já foi a algum dos estabelecimentos citados na Questão 36 (isto é, saunas gays, cinemas pornô, *sex clubs*, etc.)?
- *Questão 41*: Em São Paulo/SP, é fácil encontrar (outro) homem com quem fazer sexo.

À Questão 35, os participantes P5, P6 e P8 responderam “3 – Frequentemente”. Os demais responderam “2 – Algumas vezes”.

À Questão 37, os participantes P1 e P6 responderam “3 – Frequentemente”. Os participantes P2 e P3 responderam “2 – Algumas vezes”. Finalmente, os participantes P4, P5, P7 e P8 responderam “0 – Nunca/Não conheço”.

À Questão 41, o participante P1 respondeu “2 – Concordo/Discreto em partes”. Todos os demais responderam “3 – Concordo plenamente”.

Na página seguinte, a Tabela 8 traz as alternativas (respostas) mais recorrentes entre as questões da categoria.

Tabela 8

Busca de Parcerias Sexuais: Respostas Mais Recorrentes

Questão	Alternativa mais recorrente	N.º de respostas: alternativa mais recorrente	N.º de respostas: outras alternativas
35 - Você utiliza ou já utilizou algum aplicativo de celular para encontros afetivo-sexuais (Grindr, Hornet, Scruff, Tinder, etc.)?	2 – Algumas vezes	5	3
37 - Você vai ou já foi a algum estabelecimento destinado à prática do sexo (saunas gays, cinemas pornôs, sex clubs, etc.)?	0 – Nunca/Não conheço	4	4
41 - Em São Paulo/SP, é fácil encontrar (outro) homem com quem fazer sexo.	3 – Concordo plenamente	7	1
Total de participantes:		8	

A comparação entre os resultados das Questões 35 e 37 demonstra o fenômeno da prevalência dos aplicativos (“*apps*”) destinados a encontros afetivos-sexuais entre os participantes: apenas dois relataram ir frequentemente a saunas e estabelecimentos similares, que tendem a dispensar o uso da internet, enquanto a maioria sequer conhecia esses espaços e os demais relataram frequências menos consistentes. Em comparação, todos utilizaram ao menos um *app* “algumas vezes”, tendo três referido uso frequente.

A popularidade dos *apps* frente a espaços físicos de interação entre HSH mais antigos e tradicionais, como as saunas, manifesta-se também em números: o Grindr, mais popular entre eles, em pouco mais de 10 anos, acumulou 3,8 milhões de usuários ativos diariamente que o acessam em 234 países (Smith, 2018). Os *apps* também têm chamado atenção pelas frequentes declarações, sobretudo em meios jornalísticos (mídia), de que reforçariam a prática de relações sexuais inseguras, em especial por propiciarem forte aumento no número de parceiros sexuais (Bastos, 2018).

No estudo conduzido por Queiroz et al. (2018) com 30 usuários do Hornet, os autores identificaram frequência sexual de 2,9 parceiros nos 30 dias anteriores à pesquisa, sendo 2,1 conhecidos pelo aplicativo, dos quais 63,3% relataram relações sem camisinha. Os autores concluíram que os usuários “possuem conhecimento insuficiente sobre medidas de prevenção do HIV, principalmente quando se descarta o preservativo masculino. As relações estabelecidas pelo aplicativo são permeadas por alta vulnerabilidade individual e comportamentos que têm potencial de exposição ao risco de infecção pelo HIV” (p. 1949).

Isso contrasta, porém, com a visão defendida pelos participantes desta pesquisa, para quem, em sua maioria, os aplicativos não parecem ter função discriminativa ou motivacional para relações sexuais desprotegidas: apenas um participante respondeu “3 – Concordo plenamente”, enquanto um segundo emitiu como resposta verbal “2 –

Concordo/Discordo em partes”. Curiosamente, apesar de registrar uma frequência bem mais baixa por parte dos participantes, as saunas, *sex clubs* e outros espaços que não requerem o uso prévio da internet para interação afetivo-sexual tendem a ser vistos como locais onde a prática de relações sexuais sem preservativo tende a ser mais frequente, ainda que forneçam preservativos e lubrificantes gratuitamente (Corrêia, 2016).

Tendo em vista que os participantes desta pesquisa parecem menos familiarizados com espaços como saunas e *sex clubs*; afirmam engajar-se nos aplicativos de relacionamento; e referem uma tendência de uso inconsistente do preservativo, em especial com parceiros regulares, como discutido anteriormente, é possível que a percepção da função dos estabelecimentos ou dos *apps* como estímulos antecedentes de função discriminativa ou motivacional para relações desprotegidas esteja pouco clara. Uma exceção talvez seja P1, para quem os *apps* têm, sim, uma relação mais fortalecida com relações desprotegidas (“3 – Concordo plenamente”; enquanto, para saunas e afins, respondeu “2 – Concordo/Discordo em partes”). O dado chama a atenção porque P1 é o participante que referiu maior número de parceiros sexuais no mês imediatamente anterior à pesquisa e o único a ter alcançado escore de risco na faixa média-alta (p. 57).

O QOV-HSH também procurou investigar comportamentos verbais em que os participantes estabelecessem funções de relacionamentos estáveis (parcerias regulares), uso de álcool e outras drogas e histórico de reforçamento na emissão de operante de risco para o HIV (Questões 21, 38 e 39).

A questão sobre álcool e outras drogas, em especial, teve a menor concordância em toda a pesquisa: exatamente metade dos participantes respondeu a alternativa “2 – Concordo/Discordo em partes”. A outra metade respondeu “3 – Concordo plenamente”, não sendo possível, portanto, identificar uma única resposta mais recorrente.

Considerando, porém, que a alternativa “2 – Concordo/Discordo em partes” contém tanto um elemento de concordância quanto de discordância frente à afirmação, é possível dizer que, entre os participantes, o uso de álcool ou drogas nas relações pode estar, pelo menos parcialmente, relacionado à relação sexual sem preservativo. Além disso, a maioria dos participantes referiu uma relação entre relacionamentos estáveis e não uso da camisinha.

Como já discutido anteriormente, Spiassi et al. (2014), em seu estudo no município de São Paulo, SP, também encontraram uma relação entre a existência de parcerias fixas e um uso inconsistente do preservativo (percentual abaixo dos 30% para a afirmação de utilização em todas as relações). Já no estudo de Rocha et al. (2013), 35,7% dos 274 HSH entrevistados informaram uso inconsistente do preservativo em relações anais receptivas nos seis meses anteriores às entrevistas, e, entre os fatores associados ao uso inconsistente nas relações anais receptivas, foi identificada a variável ser casado ou estar em união estável (OR = 3,23; IC 95% = 1,55-6,71). Os autores referem, ainda, o uso abusivo de álcool entre os fatores associados (OR = 2,61; IC 95% = 1,35-5,07), bem como história de relação sexual sob efeito de álcool nos seis meses anteriores à pesquisa (OR = 2,76; IC 95% = 1,58-4,79) (Rocha et al., 2013).

Brignol e Dourado (2011) também realizaram uma pesquisa sobre relações sexuais anais sem preservativo entre HSH mediante coletas realizadas pela internet entre junho de 2003 e janeiro de 2006 no âmbito do projeto Convida e sem recorte geográfico específico, embora um dos locais de divulgação tenha sido a Parada do Orgulho LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) de São Paulo. Dos 533 participantes, 30,8% relataram relação sexual desprotegida (ativa ou passiva); 68% declararam ter tido relações sexuais com homens que conheceram na internet; e 26,1% disseram sentir prazer em situações que envolvem algum tipo de perigo durante as relações sexuais. Na análise

multivariada, permaneceram significativas as seguintes associações com relações desprotegidas: número de parceiros no último ano (OR = 1,71; IC 95% = 1,1-2,7); sentir-se em risco de contrair HIV ou aids (OR = 2,7; IC 95% = 1,5-3,6); e gostar de sexo oral passivo (OR = 0,5; IC = 95% 0,2-0,8). As variáveis podem indicar um histórico de reforçamento das relações desprotegidas mesmo diante da possibilidade de contágio pelo HIV (Questão 39 do QOV-HSH). As autoras consideram que “a prevalência de 30,8% de relato de envolvimento na prática do sexo anal desprotegido, com homens HIV positivos ou de sorologia desconhecida, é relativamente alta” (Brignol & Dourado, 2011, p. 427).

Possíveis variáveis para a relação sexual desprotegida. A identificação de São Paulo como um local propício para o encontro de parceiros sexuais (resultados da Questão 41 na Tabela 8, p. 75), com maioria de concordância, parece condizente com os relatos quanto às parcerias sexuais nos últimos 12 meses anteriores à realização desta pesquisa, uma vez que, excetuando-se P7, que não respondeu à questão (p. 49), nenhum participante referiu número inferior a quatro parceiros entre regulares e casuais. Ademais, para além de facilidades que possam ser inferidas pelo uso dos *apps* já abordado anteriormente, a cidade conta com uma rede diversificada de estabelecimentos voltados a HSH, muitos dos quais se concentram exatamente no distrito da República: MacRae (1990) e Veras et al. (2010) referem que se trata de uma área geográfica frequentada por HSH pelo menos desde finais da década de 1970 para propósitos de sociabilidade com pessoas de idêntica condição.

A facilidade de encontrar parceiros, no entanto, não explicaria por si só a prática de relações sexuais desprotegidas. Dessa forma, as Questões 43 (incluindo a Subquestão 43-A) e 44 do QOV-HSH indagaram: (a) se a relação sexual sem preservativo era melhor

que com preservativo; (b) se sim, o porquê; e (c) as razões pelas quais outras pessoas, especialmente HSH, engajavam-se em relações desprotegidas.

No cômputo geral, as respostas se as relações sem preservativo eram mais reforçadoras obtiveram baixa concordância, mas com tendência afirmativa: quatro participantes responderam “3 – Concordo plenamente”; dois, “1 – Discordo plenamente”; e outros dois responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”, que contém tanto um elemento de concordância quanto de discordância. Dessa maneira, parece que a maioria tende a concordar, pelo menos em parte, com a afirmação.

Para a Subquestão 43-A e a Questão 44, as respostas eram livres. Cinco participantes responderam à 43-A: embora P2 tenha assinalado “3 – Concordo plenamente” na Questão 43, absteve-se de emitir resposta na Subquestão 43-A. Todos responderam à Questão 44.

As respostas verbais encontram-se na Tabela 9, na página seguinte, com o enunciado da Subquestão 43-A adaptado. Em negrito, encontram-se segmentos de respostas verbais de interesse, tal como sugere a técnica de Borloti et al. (2008) de análise comportamental do discurso (ACD), adaptada e simplificada para este estudo. Foram considerados os sinônimos.

Tabela 9

Possíveis Variáveis para a Relação Sexual Desprotegida

Participante	Resposta
43-A - Se você marcou [2] ou [3] na Questão 43, explique por que o sexo sem preservativo é melhor que o sexo com preservativo	
P1	“ Sensação na pele mais prazerosa ”
P4	“Sexo sem preservativo mais prazeroso , mas mais arriscado”
P6	“ Maior prazer no contato direto pênis-ânus”
P7	“A sensação do sexo sem preservativo é muito mais intensa ”
P8	“O contato sexual é melhor , claro”
44 - Por que você acha que as pessoas, especialmente homens que fazem sexo com homens, deixam de usar preservativo?	
P1	“Sexo rápido, não querer procurar camisinha ”
P2	“ Mais à vontade . No meu caso, camisinha atrapalha ereção”
P3	“Tem uma certa ‘liberdade’ , não inibe o prazer , camisinha tira sensibilidade peniana”
P4	“ Desconforto com preservativo , crença em parceiro sem doença , não ter camisinha em momento específico, acreditar que pode usar PEP no dia seguinte”
P5	“Crença de que o HIV é uma doença ‘controlada’ . Devido aos jovens não presenciarem a crise dos anos 80/90 , onde as pessoas definhavam até à morte, hoje o uso do preservativo por homens de 18 até 24 anos é raro”
P6	“Hoje, os tratamentos de HIV são eficazes e têm poucos efeitos colaterais . Então, muitas vezes as pessoas perdem o medo do risco de contaminação por saber que pode se levar uma vida normal com HIV ”
P7	“Talvez preguiça de ‘quebrar o clima’ para pôr preservativo, falta do mesmo ou prazer do sexo sem preservativo”
P8	“ Confiança no parceiro. Dependendo da idade, não passaram pela epidemia de HIV , falta de campanhas conscientizadoras”

Pela análise conjunta dos segmentos destacados das respostas verbais, é possível inferir alguns conjuntos de variáveis relacionadas aos operantes descritos pelos participantes:

- (a) *Variáveis reforçadoras* – inferidas de possíveis consequências reforçadoras diretas do operante de risco (relação sem preservativo): “prazer”, “intensidade”, “contato”, “liberdade”;
- (b) *Outras variáveis antecedentes e/ou consequentes* – possivelmente ligadas a operações motivadoras, regras, presença/ausência de estímulos discriminativos ou estimulação aversiva, que interferem no operante de risco:

“clima”, “confiança no parceiro”, “crença em parceiro sem doença”, “desconforto” ou “perda de sensibilidade” com o preservativo ou “falta do preservativo”;

- (c) *Contracontrole*: variáveis que representam respostas que adiam ou mitigam a punição atinente ao operante de risco, por vezes, contracontrolando o agente punidor ou as regras oriundas das campanhas: “HIV como doença controlada”, “tratamento eficaz e com pouco efeito colateral”, “não ter passado” pelos primeiros momentos da epidemia, “PEP no dia seguinte”.

Embora outras análises possam estabelecer conjuntos de variáveis distintos, esse agrupamento permite inferir, do ponto de vista do comportamento operante, questões que são importantes para as campanhas de prevenção e para interpretar a emissão do operante de risco: (a) de acordo com a análise, a relação sexual sem preservativo (operante de risco) parece essencialmente mantida por contingências de reforçamento, cujos reforçadores tendem a ser imediatos e potentes; e (b) as eventuais punições do operante de risco ou têm seus efeitos muito atrasados no tempo ou são evitáveis pela emissão de outros comportamentos, permitindo um contracontrole eficaz.

O fato de o reforçamento (positivo ou negativo) ter efeitos mais duradouros e potentes no operante de risco que os da(s) possível(is) punição(ões) é compatível com a proposta assimétrica de punição na análise do comportamento: Skinner (1953/2003) já caracterizava a punição como uma técnica questionável que não se define por seus efeitos comportamentais, gerando apenas uma supressão temporária das respostas.

Juízos de Valor

As Questões 28, 32, 33 e 40 foram agrupadas na categoria de análise *Juízos de valor*, que se refere a comportamentos verbais que podem indicar avaliações subjetivas e, portanto, predisposição a punições ou reforçamentos por parte do participante frente a comportamentos sexuais emitidos por outras pessoas. Todas as questões eram em escala de concordância ou discordância: 0 – Não tenho opinião/Prefiro não dizer; 1 – Discordo plenamente; 2 – Concordo/Discordo em partes; e 3 – Concordo plenamente. Foram elas:

- *Questão 28*: Se uma pessoa nunca viu alguém próximo falecer de vítima do HIV/Aids, ela é mais propensa a não usar o preservativo;
- *Questão 32*: Se uma pessoa convida outra a praticar sexo sem preservativo, é porque é portadora do HIV/Aids;
- *Questão 33*: Se uma pessoa aceita o convite de outra para praticar sexo sem preservativo, é porque é portadora do HIV/Aids;
- *Questão 40*: Homens que fazem sexo com homens são, em média, mais promíscuos que o restante da população em geral.

À Questão 28, os participantes P2, P3 e P5 responderam “1 – Discordo plenamente”. Os demais responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”.

À Questão 32, os participantes P2 e P7 responderam “2 – Concordo/Discordo em partes”. Os demais responderam “1 – Discordo plenamente”.

À Questão 33, o participante P2 respondeu “2 – Concordo/Discordo em partes”. Todos os demais responderam “1 – Discordo plenamente”.

À Questão 40, os participantes P5, P7 e P8 responderam “1 – Discordo plenamente”. Os demais responderam “2 – Concordo/discordo em partes”.

Na página seguinte, a Tabela 10 traz as alternativas (respostas) mais recorrentes da categoria.

Tabela 10

Juizos de Valor: Respostas Mais Recorrentes

Questão	Alternativa mais recorrente	N.º de respostas: alternativa mais recorrente	N.º de respostas: outras alternativas
28 - Se uma pessoa nunca viu alguém próximo falecer de vítima do HIV/Aids, ela é mais propensa a não usar o preservativo.	2 – Concorde/Discordo em partes	5	3
32 - Se uma pessoa convida outra a praticar sexo sem preservativo, é porque é portadora do HIV/Aids.	1 – Discordo plenamente	6	2
33 - Se uma pessoa aceita o convite de outra para praticar sexo sem preservativo, é porque é portadora do HIV/Aids.	1 – Discordo plenamente	7	1
40 - Homens que fazem sexo com homens são, em média, mais promíscuos que o restante da população em geral.	2 – Concorde/Discordo em partes	5	3
Total de participantes:		8	8

No livro *Aids e suas Metáforas*, Sontag (1989) discute o estigma que recai sobre os portadores do HIV/Aids:

Com a aids, a vergonha está ligada a uma imputação de culpa; e o escândalo não é de forma alguma obscuro. . . . Na verdade, adquirir aids é precisamente ser revelado, na maioria dos casos até agora, como membro de um certo “grupo de risco”, uma comunidade de párias.¹⁵ (pp. 24-25)

Para Sontag (1989), adquirir HIV/Aids é, antes de tudo, sofrer uma imputação de culpa. Trinta anos depois, elementos desse discurso, de acordo com a proposta apresentada neste trabalho, podem ainda ser encontrados em grupos (“subculturas”) que manifestam forte predisposição de punir soropositivos, ou mesmo na cultura majoritária. O então deputado federal e hoje presidente da República, Jair Bolsonaro, por exemplo, opôs-se, em 2010, ao tratamento antirretroviral custeado pelo Estado, recorrendo ao argumento da responsabilidade pessoal do portador. Mais recentemente, Luiz Mandetta, ministro da Saúde, disse descrer da eficiência de campanhas de prevenção ao HIV realizadas em escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Ciscati, 2018).

Dias (2017), em uma pesquisa que entrevistou 20 usuários soropositivos¹⁶ de ambos os sexos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em Belém, PA, refere que, embora se sintam acolhidos no serviço, têm eles receio de serem ligados àquele local. Os resultados apontam para uma grande vulnerabilidade individual e social, por questões socioeconômicas e principalmente pelo medo de que seus diagnósticos fossem descobertos, resultando em estigmatização.

¹⁵ Tradução nossa.

¹⁶ A expressão utilizada pela autora é PVHA – Pessoas vivendo com HIV/Aids, que consta de outras publicações sobre o tema.

Dessa forma, apesar do conceito de vulnerabilidade hoje em vigor, pode-se supor que ainda há discursos que tendem a se filiar aos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco, nos quais a aids tende a ser vista como uma “doença do outro” (Schaurich, 2004). Soma-se a isso o pareamento aversivo entre HSH e promiscuidade na cultura majoritária, ainda que relações sexuais descomedidas como parte da identidade homossexual possam ser explicadas por contingências históricas ligadas ao fenômeno da liberação sexual (Toledo & Pinafi, 2012).

Essa análise, porém, contrasta com as respostas da maioria dos participantes emitindo juízos de valor em relação aos comportamentos de outros HSH, em especial nas Questões 32 e 33. Caso os participantes correlacionassem a relação sexual sem preservativo (operante de risco) e o HIV/Aids com culpabilização, promiscuidade, (ir)responsabilidade individual e ausência de histórico de aversividade, seriam esperados resultados opostos aos que se verificaram.

Não se tendo verificado essa suposição, é possível, por um lado, que os participantes interpretem seus próprios comportamentos (autoconhecimento) e os de outros HSH de forma marcadamente oposta ao “discurso conservador”. No entanto, o dado de que a maioria dos participantes discorda que convite ou aceitação de relação sexual desprotegida identifiquem, por si só, alguém que já é portador poderia indicar um uso inconsistente da camisinha mais amplo, disseminado na própria “subcultura” HSH enquanto grupo. Isso confirmaria as discussões já realizadas nesta dissertação sobre o uso inconsistente do preservativo e relações desprotegidas mantidas por reforçamento.

Conclusão

Mais de 20 anos separam esta dissertação da obra de Baron (1996), que convocava os analistas do comportamento a uma ação contra o HIV/Aids. De lá para cá, parecem ter sido pouco numerosos os trabalhos que abordam a prevenção a essa infecção em particular a partir de uma perspectiva do behaviorismo radical e dos paradigmas trazidos pela ciência proposta por B. F. Skinner. Na realidade, não logramos encontrar estudo experimental de análise do comportamento (AC) sobre essa temática na revisão bibliográfica realizada.

No entanto, os conceitos e paradigmas da AC associados ao moderno entendimento de vulnerabilidade poderiam ser valiosos em trazer esclarecimentos sobre o que mantém e controla comportamentos sexuais potencialmente relacionados à exposição ao HIV. O que este pesquisador reputaria como equívoco, por exemplo, bastante presente em discursos de especialistas e estudiosos na área de epidemiologia, é o fato de os jovens HSH de hoje não terem presenciado os anos agudos da crise da aids ser apontado como uma das principais razões para o recrudescimento da epidemia nesse segmento da população (Silva, 2017).

A proposta de operante de risco e os dados trazidos por este trabalho permitem supor que, na verdade, os comportamentos relacionados à maior exposição ao HIV podem ser mantidos por reforçadores imediatos e potentes, sob efeito/controlado por variáveis antecedentes e/ou conseqüentes que os participantes referiram como “prazer”, “clima”, “mais à vontade”, “contato”, “liberdade”, “intensidade”, “perda de sensibilidade” e assim por diante. A possibilidade de contracontrole e de postergar ou evitar as possíveis punições do operante de risco, trazida pelas próprias evoluções nas estratégias de tratamento e prevenção, pode funcionar como variável que torna o operante de risco mais provável, mas talvez não seja, afinal, a causa última de sua emissão. Aliás,

considerando os estudos de Skinner (1938/1991) e Mayer e Carvalho Neto (2016), que comprovam experimentalmente a prevalência do reforçamento sobre a punição, podemos conjecturar que as respostas sexuais reforçadas se fariam presentes a longo prazo mesmo que os HSH jovens tivessem visto a crise muito de perto. Afinal, se a “punição da aids” fosse efetiva, por si só, para reduzir a frequência de respostas do operante de risco, como ainda viveríamos em uma pandemia? As gerações anteriores já a teriam contido.

No que diz respeito às campanhas de prevenção, tomadas aqui como regras, essas mesmas considerações levam à conclusão de que peças fortemente orientadas para a descrição de contingências aversivas ou punitivas teriam, a longo prazo, menos efeitos. Evidentemente, como demonstra uma análise mais aprofundada do levantamento de Moraes e Amorim (2011), não é possível propor campanhas de prevenção sem haver, mesmo que indiretamente, alguma referência ao risco, a um “mal” (Jeolás, 2003), mas algumas conclusões do presente trabalho podem resultar em propostas úteis:

- (a) Trazer as contingências de reforçamento que mantêm o operante de risco para as campanhas: falar, por exemplo, sobre “prazer”, “conforto”, “liberdade”, “sensibilidade”, “confiança no parceiro” e tentar modelar respostas por esquemas concorrentes partindo do pressuposto de que as contingências se mantêm porque efetivamente reforçadoras, e não porque as pessoas são “irresponsáveis” ou “não viram a crise dos anos 1980/1990”;
- (b) Assumir a realidade do uso inconsistente da camisinha na população HSH e propor/reforçar estratégias alternativas complementares ou substitutas para o segmento, sem necessariamente culpabilizar (punir) os que não usam o preservativo, mas não deixar de evidenciar a condição mais

vulnerável dessas pessoas para elas mesmas – e procurar reduzir essas vulnerabilidades, especialmente a social e a programática;

- (c) Fazer uma análise amostral do escore de risco presente na população, para fornecer dados mais confiáveis sobre que estratégias discursivas adotar nas campanhas;
- (d) Reforçar informações precisas de estratégias e conceitos-chave para a prevenção combinada: PEP, PrEP, TcP, I = I, necessidade de acesso e acompanhamento no sistema de saúde, imunizações, etc.;
- (e) Fazer-se mais presente nos *apps* de relacionamento, estabelecendo parcerias para campanhas de prevenção de forma sistemática e oficial, e não oculta e apenas em datas-chave, como o Carnaval (Carvalho, 2015);
- (f) Abordar a variável do uso/abuso de drogas e álcool e sua influência sobre o operante de risco para o contágio pelo HIV;
- (g) Propor campanhas especialmente dirigidas aos casais estáveis e parcerias regulares, destacando estratégias complementares ou substitutas em caso de opção pelo não uso do preservativo;
- (h) Aproximar-se da população de HSH, analisar e identificar seus discursos enquanto “subcultura”, estabelecendo com ela um diálogo mais direto;
- (i) A partir de dados empíricos, verificar se é de fato mais conveniente reforçar a percepção do HIV/Aids como uma doença crônica (Blanco, 2017; Rosa, 2014), ou se convém ajustar a mensagem, visando a campanhas mais efetivas;
- (j) Abordar os diferentes comportamentos sexuais de HSH de forma clara e contundente (idas a saunas, a *sex clubs*, uso dos *apps* e as formas de interação), de maneira a tornar a comunicação mais efetiva;

- (k) Estimular mais estudos em análise do comportamento sobre a prevenção ao HIV/Aids.

Este trabalho evidentemente tem suas limitações. Uma delas é o pequeno número de participantes; outra, o limite dado pelo território escolhido para a pesquisa; e uma terceira, a possibilidade de respostas “dúbias” nas escalas de concordância ou discordância (a alternativa “2 – Concordo/Discordo em partes”). Dessa forma, as propostas e discussões aqui travadas devem ser replicadas, testadas e conferidas em uma amostra maior e mais representativa; e que, de preferência, se elimine a “dubiedade” e se amplie, inclusive, a definição de *homem* adotada, visando a incluir, por exemplo, diferentes identificações de gênero (não binários, etc.) que se encontrem entre os que, biologicamente, se encaixariam na definição de HSH.

Algumas medidas, para efeito de resultados mais confiáveis, também deveriam ser revistas. O escore de risco, por exemplo, deveria ser atualizado para incluir o uso de PrEP ou PEP e/ou outras estratégias de prevenção combinada, para além do preservativo. Uma definição mais objetiva de parceiro regular e parceiro casual também poderia ser útil, em vez de deixar apenas ao encargo de uma avaliação subjetiva do próprio participante. Outro aspecto seria abordar a prática do *cruising* (relações sexuais em ou originadas de locais públicos), não referida em questão alguma do QOV-HSH.

Em relação ao recrutamento, a internet, via Facebook e WhatsApp, mostrou-se uma alternativa eficaz, e recomenda-se o uso dessa ferramenta para acessar o público HSH em pesquisas posteriores.

Por fim, o presente estudo traz uma análise baseada em comportamentos verbais que são tomados como indicadores de discursos, de acordo com a definição aqui apresentada, presentes na ou em uma das “subculturas” de HSH em São Paulo. Isso significa que, embora possamos supor que os participantes emitiram tatos em parte das

questões, esse dado, para efeito da análise que aqui se propõe, é menos importante que os discursos em si, que dariam a essa “subcultura” em particular algumas características próprias reforçadas socialmente e que a diferenciam de outros grupos, entre as quais destacamos: (a) número ampliado de parceiros sexuais, tanto regulares quanto casuais; (b) busca por sensações de prazer mais intensas nas relações sexuais; (c) percepção das relações sem preservativo como mais reforçadoras; (c) contracontrole para contingências sexuais aversivas ou punitivas; (d) utilização elevada da internet na busca por parceiros; e (e) utilização de métodos de prevenção alternativos à camisinha.

A lógica diz que, uma vez existindo esses discursos, eles se constituem como regras, inclusive contrapostas aos discursos das campanhas de prevenção – e, como tais, aumentam a probabilidade de que os indivíduos que integram o grupo emitam comportamentos como práticas culturais; mas saber se de fato houve atos e se esse engajamento ocorreu ou em que medida ocorreu é, para este estudo, uma questão secundária, mesmo porque Skinner (1957/1978) já apontava que o comportamento verbal pode ser distorcido ou disfarçado devido às múltiplas variáveis das quais é função. Assim, mais importante é inferir o que diferencia a “subcultura” HSH de São Paulo (notadamente a que chega à República) frente a outras e identificar se as campanhas de prevenção têm dialogado ou contrabalançado os discursos nela existentes de maneira eficaz. Em nossa avaliação, não.

Uma pesquisa, porém, que investigasse se as regras das campanhas de prevenção causam ou não causam alteração efetiva, ou em que medida a causam, nos comportamentos dos indivíduos que constituem seu público-alvo por meio de modelos de exposição direta às contingências, poderia trazer refinamentos à proposta aqui apresentada. Fica, portanto, a sugestão para estudos posteriores de AC na temática do HIV/Aids.

Referências

- Ayres, J. R. C. M., Freitas, A. C., Santos, M. A. S., Saletti Filho, H. C., & França Júnior, I. (2003). Adolescência e aids: Avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 123–138. doi: 10.1590/S1414-32832003000100009
- Baron, G. (1996). Behavior analysis and HIV prevention: A call to action. In J. R. Cautela & W. Ishaq (Eds.), *Contemporary Issues in Behavior Therapy: Improving the Human Condition* (pp. 87-103). Boston, MA: Springer. doi:10.1007/978-1-4757-9826-5_6
- Barré-Sinoussi, F., Karim, S. A., Albert, J., Bekker, L.-G., Beyrer, C., Cahn, P., . . . Godfrey-Faussett, P. (2018). Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law. *Journal of the International AIDS Society*, 21, 1–12. doi:10.1002/jia2.25161
- Bastos, G. G. (2018). *Os sujeitos-gays nas tramas da(s) rede(s): O discurso sobre os aplicativos de relacionamento* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- Beloqui, J., & Terto Júnior, V. (2012). A prevenção à AIDS no governo Dilma. *GIV - Grupo de Incentivo à Vida*. Recuperado de <http://www.giv.org.br/Not%C3%ADcias/noticia.php?codigo=2397>
- Blanco, D. (2017). HIV: Doença crônica. *PEBMED*. Recuperado de <https://pebmed.com.br/hiv-doenca-cronica/>
- Borloti, E., Calixto, F. C., & Haydu, V. B. (2013). Análise comportamental de um discurso de autoajuda. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(2), 92–105.

- Borloti, E., Haydu, V. B., Rafih-Ferreira, R., & Fornazari, S. A. (2012). Análise comportamental do discurso: Uma entrevista com uma paciente oncológica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 3(2), 102–116.
- Borloti, E., Iglesias, A., Dalvi, C. M., & Silva, R. D. (2008). Análise comportamental do discurso: Fundamentos e método. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 101–110. doi:10.1590/S0102-37722008000100012
- Brady, M., Cohen, M., Daskalakis, D. C., Grulich, A., Lundgren, J., Loutfy, M., . . . Vernazza, P. (2016). *Risk of sexual transmission of HIV from a person living with HIV who has an undetectable viral load [Consensus U = U]*. Recuperado de <https://www.preventionaccess.org/consensus>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Crerios de definição de casos de aids em adultos e crianças*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018a). *Boletim epidemiológico HIV/Aids 2018 (jul./2017-jun./2018)*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018b). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018c). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*. Brasília: Autor.
- Brasil. Senado Federal. (2013). *Manual de Comunicação da Secretaria de Comunicação social*. Brasília: Autor.
- Brignol, S., & Dourado, I. (2011). Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da internet. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(3), 423–434. doi:10.1590/S1415-790X2011000300007

- Brignol, S. M. S., Dourado, I., Amorim, L. D., Miranda, J. G. V., & Kerr, L. R. F. S. (2015). Redes sociais de homens que fazem sexo com homens: Estudo das cadeias de recrutamento com *Respondent Driven Sampling* em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(supl. 1), 170–181. doi:10.1590/0102-311X00085614.
- Carvalho, J. (2015). Governo cria perfis falsos em aplicativos para combater a Aids. *GI*. Recuperado de <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2015/02/aplicativos-ajudam-campanha-de-conscientizacao-sobre-risco-da-aids.html>
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. G. Souza, Trad.; 4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Cavalcante, L. L. (2016). Homossexualidade no cenário histórico: Estigma, invisibilidade e preconceito. In A. E. Morga (Ed.), *História, sentimentos, cidades, encontros e desencontros* (pp. 27-44). Manaus: EDUA.
- Ciscati, R. (2018). Os conservadores e o HIV: Especialistas temem uma guinada conservadora nas políticas de combate ao HIV durante governo Bolsonaro. *Época*. Recuperado de <https://epoca.globo.com/rafael-ciscati/os-conservadores-o-hiv-23263620>
- Collucci, C. (2018). Em SP, 1 a cada 4 homens que transam com homens tem HIV, revela estudo. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/06/em-sp-1-a-cada-4-homens-que-transam-com-homens-tem-hiv-revela-estudo.shtml>
- Corrêia, N. (2016). Sim, precisamos falar sobre sauna gay. *Blog Diversidade*. Recuperado de <http://diversidade.blogsdagazetaweb.com/2016/10/29/sim-precisamos-falar-sobre-sauna-gay/>

- Dias, R. S. (2017). *Diagnóstico de HIV após 35 anos do início da epidemia: O olhar dos usuários* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil.
- Eribon, D. (2008). *Reflexões sobre a questão gay* (P. Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Fundação Perseu Abramo, & Rosa-Luxemburg-Stiftung. (2008). *Diversidade sexual e homofobia no Brasil: Intolerância e respeito às diferenças sexuais*. São Paulo: Autores.
- Gonçalves, E., & Varandas, R. (2005). O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(1), 229–235.
- Greco, D. B. (2016). Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(5), 1553–1564. doi:10.1590/1413-81232015215.04402016
- Hanif, H., Bastos, F. I., Malta, M., Bertoni, N., Winch, P. J., & Kerrigan, D. (2014). Where does treatment optimism fit in? Examining factors associated with consistent condom use among people receiving antiretroviral treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS and Behavior*, *18*(10), 1945–1954. doi: 10.1007/s10461-014-0711-5.
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent Driven Sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, *44*(2), 174–199.
- Íñiguez-Rueda, L., & Antaki, C. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, *44*, 57–75.

- Jeolás, L. (2003). Os jovens e o imaginário da aids: Notas para uma construção social do risco. *Campos – Revista de Antropologia Social*, 4, 93–112.
doi:10.5380/cam.v4i0.1600
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2016). *Prevention gap report*. Geneva: Author.
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 407–414. doi:10.1901/jaba.2003.36-407
- Laurindo-Teodorescu, L., & Teixeira, P. R. (2015a). *Histórias da aids no Brasil: 1983-2003: As respostas governamentais à epidemia de aids* (Vol. 1). Brasília: Ministério da Saúde.
- Laurindo-Teodorescu, L., & Teixeira, P. R. (2015b). *Histórias da aids no Brasil: 1983-2003: As respostas governamentais à epidemia de aids* (Vol. 2). Brasília: Ministério da Saúde.
- Lei n.º 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. (2013). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm
- Lima, D. B. (2018). *A atenção à saúde às travestilidades e transexualidades em São Paulo (2013-2018)* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo* (J. T. Nafarrate, S. Pappé, B. Erker, & L. F. Segura, Trans.; 3. ed.). México, D. F.: Universidad Iberoamericana.
- MacRae, E. (1990). *A construção da igualdade: Identidade sexual e política no Brasil da "abertura"*. Campinas: Editora da Unicamp.

- Margulis, M., & Urresti, M. (2008). La juventud es más que una palabra. In M. Margulis (Ed.), *La juventud es más que una palabra: Ensayos sobre cultura y juventud* (3. ed.). Buenos Aires: Biblos.
- Martin, D. (2003). *Riscos na prostituição: Um olhar antropológico*. São Paulo: Humanitas/Fapesp.
- Mayer, P. C., & Carvalho Neto, M. B. (2016). A systematic replication of Skinner (1938) using a hot air blast as the punisher. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 12(2), 126–132. doi:10.18542/rebac.v12i2.4405
- Monteiro, A. L., & Villela, W. V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Psicologia Política*, 9(17), 25–45.
- Morais, P. B., & Amorim, R. (2011). Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à aids: Resgatando algumas controvérsias enfrentadas nas décadas de 1980 e 1990. *Tempo da Ciência*, 18(35), 95–113.
- Pebody, R. (2017). *CD4, viral load & other tests*. London: NAM. Recuperado de <http://www.aidsmap.com/CD4-viral-load-amp-other-tests/page/1327442/>
- Pereira, A. B. (2010). Os riscos da juventude. *Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade*, 3, 36–50. doi:10.17921/2176-5626.%25n3p%25p
- Queiroz, A. A., Sousa, A. F., Matos, M. C., Araújo, T. M., Reis, R., . . . Moura, M. E. (2018). Conhecimento sobre HIV/aids e implicações no estabelecimento de parcerias entre usuários do Hornet®. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1949–1955. doi:10.1590/0034-7167-2017-0409

- Rocha, G. M., Gomes, R. R. F. M., Camelo, L. V., Ceccato, M. G., & Guimarães, M. D. C. (2013). Sexo anal receptivo desprotegido entre homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(4), 437–445.
- Roman, C. (2011). Serra não inventou programa contra a Aids. *Carta Capital*. Recuperado de <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/serra-nao-criou-o-pn-dst-essas-ideias-me-ofendem>
- Rosa, T. (2014). Comunidade internacional debate a situação da Aids no mundo. *Consensus*. Recuperado de <http://www.conass.org.br/consensus/comunidade-internacional-debate-situacao-da-aids-mundo/>
- Santos, M. (2007). O dinheiro e o território. In M. Santos & K. B. Becker (Eds.), *Território, territórios: Ensaio sobre o ordenamento territorial* (3. ed.; pp. 13–21). São Bernardo do Campo: Lamparina.
- São Paulo. Prefeitura de São Paulo. (2014). *Boletim epidemiológico de aids, HIV e DST do município de São Paulo (ano XVIII, n. 17)*. São Paulo: Autor.
- São Paulo. Prefeitura de São Paulo. (2015). *HIV e Aids no município de São Paulo: Resumo da epidemia*. São Paulo: Autor.
- Schaurich, D. (2004). Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. *Revista Contexto & Saúde*, 4(6), 115–127. doi:10.21527/2176-7114.2004.06.115-127
- Sério, T. A., Andery, M. A., Gioia, P. S., & Micheletto, N. (2010). *Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (3. ed. rev.). São Paulo: Educ.
- Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery & T. M. Sério, Trans.) Campinas: Editora Livro Pleno. (Trabalho original publicado em 1989)

- Silva, M. S. (2017). O que explica a disparada de infecções por HIV entre jovens brasileiros. *UOL Notícias: Ciência e Saúde*. Recuperado de <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/08/15/o-que-explica-a-disparada-de-infeccoes-por-hiv-entre-jovens-brasileiros.htm>
- Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal* (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cultrix/Edusp. (Trabalho original publicado em 1957)
- Skinner, B. F. (1991). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Cambridge: B.F. Skinner Foundation. (Trabalho original publicado em 1938)
- Skinner, B. F. (2002). *Sobre o behaviorismo* (M. P. Villalobos, Trad.; 7. ed.) São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974)
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trads.; 11. ed.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)
- Smith, C. (2018). 11 interesting Grindr facts and statistics (September 2018). *DMR - Business Statistics, Fun Gadgets*. Recuperado de <https://expandedramblings.com/index.php/grindr-facts-statistics/>
- Sontag, S. (1989). *AIDS and its metaphors*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Spiassi, A. L., Basso, C. R., Monteiro, C. R., Barros, C. R., Gutierrez, E. B., Barros, L. O., . . . Del Bianco, R. (2014). *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Residente no Município de São Paulo (PCAD-MSP)*. São Paulo: Prefeitura de São Paulo.
- Toledo, L. G., & Pinafi, T. (2012). A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicologia Clínica*, 24(1), pp. 137–163.
- Trevisan, J. S. (2000). *Devassos no Paraíso* (4. ed.). Rio de Janeiro: Record.

- Veras, M. A., Calazans, G. J., Ribeiro, M. C., Beloqui, J. A., Buchalia, C. M., Grangeiro, A., . . . Yamashiro, R. (2010). *Comportamento e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo*. São Paulo: Autores.
- Ward, J., Darke, S., & Hall, W. (1990). *The HIV Risk-taking Behaviour Scale (HRBS) Manual – Technical Report n. 10*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

Apêndice A

Questionário de Operantes Verbais sobre Comportamento Sexual: HSH



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

1

PARTE 1

A – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____ 2. Idade: _____ anos

3. Sexo:

Feminino

Masculino

*Neste questionário, **sexo** é a materialidade físico-biológica observada no nascimento.*

4. Gênero:

Feminino

Masculino

Outro

*Neste questionário, **gênero** é a construção sociocultural que provê comportamentos diferenciados para cada um dos sexos e que pode corresponder ou não ao seu senso de pertencimento, constituindo sua **identidade de gênero**.*

5. Você reside no município de São Paulo/SP?

Sim

Não

Residência é o local de moradia, mesmo que suas atividades ocorram em outra localidade.

6. Você costuma frequentar, em São Paulo/SP, o distrito da República para atividades de lazer e interação social e/ou sexual com (outros) homens?

Sim

Não

Considere apenas os homens que se identificam como pertencentes ao sexo masculino e ao gênero masculino, conforme definido nas questões 3 e 4.

7. Quantas vezes, aproximadamente, nos últimos 12 meses, você esteve no distrito da República para atividades de lazer e interação social e/ou sexual com (outros) homens?

Menos de
12 vezes

Entre
6 e 12 vezes

Mais de
12 vezes

Não sei/Não lembro/
Prefiro não dizer

Considere apenas os homens que se identificam como pertencentes ao sexo masculino e ao gênero masculino, conforme definido nas questões 3 e 4.

B – STATUS SOROLÓGICO PARA O HIV

8. Você possui resultado positivo para o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)?

Sim

Não

Resultado positivo são 2 exames sanguíneos de triagem positivos, ou 1 exame de triagem positivo e 1 confirmatório positivo. Também são positivos os resultados de testes rápidos.

9. Se você respondeu NÃO à questão 8, pule as próximas questões e vá direto para C – PARCERIAS SEXUAIS. Se respondeu SIM à questão 8, diga quando você recebeu o resultado positivo para o HIV e continue na sequência.

Antes de 31/12/2016

Depois de 31/12/2016

Não sei/Não lembro/Prefiro não dizer



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

10. Seu médico (a), assistente social, psicólogo (a) ou serviço de saúde disse que você estava em “estado de aids”, ou outra expressão similar, quando lhe informou o resultado positivo para o HIV?

Sim

Não

Aids é a infecção pelo HIV com pelo menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³.

11. Você faz uso de medicação antirretroviral para o HIV (qualquer que seja o esquema)?

Sim

Não

12. No seu último resultado de carga viral do HIV, ela estava indetectável?

Sim

Não

Carga viral indetectável é o valor menor ou igual a 50 cópias de vírus por mL de sangue.

13. Informe, por favor, quando você recebeu o último resultado de um exame de carga viral.

Menos de
30 dias atrás

Entre 30 e
180 dias atrás

Mais de
180 dias atrás

Não sei/Não lembro/
Prefiro não dizer

C – PARCERIAS SEXUAIS

Para responder as perguntas desta seção, considere **apenas** as relações sexuais em que houve **penetração do pênis no ânus**, estivesse você no papel ativo, passivo ou ambos, e apenas relações com **homens**, que se identificam como pertencentes ao sexo masculino e ao gênero masculino, como definido nas questões 3 e 4 da Seção A.

14. Você já teve mais que um parceiro sexual (homem) ao longo da vida?

Sim

Não

Não sei/Não lembro/Prefiro não dizer

15. Nos últimos 12 meses, você teve relações sexuais com um ou mais parceiros (homens) regulares?

Sim

Não

Não sei/Não lembro/Prefiro não dizer

Parceiro regular é qualquer parceiro com quem você considera ter relações sexuais frequentemente.

16. Considere o parceiro (homem) com quem você tem mais regularidade. Há quanto tempo mantém relações sexuais com ele?

Apenas no
último mês

Entre 30 dias
e 12 meses

Há mais de
12 meses

Entre 12 meses
e 5 anos

Mais que
5 anos

17. Nos últimos 12 meses, você teve relações sexuais com um ou mais parceiros (homens) casuais?

Sim

Não

Não sei/Não lembro/Prefiro não dizer

Parceiro casual é qualquer parceiro com quem você considera ter relações sexuais com pouca frequência, ou com quem manteve relações sexuais apenas uma vez.

18. Com quantos parceiros (homens), entre regulares e casuais, você teve relações sexuais nos últimos 12 meses, aproximadamente?

_____ parceiros

19. Você usou preservativo na sua última relação sexual?

Sim

Não

Não sei/Não lembro/Prefiro não dizer



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

20. [APENAS PARA POSITIVOS PARA O HIV] Depois do resultado positivo para o HIV, você praticou sexo sem preservativo mais vezes do que antes?

Sim Não Não sei/Não lembro/Prefiro não dizer

D – OPERANTES VERBAIS

Agora, você será submetido a algumas afirmações para as quais deverá responder em uma escala de 0 a 3, de acordo com a questão. Ao final, haverá uma pergunta aberta e um espaço para deixar comentários.

21. O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas façam sexo sem preservativo.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente

22. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente

23. Uma pessoa pode ser infectada pelo HIV compartilhando talheres, copos, refeições, ou frequentando a mesma piscina ou academia, manicure ou pedicure.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente

24. HIV/Aids é uma doença crônica, possível de ser controlada.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente

25. Existe cura para a aids, e não é divulgada.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente

26. Homens que fazem sexo com homens têm mais risco de adquirir HIV/Aids.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente

27. As pessoas hoje se previnem menos contra o HIV/Aids.

0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer 1 – Discordo
plenamente 2 – Concordo/Discordo
em partes 3 – Concordo
plenamente



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

28. Se uma pessoa nunca viu alguém próximo falecer vítima do HIV/Aids, ela é mais propensa a não usar o preservativo.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

29. Usar preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV numa relação sexual.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

30. O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

31. Uma pessoa que está tomando medicamento para o HIV/Aids tem menos risco de transmitir o vírus para outra pessoa.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

32. Se uma pessoa convida outra a praticar sexo sem preservativo, é porque é portadora do HIV/Aids.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

33. Se uma pessoa aceita o convite de outra para praticar sexo sem preservativo, é porque é portadora do HIV/Aids.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

34. Aplicativos de celular para encontros afetivo-sexuais (Grindr, Hornet, Scruff, Tinder etc.) estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo.

- () 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer
- () 1 – Discordo
plenamente
- () 2 – Concordo/Discordo
em partes
- () 3 – Concordo
plenamente

35. Você utiliza ou já utilizou algum dos aplicativos citados na questão 34?

- () 0 –
Nunca/Não conheço
- () 1 –
Raramente
- () 2 –
Algumas vezes
- () 3 –
Frequentemente



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

36. Estabelecimentos destinados à prática do sexo (saunas gays, cinemas pornôns, sex clubs etc.) estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo.

() 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer () 1 – Discordo
plenamente () 2 – Concordo/Discordo
em partes () 3 – Concordo
plenamente

37. Você vai ou já foi a algum dos estabelecimentos citados na questão 36?

() 0 – Nunca/Não conheço () 1 – Raramente () 2 – Algumas vezes () 3 – Frequentemente

38. Relacionamentos estáveis estimulam as pessoas a não usarem preservativo no sexo.

() 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer () 1 – Discordo
plenamente () 2 – Concordo/Discordo
em partes () 3 – Concordo
plenamente

39. Pessoas que já tiveram muitas experiências de sexo sem preservativo dificilmente voltam a usá-lo, mesmo sabendo do risco de adquirir HIV.

() 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer () 1 – Discordo
plenamente () 2 – Concordo/Discordo
em partes () 3 – Concordo
plenamente

40. Homens que fazem sexo com homens são, em média, mais promíscuos que o restante da população em geral.

() 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer () 1 – Discordo
plenamente () 2 – Concordo/Discordo
em partes () 3 – Concordo
plenamente

41. Em São Paulo/SP, é fácil encontrar (outro) homem com quem fazer sexo.

() 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer () 1 – Discordo
plenamente () 2 – Concordo/Discordo
em partes () 3 – Concordo
plenamente

42. O preservativo não é a única forma de prevenir a infecção pelo HIV: existem outras.

() 0 – Não tenho opinião/
Prefiro não dizer () 1 – Discordo
plenamente () 2 – Concordo/Discordo
em partes () 3 – Concordo
plenamente

42-A. Se você marcou [2] ou [3] acima, cite outras duas formas.

1. _____

2. _____



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

43. O sexo sem preservativo é melhor do que o sexo com preservativo.

() 0 – Não tenho
opinião/
Prefiro não dizer

() 1 – Discordo
plenamente

() 2 – Concordo/Discordo em
partes

() 3 – Concordo
plenamente

43-A. Se você marcou [2] ou [3] acima, explique por quê.

44. Por que você acha que as pessoas, especialmente homens que fazem sexo com homens, deixam de usar preservativo?

45. Se quiser, deixe algum comentário sobre este questionário, sobre o tema da pesquisa, sobre algumas das questões ou para o pesquisador:

Obrigado!



PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO DE OPERANTES VERBAIS SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL: HSH

PARTE 2

E – ESCORE (ADAPTADO DE HRBS)

46. Com quantos homens você manteve relações sexuais no último mês?

Nenhum 1 2 3 a 5 6 a 10 Mais de 10

47. Com que frequência você usou preservativo nas relações sexuais que manteve com seu (s) parceiro (s) regular (es) no último mês?

Não tenho parceiro regular Todas as vezes Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

Parceiro regular é qualquer parceiro com quem você considera ter relações sexuais frequentes.

48. Com que frequência você usou preservativo nas relações sexuais que manteve com parceiro (s) casual (is) no último mês?

Não tenho parceiro casual Todas as vezes Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca

Parceiro casual é qualquer parceiro com quem você considera ter relações sexuais com pouca frequência, ou com quem manteve relações sexuais apenas uma vez.

[PARA USO EXCLUSIVO DO PESQUISADOR] ESCORE: _____

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, para os devidos fins, que participo de livre e espontânea vontade da pesquisa intitulada “Riscos, reforçadores e HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens: uma análise verbal” e que me proponho a responder ao **Questionário de Operantes Verbais sobre Comportamento Sexual: HSH**, contendo questões relacionadas a minha vida sexual e de lazer, parcerias e relações afetivo-sexuais com outras pessoas, *status* sorológico para o HIV/Aids e minhas opiniões pessoais sobre diferentes tipos de comportamento sexual.

Estou ciente de que o citado questionário visa a uma análise do discurso baseada na Análise do Comportamento para o Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento (PEXP), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Estou ciente do objetivo estritamente acadêmico da pesquisa e de que os usos das informações obtidas estão submetidos às normas éticas e legais destinadas às pesquisas envolvendo seres humanos.

Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo, de forma a impossibilitar qualquer identificação, e de que minhas informações serão utilizadas somente com finalidades acadêmicas e científicas.

Estou ciente de que publicações e apresentações em congressos, aulas e seminários terão minha identidade mantida em sigilo – e autorizo, desde já, a publicação de parte das respostas dadas por mim em quaisquer textos ou apresentações resultantes ou derivados desta pesquisa, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade.

Estou ciente de que esta pesquisa é desenvolvida por João Marinho de Lima Neto, jornalista e mestrando do PEXP, sob orientação da Prof.^a Dra. Maria do Carmo Guedes. O experimentador responsável compromete-se a ficar disponível durante todo o período da pesquisa para que eu possa tirar dúvidas e solicitar mais esclarecimentos a respeito da pesquisa e de seu andamento, sendo permitida minha desistência em quaisquer de suas fases.

São Paulo, _____ de _____ de 201__.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante

Pesquisador responsável
(João Marinho de Lima Neto)

Orientadora
(Maria do Carmo Guedes)