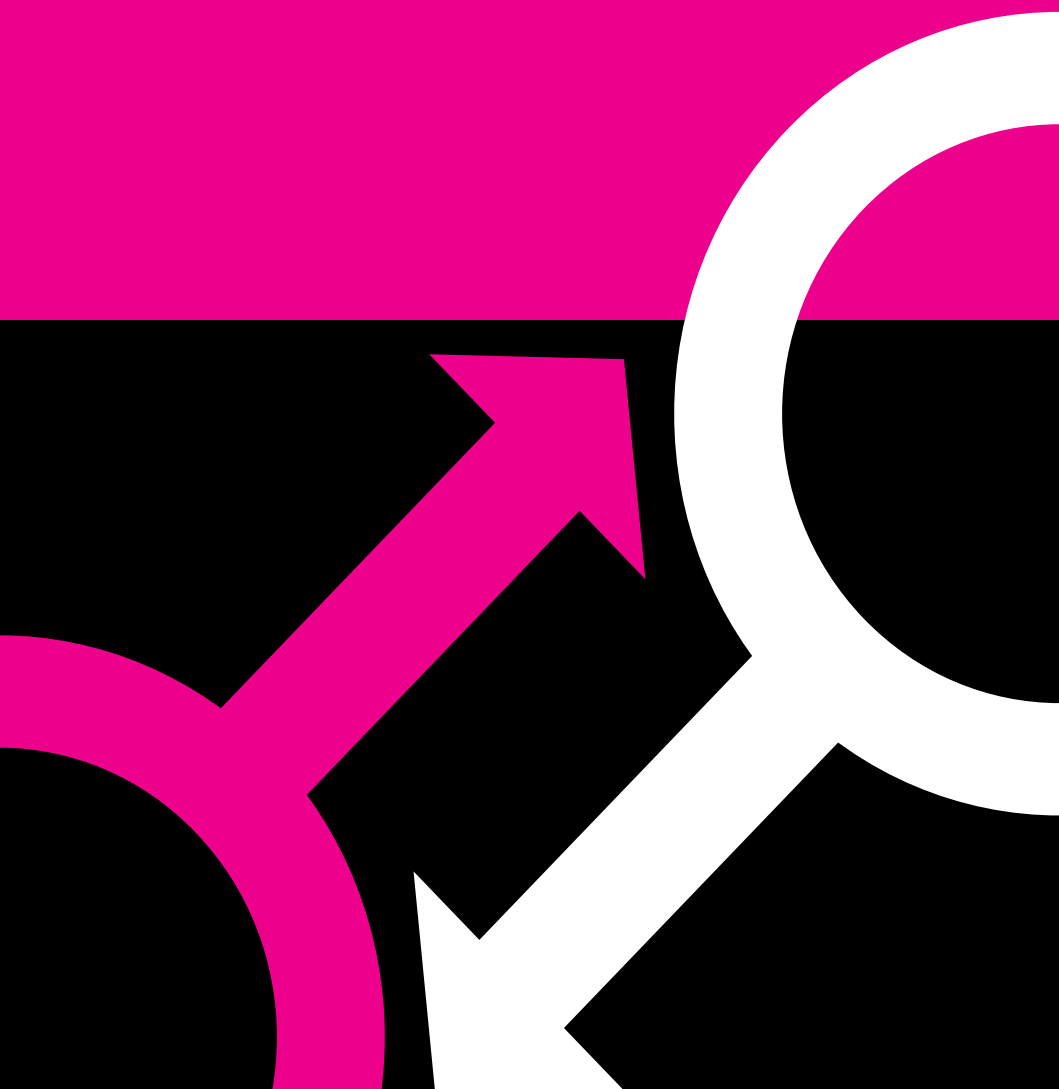


ESTUDO SOBRE
VULNERABILIDADE E RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV
ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS NA
CIDADE DE MAPUTO



lambda



**ESTUDO SOBRE VULNERABILIDADE E RISCO DE
INFECÇÃO PELO HIV ENTRE HOMENS QUE FAZEM
SEXO COM HOMENS NA CIDADE DE MAPUTO**



Estudo sobre vulnerabilidade e risco de infecção pelo HIV entre os Homens que fazem sexo com Homens na Cidade de Maputo.

Este estudo foi realizado por uma parceria entre as organizações:
Lambda – Associação de Defesa das Minorias Sexuais (em formação)
Population Services Mozambique (PSI)
Pathfinder International
UNFPA

Este estudo recebeu financiamento do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e também através do apoio parcial da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos, nos termos do CA # 656-A-00-04-00019-00. As opiniões aqui presentes são dos autores e não reflectem necessariamente os pontos de vista da USAID.

São autores do estudo:

Danilo da Silva
Dvora Joseph
Emídio Gune
Fátima Mussá
Jennifer Wheeler
Marcos Benedetti
Marcos Chissano

Design Gráfico: Danilo da Silva

Agradecimentos:

As organizações e autores querem expressar sua gratidão aos entrevistadores-pares que se dedicaram para a realização de um excelente trabalho na recolha de informações na análise dos resultados.

E mais profundamente, querem agradecer aos diversos homens que gentilmente partilharam informações sobre sua vida com os entrevistadores. Sem vocês, este estudo não teria sido possível.

© 2010 1ª Edição.
Maputo, Maio de 2010.

As informações aqui apresentadas podem ser reproduzidas desde que a fonte seja citada.

Índice

1. Sumário Executivo.....	9
2. Introdução.....	15
3. Metodologia.....	21
3.1. Técnicas de recolha de dados.....	22
3.1.1 Entrevistas pelos pares.....	22
3.1.2 Entrevistas semi-estruturadas.....	24
3.2. Aspectos éticos e de confidencialidade da informação.....	25
3.3. Processos de sistematização e análise das informações.....	26
4. Resultados.....	29
4.1. Características dos participantes do estudo.....	29
4.1.1 Dados sócio-demográficos.....	29
4.1.2 Aspirações e planos para o futuro.....	31
4.1.3 Identidades e formas de identificação.....	33
4.1.4 Redes de sociabilidade.....	37
4.1.5 Dinâmicas e padrões de relacionamento.....	39
4.2. Acesso a serviços de saúde, conhecimentos sobre HIV e insumos para prevenção.....	41
4.2.1 Fontes de informação para questões de saúde.....	41
4.2.2 Acessibilidade e uso dos serviços de saúde.....	42
4.2.3 Conhecimentos e percepções sobre o risco de infecção pelo HIV.....	46
4.2.4 Conhecimentos sobre prevenção de ITS e HIV e acesso a insumos.....	48
4.3. Factores de vulnerabilidade e práticas de risco de infecção pelo HIV.....	51
4.3.1 Práticas sexuais mais comuns.....	52
4.3.2 Sexo transaccional.....	53
4.3.3 O uso de materiais de prevenção: preservativos e lubrificantes.....	55
4.3.4 Uso de álcool, outras drogas e a (não) adopção de medidas preventivas.....	63
4.3.5 Comunicação, violência, informação e direitos.....	64
4.3.6 Uso de serviços de saúde, presença e tratamento de ITS e testagem de HIV.....	65
4.3.7 A “ponte” entre HSH e população em geral.....	67
5. Conclusões e recomendações.....	71
6. Referências Bibliográficas.....	77



Sumário Executivo

1. Sumário Executivo

Moçambique tem estado a desenvolver e implementar importantes programas de prevenção e combate ao HIV. Contudo, tal como acontece noutros países africanos, estes programas têm adoptado abordagens generalistas, privilegiando a disseminação de informação e meios de prevenção para a população em geral. Ou seja, poucas são as iniciativas que contemplam grupos específicos, especialmente populações socialmente minoritárias, como é o caso dos Homens que fazem sexo com Homens (HSH), ainda que estatísticas indiquem que aproximadamente 5% das infecções registadas no país são transmitidas a partir de relações sexuais entre homens¹.

Não obstante o reconhecimento da necessidade de uma estratégia e de acções de prevenção e combate ao HIV voltadas especificamente para os HSH, escasseia ainda documentação detalhada sobre a composição deste grupo social, suas práticas sexuais, sua percepção de risco de infecção e suas condições de acesso a serviços de saúde. Ciente da importância que essa informação poderá contribuir na elaboração de estratégias e acções de prevenção visando especificamente reduzir a vulnerabilidade dos HSH face ao HIV, uma parceria entre a Associação Lambda, PSI/Moçambique, Pathfinder Internacional e UNFPA foi formada para levar a cabo o estudo que se apresenta neste relatório. Este estudo, que se circunscreveu à Cidade de Maputo, pretendia atingir os seguintes objectivos específicos:

- Perceber as necessidades do grupo em termos de saúde em geral e prevenção do HIV em particular;
- Identificar comportamentos específicos que colocam os HSH em risco de infecção pelo HIV e ITS;
- Fazer um mapeamento dos locais de maior frequência e sociabilidade deste grupo;
- Investigar outros grupos que tenham alguma ligação com o grupo em estudo;
- Identificar e analisar as diferentes redes sociais existentes e suas dinâmicas de funcionamento;
- Analisar as dinâmicas das identidades sexuais no seio deste grupo e sua relação com práticas de prevenção;
- Compreender as principais questões relacionadas com discriminação e

1 Segundo o estudo “Mozambique Modes of HIV Transmission and HIV Prevention Study”, realizado pelo Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA e ONUSIDA (UNAIDS, 2009b).

estigma que influenciam a adopção de práticas sexuais de risco.

Dado o carácter exploratório do estudo, usaram-se metodologias qualitativas para a recolha e análise de dados. A recolha de dados foi feita com base em entrevistas conduzidas por integrantes do grupo alvo, designados entrevistadores-pares (30 entrevistas), e entrevistas semi-estruturadas conduzidas por pesquisadores (15 entrevistas). A análise de dados consistiu na selecção, categorização e interpretação de depoimentos relevantes extraídos das entrevistas. Esta análise teve como base o conhecimento sobre o contexto moçambicano, informação teórica e experiências reportadas na literatura em relação a este tipo de população em vários contextos do mundo, mas com enfoque para o continente africano.

Da análise dos dados produzidos salientam-se as constatações que se resumem a seguir:

- O grupo dos HSH estudado exibiu um perfil bastante heterogéneo, quer em termos de idade, nível de escolaridade, ocupação, religião, local de residência, redes de sociabilidade, natureza de relações afectivas e sexuais praticadas e papel assumido nessas relações. Esta heterogeneidade pode ser uma indicação de quão diversa é a população de HSH na Cidade de Maputo e não só;
- Os dados indicam que a população de HSH na Cidade de Maputo tem acesso à informação geral sobre prevenção e combate ao HIV, veiculada através de diversas fontes, incluindo rádio, televisão, jornais e unidades sanitárias. No entanto, constatou-se haver escassez de informação especificamente formulada para HSH;
- Os serviços públicos de saúde são tidos como de difícil acesso devido, por um lado, à falta de preparação técnica e formação específica para responderem às especificidades dos HSH e, por outro lado, à discriminação e hostilidade de que este grupo social é alvo por parte dos provedores da saúde. Esta situação tem levado muitos HSH a evitar os serviços de saúde mesmo nos casos em que considerem necessário procurar serviços de testagem, tratamento, aconselhamento ou meios de prevenção de ITS e HIV;
- Apesar de, no geral, a população estudada demonstrar ter conhecimento sobre o risco e medidas a tomar para prevenir a infecção por ITS e HIV,

constatou-se que, por várias razões, muitos são inconsistentes ou mesmo descaram de tomar medidas preventivas. De entre as razões apontadas incluem-se: a pretensa confiança no parceiro, a crença de que a prática do sexo oral e do sexo anal são seguros e a crença de que é possível ver a olho nu sinais de infecção pelo HIV e, por conseguinte, decidir se usar o preservativo ou evitar de todo a relação sexual com o indivíduo que apresente tais sinais;

- A população estudada não tem dificuldade de acesso ao preservativo. Contudo, o estudo revelou também haver um desconhecimento generalizado sobre a importância do lubrificante à base de água. Nos casos em que os informantes mostraram ter conhecimento da existência deste lubrificante, associaram-no apenas à função de facilitar a penetração anal mas não ao seu papel na prevenção de infecções por ITS e pelo HIV, ao contribuir para o não rompimento do preservativo;
- O estudo documentou algumas práticas sexuais que aumentam a vulnerabilidade dos HSH à infecção por ITS e pelo HIV. Estas práticas incluem o sexo transacional (sexo em troca de benefícios financeiros ou materiais) que implica em fraco poder para negociar práticas de prevenção; sexo em grupo e sexo sob efeito de álcool e outras drogas. Constatou-se que em todas estas situações diminuem as capacidades de negociação e adopção de medidas preventivas por parte dos envolvidos;
- Constatou-se ainda que parte dos HSH não só mantém relações sexuais com homens como também o faz com mulheres, o que estende as redes de relações sexuais e, consequentemente, a possível circulação do HIV para a população em geral.

A conclusão geral do estudo é que os HSH na Cidade de Maputo vivem um contexto de vulnerabilidades múltiplas que os expõem ao risco de infecção pelo HIV. A ineficiência dos actuais programas de prevenção e cuidados para fazer face às necessidades específicas dos HSH e a discriminação social a que estes estão sujeitos fazem com que se mantenham ocultos e consequentemente privados de demandar o seu direito à informação e serviços de saúde que contemplem suas especificidades.

Para responder às constatações e conclusões do estudo e assim contribuir para reduzir os cenários de vulnerabilidade e potenciar a prevenção do HIV entre os

HSH e na população em geral, recomenda-se:

- Promover e proteger os direitos dos HSH através de estratégias e acções visando combater a discriminação social deste grupo populacional, factor que concorre para a limitação da disponibilidade de informação e de insumos de prevenção, a adopção de medidas preventivas e o acesso aos serviços de saúde;
- Complementar e ampliar o alcance das estratégias e intervenções em curso, através de acções que visem habilitar as instituições que já vêm trabalhando na prevenção e combate às ITS e ao HIV a lidarem com as necessidades específicas de HSH;
- Apostar no alargamento e aprofundamento dos conteúdos disseminados, capitalizando os conhecimentos e práticas preventivas que os HSH vêm adoptando e colocando enfoque sobre tópicos relevantes para este grupo alvo, como sejam o conhecimento sobre os fluidos corporais onde há concentração do vírus e as práticas que oferecem riscos de transmissão do vírus e de ITS, incluindo o sexo anal e o sexo oral;
- Implementar programas de prevenção baseados na estratégia de educação de pares, garantindo-se assim que a informação seja acessível e efectivamente circule nas redes de sociabilidade de HSH;
- Aumentar o acesso e a disponibilidade dos materiais e insumos de prevenção do HIV, com especial ênfase para os lubrificantes à base de água;
- Realizar pesquisas e estudos adicionais visando alargar-se o conhecimento que se tem sobre a população de HSH e seu lugar no cenário da epidemia do HIV em Moçambique. Por exemplo, poder-se-ia investigar a taxa de prevalência do HIV entre os HSH bem como a natureza das redes de relações sexuais envolvendo HSH e a população em geral. Acredita-se que estudos nesse sentido poderão oferecer importantes subsídios para o delineamento de estratégias e intervenções mais efectivas e eficazes de prevenção e combate ao HIV não só entre os HSH como no seio da população em geral.



Introdução

2. Introdução

Moçambique é um dos países mais seriamente afectados pelo HIV. Desde o diagnóstico do primeiro caso em meados da década de 80, as prevalências registam contínuos aumentos, cifrando-se presentemente nos 16%. A tendência crescente da prevalência do HIV em Moçambique contrasta com as acções estratégicas que vêm sendo desenvolvidas tendo em vista reduzir o risco² de novas infecções.

As estratégias de prevenção do HIV em Moçambique têm sido bastante úteis na consciencialização da população em geral e de alguns grupos vulneráveis³ bem como na disponibilização de insumos para a prevenção. Contudo, à semelhança de outros países em África, estas estratégias resumem-se tipicamente na disseminação de informações e meios de prevenção para a população em geral. Poucas são as iniciativas que contemplam grupos específicos, especialmente populações socialmente minoritárias, como é o caso dos Homens que praticam relações sexuais com Homens (HSH)⁴ (Agoramoorthy & Hsu, 2007). A não inclusão deste grupo na lista de grupos prioritários para acções de prevenção resulta, possivelmente, da concepção de que os modos de transmissão heterossexual alimentam de forma exclusiva a generalização da transmissão sexual do HIV. Para sustentar e reforçar essa concepção, defendia-se que a homossexualidade ou as relações entre as pessoas do mesmo sexo seriam externas às “culturas africanas” (Roscoe & Murray, 2001).

Contrariando essa concepção, diversos estudos sobre a sexualidade e o HIV em África têm demonstrado a existência de HSH e da homossexualidade (Cáceres *et al.*, 2006; Cáceres *et al.*, 2008; Ninan, 2009; Kajubi *et al.*, 2008; Reddy, Sandfort & Rispel, 2009; Baral *et al.*, 2008), bem como o risco acrescido de infecção pelo HIV neste grupo (Beyrer, 2008; Smith *et al.*, 2009; Johnston *et al.*, 2008; Burrell

2 O risco é entendido como sendo “a probabilidade que um indivíduo tem de contrair uma infecção, perante a exposição a um organismo patológico, por exemplo o HIV” (UNAIDS, 1998:4).

3 Vulnerabilidade é definida como “a probabilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais ou comportamentais, mas também colectivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável” (Ayres *et al.*, 1997:pp), ou ainda “Vulnerabilidade ao HIV reflecte a incapacidade dos indivíduos ou comunidades em controlar o risco de infecção pelo HIV. Pobreza, desigualdade de género e deslocamentos como resultado de conflitos ou desastres naturais são exemplos de factores económicos e sociais que aumentam a vulnerabilidade das pessoas à infecção pelo HIV” (UNAIDS, 2006: 105)

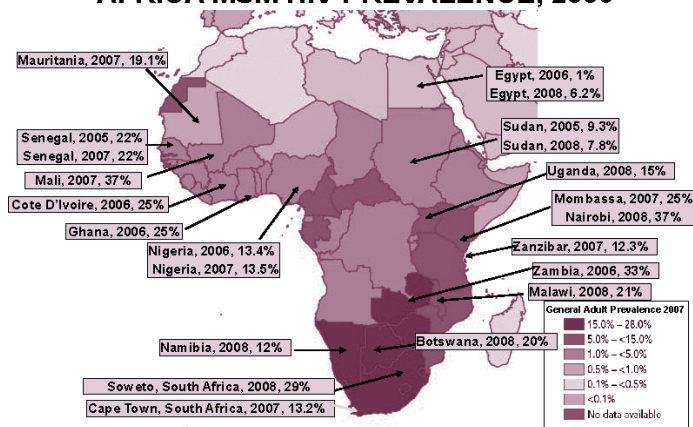
4 A expressão “homens que fazem sexo com homens” busca descrever todos os homens que mantêm relações eróticas e sexuais com outros homens. Neste sentido, a expressão é ampla, englobando aqueles que se auto-identificam como homossexuais ou bissexuais (estes termos são concebidos aqui como expressões identitárias) mas também todos aqueles homens que mantêm, regular ou esporadicamente, relações sexuais com outros homens, e que não se identificam com nenhum termo identitário, no mais das vezes identificando-se como “heterossexuais”.

al., 2009; Beyrer *et al.*, 2009; Sanders *et al.*, 2007; Zulu *et al.*, 2006; Umar *et al.*, 2008; Lane *et al.*, 2009).

Ainda que os modos de transmissão heterossexual sejam predominantes na determinação das actuais taxas de prevalência do HIV, não se pode menosprezar o facto de as populações minoritárias também contribuírem para a manutenção ou agravamento deste quadro. Mesmo em epidemias generalizadas, como é o caso de Moçambique e outros países da África Subsaariana, podem observar-se taxas de prevalência e incidência específicas entre grupos particulares. Segundo a ONUSIDA, “Em epidemias generalizadas, uma resposta ampla é claramente necessária, mas esta deve também incluir esforços efectivos para reduzir as altas taxas de transmissão em outras populações vulneráveis” (UNAIDS, 2007:pp.). De facto, os trabalhos de prevenção na perspectiva da redução de vulnerabilidades e da garantia dos direitos humanos fazem parte da Declaração de Compromisso da UNGASS⁵.

Como documentou Bagnol (1996), também existem HSH em Moçambique. De entre as várias práticas sexuais dos HSH destacam-se o sexo oral e o sexo anal, sendo este último o que mais risco implica para a ocorrência de infecção pelo HIV (Funari, 2003). No contexto da epidemia do HIV, os HSH tornam-se um grupo vulnerável relevante, tendo sido demonstrada a importância da sua contribuição na dinâmica de transmissão do HIV em países do continente africano, como ilustra o mapa a seguir.

AFRICA MSM HIV PREVALENCE, 2009



Oelrichs, 2009

Adaptado de Ninan (2009)

⁵ Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Resolution Adopted by the United Nations General Assembly. 26th United Nations General Assembly Special Session. 2001.

Apesar da crescente documentação sobre HSH no continente africano, apenas 12% de HSH têm acesso a serviços relacionados com o controlo do HIV no continente (UNGASS, 2008). A inexistência de serviços de prevenção ou controlo do HIV específicos para os HSH torna-os desprovidos de informação e insumos para a prevenção, situação que pode estar a contribuir para a manutenção da epidemia generalizada⁶ e para o agravamento da epidemia no seio deste grupo.

Até ao momento, não há nenhum programa de prevenção voltado especificamente para este grupo em Moçambique. Alguns esforços estão em curso, para os quais esta pesquisa pretende contribuir para sua expansão e qualificação. A necessidade de intervenção junto a este grupo é urgente, já que uma investigação da ONUSIDA sobre os modos de transmissão do HIV em Moçambique indicou que aproximadamente 5% das infecções são transmitidas em relações sexuais entre homens (UNAIDS, 2009b).

Para reverter esse cenário, torna-se necessário alargar as estratégias e acções de prevenção de modo a incluir os HSH. O referido alargamento irá assegurar a inclusão dos HSH nas estratégias de prevenção do HIV em curso. Em Moçambique, esta inclusão tem como base o reconhecimento que o país tem sobre a necessidade de se alcançarem grupos vulneráveis como forma de garantir um controle efectivo do HIV. Este reconhecimento é consubstanciado pela ratificação de diversos documentos e acordos internacionais, entre os quais a Declaração de Cairo sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, emanada da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a Declaração de Compromisso da UNAIDS, resultado da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV (UNGASS).

Apesar da necessidade premente de uma estratégia e de acções voltadas para os HSH, e do ambiente político que reconhece a necessidade de inclusão de grupos vulneráveis em Moçambique, há escassez de documentação sobre conhecimentos, práticas e cenários de vulnerabilidade específicos aos HSH.

A escassez de informação detalhada e sistematizada sobre práticas sexuais, composição e dinâmicas de sociabilidade, percepção dos riscos de infecção por ITS e HIV entre os HSH limita a elaboração de estratégias e acções de prevenção que possam contribuir para reduzir a sua vulnerabilidade face ao HIV. Para suprir essa

6 A questão da inexistência de serviços para HSH torna-se mais complexa sobretudo se considerarmos que esse grupo estabelece relações sexuais com pessoas que não são HSH. Dados indicam que apesar de 20% de HSH referir nunca ter parcerias sexuais, 16% dos HSH referem estar casados com mulheres (UNAIDS, 2008). Um estudo realizado na Universidade Eduardo Mondlane (UEM) revela haver um enorme desconhecimento do risco de infecção pelo HIV por via da prática de relações sexuais entre HSH (DAA-UEM, 2008).

escassez de informação, a parceria entre a Associação Lambda, a PSI/Moçambique, a Pathfinder Internacional e UNFPA⁷ realizou o presente estudo, que visava especificamente:

- a) Perceber as necessidades do grupo em termos de saúde em geral e prevenção de HIV em particular;
- b) Identificar comportamentos específicos que colocam os HSH em risco de infecção pelo HIV e ITS;
- c) Fazer um mapeamento dos locais de maior frequência e sociabilidade deste grupo;
- d) Investigar outros grupos que têm alguma ligação com o grupo em estudo;
- e) Identificar e analisar as diferentes redes sociais existentes e suas dinâmicas de funcionamento;
- f) Analisar as dinâmicas das identidades sexuais no seio deste grupo e sua relação com práticas de prevenção;
- g) Compreender as principais questões relacionadas com discriminação e estigma que influenciam na adopção de práticas sexuais de risco.

Os resultados do estudo serão usados para informar e desenhar uma estratégia e acções específicas voltadas para este grupo, com o objectivo principal de reduzir comportamentos de risco e modificar os factores de vulnerabilidade que colaboram para tornar os HSH mais expostos à infecção pelo HIV na cidade de Maputo. A partir da estratégia e das acções a serem desenvolvidas, os HSH terão um maior e melhor acesso à educação e informação sobre as ITS, HIV e o SIDA. Espera-se que este conhecimento seja disseminado por via de acções a serem levadas a cabo por educadores de pares que deverão ser capacitados para o efeito.

⁷ A PSI/Moçambique e Pathfinder Internacional/UNFPA implementam actividades de prevenção integradas no Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA para grupos identificados como mais vulneráveis à exposição ao HIV, seja por características comportamentais específicas ou por contextos de vulnerabilidade que concorram para predispor os indivíduos ao risco de infecção pelo vírus.



Metodologia

3. Metodologia

A principal característica dos sujeitos agrupados na expressão HSH assenta num aspecto ligado à sexualidade: o desejo de manter relações sexuais e afectivas com pessoas do mesmo sexo. Estes comportamentos e preferências ainda são objecto de forte estigma e preconceito em todas as sociedades, incluindo em Moçambique. Podemos afirmar, inclusive, que este grupo e suas necessidades de saúde têm fraca visibilidade social no nosso país.

Em função destes processos de exclusão social, internacionalmente e no campo da saúde pública, a população de HSH é considerada como um grupo “escondido ou oculto” (*hidden population*), isto é, um grupo cujas características não são evidentes socialmente. Assim, é reconhecida a dificuldade de se desenvolverem estudos com/ sobre este grupo, especialmente aqueles baseados em metodologias tradicionais, como é o caso do uso de inquéritos, por exemplo.

Uma investigação que busque compreender a realidade social deste grupo, e em especial, que procure descrever aspectos relativos à sexualidade e à percepção de risco de infecção pelo HIV, deve valer-se de estratégias de pesquisa que permitam que o investigador chegue mais próximo dos informantes. O objectivo é garantir a recolha da informação necessária para a compreensão do objecto do estudo, sem descuidar de aspectos éticos como a confidencialidade e sigilo.

Por se tratar de um estudo exploratório, a pesquisa privilegiou metodologias qualitativas para a recolha e análise de dados. O carácter exploratório do estudo estimulava que os entrevistados pudessem pensar livremente sobre um tema, fazendo assim emergir aspectos subjectivos, valores morais, posições ideais e normas sociais que fazem parte da visão de mundo de qualquer sujeito social. As técnicas qualitativas de recolha e análise de dados valorizaram estes aspectos, abrindo espaço para uma diversidade de interpretação dos dados e dos objectivos do estudo por parte dos participantes e dos pesquisadores.

A amostragem da população neste estudo é de conveniência e não-probabilística, isto é, foi constituída a partir das próprias redes sociais dos entrevistadores e dos entrevistados, funcionando por processos de indicação, a partir de uma aplicação adaptada da técnica de *snow ball*. Contudo, importa referir que a amostra desta população não pretende ser representativa de todos os homens que fazem sexo com homens em Moçambique, revelando apenas aspectos da realidade deste grupo na Cidade de Maputo. Neste sentido, devemos perceber os dados aqui apresentados com cautela, evitando generalizações.

Tratando-se de um estudo de natureza qualitativa, duas técnicas de pesquisa foram

utilizadas para a recolha de dados: (i) entrevistas conduzidas por integrantes do grupo alvo e seguindo uma metodologia de pares; e (ii) entrevistas semi-estruturadas conduzidas por pesquisadores. A fase de recolha de dados decorreu de Março a Maio de 2009.

3.1. Técnicas de recolha de dados

A presente pesquisa foi realizada a partir da utilização de duas técnicas de recolha de dados: as entrevistas pelos pares e as entrevistas semi-estruturadas, utilizadas de forma complementar. A seguir, apresentamos os detalhes de cada uma das técnicas.

3.1.1 Entrevistas pelos pares

O método PEER⁸ é derivado do método antropológico, que sustenta que a construção de uma relação de confiança com a comunidade em estudo é essencial para se pesquisar a sua vida social. Colocar-se no lugar do outro e experimentar a realidade vivida pelos sujeitos investigados é uma premissa para o acesso às percepções e valores do grupo. Neste sentido, o método PEER preconiza que a investigação seja feita pelos próprios sujeitos pertencentes ao grupo estudado, por um lado, pela facilidade com o tema em estudo, e por outro lado, pela possibilidade de protagonismo do grupo na produção de conhecimento. Assim, grande parte dos dados analisados neste estudo provém das entrevistas realizadas pelos entrevistadores-pares, seleccionados para o efeito.

Através da Associação Lambda foram identificados e seleccionados HSH que tivessem interesse e habilidades mínimas para conduzir uma entrevista de cunho qualitativo. Assim, 15 jovens, com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos de idade e vivendo na cidade de Maputo e arredores, foram recrutados como entrevistadores-pares.

Os entrevistadores-pares foram submetidos a uma formação participativa durante a qual se familiarizaram com os temas da pesquisa e desenvolveram habilidades para conduzirem as entrevistas.

Antecedendo ao processo de formação e implementação, foram realizadas reuniões preparatórias entre a equipa da Lambda, os pesquisadores das organizações parceiras, o consultor e os candidatos a entrevistadores-pares. O objectivo destes encontros era entender em conjunto os assuntos relativos aos temas e procedimentos de pesquisa e planificar a operacionalização do estudo a partir das abordagens metodológicas seleccionadas. O domínio destes aspectos técnicos e metodológicos permitiu o

8 Participatory Ethnographic Evaluation and Research

desenvolvimento dos instrumentos para a recolha de dados, o desenvolvimento do programa de formação dos entrevistadores-pares e o calendário das actividades.

Durante o processo de formação, que decorreu num período de 7 dias (num total de 28 horas-aula), foram identificados 3 entrevistadores-pares com melhor desempenho para assumirem a posição de supervisores dos restantes membros do grupo. O programa de formação incluiu aspectos relacionados com a metodologia qualitativa, técnicas de condução de entrevistas, ética em pesquisa, participação voluntária e confidencialidade em relação a toda a informação recolhida no âmbito deste estudo, além de uma formação básica sobre ITS/HIV/SIDA.

Os entrevistadores-pares identificaram membros da sua rede social a quem entrevistaram durante um mínimo de quatro sessões. Cada sessão durou em média uma hora. Em cada sessão foi abordado um tópico do guião (veja-se o guião de tópicos em Anexo). Os tópicos abordados no estudo foram os seguintes:

- Vida Social e Relacionamentos,
- Saúde e Risco,
- Exposição a Actividades de Prevenção,
- Direitos Humanos e Álcool e Drogas.

O guião de tópicos foi avaliado em conjunto durante a formação pelos entrevistadores-pares e pesquisadores, tendo em vista adequá-lo à linguagem e contexto específicos do grupo. Como ponto de entrada para os tópicos mais sensíveis, estimulava-se o entrevistado com perguntas feitas na terceira pessoa, permitindo-se assim que os entrevistados se sentissem mais à vontade para partilhar as experiências e conhecimentos para os quais não se sentissem confortáveis em dar atribuições pessoais. Com esta metodologia ficou assegurado que não se falaria de ninguém em particular e que nenhum nome seria identificado nas entrevistas.

No final da fase de recolha de dados, cada entrevistador-par entrevistou separadamente três sujeitos, perfazendo um total de 30 entrevistas.

Em termos práticos, o processo decorreu da seguinte forma: Os entrevistadores-pares tinham a responsabilidade de conduzir as entrevistas com membros da sua rede social, e passar a informação recolhida para os supervisores. Estes, por sua vez, eram responsáveis pela primeira triagem em relação ao conteúdo das entrevistas, garantido deste modo que as entrevistas estavam a ser conduzidas de acordo com o guião de tópicos preparado para responder aos objectivos do estudo.

Os supervisores foram directamente apoiados por um pesquisador da PSI/

Moçambique. Semanalmente, e durante um período de seis semanas, os entrevistadores-pares bem como os supervisores tiveram encontros de passagem de informação e análise dos dados recolhidos com a equipa técnica. Desta forma, assegurou-se a qualidade dos dados recolhidos e também a fidelidade aos pressupostos metodológicos. Por outro lado, para questões pontuais eram estabelecidos contactos regulares com a equipa de pesquisadores.

No fim da fase de recolha de dados, após a sistematização da informação, foi realizada uma reunião de trabalho onde os envolvidos no processo (membros da Lambda, entrevistadores/supervisores pares e a equipa de pesquisadores) discutiram e analisaram cinco temas, nomeadamente, Teste de HIV; Preservativos; Gel Lubrificante; Direitos Humanos e Identidade. Esta reunião de trabalho foi importante na medida em que ajudou a equipa de pesquisadores a perceber e delinear, de acordo com cada tema apresentado, as prioridades de intervenção no seio da prevenção do HIV/SIDA, tendo como base a perspectiva dos próprios indivíduos envolvidos no estudo.

3.1.2 Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com o objectivo de garantir alguma fonte de informação complementar aos dados oriundos das entrevistas pelos pares. Esperava-se que essa informação servisse de base para eventuais comparações aquando da fase de interpretação dos dados. Entretanto, os dados de ambas as fontes revelaram-se semelhantes, não apresentando diferenças significativas que suportassem uma análise comparativa.

Inicialmente foi definido um guião de entrevistas, com tópicos semelhantes àqueles definidos para as entrevistas pelos pares. O guião de entrevistas tinha 51 perguntas agrupadas nos seguintes blocos temáticos: Informações Sócio-Demográficas; Relacionamentos e Sexualidade; Saúde e Prevenção do HIV-ITS; Identidades, Discriminação e Violência; Uso de Álcool e outras Drogas.

Foi realizado um total de 15 entrevistas. As mesmas foram conduzidas pelos pesquisadores, a partir de dois informantes iniciais indicados pela Associação Lambda. Estes informantes iniciais, por sua vez, indicaram novos candidatos à entrevista do estudo. Também foram utilizados contactos das redes sociais dos próprios pesquisadores.

As entrevistas duraram entre uma e duas horas e meia, sendo que em duas ocasiões foi necessário realizar a entrevista em dois encontros. À excepção de duas entrevistas, as restantes foram gravadas, com expressa autorização do informante. As entrevistas

foram realizadas em locais sugeridos pelos próprios informantes: algumas na própria residência do informante, outras em lugares públicos como bares/café ou jardins próximos à residência e/ou local de trabalho dos entrevistados.

3.2. Aspectos éticos e de confidencialidade da informação

Os participantes do estudo foram antecipadamente informados sobre o tratamento confidencial de toda a informação produzida e também foram informados de que em nenhum momento o seu nome seria apresentado ou associado aos dados recolhidos. Nenhum participante foi entrevistado sem que antes tivesse o conhecimento da natureza do estudo e do que se esperava dele na entrevista. Potenciais participantes menores de 18 anos não foram incluídos no estudo. Todos os participantes assinaram uma ficha de consentimento informado (ver ficha em Anexo) que incluía a seguinte informação:

- Explicação sobre os objectivos da pesquisa e o número dos participantes;
- Clarificação sobre a duração e os procedimentos da entrevista;
- Explicação sobre a forma como a informação produzida na pesquisa seria tratada;
- Explicação sobre o carácter anónimo, voluntário, e confidencial da participação no estudo, elementos tendentes a preservar a privacidade dos entrevistados;
- Explicação sobre a inexistência de recompensa monetária pela participação no estudo;
- Explicações sobre a possibilidade de os participantes optarem por não responder às perguntas que achassem conveniente não responder e a possibilidade de pedir o fim da entrevista a qualquer momento que achassem oportuno;
- Disponibilização dos contactos telefónicos dos investigadores principais que pudessem responder a qualquer pergunta relacionada com o estudo;
- Explicação sobre a necessidade de o entrevistado assinar a ficha de consentimento informado.

As fichas de consentimento informado eram lidas em conjunto pelo pesquisador e pelo informante. As eventuais dúvidas ou incompreensões eram pontualmente sanadas com assistência do pesquisador. Nos casos em que o potencial entrevistado

estivesse de acordo com os termos de participação no estudo, rubricava o documento, que também era assinado pelo pesquisador antes do início da entrevista. Após o processo, as fichas assinadas foram arquivadas pelos pesquisadores da PSI e da Pathfinder International.

Para evitar qualquer possibilidade de identificação dos informantes, as entrevistas foram codificadas pelos pesquisadores, usando para o efeito códigos alfa-numéricos.

3.3. Processos de sistematização e análise das informações

Uma vez que a maior parte das entrevistas estava gravada em meio magnético, todo o material passou pelo processo de transcrição. As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas pelo próprio pesquisador que as conduziu. As entrevistas pelos pares foram transcritas por um transcritor profissional, que teve seu trabalho supervisionado e revisto por um dos pesquisadores principais do estudo.

Depois de todo o material ter sido transcrito e impresso, os pesquisadores principais do estudo passaram à sistematização das informações. Para o efeito, foram definidas duas matrizes de categorização: uma matriz específica para os dados sócio-económico-demográficos da população, e outra matriz constituída a partir de categorias pré-definidas em função dos objectivos do estudo. Ambas as matrizes de sistematização deram origem às bases de dados do estudo, compostas por trechos dos discursos dos informantes, bem como sua identificação segundo os códigos alfa-numéricos de cada entrevista.

Os pesquisadores principais fizeram a análise de todas as entrevistas extraídas da amostra do estudo com o auxílio destas categorias pré-definidas. Os trechos das entrevistas seleccionados por esta análise foram agrupados de acordo com essas diferentes categorias. Assim foram constituídas as bases de dados.

A partir da consolidação das bases de dados foi possível proceder à análise das informações recolhidas, cujos resultados se apresentam nas secções que se seguem.



Resultados

4. Resultados

4.1. Características dos participantes do estudo

A diversidade é o elemento que caracteriza o grupo dos HSH que foi alvo desta pesquisa. Com efeito, da análise dos dados das entrevistas feitas pelos pares assim como das entrevistas semi-estruturadas, constata-se que a heterogeneidade e a variedade de informações é a principal característica do grupo estudado. Neste sentido, traçar um perfil específico com características delimitadas do grupo torna-se uma tarefa difícil e delicada, ainda que necessária. Pesem embora os riscos de reducionismo que tal tarefa possa implicar, é fundamental que esta diversidade do grupo possa fornecer indicações claras que concorram para a definição de estratégias de intervenção em saúde específicas e eficazes.

4.1.1 Dados sócio-demográficos

Entre os dados recolhidos para a definição do perfil do grupo estudado estão a idade, o nível de escolaridade, a ocupação, a religião, o local de residência, a composição do agregado familiar, as aspirações, os principais desafios, os locais de frequência e as actividades predilectas de lazer, bem como informações relativas à identidade social e sexual e padrões de relacionamento afectivos actuais.

Em termos de idade, a amostra pesquisada revelou-se bastante heterogénea. Os 45 indivíduos que foram entrevistados no estudo distribuem-se numa faixa etária que vai dos 18 aos 60 anos. A maior parte, contudo, é constituída de jovens:

- 11 pessoas estavam na faixa etária dos 18 aos 24 anos (24% da amostra);
- 19 pessoas no grupo etário dos 25 aos 30 anos (41% da amostra);
- 9 pessoas no grupo etário dos 31 aos 40 anos (20% da amostra);
- 5 pessoas tinham 40 anos ou mais (11% da amostra);
- 1 pessoa não declarou a sua idade (3% da amostra).

Este padrão etário espelha o perfil demográfico de Moçambique e da Cidade de Maputo, que têm população maioritariamente jovem (INE, 2007). Também pode indicar que o método de amostragem, baseado em redes sociais, acabou por privilegiar uma certa característica do grupo.

No que se refere às zonas de residência, o conjunto dos entrevistados distribui-se

por diversos bairros da capital, abrangendo os cinco diferentes distritos urbanos da Cidade de Maputo. Embora o protocolo estivesse inicialmente circunscrito à Cidade de Maputo, foram também incluídos na amostra alguns indivíduos residentes na Cidade da Matola, localizada a 15Km da Cidade de Maputo e que administrativamente pertence à Província de Maputo. As redes sociais e espaços de interacção de todos os sujeitos investigados (e outros habitantes das Cidades de Maputo e Matola) transcendem estes limites geográficos, estendendo-se por ambas as cidades.

Dois terços do conjunto dos entrevistados vive com a família nuclear (com ambos ou um dos pais e irmãos), podendo ter ainda outros parentes ou agregados na mesma residência. Uma outra parte vive apenas com um ou mais irmãos, sem a presença de parentes mais velhos; outros ainda declararam que vivem sozinhos ou com outros parentes, como tios/tias; primos/primas; famílias dos irmãos, amigos da família. Um dos entrevistados também declarou viver com a esposa e os filhos. A co-habitação com a família directa indica, possivelmente, que no espaço doméstico não há a expressão da homossexualidade ou da prática afectivo-sexual com pessoas do mesmo sexo, a julgar pelos entrevistados que recorrentemente declararam sofrer preconceito e discriminação pela sua sexualidade também no ambiente doméstico e familiar.

O grupo caracteriza-se ainda por deter uma alta taxa de escolaridade em comparação com os dados disponíveis para a Cidade de Maputo. Do total de 45 entrevistados, 31 frequentam ou frequentaram classes escolares equivalentes ou superiores à 11ª classe (onde se incluem os que têm grau universitário). De uma maneira geral, a escolaridade do grupo está assim constituída:

- 14 pessoas têm grau universitário (em curso ou concluído);
- 17 pessoas têm ensino secundário geral do segundo grau (em curso ou concluído);
- 13 pessoas têm ensino secundário geral do primeiro grau (em curso ou concluído);
- 1 pessoa estudou até à 6ª classe;
- 1 pessoa não declarou o seu nível de escolaridade.

Segundo os dados do Censo de 2007 (INE, 2007), na Cidade de Maputo, apenas 14% (aproximadamente) da população masculina dos 20 aos 60 anos frequentou

o ensino secundário geral do segundo grau. Ao mesmo tempo, apenas 0,4% da população de homens dos 20 aos 60 anos tem ensino universitário completo na Cidade de Maputo. Estes dados indicam que o grupo que compôs a amostra do estudo é privilegiado em termos de acesso à educação e ensino.

No que tange à religião, a grande parte dos entrevistados declarou ser católica, sendo a religião muçulmana a segunda mais expressiva no seio dos participantes da amostra. Além destas, alguns entrevistados declararam pertencer a diversas confissões religiosas evangélicas, entre as quais estão a Igreja do Nazareno, a Igreja do Velho Apóstolo, a Igreja Presbiteriana, entre outras. Também merecem menção três entrevistados que declararam ser ateus.

Em relação às ocupações e profissões, mais uma vez a principal característica do grupo é a variedade. Entre os sujeitos estudados foram declaradas as seguintes ocupações e profissões: estudante; bailarino; proprietário de pequenos negócios (*mukeristas* e outras formas de auto-negócio); empregado no sector do comércio e de *marketing*; profissional de contabilidade; professor; cozinheiro; estilista; profissional de informática; artesão; mecânico; cabeleireiro; gestor; funcionário bancário e de outras empresas; “biscateiro”, e desempregado. Há ainda na amostra um padre, um médico tradicional/curandeiro e um “garoto de programa”. As profissões mais recorrentemente declaradas pelos sujeitos da amostra foram aquelas relativas ao trabalho nos sectores de comércio (vendas, *marketing*, proprietário de pequeno negócio) ou então na área de gestão e finanças (empregados de bancos, funcionários de departamentos de recursos humanos, contabilistas, gestores), possivelmente também um reflexo da alta taxa de escolaridade do grupo.

As informações sobre a renda média mensal também indicam que o grupo é bastante heterogéneo, sendo que há sujeitos sem nenhuma renda mensal, que vivem de pequenos biscates, de dinheiro oferecido pela família ou de ganhos oriundos de relações sexuais transaccionais, até directores e gestores que auferem altos salários.

4.1.2 Aspirações e planos para o futuro

Na perspectiva de recolher mais elementos que contribuíssem para a compreensão da visão de mundo dos entrevistados, procurou-se saber sobre as aspirações, sonhos e expectativas acerca do próprio futuro, bem como sobre os principais desafios e obstáculos enfrentados na sua vida quotidiana. De uma maneira geral, os participantes do estudo indicaram como sua principal aspiração a melhoria da situação económico-financeira, através de suas qualificações profissionais, de um melhor emprego/salário, por ser proprietário de um negócio, ou por alcançar a estabilidade económica. Ter uma casa própria e poder garantir a estabilidade e a

melhoria das condições de residência assim como ter condições para sair da casa dos pais também fazem parte das aspirações dos entrevistados, como deixam claro as seguintes declarações:

“No futuro eu quero ter uma casa própria, quero me formar e ser feliz, A minha vida em cinco anos eu quero ter um lar e quero ter alcançado meus objectivos.” 35 anos, 12ª Classe

Outra aspiração declarada pelos participantes é o fim do preconceito na família e no ambiente social, na direcção de uma sociedade mais igualitária, onde todos poderiam viver sua sexualidade sem discriminação, o que é ilustrado pelo seguinte depoimento:

“(...) o que eu gostava de ter na minha vida, é de um dia ou o nosso país aceitar, não é, a homossexualidade. E que possamos ter, não é,... ter como casar, que eu possa viver com um homem em paz, à vontade, livre, sem preconceito nenhum, se não for cá em Moçambique pode ser num outro país, que eu possa viver com um homem nesse caso, nós os dois assim como marido e mulher, assim como um casal normal vive. É o que eu gostaria, de viver com alguém que me ame e que eu ame também, normalmente sem preconceito nenhum. Este é que é o meu maior sonho”. 26 anos, 8ª Classe

Há ainda outros entrevistados que indicaram como suas aspirações as viagens e experiência de residência num país estrangeiro. Um entrevistado quer no futuro alcançar o casamento e a formação de família própria, com a esperança de encontrar uma companheira que aceite a sua sexualidade.

“Espero que tenha casa e com família composta por filhos, mulher, amigo - mulher que seja minha, amigo “homem secreto”, numa primeira fase sem consentimento dela e depois com consentimento dela. Depende do modo que eu vou conversar com ela para que perceba; Eu espero que tenha paz e um relacionamento bom.” 28 anos, 11ª Classe

Quando questionados sobre os principais desafios e problemas que os preocupam na sua vida quotidiana, as respostas mais recorrentes relacionam-se directamente com as suas aspirações. Assim, por exemplo, para aqueles que aspiram melhores condições económico-financeiras, os desafios que enfrentam dizem respeito às dificuldades de qualificação profissional ou do mercado de trabalho para tal sonho se concretizar. Apesar desta relação directa entre os planos de futuro e as condições para os alcançar, no conjunto dos problemas apresentados pelos participantes,

destaca-se mais claramente a menção recorrente às situações do preconceito como o principal desafio cotidiano.

“O que me preocupa mais é o preconceito (...) o que acontece com as mulheres, por exemplo, de serem batidas ou ofendidas, quando a pessoa é gay, é mais ou menos o que acontece lá fora, principalmente com a camada mais jovem, a geração mais nova. Conheço e tenho muitos amigos que são gays, que ainda são crianças, que falam sobre os pais, sobre a mãe, discriminação que há em casa, discriminação que há fora, que sofrem muito.” 34 anos, nível médio

“(...) então tenho que lutar contra isso na família, e na faculdade também. Tanta discriminação, chego na faculdade me olham duma forma... então eu tenho que tentar combater isso aí, às vezes o professor começa a falar de homossexualidade e todo mundo fica olhando pra mim.” 28 anos, universitário

Embora não tenhamos informações suficientes para traçar pontos comuns entre os entrevistados, é evidente a importância dos dados relativos ao trabalho, renda e profissão no conjunto das aspirações de vida e desafios futuros por eles declarados. O receio da marginalização social, resultado da discriminação associada à orientação sexual e à expressão da sexualidade, é um problema prático na vida quotidiana das pessoas. Sendo um problema fundamental para o grupo, os efeitos da discriminação devem ser considerados como fundamentais em qualquer trabalho visando esta população.

4.1.3 Identidades e formas de identificação

Os entrevistados também foram questionados sobre as formas de identificação que utilizam para se referirem a si próprios e aos outros homens que fazem sexo com homens. Especificamente, os termos utilizados para descrever as identidades são empregues em dois níveis: o nível da atribuição e o nível da auto-identificação⁹. O

9 Segundo Jeffrey Weeks (2007), os termos “heterossexualidade” e “homossexualidade” foram originalmente criados no campo da Sexologia, no século XIX, para designar o que se considerava, na altura, como uma perturbação médico-moral e em suplantação ao termo “sodomia”, que era então a palavra corrente para se referir à homossexualidade. Com o tempo, os termos passaram a ser usados para designar a identidade social e sexual das pessoas, e não apenas para se referir a determinadas preferências sexuais. Como esclarece o autor: “Começarei com uma afirmação forte: antes do século XIX a ‘homossexualidade’ existia, mas o/a ‘homossexual’ não. Dito de um modo simples: embora a homossexualidade tenha existido em todos os tipos de sociedades, em todos os tempos, e tenha sido, sob diversas formas, aceite ou rejeitada (...) somente a partir do século XIX é que se desenvolveu uma categoria homossexual distintiva e uma identidade a ela associada.” (Weeks, 2007:65). O que queremos afirmar é que os estudos sobre a sexualidade indicam que não há uma única “identidade” entre todas

nível da auto-identificação refere-se à situação em que o sujeito se descreve ou se classifica a partir de uma palavra (por exemplo, “homossexual”) à qual atribui um conjunto de sentidos específicos. Por seu turno, o nível da atribuição diz respeito à situação em que os sujeitos (e a sociedade) utilizam palavras e sentidos para identificar e classificar os outros homens que fazem sexo com homens, e não a si próprios. Neste sentido, não podemos afirmar que haja uma identidade unívoca vigente no seio do grupo, mas antes um conjunto de termos que são utilizados para auto-identificação e para atribuição, segundo o contexto e os sujeitos que os empregam.

Estas “identidades” expressam-se através de diferentes termos cujos significados podem sobrepor-se entre si, de acordo com os contextos e as pessoas que os utilizam. Uma classificação presente no universo dos homens que fazem sexo com homens, segundo os entrevistados, diz respeito aos “assumidos”. Os termos mais recorrentemente utilizados pelos HSH para se auto-identificarem ou para classificarem os outros como “assumidos” são “gay” e “homossexual”. O termo “assumido” descreve aquelas pessoas que adoptam uma postura pública (seja perante a família, os amigos, a comunidade, ou a sociedade como um todo) em relação à sua orientação sexual, em contraposição àqueles que vivem (viveriam) em segredo suas relações erótico-afectivas com outros homens, como bem ilustra o seguinte depoimento:

“É assim, todos os meus amigos sabem que eu sou assim. Minha família eu já disse, toda a minha família me aceita assim como eu sou. Eles me conhecem desde criança. Quanto aos amigos, todos amigos meus sabem que estão a lidar com um gay, sabem que eu sou homossexual, então quando a pessoa quer ser minha amiga já sabe que aquele ali é gay, aquele ali é homossexual.” 26 anos, 9ª Classe

O uso do termo “assumido” também pode ser um indicador da visibilidade social da homossexualidade, seja através dos comportamentos sociais que se aproximam dos estereótipos presentes no senso comum sobre a figura do “homossexual” (como um homem afeminado, delicado, sensível), seja ainda através da revelação pessoal e pelas práticas destes comportamentos homoeróticos. Esta distinção entre “assumidos” e “não-assumidos” revela também os efeitos do preconceito na constituição das identidades individuais. É comum entre os entrevistados acreditarem que aqueles

as pessoas que mantêm relações homossexuais e que os próprios termos “homossexual”, “bissexual” e “heterossexual” assumem sentidos específicos segundo o contexto histórico e social em que são empregues. Neste sentido, defendemos a ideia de que as “identidades sexuais” são um processo de criação dos sujeitos e que os sentidos atribuídos a estas identidades estão em permanente produção, a partir dos mais variados contextos e factores.

homens que mantêm relações sexuais com outros homens mas que não são “assumidos” assim procedem por receio de sanções sociais que não estão dispostos a enfrentar. Os seguintes depoimentos apontam para esta questão:

“Eu sou um bocado diferente, eu não dou muito nas vistas. Identifico-me como homem. Porque tenho medo da reacção das pessoas que vivem na minha casa.” 36 anos, 12ª Classe

“... tenho visto também muita gente que esconde, que até mesmo quando vê um outro, um outro gay assim assumido, ele tenta se esconder ou é vergonha de saberem, não é, de saberem que ele também é. Ele sente culpa nesse caso quando vê um outro gay à sua frente, fica naquele sentido de culpa, epa, eu também sou isso, estás a ver; mas não consegue se assumir. Então eu acho que... nem consigo dizer a que se chamam esses que têm essas atitudes, não consigo dizer, eu acho que é preconceito com ele mesmo.” 26 anos, 9ª Classe

Além desta distinção entre “assumidos” e “não-assumidos” há também outras formas de classificação de si próprio e dos outros, sendo a mais evidente a que está baseada no papel preferencialmente assumido durante a relação sexual. Alguns dos termos que os entrevistados utilizaram são, por um lado, “passivo”, “passiva”, “aquele que leva”, “mulher”, e, por outro lado, “activo”, “aquele que dá”, “homem”, “macho”, “espada”. Estas categorias referem-se, à primeira vista, aos papéis sexuais preferenciais assumidos pelos parceiros durante o acto sexual, isto é, manifestam a diferença entre aqueles que penetram (“activos”) e os que são penetrados (“passivos”). Contudo, no universo do estudo, estas categorias também são utilizadas para designar a identidade social da pessoa, e não apenas uma preferência durante o acto sexual. O seguinte depoimento ilustra esta aceção dos termos:

“(...) são dois, em que um deles, em que o homem (...) há pessoas que se comportam como homens, nesse caso são os activos, e há os que se comportam como mulheres, não é, nesse caso são os passivos. Mas, de uma forma geral... de uma linguagem muito corrente, nós dizemos que há aqueles que dão e aqueles que recebem. Por exemplo, eu sou daqueles que dá. Essas, as passivas ou os passivos, são os que recebem, é nesse sentido.” 29 anos, universitário

A estes termos identitários acresce-se o termo “bissexual”. Este termo é utilizado para descrever aqueles sujeitos que mantêm relações sexuais tanto com homens como com mulheres. As razões atribuídas para a vivência da bissexualidade são variadas. Esta prática pode ser originada pela força do preconceito, que faz com que algumas pessoas mantenham relacionamentos eventuais ou regulares com mulheres

e homens simultaneamente como uma forma de corresponder às expectativas sociais dos padrões de masculinidade vigentes no país. Ou seja, há entrevistados que consideraram que a bissexualidade dos outros é circunstancial e deve-se apenas a uma adequação aos padrões e expectativas sociais. A bissexualidade também pode ser considerada genuína, isto é, alguns entrevistados concebem a bissexualidade como o real desejo erótico afectivo de alguns sujeitos, que acabam por experimentar relacionamentos com homens e com mulheres. A bissexualidade, segundo outros entrevistados, está relacionada com a actividade no mercado sexual, no qual alguns homens manteriam relações sexuais com outros homens apenas pelos eventuais benefícios materiais e financeiros resultantes destas relações. Nesta óptica, seu desejo sexual não estaria orientado para outros homens, mas sim exclusivamente para mulheres. Os depoimentos a seguir explicitam esta noção:

“Existem dois tipos de homens: que levam e dão, seja porque nasceram assim e têm isso na cabeça e tem outros que dão e levam porque gostam ou tipo alternativa, porque ganham algo em troca. Existem muitos homens que podem ter uma mulher ou namorada, mas se envolvem com outros homens a troco de dinheiro, mas existem outros homens que nasceram assim que envolvem-se com mulheres para tapar aquele lado gay ou homossexual e acabam por sendo bissexuais, porque envolvem-se com pessoas de ambos sexos.” 22 anos, 12ª Classe

“Há tempos atrás eu considerava homens normais, heterossexuais que se envolviam comigo em troca de alguma coisa, mas hoje em dia as pessoas que se envolvem comigo, pelo menos 90%, têm uma certa queda por este lado também, não se envolvem comigo apenas porque querem algo em troca. Muitos não gostam de serem chamados assim, mas é o nome que se dá a essas pessoas. Uns dizem que eu não sou bissexual, eu sou macho, eu sou espada, mas são essas pessoas que se envolvem comigo e gostam, então automaticamente são gays e são bissexuais, porque têm os dois lados.” 22 anos, 11ª Classe

Uma parte significativa dos entrevistados admitiu que mantém relações sexuais com homens e mulheres. Neste sentido, poderíamos pensar que há vários bissexuais no grupo investigado. Contudo, a noção de “bissexual” funciona mais como uma categoria de atribuição do que de auto-identificação, isto é, vários entrevistados explicaram o que percebiam por “bissexuais”, mas nenhum deles se identificou como tal durante as entrevistas.

Outras informações relativas aos modos de classificação dos homens que fazem sexo com homens referem-se ao conjunto de termos considerados de linguagem calão

que a sociedade em geral utiliza para se referir a estas pessoas ou a estas práticas. Entre os termos mencionados pelos entrevistados estão as palavras “maricas”, “panoleiro”, “bicha”, “vira-mão”. Estes termos são uma expressão concreta do preconceito e, muitas vezes, são utilizados como forma de agressão e exclusão. São a expressão dos estereótipos sociais da homossexualidade em relação aos quais os entrevistados fazem questão de se distanciar. Noutros casos, estes termos também podem ser utilizados jocosamente entre os amigos de determinado grupo, como forma de subverter os sentidos normalmente atribuídos aos mesmos na sociedade.

“A sociedade pouco sabe sobre homossexualidade, simplesmente que os HSH são vulgos maricas.” 25 anos, universitário

“Existem termos comuns que a gente aprendeu na altura que foram desaparecendo ao longo do tempo: aquele gajo é rabo, aquele gajo é paneleiro, aquele gajo é roto, vira-mão.” 60 anos, mestrado

4.1.4 Redes de sociabilidade

O estudo também buscou compreender os padrões de organização das redes sociais de amizade e trocas sexuais no universo de homens que fazem sexo com homens na Cidade de Maputo. Embora este constituísse um objectivo específico do estudo, as informações colectadas são precárias e referem-se antes de tudo aos padrões de amizade e de reconhecimento entre os HSH. Quando solicitados a descreverem a composição de suas redes sociais, os entrevistados declararam que estas eram compostas por membros da família, da vizinhança, de amizade e dos espaços regulares de sociabilidade. Os bairros e zonas de residência desempenham um papel importante na organização e estruturação das redes sociais entre os HSH. Foi comum por parte dos entrevistados a indicação de que suas principais amizades e as pessoas com quem mais conviviam, tanto em termos sociais quanto em termos sexuais, estavam situadas na sua zona de residência. Assim, é provável que um HSH que resida no bairro do Jardim, por exemplo, mantenha relações de amizade e encontros sexuais com pessoas que residam na mesma área. Contudo, este critério não é exclusivo. Foi também muito recorrente a declaração de pertença a redes sociais que estivessem espalhadas pela cidade como um todo e que as situações de convívio fossem em festas, bares ou reuniões de amigos, congregando diferentes redes sociais que acabam por se sobrepor umas às outras, criando por sua vez novas e ampliadas redes de trocas sociais, afectivas e sexuais.

Alguns espaços de sociabilidade foram indicados como sendo os preferenciais para conhecer novos amigos e encontrar novos parceiros. Em geral, os participantes do estudo afirmaram que frequentavam bares, discotecas, restaurantes e festas no

intuito de fazer novas amizades, estabelecer trocas afectivas ou encontrar parceiros sexuais. O lugar mais recorrentemente identificado como o espaço para conhecer novos parceiros foi a festa “Mana’s Party”, promovida pela Associação Lambda. Para além desta, os entrevistados indicaram a frequência a festas na casa de amigos ou outras modalidades de reunião social, os passeios pela praia e pelo calçadão à beira-mar como sendo estratégias para conhecerem novos amigos e parceiros.

Há também uma dinâmica de socialização baseada nas novas tecnologias de informação. Os *chats*, as redes de amizades electrónicas, o MSN e outros mecanismos de conversa instantânea pela *internet* foram mencionados por vários participantes como estratégias utilizadas para encontrar novos parceiros. Estes encontros marcados pela *internet* muitas vezes envolvem relações sexuais e são mais comuns entre os entrevistados com alto nível de escolaridade e que geralmente vivem nas regiões mais centrais da cidade. Embora seja um espaço frequentado por um grupo importante da amostra do estudo, as condições e habilidades para acesso a computadores e *internet* em Maputo beneficiam uma parcela pequena da população.

“Os que procuram parceiros fazem-no em discotecas, bares, festas gay, na internet existem páginas de busca de parceiros que têm membros de Moçambique. Os chats de TV eram outro lugar onde as pessoas buscavam parceiros...” 45 anos, mestrado

“Procuram mais nas discotecas, até nas ruas também, nos chats; mas também na internet não é, mails, internet.” 19 anos, 10ª Classe

Os *chats* pela televisão também são utilizados para troca de números de telefone e contactos para encontros e foram mencionados pelos entrevistados como um espaço importante de sociabilização. As trocas de mensagens de texto pelas redes de telefonia celular são outra modalidade expressiva de constituição de redes de relacionamentos e encontros, especialmente sexuais, entre os entrevistados.

“Conheci os meus quatro parceiros no chat faz dois meses e meio e mantenho relações com todos eles há dois meses e meio.” 25 anos, universitário

“Acho que procuram mais nas discotecas, em vias de SMS televisivas, há canais televisivos que muitas das vezes as pessoas iam para lá e diziam: “estou à procura de um gay, estou à procura de um homem”... e trocam-se telefones e aí vão-se conhecendo... Muitas das vezes há quem pode estar ao lado da namorada mas viu o número e decorou, porque não tem

coragem de passar ali assim, lá depois pega naquele número, nos chats também.” 24 anos, 8ª Classe

Estas tecnologias de informação devem ser necessariamente consideradas como ferramentas para a disseminação de informações nos programas de educação em saúde e direitos humanos, já que representam um importante canal de amizade e sociabilização, muitas vezes ligadas à identificação de parceiros sexuais.

4.1.5 Dinâmicas e padrões de relacionamento

Outra questão investigada no estudo diz respeito às dinâmicas e padrões de relacionamentos afectivos e sexuais entre os entrevistados. Neste sentido, os informantes indicaram que os relacionamentos podem ser esporádicos, de longo prazo ou ainda do tipo transaccional.

Os relacionamentos esporádicos, segundo os depoimentos dos entrevistados, são comuns no seio da comunidade de HSH. Estes relacionamentos dizem respeito aos encontros sexuais sem compromisso afectivo ou de relação a longo prazo entre os parceiros. Alguns destes relacionamentos podem vir a tornar-se continuados, de longo prazo, com ou sem envolvimento afectivo para além das ligações sexuais. Embora qualificados como ocasionais, estes relacionamentos podem durar muito tempo, durante o qual os parceiros se encontram esporadicamente com o objectivo de manterem relações sexuais. Para definir estes encontros, foram utilizadas palavras como “saca-cenas”, “amigo”, “queca”, relações de curta duração ou ocasionais.

“Tu podes ter uma cena com ele hoje, podes ficar um mês ou dois sem falar com a pessoa, só mandar mensagens. Depois de um tempo, a pessoa liga-te e... “hey, como é, não sei o quê, vamos lá ter uma cena”, tu aceitas sem compromisso nenhum, estás a ver.” 28 anos, 11ª Classe

“Essas são chamadas relações esporádicas, existe sim mas, há probabilidade desse tipo de pessoas se conhecerem não é, assim do tipo... já ouvi uma história idêntica, conhecerem-se do tipo, e só para sacar cenas, ou tipo por hoje ou uma coisa do género, de virem a descobrir que não passa nada de irem para cama hoje e tá-se bem. Algumas estão assim há seis meses, então, dá-se esse caso também.” 27 anos, 12ª Classe

Os entrevistados também indicaram em seus depoimentos que é recorrente acontecerem vínculos afectivos e sexuais duradouros entre os participantes. De facto, como ficou explícito na secção relativa às aspirações de futuro, os relacionamentos afectivos e sexuais duradouros são uma importante aspiração do grupo estudado. Estes relacionamentos duradouros são caracterizados como relações sérias nas

quais os parceiros estão comprometidos com o relacionamento, portanto, são relações estáveis, de companheirismo. Para se referirem a estes relacionamentos, os entrevistados usaram os termos “namorado/namoro”, “parceiro”, “marido”, “casamento”.

“Há alguns que procuram amor nesse caso, carinho. Há alguns que procuram alguém só para o próprio dia, não sei como dizer, se é por prazer e, há alguns também que procuram ter sexo com homem só para ter não é, como é que eu posso dizer, nesse caso sendo um gay, ele quer uma pessoa fixa, quer uma relação duradoira, então procura ter um caso sério, uma relação mesmo com a pessoa e quanto a essas mesmas relações tu achas que também pode ter a ver com casamentos, estabilidade de família, e companheirismo, diversão, necessidade de dinheiro.” 28 anos, 8ª Classe

“Parceiro, parceiro mesmo que eu respeito, que eu digo que amo, eu acho que foi o único mas tive alguns amigos. Já tive um que durou um ano, tive um só que durou um ano, quando eu me separei do meu parceiro mesmo, tive uma relação que durou um ano. Depois voltei para o meu parceiro”. 26 anos, 9ª Classe

Além das relações esporádicas e das relações de longo prazo, foi comum os entrevistados se referirem a relacionamentos que envolvem algum benefício material ou financeiro para um dos parceiros, ao que convencionamos denominar de “relacionamentos transaccionais”. Os depoimentos abaixo esclarecem esta questão:

“Olha, não sei ao certo das diferentes características dos diferentes tipos de relacionamento. Mas muitas das vezes as pessoas tendem a procurar pessoas que também lhes podem ajudar em certa forma, em certas dificuldades. Não estou a dizer que eles procuram pessoas porque querem algo em troca, mas é que também esses mesmos procuram serem mais simples.” 31 anos, 12ª Classe

“Tu sabes que aquele gajo tem dinheiro, então dizes: porra... eu tenho que ter aquele gajo para mim porque aquele gajo tem dinheiro, tem carro então se eu ando com ele, vou ter o dinheiro dele e vou ter o carro dele para andar a qualquer momento”. 28 anos, 11ª Classe

Estes relacionamentos transaccionais são, no geral, de curta duração e dizem respeito a relações sexuais com fraco envolvimento afectivo. Embora um dos entrevistados se tenha declarado “garoto de programa” e perceba seus relacionamentos como uma

fonte de rendimentos, o mais comum que se verifica é que os relacionamentos transaccionais se desenvolvem de maneira fluida e que as trocas materiais e financeiras acontecem tanto no contexto das relações classificadas como “esporádicas” bem como nas chamadas “duradoiras”.

Estes padrões de relacionamento constituem o contexto no qual a prioridade e as possibilidades de negociação para as práticas sexuais seguras acontecem. Neste sentido, é importante acolher esta informação para o desenho de estratégias de prevenção específicas para este grupo. Além dos padrões de relacionamento aqui indicados, há uma realidade que diz respeito aos relacionamentos heterossexuais que alguns HSH mantêm paralelamente às suas relações homossexuais¹⁰. Estas relações heterossexuais, frequentemente, referem-se a situações de casamento ou união estável, com filhos. Este tópico será analisado na secção “A ‘ponte’ entre os HSH e a população em geral”.

4.2. Acesso a serviços de saúde, conhecimentos sobre HIV e insumos para prevenção

4.2.1 Fontes de informação para questões de saúde

Quanto a fontes de informação para saúde, os participantes revelaram beneficiar dos préstimos dos canais de televisão, rádio e de materiais gráficos como cartazes, preparados para o público em geral, jornais, revistas e livros (eróticos e pornográficos). Foram também mencionadas as unidades sanitárias (Centros de Saúde, Clínicas Privadas, Hospitais, GATV's, Farmácias), AMETRAMO (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique), parentes, amigos e profissionais de saúde, com os quais tenham algum vínculo de proximidade. Esse cenário revela a primazia da intimidade e privacidade que aspectos ligados à sexualidade encerram.

A Associação Lambda, alguns canais internacionais de televisão ou a *internet* são apresentados como as fontes de materiais específicos para os HSH.

Em termos de fiabilidade, os médicos, hospitais, centros de saúde e revistas que abordam temas específicos de saúde foram indicados como sendo as fontes mais seguras para a obtenção de informação relacionada com saúde.

“A única fonte de informação segura para mim, quanto a este assunto de prevenção para o SIDA, é o hospital, prontos! É o hospital. Olha, meu amigo vai me dizer isto, mas meu primo vai me dizer aquilo, meu avô

10 Conforme já descrito brevemente no trecho sobre bissexualidade, na secção sobre identidades.

vai me dizer X, e eu vou ficar sem saber... A única e melhor maneira é o hospital...” 24 anos, 8ª classe

Segundo os participantes, a informação sobre a transmissão e prevenção sexual, sem discriminar o tipo de prática sexual, é a mais disseminada no âmbito dos programas existentes na área da prevenção do HIV.

Os referidos programas, na sua maioria, promovem ainda o retardamento do início da actividade sexual, a abstinência e o uso do preservativo, especialmente o preservativo masculino, como as formas indicadas para a prevenção. Esses programas consciencializam as pessoas sobre os riscos de infecção pelo HIV, sobretudo aqueles associados à via sexual de transmissão. Os referidos programas também disponibilizam preservativos. Entretanto, em geral, não abordam os riscos específicos associados a cada prática sexual (anal, oral, vaginal, sexo em grupo, etc.). Até ao momento, também não há disponibilização de gel lubrificante à base de água, o único apropriado para a lubrificação do preservativo.

4.2.2 Acessibilidade e uso dos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde foi analisado na perspectiva de busca dos serviços em caso de doenças e de sintomas de ITS. Os serviços de saúde são tidos como de difícil acesso devido a uma série combinada de razões, entre as quais apontaram a superlotação nas unidades sanitárias, a falta de serviços que respondam às especificidades dos HSH ou a baixa resolutividade dos serviços, em alguns casos. De um modo geral, o serviço de saúde é descrito como pouco amigável ou ainda como hostil aos HSH.

“Faz um ano e meio que um amigo meu, na altura era muito jovem, um amigo meu homossexual também e que ele era jovem, então ele acabou se envolvendo com alguém que já tinha muita experiência em questões de práticas sexuais. Ele era novo e inexperiente, então acabou tendo problemas sérios no órgão sexual dele, acabou tendo muitos problemas no ânus, então foi necessário até ser levado a um hospital, depois lá infelizmente encontrou enfermeiros que lhe assistiram digamos assim. Então, ao longo de própria tentativa de assistir, os enfermeiros dizem simplesmente que isso não nos interessa, isso foi uma brincadeira de mau gosto, você tinha muito bem uma forma de se satisfazer sexualmente, sem pôr em causa o teu ânus, então que se arranje você, essa é uma brincadeira tua e você deve suportar sua brincadeira.” 29 anos de idade, universitário

“Ele foi a um hospital nos arredores da Cidade de Maputo, tinha um corrimento no ânus. Chegado lá, ele procurou saber onde poderia dirigir-se para se tratar. Simplesmente o médico ou enfermeiro que ele encontrou deu um sermão que nunca mais acabava, ele acabou ligando para mim para saber se conhecia algum médico que pudesse atender naquele hospital...” 35 anos de idade, bacharel

Este cenário pode derivar do facto de os programas de formação básica dos profissionais não integrarem questões de direitos humanos e da sexualidade. Desta feita, no lugar de orientação e acompanhamento técnico, os HSH que procuram os serviços públicos de saúde relatam passar por sessões “moralistas de cunho religioso” ou ainda visões da relação sexual que envolve pessoas de sexos opostos como a norma que todos devem seguir. Este cenário leva a que certos HSH só procurem tratamento quando estão em estado gravíssimo.

“Os meus amigos eles não gostam de ir ao médico. Se vão é quando estão mesmo de cama, talvez é porque quando estão de cama é porque já não aguentam mais levantar ou comer, ficam só a vomitar, etc., aí é quando eles vão. Normalmente, quando eu falo com eles para irmos a um Gabinete de Aconselhamento eles nem querem ouvir” 19 anos, 10ª classe

Para contornar esse cenário pouco receptivo nas unidades sanitárias, as pessoas buscam alternativas de acordo com as suas possibilidades e recursos. Assim, alguns buscam clínicas privadas e outros exploram as redes de parentesco ou de amizade que têm junto de profissionais que trabalham nas unidades sanitárias para se beneficiarem de algum atendimento. Outros ainda referiram contactar profissionais de saúde para lhes prestarem serviços ao domicílio e há ainda aqueles que indicaram automedicar-se (a partir de conselhos recebidos dos profissionais da farmácia) como forma de evitar enfrentar julgamentos moralistas.

“Eu, eu tenho um médico particular que eu chamo para minha casa. Vem fazer colecta de sangue para fazer as análises no hospital. Ele faz num dos hospitais da Cidade de Maputo, onde ele trabalha.” 19 anos de idade, 10ª classe

Quanto ao aconselhamento e testagem de HIV, os participantes do estudo revelam saber da existência de serviços especializados para o efeito. Entretanto, a busca de informação e orientação voltadas para a prevenção é bastante reduzida entre os participantes do estudo. Os então GATV's, que passaram recentemente a designar-se oficialmente por Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS), são os serviços de testagem mais conhecidos pelos participantes do estudo, alguns

dos quais têm uma percepção positiva em relação aos mesmos.

“Eu prefiro ir aos gabinetes de aconselhamento ao público ou ao GATV... porque lá estão pessoas especializadas neste assunto de saúde, estão lá formados para nos explicar sobre um dado assunto que nós queremos saber, sobre uma dada doença ou prevenção, ou como nós nos cuidarmos”. 19 anos, 10ª classe

Outros, porém, mostraram-se agastados com os serviços prestados em instituições de saúde:

“... corri logo para o hospital para fazer o teste. Vi que praticamente era seronegativo... foi no ano passado, depois disseram para ir depois de três meses. Acabei por desistir porque eu ia e diziam que as máquinas estavam avariadas, porque há tanta bicha, porque eu ando ocupado e ficar à espera...” 24 anos, 9ª classe

Os dados do estudo revelam que, apesar de os HSH estarem conscientes da necessidade e importância de fazerem o teste de HIV, apenas uma ínfima parte o faz. A maior parte revelou não o fazer por razões de duas ordens: uma de carácter institucional e outra individual. Quanto às razões de carácter institucional, foram mencionadas a falta de confiança e credibilidade nos serviços, com particular realce para uma percepção dominante segundo a qual os profissionais de saúde não mantêm a confidencialidade e o sigilo apregoados em caso de o resultado do teste ser positivo.

“As minhas dúvidas sobre o teste é, e que pode não haver, a pessoa vai fazer um teste, não há sigilo. A pessoa vai fazer um teste, as pessoas já estão cansadas lá dentro, já não controlam os resultados, existem muitas trocas de resultados. Já conheci muita gente que foi trocada resultado, com boa saúde, alguns que já informaram-se mas com saúde, por causa de mau trabalho quanto à parte de controlo dos hospitais.” 24 anos, 8ª classe

A falta de confiança nos testes serve também para justificar a sua não realização.

“Pode-se dar o caso da pessoa ir fazer o teste por duas vezes e dar positivo enquanto a pessoa está limpa. O que acontece é que uma vez que dizem que és seropositivo e dão-te aquele calhamaço todo de anti-retrovirais, então tu vais tomar convencido que és seropositivo enquanto não és, e comesças a tomar aquilo e automaticamente aquilo vai te dar cabo

do organismo, aquilo vai procurando doença onde não existe, aquilo é que te mata. Eu por acaso, é uma coisa que eu penso e já falei com as pessoas acerca disso, só que é a tal coisa, não há como descobrirmos porque também se tu tomas uma coisa, sinceramente, no teu organismo não tens uma determinada doença que é para aquele medicamento, vais tomando, aquilo vai te matando. [P: Disseste que há algumas vezes que uma pessoa faz o teste por uma, duas, três vezes e dá positivo quando não tem, quando e que isso acontece, por falha?] Por falha, mas isso é negligência médica. Por vezes mas, pesa mais para negligência dos médicos.” 27 anos de idade, 12ª classe

Quanto às razões de fórum individual, são de destacar o medo de enfrentar o resultado caso seja positivo, achar que se protege o suficiente e estar por isso autoconfiante que não vive com a infecção.

“Acham importante mas há medo. Acham muito importante porque... acham muito importante fazer o teste mas há medo. Há medo porquê? Porque para iniciar é uma situação em que a pessoa que se calhar estava a viver normalmente vai de repente... vai fazer o seu teste e olha que é um seropositivo, aquilo cria um abalo psicológico terrível que pode levar à agonia total da própria pessoa...” 29 anos, universitário

A confiança no seu estado ou no parceiro, não se sentir doente e cuidar-se em termos de higiene são outros argumentos usados para justificar a não procura pelos testes de HIV.

Os dados daqueles que revelaram ter-se submetido ao teste ou submeter-se ao teste com regularidade tendem a variar em função do tipo de relacionamento no qual os parceiros estão envolvidos. Assim, por um lado, HSH em relações estáveis revelaram fazer testes de forma periódica. Esta seria a forma de conhecer o seu estado e do parceiro em relação ao HIV para decidir sobre a manutenção do não uso do preservativo.

“Antes de ter uma relação sem o uso do preservativo, eu e o meu parceiro fizemos teste e a gente faz a rotina do teste do HIV-SIDA. O que acontece agora, a gente já não usa o preservativo, por isso a gente não tem muito papo, estás a perceber... É assim, nós agora, eu com o meu parceiro a gente já não usa... já não usamos o preservativo porque juntos a gente faz um controle médico, a gente agora com preservativo, esquece!...” 25 anos, universitário

Por outro lado, HSH que não vivem relações sexuais estáveis tendem a revelar que se submeteram ao teste depois de terem tido alguma situação que eles assumiram como oferecendo um risco elevado de infecção pelo HIV. Esta percepção é entretanto generalizada entre os HSH que revelaram ter-se submetido a vários testes de HIV por terem estado numa situação que tenham considerado de risco, de entre as quais múltiplos parceiros e rompimento de preservativo.

“... Já fiz três vezes... Eu só faço teste quando o preservativo rebenta, só nessas circunstâncias não fico à vontade, não sossego enquanto não souber... É como se estivesse no banco dos réus... para mim fazer o teste não é problema, assinares o termo de compromisso numa boa. Mas quando tu sentas e eles começam a abrir aquelas coisas, a pessoa fica à espera do resultado, durante aquela hora em que a pessoa fica à espera do resultado é estressante porque a pessoa começa a pensar e se for... e se o resultado for positivo como é que vai ser minha vida?, Será que hei-de morrer amanhã ou próximo mês ou próxima semana...?” 22 anos, 11ª classe

A submissão a testes de HIV revela-se um exercício salutar, por um lado, mas, por outro lado, e para parte considerável dos participantes do estudo, um resultado negativo do teste devolve a tranquilidade perdida em situação percebida como sendo de risco e potencia a não adopção de medidas preventivas.

No cômputo geral, os HSH participantes do estudo revelaram ter dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em parte devido à recepção pouco amistosa ou hostil que referem experimentar nas unidades sanitárias. Apesar desse facto, fazem uso dos serviços, seja de forma directa ou com recurso a serviços privados ou paralelos e ainda à automedicação.

4.2.3 Conhecimentos e percepções sobre o risco de infecção pelo HIV

Este ponto apresenta conhecimentos e percepções que os HSH têm em relação à possibilidade de ficarem infectados pelo HIV. Os mesmos são analisados considerando as características dos HSH e os comportamentos que estes referem adoptar.

De um modo geral, os dados indicam um nível consideravelmente alto de conhecimento sobre o HIV no seio dos HSH, destacando-se as formas de transmissão por via das relações sexuais sem o uso do preservativo, o uso de objectos

cortantes, a transmissão vertical e o contacto com sangue de alguém que esteja infectado.

“... transando com uma pessoa, fazer relações sexuais com uma pessoa que é um seropositivo sem nenhuma protecção, aí podes apanhar o HIV. Usar a lâmina, objectos cortantes para bem dizer, lâminas, seringas, agulhas, tesouras e vários outros objectos, sem esterilizar ou materiais já usados, se voltares a usar de novo, aí podes apanhar o HIV. Também podes apanhar o HIV através de uma mãe grávida passar para o seu próprio filho, através da gestação não é, gravidez, podes apanhar também através do parto, pode-se apanhar também através da amamentação” 24 anos, 10ª classe

Quanto à dimensão sexual da transmissão e prevenção do HIV, parte dos participantes não associa a prática do sexo oral e do sexo anal, comuns entre os HSH, ao risco de infecção pelo HIV. O sexo anal é visto por muitos participantes como uma prática que não oferece risco de infecção pelo HIV. A falta de mensagens e programas específicos pode contribuir para a baixa percepção de risco, uma vez que pouca informação sobre os riscos do sexo anal e do sexo oral desprotegidos é disseminada nos actuais programas de prevenção em curso no país.

Por outro lado, prevalecem ainda algumas dúvidas sobre os modos de transmissão e os riscos provenientes desta prática.

“...em relação ao uso do preservativo ou a contaminação do HIV/ SIDA, alguns dizem que é menos, é menos provável que isso aconteça por causa da natureza do nosso sexo ou da nossa relação sexual” 29 anos, universitário

“... eu no sexo oral não uso só no sexo mesmo normal, agora no sexo oral não, porque eu acho que... sei lá, apesar de que no sexo oral a gente pode contrair doenças, mas, sei lá... eu consigo me controlar, consigo saber se posso pôr o preservativo ou não...” 26 anos, 8ª classe

Outros ainda acham que só podem contrair o HIV se praticarem relações sexuais com mulheres.

“... dizem que não se apanha HIV porque fazendo sexo com homens não se apanha. Apanhas mais com as mulheres, é por isso que é raro falar-se de HIV-SIDA entre esses homens...” 28 anos, ensino médio

Quando estão cientes da possibilidade de ficarem infectados entre si, parte dos HSH

entrevistados acham que só podem ficar infectados em caso de fissuras, percebidas como feridas visíveis ou dolorosas, resultantes da falta de uso de lubrificantes durante o acto sexual. O argumento apresentado foi que em tais circunstâncias haveria maior probabilidade de contacto entre o sangue das pessoas, o que elevaria o risco de infecção.

“... e se por exemplo eu tenho uma ferida não é, e o sémen, o esperma vai na minha ferida será que eu posso apanhar HIV? Não não” 28 anos, 11ª classe

Parte dos participantes assegurou que pessoas com ITS ou com HIV apresentam feridas ou manchas na pele ou nos órgãos genitais. Esses sinais seriam usados como indicadores da necessidade de adopção de medidas preventivas ou de não ocorrência da prática sexual.

“O mais arriscado é ter que manter relações sexuais com alguém que eu não conheço, por mais que eu conheça assim prevenir... Depende, se não tiveres uma ferida na boca e a pessoa não ter uma ferida no pénis, eu acho que não tem nenhum problema. Agora, se a pessoa vem para minha boca e tem uma ferida ou está a sangrar no pénis e aquela coisa... isso é que complica” 28 anos de idade, 10ª classe

Esse conhecimento ignora que o HIV, enquanto microrganismo, não necessita de feridas visíveis a “olho nu” para poder passar de um corpo para o outro.

“... Agora, algumas pessoas dizem, eu vou com aquele sem preservativo, o gajo não tem nada, está bem de saúde...” 44 anos de idade, 6ª classe

Estes dados revelam que os entrevistados, apesar de terem conhecimento da possibilidade de infecção por via sexual, não têm domínio sobre detalhes relativos aos diversos fluidos corporais onde se concentra o vírus, nem sobre as práticas específicas a partir das quais a transmissão pode ocorrer. Os dados revelam também que existem vários conhecimentos incompletos ou incorrectos relativos à transmissão e prevenção das ITS e do HIV, que devem ser necessariamente alvos de intervenção.

4.2.4 Conhecimentos sobre prevenção de ITS e HIV e acesso a insumos

Como formas de prevenção de ITS e do HIV, os participantes conhecem os métodos de abstinência sexual e uso do preservativo, tendo sido este último o mais mencionado por todos os participantes. Questionados sobre os passos a seguir no

uso do preservativo, os participantes mencionaram a necessidade de (i) abrir o embrulho, (ii) apertar a ponta do preservativo para lhe retirar o ar e (iii) colocar o preservativo sobre o pênis erecto. Isto revela que os mesmos têm as informações gerais necessárias sobre como colocar correctamente um preservativo. Entretanto, os participantes revelaram algumas fragilidades quando questionados sobre o momento apropriado para usar o preservativo. Parte considerável referiu que o preservativo deve ser usado no momento da penetração anal, mas deixam de fora ou excluem a prática de sexo oral, seja *fellatio* (broche) ou *anulingus* (botão de rosa).

Conhecimento, acesso e preferência de preservativos

Os participantes do estudo revelaram conhecer diversos preservativos disponíveis no mercado, com destaque para as marcas “*Kama Sutra*”, “*Jeito*”, “*Trust*” e “*Preventor*”. Quanto à acessibilidade, de um modo geral, os participantes do estudo consideraram ser fácil aceder aos preservativos, tanto em termos de disponibilidade, quanto em termos de preço.

“Sim, em algumas farmácias, lojas, mercearias, estão disponíveis. Todos estão à venda. Nos hospitais também, qualquer um pode obter o preservativo” 19 anos, 10ª classe

A partir dos dados, depreende-se que o preservativo está disponível em locais conhecidos e acessíveis para os HSH. Contudo, os dados revelam também que, apesar de os HSH terem conhecimento da disponibilidade de preservativos financeiramente acessíveis, eles não costumam tê-los consigo (na carteira, bolso, carro, cabeceira) em momentos de que mais precisam. Nessas situações, parte dos entrevistados revelou ir em busca de um.

“... estava na cama com o meu parceiro, então na hora H eu começo a procurar o preservativo, eu não tinha o preservativo, ... comecei a pedir preservativos aos meus amigos, quando saí as farmácias estavam fechadas perto da minha casa, então quando eu voltei acho que estava a gritar para o meu amigo, eu preciso de preservativo, então um senhor que passava perto de mim parou disse, moço eu não te conheço mas eu tenho um preservativo, estou a ver que tu estás muito aflito, tome um. Deu-me um preservativo de uma marca estranha, não me lembro a marca e subi, fui a casa...” 19 anos, 10ª classe

Os entrevistados revelaram ter preferências por algumas marcas de preservativos, destacando-se o “*Kama Sutra*” e o “*Trust*”, considerados difíceis de romper e com aroma agradável.

“Porque o “JeitO” duas vezes já arrebentou, já rompeu, duas vezes, não numa relação ocasional mas numa relação com um parceiro fixo mesmo, já arrebento. Já o “Kama Sutra” não, nunca tive esse tipo de problemas. Então achei o “Kama Sutra” com mais um pouco de segurança, não digo que nunca pode acontecer, mas até agora ainda...” 25 anos, universitário

Questões como resistência, prazer que o preservativo proporciona ou contribui para proporcionar, e o aroma concorrem para a formação de um *status* em redor de determinada marca de preservativo que se torna preferida.

Conhecimento e acesso a lubrificantes

Quanto aos lubrificantes, os dados do estudo revelam um desconhecimento generalizado sobre o gel lubrificante feito à base de água, o único apropriado para ser utilizado com o preservativo. O gel lubrificante feito à base de água é apresentado como de uso recente por parte considerável dos HSH.

“Antes de alguns amigos que eu tenho, claro, conheci muitos amigos agora, eles usavam vaselinas. Bom, não posso dizer só eles porque, eu no passado usei vaselinas, já usei cremes, coisas mais suaves para prevenção quanto ao rompimento anal. Mas, de um tempo já conhecendo mais, tendo mais estudo sobre sexo anal, tendo mais conhecimento aliás sobre sexo anal, mas fui conhecer que existe gel lubrificante, os meus amigos ultimamente usam gel lubrificante, tem acesso grátis ao gel lubrificante e é uma vantagem, não posso estar a dizer que use e não use, ...” 24 anos de idade, 8ª classe

Os poucos que o conhecem revelaram não saber onde adquiri-lo ou conhecem apenas a Lambda e/ou algumas farmácias como locais onde se pode obter o referido gel.

“... preferem usar saliva, também acho que porque os lubrificantes, eu pelo menos não sei onde obtê-los, a maioria das vezes são amigos ou parceiros que me dão, poucos meus amigos usam, mais usam a saliva”. 19 anos, 10ª classe

Outros ainda, geralmente da elite local, revelaram adquirir o gel lubrificante no estrangeiro.

“... muitas das pessoas que não usam os lubrificantes são as pessoas que têm uma camada financeira mas baixa porque muita das vezes não têm

adesão, não conseguem saber onde apanhar ou não conseguem dinheiro para comprar. Os que têm mais possibilidades sabem onde vão buscar, onde vão comprar essas coisas... Há pessoas que não têm onde encontrar, não têm onde ir buscar e naturalmente utilizam outras técnicas..." 21 anos, nível médio

Esse facto leva a que o uso do gel lubrificante seja associado à pertença a elites, pensando-se deste modo que apenas aqueles é que o usam, contrariamente ao resto dos HSH. Neste contexto, o recurso a outros tipos de lubrificantes, alguns dos quais feitos à base de óleos minerais, que facilitam o rompimento do preservativo, foi frequentemente mencionado. De entre os lubrificantes usados contam-se óleos para as mãos e face, óleos de cozinha, de cabelo, manteigas, vaselinas e vicks. Todos estes lubrificantes elevam o risco de rompimento do preservativo por conterem materiais oleosos em suas fórmulas.

"Os produtos que são usados para aumentar a lubrificação são vários: óleos, vaselinas, vickses. Este, quando você passa pelo preservativo lhe dá uma frescura e ao mesmo tempo quentura". 29 anos, universitário

"É aí, aí pronto as pessoas acabam usado os cremes da cara, usam as vaselinas, algumas pessoas usam até o próprio óleo né..., óleo de cozinha por aí fora. É isso que eu sei pelo menos, cremes que nem aquele que está ali em cima, creme vaselina e óleo." 33 anos de idade, 11ª classe

A fraca disponibilidade do gel lubrificante à base de água e o desconhecimento generalizado sobre a sua importância na prevenção de ITS e HIV são consequência de um contexto programático mais amplo que não inclui esse tipo de informação nem esses insumos nas suas estratégias de intervenção. Como resultado, falta informação sobre a importância do uso do gel lubrificante à base de água para a prevenção de ITS e do HIV, particularmente em relações que envolvam penetração anal e escasseia também o próprio gel lubrificante à base de água.

4.3. Factores de vulnerabilidade e práticas de risco de infecção pelo HIV

Os dados do estudo permitem visualizar um contexto onde se combinam factores que tornam os HSH vulneráveis e expostos a um risco elevado de infecção pelo HIV. A vulnerabilidade a que esses indivíduos estão sujeitos é acrescida pela existência de um contexto social que os pressiona a manterem-se ocultos. Assim, eles dificilmente buscam apoio e serviços com medo de revelarem suas identidades e práticas sexuais, e serem hostilizados por parte da população em geral, bem como por parte de algum

pessoal dos serviços de saúde, com destaque para os serviços públicos.

4.3.1 Práticas sexuais mais comuns

Os participantes do estudo mencionaram a troca de abraços, beijos e carícias como as práticas sexuais mais comuns. Enquanto uma parte dos entrevistados apresentou essas práticas como preliminares, outros relataram tais práticas como formas plenas de satisfação sexual.

Outras práticas mencionadas pelos informantes incluem a prática do sexo oral, *fellatio* (boca-pênis) e *anilingus* (boca-ânus), e ainda o sexo anal, que inclui a penetração anal feita apenas por um dos parceiros ou por ambos os parceiros.

Como locais onde essas práticas ocorrem, parte dos entrevistados indicou ambientes como carros e espaços onde não existe o risco de serem surpreendidos pela polícia, quando na rua, ou por parentes, quando em casa. A combinação do desejo do acto sexual e o medo de serem surpreendidos pela polícia foram apresentados como propiciadores do não uso do preservativo, o que eleva o risco de infecção entre os HSH envolvidos. Outros mencionaram casas, hotéis e pensões, ou salões de festas.

As sessões de sexo em grupo são uma outra oportunidade disponível no rol de possibilidades sexuais. Pese embora o facto de terem sido pouco mencionadas nas entrevistas, estas sessões na verdade ocorrem na Cidade de Maputo.

“...eu já participei (numa sessão de sexo em grupo) de homens e de mulheres. É assim, eu tinha um amigo, um namorado... minha tia já o conhecia, ligava para mim a qualquer hora que queria ficar comigo. Um dia ele me leva para casa dele e estavam lá os amigos dele. Nós quatro começamos a beijar, só nos trocávamos eu beijava com ele e ele beijava com o outro. Houve relações sexuais e trocamos, achei bem e gostaria de repetir. Naquela que envolvia mulher era eu, um homem e uma mulher só... estávamos na festa, essa minha amiga chamou-me e disse que “há um moço que está a chamar-te aqui fora” depois eu saí ali e começamos, a minha prima a beijar e ele a me penetrar. A minha prima estava a beijar o moço e o moço a penetrar a mim... usamos preservativo” 22 anos de idade, ensino médio

Nesses cenários, a dinâmica da interacção sexual pode reduzir a possibilidade de uso de um preservativo com cada parceiro sexual, o que acresce o risco de infecção, sobretudo por parte dos parceiros penetrados. E quando empregue, o preservativo é apenas usado para a penetração anal, não o sendo para a penetração oral. Ainda nos casos em que o uso do preservativo é mencionado não há referência de troca de

preservativo cada vez que se troca de parceiro. Essas práticas são partilhadas com vários parceiros, num contexto onde a rotatividade de parceiros é percebida como sendo elevada.

Com base nos resultados do estudo, pode-se considerar que os HSH experimentam diversas práticas sexuais, sendo que algumas delas os expõem ao risco de infecção por ITS ou pelo HIV. De entre essas práticas destacam-se a prática de sexo oral e a penetração anal sem uso do preservativo, independentemente de serem dois ou mais parceiros envolvidos no acto sexual.

4.3.2 Sexo transaccional

As narrativas dos entrevistados revelam que há muitos HSH que se envolvem em relacionamentos em busca de afecto, mas outros há que se envolvem em relações sexuais a troco de benefícios financeiros ou materiais. Conforme já mencionado em secção anterior, as modalidades de relação que envolvem a transacção de bens ou benefícios materiais e/ou financeiros são uma realidade para uma parte da população estudada e constituem mais um factor de vulnerabilidade à exposição ao HIV, uma vez que num contexto de relações transaccionais a negociação do uso do preservativo poderá ser mais difícil.. Um dos entrevistados identificou-se explicitamente como “garoto de programa”¹¹.

“Os meus amigos estão envolvidos em relações de curta duração, sem compromisso. Quer dizer, nós fazemos sexo por dinheiro. Se não existe dinheiro, não há nada” 25 anos de idade, universitário

“Isso acontece muito, muito, muitos vão à procura de pessoas por causa de interesse e muitos que não são gays que vão à procura de pessoas que são gays para poderem ser dados algo, para poderem transar com um gay porque eu vejo isso nas festas, muito nos churrascos dos gays são feitas essas festas porque [para] os moços basta ouvirem que há gays, então vão para lá, então chegam lá, tentam conquistar um gay qualquer que tem carro, só para andar com ele. Mas muitos que fazem isso não são gays, e os próprios têm também aqueles que são interesseiros, vão procurar alguns que têm dinheiro, poder transar com ele para poderem lhe darem algum algo...” 25 anos de idade, terceiro ano de contabilidade

“Já ofereci dinheiro em troca de sexo... Hoje em dia já não era capaz de fazer isso, mas houveram tempos que eu fiz e me arrependo (...) eu achava que no país em que nós estamos, como as coisas são aqui

11 Sinónimo de trabalhador sexual.

para uma pessoa ter relações com uma pessoa do mesmo sexo era um sacrifício grande e que isso envolvia troca de valores e presentes porque eu achava que era uma coisa assim anormal, e que nem devia existir então as pessoas estavam a fazer um grande sacrifício (...) Eu achei que não ia a lado nenhum assim, se alguém não gosta de mim e eu dou alguma coisa em troca essa pessoa gosta.” 22 anos de idade, 11ª classe

Estas relações de tipo transaccional são uma realidade para uma parcela do grupo estudado. Há uma certa percepção de que este tipo de relação envolveria homens mais velhos que trocariam bens ou recursos com homens mais novos para manterem relações sexuais. Os recursos oriundos deste tipo de relação são bastante úteis, pelo menos a prazo imediato, para ganhar acesso a redes de amizade e manter um estilo de vida à altura das mesmas. Os referidos recursos servem também para garantir o pagamento das mais variadas contas que podem ir desde propinas escolares a celulares, sessões de diversão no final de semana ou ainda para assegurar o pagamento de contas rotineiras.

“Por enquanto, quanto a isso não posso mentir ele me ajudou tanto. Me ajudou muito sem eu ter-lhe pedido, mas me ajudou muito. Mas ele ajudou-me porque no exacto momento eu ia a escola, não trabalhava, não fazia nada. Então esse tempo todo ajudava-me a pagar a escola, comprar os livros, como estudava numa escola privada” 25 anos de idade, universitário

Neste contexto, a precariedade social pode ser um factor que ajuda a compreender o ingresso neste tipo de relação.

“... eu fazia os meus pequenos negócios não é, e não só, também já tive que submeter-me a... algumas coisas que, pronto... não sei como é que eu poderia dizer o nome verdadeiro, mas em suma, a pessoa sempre consegue desenrascar alguma coisa. Há quem pode, se calhar, se entregar a pessoas mais poderosas, que têm dinheiro, não é, só para fazer sexo, aquilo de fazer o sexo e depois ter o seu próprio pagamento, já, para poder se satisfazer as suas necessidades. Há quantas coisas que a gente faz por não gostar, a gente faz, não gosta, só que prontos, precisamos de dinheiro não é, sempre a gente acaba se prestando a alguma coisa” 33 anos de idade, 11ª classe

Outros factores que podem estar associados ao ingresso neste tipo de relação estão relacionados ao estigma e preconceito que caracterizam as relações sexuais entre homens. Muitos homens acreditam que a sua masculinidade e imagem social

masculina não fica prejudicada ao manterem relações sexuais com outros homens em razão do recebimento de recursos ou bens materiais e financeiros. Em todos os casos, entretanto, estas relações podem contribuir para o aumento do risco de exposição ao HIV, já que envolvem diferenças de poder para a negociação do uso do preservativo. Ainda assim, é possível, em alguns casos, a negociação do uso do preservativo.

“Ah sim, tenho um amigo que já me contou que, relaciona-se com uma pessoa, no primeiro dia, isso já há muito tempo não é. No primeiro dia que estava para fazer as coisas, ele tirou o preservativo e o outro disse “essas borrachinhas para quê, não preciso dessas borrachinhas, você não deve usar isso”, mas ele insistiu e usou o preservativo.” 33 anos de idade, 11ª classe

Assim, pode-se considerar que a pobreza e o estigma relacionado à homossexualidade contribuem para aumentar a vulnerabilidade e o risco de infecção pelo HIV entre alguns HSH. Alguns HSH envolvem-se em relações de sexo transaccional como um meio para manter um certo padrão de vida. O sexo transaccional também aumenta o risco de infecção pelo HIV, particularmente no que se refere às habilidades ou possibilidades para negociar o uso do preservativo.

4.3.3 O uso de materiais de prevenção: preservativos e lubrificantes

Práticas e percepções referentes ao (não) uso do preservativo

Apesar de saber que o preservativo reduz o risco de infecção por ITS e pelo HIV, parte dos HSH revelou usá-lo de forma inconsistente, em todo o tipo de relações. Os casos em que o preservativo é usado referem-se, quase que exclusivamente, à prática da penetração anal e, algumas vezes, à prática de *anilingus* (sexo oral no ânus). O uso do preservativo na prática do sexo oral é praticamente inexistente.

“Eu acho que são todos como eu, posso assim dizer, eu penso assim. Eu acho que todos usam preservativo nas práticas que há transa, há sexo, nesse caso quando é sexo anal, às vezes no oral também, eu acho que são nessa práticas. Agora quanto às práticas em que não usam, é quando talvez há sexo oral, muita gente não usa no sexo oral, eu acho que é isso” 25 anos de idade, 9ª classe

O uso do preservativo revela-se eminentemente inconsistente a dois níveis. O primeiro situa-se a nível temporal. No geral os participantes mais velhos, cuja vida sexual iniciou antes dos programas de prevenção do HIV, revelaram ter iniciado essa vida antes da “era do preservativo e do SIDA”.

“Sexo anal desprotegido. Broche também, apesar de ter saliva e falta de higiene também. A gente já fez muito sexo sem se prevenir, antes de falarem muito de SIDA...” 44 anos de idade, 6ª classe

Uma segunda razão para a inconsistência do uso do preservativo refere-se aos relacionamentos ocasionais e para os entrevistados que têm mais de um parceiro simultaneamente, sejam eles homens ou mulheres. Ter mais de um parceiro simultaneamente foi um facto inúmeras vezes mencionado pelos participantes. Nestes casos os participantes revelaram usar o preservativo apenas com alguns parceiros.

“... para mim é normal encontrar um amigo e perguntar: tu já fizeste o teste? Sabes o que vai acontecer amanhã contigo com esses todos homens que estão a andar contigo? Há pouco tempo... há dias estava a conversar com um amigo meu, sentei com ele e conversei: pare de se atirar em qualquer homens, hoje tu és tão bonito, és criança, todos homens gostam de ti querem foder (copular) contigo a qualquer momento, querem transar contigo a qualquer momento, broche, o que lá atrás tudo lá... Mas o dia que ficares doente nem um deles vai estar ao lado de ti, tu tens que perceber isso. Tens preservativo, gostas de transar a qualquer momento ficas grosso, encontras qualquer homem, nem preservativo não tens.” 25 anos de idade, terceiro ano de contabilidade

O cenário de uso inconsistente do preservativo eleva o risco de infecção por parte dos participantes do estudo. Adicionalmente, o não uso de gel lubrificante feito à base de água eleva o risco de ruptura do preservativo e, consequentemente, o grau de exposição ao risco de infecção por ITS e pelo HIV entre a população estudada.

Várias razões foram invocadas para justificar o não uso do preservativo. Uma das razões tem a ver com a percepção segundo a qual a prática de relações sexuais entre HSH não oferece risco de infecção pelo HIV, contrariamente às relações sexuais que envolvam homens e mulheres. Esta percepção reduz a adopção de medidas preventivas por parte de certos HSH, mantendo a exposição ao risco de infecção por ITS e pelo HIV. Outra razão decorre da percepção segundo a qual a penetração anal oferece um baixo risco de infecção pelo HIV entre os HSH, desde que não ocorra ejaculação dentro do canal anal.

“Em volta desse assunto tenho amigos engraçados que até dizem: “olha, ele não tinha preservativo”, ou “ele não quis usar mas eu disse a ele ok, vamos lá penetrar mas não vamos esporrar (ejacular)”, só que isso também não é seguro não é, porque a partir do momento em que estamos no acto sexual, mesmo antes da penetração, há um líquido que emana

do pênis, aquele líquido, um líquido esbranquiçado assim, é, segundo as informações que eu tenho, é que aquele líquido é perigoso, também pode contaminar pelo HIV.” 28 anos de idade, universitário

Outros não usam o preservativo por pensarem que a transmissão do HIV ocorre apenas nos casos onde ocorre contacto com o sangue de um parceiro infectado. Assim, a preocupação central passa a ser a necessidade de prevenir o contacto com sangue, menosprezando-se o contacto com o esperma ou com o sêmen. Esta percepção expõe potencialmente os HSH ao risco de infecção por ITS e pelo HIV.

“O sexo anal, eu acho que também pode ser, porque geralmente o sexo anal é, as chances por exemplo de tu criares uma determinada ferida são maiores do que quando tu tens sexo com uma mulher. Porque o sexo anal não produz um lubrificante natural, então, por mais que tu tenhas um lubrificante, as chances de tu contraíres um, uma ferida são muito maiores, isso pode-te pôr em maiores riscos de contraíres o HIV-SIDA. Então, para mim, também acho que o sexo anal é uma causa, por isso é muito bom fazer o sexo anal com preservativo.” 28 anos de idade, 10ª classe

“A minha informação para mim é o broche, tem quando tu tens uma ferida na boca, tu fazes alguém que é seropositivo, o sangue daquele encosta nas suas feridas. Mas se tu não tens feridas na boca não contrais nada.” 18 anos de idade, 9ª classe

Num contexto dominado pela ausência de uso de lubrificante à base de água e o uso comum de lubrificantes feitos à base de materiais oleosos, existe um risco acrescido de rompimento dos preservativos, o que eleva o risco de infecção pelo HIV entre os HSH nessa situação (CDC, n.d).

Sentimentos como amor e confiança também são mobilizados para justificar o não uso do preservativo.

“Quando não tenho confiança com a pessoa que vou realizar a relação sexual nesse dia, porque às vezes é a primeira vez que me encontro com essa pessoa e não sabendo da situação, prefiro usar. Quando estou com o meu parceiro que confio, isto é, por ter a certeza que ele não me trai com outras pessoas embora há sempre um pequeno medo no fundo do coração.” 25 anos de idade, universitário

Entretanto, quando aprofundado o critério confiança, este revela-se bastante subjectivo e na prática não oferece garantias objectivas de redução do risco de

infecção.

“Com parceiros HSH uso preservativo quando é a primeira vez que nos encontramos porque ainda não temos confiança total, e quem decide é o passivo nesse caso, caso este a pessoa que é penetrada. Os parceiros HSH que não uso são os que já conheço-os há muito tempo, mesmo aqueles que tenho a certeza que não giram por aí com outras pessoas, é por confiança mesmo e quem decide neste caso somos os dois.” 25 anos de idade, universitário

A paixão, a intensidade e a incontrolabilidade do desejo e do prazer são outros argumentos usados para explicar o não uso do preservativo.

“Acho que e o não uso da camisinha, o não uso de camisinha é... prontos... acho que é mais por aí... Não há aquela coisa de, estão aí e tal de repente..., quer dizer, eu não sei se aquilo chega a ser uma animação e tal vão ao sexo, até esquecem de pôr a camisinha ou acham que se a malta querer parar ainda para usar a camisinha pá, será tarde, então preferem bater directa... Ya, pena que não posso citar nomes de pessoas que já me disseram que, sabes que eu fiz sexo com fulano mas nem pus camisinha porque hee, estávamos fortes, você não está a perceber... Nós é que barramos, mas quando o amor está forte, geralmente tu já nem chegas a pensar que, epá, agora temos que pôr camisinha ou o quê, e se tu não te dás esse cuidado...” 28 anos de idade, 10ª classe

“Só falhei duas vezes que não usei o preservativo, acho que foi o momento de tesão, então, estava muito ansioso para fazer o acto sexual, nem pensei no uso do preservativo” 19 anos de idade, 10ª classe

O facto de se considerar que o preservativo incomoda e/ou reduz o prazer sexual engrossa a lista de razões evocadas para justificar o sexo sem protecção. Outra razão mobilizada para justificar a ausência do preservativo deriva da percepção segundo a qual o lubrificante contido no preservativo seria ele próprio portador de infecções.

“...eu não gosto muito de usar o preservativo. Eu disse, não gosto, não gosto mesmo!, Não gosto. Eu já estou habituado a ter uma relação e eu não uso o preservativo assim, então, torna-se incómodo usar, então nós somos aquelas pessoas que, haaaaa, não é preciso.” 25 anos, universitário

“... dizem que não se pode usar o preservativo porque o AIDS está no preservativo. Outros dizem que não, de que o preservativo tem uns bichinhos por dentro, outros dizem que sim. Muita gente diz que...”

algumas pessoas já tentaram dizer que fizeram o teste, eu nunca fiz, de que pondo um preservativo numa chapa quente saem uns bichinhos, umas coisinhas assim epa...” 24 anos de idade, 8ª classe

A falta de confiança no preservativo ou na sua qualidade é também mencionado como um dos motivos para o seu não uso.

“Há quem não usa quando for assim anal, acha que não é preciso porque ele pensa que aquele lubrificante (do preservativo) pode vir a provocar doenças não sei quantos. Então ele acha que pode fazer o sexo anal sem usar o preservativo, então o preservativo só usa quando for a introduzir. Há pessoas que usam o preservativo só quando for para introduzir, quando for para um sexo oral não precisam... Quando vão a chupeta, acham que não é preciso... Por causa daquele lubrificante que leva o preservativo, eles acham que aquele lubrificante pode ser prejudicial” 28 anos de idade, 11ª classe

Quanto à qualidade, são mencionados casos frequentes de rompimento de certas marcas de preservativo em pleno acto sexual, o que agrega mais uma razão para justificar o não uso do preservativo.

“Bom, para mim são os que mencionei, os “Trust”, “Kamasutra”, o “Preventor”, e aquele outro que eu falei... falei de quatro, estou a me esquecer do nome agora... eu acho que são os melhores porque, porque bom, segundo sei lá o que, eu já tive trabalho com algumas pessoas, segundo sei lá acho que são as pesquisas, são preservativos resistentes, neste caso, acho que o látex usado para..., pronto, fabricar os preservativos é de qualidade, se formos a ver... Isso para mim ninguém me disse, já vi, já tirei os preservativos na mão e já vi, já vi o “Kamasutra”, e vi que realmente é consistente, e já vi... pronto, alguns outros que as marcas nem conheço por aí fora, em que essas marcas parece mesmo papel higiénico. Por exemplo, vamos falar de “Jeito”. “Jeito” é um preservativo que acho que friccionado assim sem meter no pénis já furou, então... pronto, esses outros “Trust”, dos quais eu falei... são super resistentes, dificilmente mesmo eles furam...” 33 anos, 11ª classe.

A ocorrência de prática de sexo oral e sexo anal, em particular sem o uso do preservativo, expõem os HSH ao risco acrescido de infecção pelo HIV. O predomínio da prática de relações sexuais sem o uso do preservativo, num contexto dominado pela busca de sinais como feridas ou aspectos de higiene para avaliar se o parceiro tem ou não uma ITS ou o HIV, ignora que nem sempre os sinais são visíveis. Deste modo, os HSH que adoptam esse critério para excluir o uso do

preservativo expõem-se ao risco de infecção por ITS ou pelo HIV.

Convém notar que os argumentos usados para explicar o não uso do preservativo servem apenas como desculpas e não como mecanismos explicativos das razões desse não uso. Na verdade, as pessoas mobilizam e reelaboram recursos explicativos para sustentar o não uso do preservativo, algumas vezes de forma paradoxal, como revela o exemplo que segue:

“Não tenho preferência porque não uso preservativo na minha relação por dois motivos: a minha religião, ou digo, a Igreja Católica condena o uso do preservativo e também porque mantenho relações sexuais com um único parceiro na minha vida” 35 anos de idade, Bacharel

Os relatos de rompimento de preservativos foram comuns nos depoimentos dos entrevistados, seja por serem considerados pequenos para o tamanho do pénis, ou pela ausência de lubrificantes ou ainda pelo uso em cenários que podem colaborar para o seu rompimento, por exemplo, quando estão sob efeito de álcool, ou quando colocam o preservativo no escuro e às pressas. E, quando o preservativo se rompe, existem casos em que as pessoas prosseguem com o acto, seja porque não se dão conta do ocorrido, ou porque propositadamente não têm interesse em parar o acto sexual.

“Bem, opa, eu estava no acto sexual não é, de repente depois de terminar, depois de eu ter-me vindo, quando eu tento tirar o meu pénis, sinto que afinal o preservativo tinha rompido, só foi mesmo nesse momento, ao longo do acto não senti, não senti mesmo.” 28 anos de idade, 11ª classe

Essas situações aumentam o risco de infecção entre os parceiros, ainda que tenham inicialmente adoptado uma medida preventiva, no caso o uso do preservativo. Entretanto, a ruptura do preservativo pode estar relacionada, por um lado, com a falta de uso de gel lubrificante à base de água ou ainda com a fraca habilidade para o uso correcto do preservativo.

O uso do preservativo parece encerrar a ambiguidade de optar entre busca e alcance de prazer imediato, que implica o não uso do preservativo, e a possibilidade de ficar infectado por uma ITS ou pelo HIV. Ao que os dados indicam, essa ambiguidade torna-se complexa com a evolução de um tipo de relação para outro. De facto, o tipo de relações estabelecidas tende por um lado a condicionar a percepção de risco. Assim, é comum notar que parte dos HSH que revelaram usar o preservativo faziam-no no início dos relacionamentos mas, à medida que estes fossem ficando estáveis e os parceiros passassem a guiar-se pelo princípio da confiança, o uso do preservativo reduzia, com tendência à sua supressão. O cenário de não uso de

preservativo em nome da confiança mantém-se mesmo quando existe um terceiro parceiro sexual, potencial ou real.

“... mesmo com o meu parceiro houve situações que eu não usei, foram situações em que estávamos numa cena muito fógosa percebes, e então sabes, aconteceu, mas, e não foi uma nem duas vezes, mas opa, porque eu confio nele percebes, de alguma maneira eu confio nele...” 28 anos de idade, 11ª classe

Nos relacionamentos ocasionais, os relatos mostram haver mais preocupação para o uso do preservativo. Porém, muitas vezes, a pressão do momento leva ao não uso do preservativo, seja porque o mesmo não está disponível naquele momento ou devido à percepção de intensidade do desejo sexual, o que faz com que os protagonistas se esqueçam de usar o preservativo. Contudo, houve, por um lado, aqueles que referiram usar a camisinha em todas as relações sexuais e, por outro, aqueles que referiram usá-la em todas as relações sexuais com parceiros ocasionais.

“... eu nas minhas outras relações que não sejam com o meu parceiro eu nunca deixo de usar o preservativo...” 28 anos de idade, 11ª classe

Nas relações transaccionais, alguns discursos revelam que a decisão sobre o uso do preservativo está associada à questão do papel sexual. Neste caso, muitas vezes quem desempenha o papel activo na relação apenas cumpre com os desejos e vontades da pessoa que é penetrada, ou “passivo”. Por um lado, há uma compreensão de que o parceiro que desempenha o papel activo tem a obrigação de ter sempre o preservativo consigo, e, por outro lado, a pessoa que desempenha o papel passivo tem a prerrogativa de decidir sobre o uso do preservativo.

“No meu caso quem decide o uso do preservativo é a pessoa que vai ser penetrada, digo passiva neste caso porque diz que quer ter um sexo seguro sem desconfiança para poder se soltar toda durante a relação sexual...” 25 anos de idade, universitário

Em suma, a negociação sobre o uso do preservativo encerra uma série de factores, como por exemplo, o tipo de relacionamento que existe entre os parceiros, os papéis sexuais adoptados na relação, a percepção do prazer naquela relação específica, a confiança entre os parceiros, as práticas sexuais envolvidas e a marca do preservativo.

Práticas e percepções referentes ao (não) uso do lubrificante

Num contexto de desconhecimento generalizado do gel lubrificante feito à base de água, acompanhado por uma fraca disponibilidade do mesmo, o seu uso revela-se

bastante baixo. Quando usado, o gel lubrificante é empregue essencialmente para dar mais prazer, facilitar a penetração e evitar dor durante a mesma e ainda para evitar a ocorrência de lacerações no canal anal. Os dados do estudo revelam que parte considerável dos participantes não associa o uso do gel lubrificante à protecção do preservativo, para que este não rompa durante o acto sexual, garantindo deste modo uma maior protecção aos parceiros contra infecções por ITS e pelo HIV.

“... Ah não se corre risco de contrair nenhuma doença mas sentes dores, é um acto não confortável... o lubrificante é para não sentires dores, pra o pénis entrar com facilidade, pra não aleijar.” 29 anos de idade, universitário

“... Uso de lubrificantes é mesmo para facilitar o sexo anal porque o sexo anal de natureza, o ânus é aquele, aquela parte muito apertada, e o lubrificante é mesmo para facilitar a penetração, então eu acho que é uma coisa boa...” 28 anos de idade, 11ª classe

Adicionalmente, poucos revelam usar o preservativo e o lubrificante de forma combinada, o que reforça o argumento ora apresentado. Estes dados revelam, fundamentalmente, uma fraca disponibilidade do gel lubrificante e um contexto caracterizado por um desconhecimento generalizado da sua função na redução do risco de rompimento do preservativo e por conseguinte de ITS e HIV, quando combinado com o uso do preservativo.

Outros, entretanto, revelaram não usar lubrificantes por falta de acesso ao produto, por o acharem dispensável ou desconfortável.

“Não uso o lubrificante porque cria o rompimento do preservativo... Nunca usei... Sei muito bem, feliz ou infelizmente nós nunca precisamos de usar o lubrificante... Bom, nós não usamos o lubrificante porque não houve necessidade de usar não é. O meu parceiro quando encontrei não era uma pessoa virgem, já vinha de uma relação. Então eu achei que já não era necessário usarmos o lubrificante. Bom, fala-se muito da vaselina, fala-se muito também do sabão, já ouvi falar desses dois produtos (...), nunca usei... Como disse antes, ele vinha de uma relação, para mim ele é meu primeiro amor, ele vinha de uma relação, enfim não foi necessário o uso do lubrificante da nossa parte.” 28 anos de idade, ensino médio

“Nunca usei. Já ouvi falar, mas nunca usei, não me sinto bem usando o gel. Embora facilite a penetração, para mim incomoda-me” 28 anos de idade, universitário

Os dados revelam o predomínio de fraco conhecimento sobre a necessidade e importância do uso do gel lubrificante como mecanismo de redução do risco de ruptura do preservativo e consequente aumento do risco de infecção por ITS ou pelo HIV. Porém, a função de facilitar a penetração e, consequentemente, de reduzir o risco de fissuras no tecido anal é um conhecimento bastante presente nos discursos dos entrevistados.

4.3.4 Uso de álcool, outras drogas e a (não) adoção de medidas preventivas

De um modo geral, o consumo de álcool e outras drogas é uma constante nas dinâmicas sexuais, variando o tipo de substância consumida. Os participantes do estudo revelaram o consumo de dois tipos de drogas. Por um lado, posicionam-se aqueles que consomem álcool e bebidas energéticas como *redbull*, e, por outro, aqueles que consomem drogas como *cannabis sativa*, *haxixe*, *ecstasy*, cocaína e heroína.

“Eu já experimentei vários tipos de drogas. O álcool é uma droga. Uso mais o álcool. Já experimentei suruma (cannabis sativa), o ecstasy, a chamam de pó, pó é algo que fuma-se através do nariz. Os mais são álcool, tabaco e às vezes suruma.” 19 anos de idade, 10ª classe

Alguns revelaram consumir álcool e outras drogas apenas por diversão ao passo que outros declararam que as consomem como meio para se desinibirem e se sentirem à vontade na experiência da sua sexualidade predilecta ou para serem sexualmente mais ousados.

“Agora, no seio das minhas amizades, o álcool é frequente. Muitos deles dizem que bebem para atingir os objectivos quando não conseguem lúcidos. Pela experiência dos amigos que tenho de HSH, eles dizem que o álcool acelera os desejos sexuais. Assim, quando vão ao bar, normalmente vão com esse objectivo de caçar os seus parceiros sexuais, que muitas vezes conseguem com o primeiro ou segundo copo de cerveja que aí acontece tudo mesmo sem receio que aí outros não têm tempo de usar o preservativo na hora.” 35 anos de idade, bacharel

“Uma vez que eu bebi, antes bebi, meu parceiro estava comigo ao lado, bebi, depois fomos à cama os dois. Foi algo diferente, porque você fica mais à vontade, mais selvagem, bruto e vêm mil e um desejos, loucuras na cabeça.” 19 anos de idade, 10ª classe

Segundo os participantes, sob efeito de álcool as pessoas estariam menos predispostas a usar o preservativo ou menos atentas para perceberem caso o preservativo se rompa durante a penetração. Nesses casos há grande possibilidade de prosseguirem com o acto sexual sem usarem um outro preservativo, o que os expõe a infecções sexualmente transmissíveis.

“... bebi demais que opa, aconteceu que eu tinha usado o preservativo e o preservativo rompeu e eu não me apercebi. Mas depois eu quis continuar e aí nem usei o preservativo, continuei sem... porquê, porque eu já estava muito bêbado por aí que nem me importei com mais nada e quis continuar assim, estás a ver...” 28 anos de idade, 11ª classe

Ainda que parte considerável dos participantes tenha revelado que o álcool e outras drogas podem ser usados como estimulantes e assim conduzirem ao aumento da exposição ao risco de infecção pelo HIV, a consciência dos indivíduos é fundamental para a adopção de medidas preventivas mesmo quando sob efeito destas substâncias.

“... agora para mim a marijuana (cannabis sativa) eu vejo como um pequeno estimulante que eu uso muito de vez em quando. Eu até posso comparar a marijuana com o álcool. Do mesmo modo que eu consumo o álcool, é o mesmo modo que eu consumo marijuana. É um estimulante básico que para mim só se perde quem quer se perder, eu não preciso de marijuana por exemplo nos meus dias normais de vida...” 28 anos de idade, 11ª classe

4.3.5 Comunicação, violência, informação e direitos

Os participantes revelam possuir mecanismos de comunicação bastante efectivos entre si. Os contactos são feitos com apoio de telemóveis, comunidades virtuais e *chats* televisivos. Os mesmos servem de espaço para fazer amizades e marcar encontros com muita facilidade, conforme já apontado em secção anterior deste relatório. Entretanto, com a mesma facilidade que se fazem amizades e se marcam encontros, os HSH expõem-se a riscos de violência de todos os tipos, facto agravado por ser um tipo de interacção onde não se conhece previamente o interlocutor.

Certos encontros fortuitos podem expor os HSH a roubos e à violência física. E o facto de o agressor saber que a vítima não terá coragem de denunciar os detalhes sobre a circunstância em que tenha ocorrido a cena, torna a vítima ainda mais vulnerável. Neste contexto, a vítima normalmente não tem como ver reparados os danos sofridos dado que fica constrangido de meter queixa junto aos órgãos competentes.

“Já fui vítima de violência. Um desses dias saí para divertir-me. Encontrei um tipo que convidou-me para casa dele. Chegamos lá, ficamos nuns copos e de repente ele tira uma faca e esfaqueia-me. Eu consegui fugir e caí perto do meu carro. As pessoas que estavam a passar levaram-me para o hospital, onde fui tratado e fiquei de baixa... não fui à polícia porque tinha medo.” 44 anos de idade, 6ª classe

Para além de espaços privados, a violência é mencionada como acontecendo também em espaços públicos.

“Na parte da violência verbal já sofri alguns insultos. Eu a andar na rua apontavam-me e isso irritava-me bastante mas depois não levava em consideração esse tipo de caso. Na minha pessoa nunca sofri violência física mas eu soube de casos de alguém que foi agredido numa das discotecas daqui da nossa cidade mas não posso citar... que ele estava a dançar, estava bem carregado de álcool, três moços boçais aproveitaram-se do estado em que ele estava e levaram-lhe para o carro e violaram-no os três, mas ele tinha gostado de um deles nos três e depois de lhe violarem retiraram-lhe do carro e deixaram-lhe estatelado no chão e saíram do carro.” 28 anos de idade, ensino médio

Os cenários de violência potenciam os riscos de infecção pelo HIV, assim como problemas de ordem psicológica, como insegurança, baixa auto-estima, depressão e medo. Dois grupos específicos de HSH emergem como altamente vulneráveis em contextos de violência, nomeadamente “meninos na rua” e indivíduos em contextos de serviço militar ou reclusos do sistema prisional Ambos os grupos são mencionados como experimentando cenas de práticas de sexo anal, algumas das quais de tipo coercivo e violento. Contudo, estes grupos não foram objecto deste estudo e mais informação e evidências são necessárias para aprofundar esta questão.

4.3.6 Uso de serviços de saúde, presença e tratamento de ITS e testagem de HIV

De um modo geral, os entrevistados manifestaram algum desagrado relativamente aos serviços de saúde., uma vez que estes serviços não provêm informação suficiente sobre as suas necessidades de saúde e, com alguma frequência, adoptam abordagens “moralistas de cunho religioso”. Este tipo de atitude por parte dos provedores de saúde resulta na falta de informação adequada sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Essas situações reduzem a possibilidade de os HSH adoptarem medidas preventivas

mais apropriadas num contexto onde as experiências com ITS foram frequentemente mencionadas.

“Primeiro meti-me com uma mulher, não usei preservativo porque procurei o preservativo nas cabeceiras e não achei. Ela acabou dizendo vamos usar. Eu disse não, eu não quero preservativo, não achei o preservativo. Eu estava aflito e não tinha como, fiz sexo com ela. Depois de uma semana, eu me apercebi que sentia comichão, mas não era bem comichão. Eu mijava e o meu pénis ficava a doer. Eu me perguntei o que seria isto. Então foi quando perguntei a um amigo e ele disse “tens que ir ao hospital”. Fui ao hospital, deram comprimidos e uma injeção e era uma vez. Mas após os comprimidos tudo passou.” 24 anos de idade, 9ª classe

De um modo geral, e apesar de inúmeras referências a experiências com ITS, os participantes do estudo revelam fraco conhecimento sobre as mesmas. Alguns dos participantes acham que são as ITS que provocam a SIDA. Parte deles não sabe dizer correctamente onde tratar as ITS. Outros acham que o facto de existir tratamento para as ITS torna-as um problema menos preocupante.

“DTS são infecções de transmissão sexual que têm cura mesmo aqui em Moçambique. Por isso não há motivos de muito desespero quanto a isso”. 35 anos de idade, bacharel

Para além de esta percepção poder ser indicativa de busca de cuidados de saúde, ela revela, por outro lado, haver algum relaxamento em relação às medidas preventivas. Ou seja, alguns HSH descumem de medidas de prevenção de ITS pelo facto de existir tratamento para as mesmas.

Outros participantes associam corrimentos e feridas nos órgãos genitais à feitiçaria, não indo deste modo às unidades sanitárias para o seu tratamento. Este cenário agrava o risco de as pessoas desenvolverem problemas de saúde sexual e reprodutiva, que podem efectivamente elevar a manutenção de infecções por ITS não tratadas bem como o risco de infecção pelo HIV.

O desconhecimento dos sinais e sintomas de ITS, bem como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte dos HSH, afastam-nos dos serviços públicos, em particular. Como consequência, as pessoas recorrem à automedicação, logo não incluem seus parceiros(as) no tratamento. Esta situação leva à contínua propagação das ITS entre os HSH bem como entre a população em geral, considerando as pontes que ligam os dois grupos.

“... já tive um problema de furúnculo, só que eu fiquei com medo de ir ao médico. Acabei por ir, só que o furúnculo havia baixado, só que fiquei com uma sequela do furúnculo...” 25 anos de idade, universitário

Adicionalmente, a percepção segundo a qual as ITS, em virtude de terem tratamento, não constituírem um problema, aumenta o risco de reinfecções e complicações associadas.

Quanto à testagem do HIV, há ambiguidades entre as razões mencionadas para a não realização do teste e as dinâmicas que orientam as relações sexuais dos participantes do estudo. Com efeito, os participantes revelaram não se submeterem ao teste por confiarem no parceiro, ao mesmo tempo que revelaram ter vários parceiros e usarem o preservativo de forma inconsistente. As práticas de sexo oral e do sexo anal, em particular, sem o uso do preservativo e envolvendo vários parceiros cujo estado de seropositividade é desconhecido expõem os HSH a um risco acrescido de infecção pelo HIV.

4.3.7 A “ponte” entre HSH e população em geral

Existe uma ligação sexual entre HSH e a população em geral. Ou seja, as redes de trocas sexuais dos HSH comunicam-se e sobrepõem-se às redes de trocas sexuais da população em geral. Essa ligação resulta do facto de que parte dos HSH, para além de manterem relações sexuais com outros homens, fazem-no também com mulheres. Essas mulheres podem ser esposas, namoradas, prostitutas ou outras parceiras ocasionais. Estas relações mistas podem ser simultâneas ou alternadas ao longo de curtos espaços de tempo.

“Eu sou casado com uma mulher, eu sou um (homossexual) periódico. Posso ficar dois a três meses sem ter relações sexuais com um homem. Quando sinto essa necessidade, tenho. Outras vezes sinto necessidade de ter relações sexuais com uma mulher, quando sinto essa necessidade, tenho. Acabo de terminar recentemente um relacionamento com um homem que vive em Massinga, é casado e tem filhos. Não é fácil ter um relacionamento fixo, as pessoas são muito interesseiras” 44 anos de idade, 6ª classe

“Continuo (a manter relações sexuais com mulheres)... Bom, são duas coisas diferentes, yaa... então não sei como explicar detalhadamente, mas são duas coisas totalmente distintas: fazer amor com homem e fazer amor com mulher. Para mim são coisas totalmente distintas. São incomparáveis. Talvez porque é psicológico, não é. Porque só de saber que estou com um homem, meu comportamento já é outro e só de saber

que estou com uma mulher, eu também me comporto de uma outra maneira...” 27 anos de idade, 12ª classe

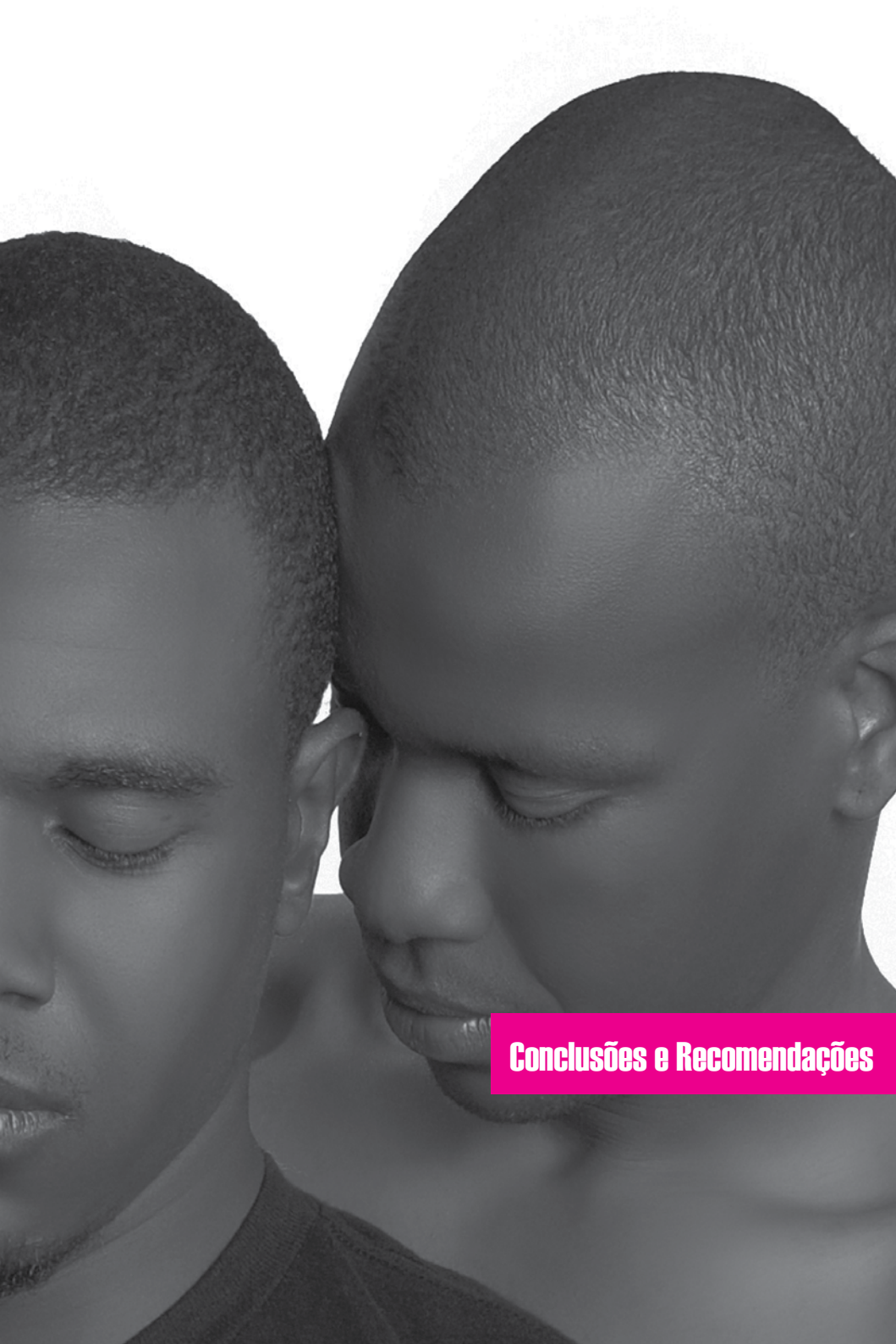
Os dados disponíveis indicam que parte das parceiras dos HSH sabe que eles praticam relações sexuais com outros homens, mas há também outras que não sabem disso. Considerando que a confiança é assumida como motivo para não uso do preservativo, então pode-se inferir que os HSH nessas circunstâncias não o usam nem com as suas parceiras sexuais nem com os seus parceiros sexuais, o que eleva a sua exposição ao risco de infecção.

“... se a parceira dele que é a mulher envolve-se com alguém que tem aquilo aí, logicamente que eu também vou ter, percebes...” 25 anos, universitário

Programas que não levam em consideração as necessidades dos HSH contribuem para conhecimento deficiente e para o baixo índice de uso de medidas preventivas no grupo. Os programas existentes não incluem informação específica sobre os riscos do sexo anal e do sexo oral, bem como não garantem a distribuição ampla de lubrificantes à base de água. O facto de alguns participantes pensarem que a transmissão do HIV ocorre exclusivamente através da penetração vaginal desprotegida, aumenta as possibilidades dos HSH e outras pessoas que praticam sexo anal não adoptarem medidas preventivas nestas relações.

O facto de o contexto social pressionar os HSH a ocultarem suas práticas e, algumas vezes, a terem que manter relacionamentos heterossexuais, leva a que este grupo não fale abertamente dessas práticas ou não adopte medidas preventivas. Essa situação agrava-se quando os HSH se vêem privados ou forçados a afastarem-se dos serviços de saúde com medo de hostilização. Num contexto onde os HSH constituem uma “ponte” entre o próprio grupo e a população em geral, o alto risco de infecção que caracteriza grupo pode ser traduzido numa taxa elevada de transmissão para a população em geral.

Apesar de a Associação Lambda difundir informação específica para HSH e também da disponibilidade de informação via canais internacionais de televisão e *internet*, pode-se concluir que a maior parte desta população carece de informação específica sobre práticas de risco, fontes de concentração do HIV, vias e formas de transmissão do vírus e respectivos mecanismos de prevenção.



Conclusões e Recomendações

5. Conclusões e recomendações

De um modo geral, pode-se afirmar que os HSH na Cidade de Maputo estão em alto risco de infecção pelo HIV devido aos comportamentos de risco e aos factores contextuais que colaboram para uma maior vulnerabilidade de exposição ao HIV. O estudo identificou os comportamentos de riscos e os factores contextuais que colocam os HSH vulneráveis à infecção pelo HIV. No entanto, esses comportamentos de risco e contextos de vulnerabilidade são também partilhados por outros grupos não sendo exclusivos dos HSH.

De facto, os programas de prevenção, as estratégias e as acções de controlo de ITS e de HIV revelam-se ineficientes para fazer face às necessidades dos HSH, o que contribui para a manutenção das situações de vulnerabilidade que atingem este grupo. De um modo geral, os programas e acções em curso não incluem informação sobre riscos de transmissão e mecanismos de prevenção específicos para as práticas de sexo oral e sexo anal. Também não incluem informação específica sobre os fluidos corporais de concentração do HIV, nem o processo pelo qual a infecção ocorre. Mais ainda, esses programas não fornecem informação sobre a importância de lubrificantes e tampouco os fornecem como materiais de prevenção para os HSH, à excepção da Associação Lambda, não obstante esta ter ainda uma actuação limitada em termos de cobertura.

A essa fragilidade dos programas, associa-se o contexto social que é pouco favorável aos HSH, e algumas vezes até mesmo hostil. Nesse contexto, os HSH são obrigados a manterem a sua sexualidade oculta por receio da pressão, agressão ou marginalização social. Como consequência, eles ficam privados de possibilidades de demandar informação e serviços de saúde que contemplem suas especificidades e necessidades.

Como forma de reduzir os riscos e a vulnerabilidade dos HSH e potenciar a prevenção entre os HSH, com implicações para a prevenção entre população em geral, urge adoptar algumas acções cujas linhas são apresentadas a seguir:

Priorizar estratégias e intervenções abrangentes em termos etários, geográficos e identitários

Ainda que o presente estudo incluiu um grupo de participantes pertencentes a uma larga faixa etária, está claro que as intervenções deverão focar as faixas etárias mais jovens. Devido a questões de carácter ético, indivíduos com idade abaixo dos 18 anos não foram incluídos no estudo, mas estes não devem ser ignorados uma vez que existem relatos de envolvimento de HSH menores de 18 anos. Considerando

que os HSH na Cidade de Maputo fazem parte de uma rede de sociabilidade que se estende por outras partes da província, do país bem como de outros países, as intervenções devem prever a necessidade de complementaridade e articulação com outras intervenções em curso.

Estas intervenções, de maneira geral, deverão levar em conta a heterogeneidade em termos identitários que caracteriza a população de HSH. Isto é, para garantir a efectividade das acções, os programas deverão promover a disseminação de informação e serviços abrangentes a todos os homens que fazem sexo com homens, e não apenas àqueles socialmente visíveis.

Complementar e ampliar o alcance das estratégias e intervenções em curso

As estratégias de intervenção deverão capitalizar as instituições que já vêm trabalhando na disseminação de informação sobre ITS e HIV e disponibilização de materiais de prevenção para a população. Preferencialmente, as informações disseminadas pelas várias organizações (Associação Lambda, Ministério da Saúde, CNCS, ONGs, OBCs, Farmácias, etc.) deverão adoptar uma perspectiva de complementaridade para evitar informações incongruentes.

Considerando o alto grau de escolaridade do grupo, as intervenções poderão privilegiar informação escrita, em forma de folhetos e manuais de bolso. Levando-se em conta os efeitos do estigma e da discriminação que impedem muitos HSH de viverem abertamente suas orientações sexuais, os materiais de comunicação deverão privilegiar formatos pequenos que possam ser facilmente carregados pelos beneficiários. Adicionalmente, poderão ser produzidos materiais em formato áudio e televisivo, e disseminados por via dos órgãos de comunicação social no país.

A informação a ser disseminada deverá fornecer conhecimentos específicos sobre práticas sexuais e seus respectivos riscos de infecção pelo HIV ou ITS. Esta estratégia será útil porque fornecerá informação a todas as pessoas que adoptam determinada prática de risco, mesmo que não se identifiquem como HSH. Importa privilegiar informação que capacite as pessoas a compreenderem os riscos específicos associados às práticas sexuais específicas.

Considerando ainda que os HSH têm alguns locais e ocasiões específicas para socialização, esses espaços poderiam ser capitalizados para disseminar informação e materiais de prevenção. De entre esses espaços destacam-se restaurantes, bares e discotecas, espectáculos e praia. De forma complementar, são ainda de considerar grupos de amizade baseados na *internet*, *chats* na *internet* e nos canais nacionais de

televisão, e ainda os serviços de SMS (Short Message Service) por via do telemóvel ou outras tecnologias de informação que deverão necessariamente ser utilizadas para disseminação de informação e estímulo à prevenção. Em função dos cenários de discriminação predominantes no nosso país, material e insumos expostos em locais públicos poderiam constrianger parte dos HSH a acederem aos mesmos.

Recomenda-se também que sejam desenvolvidas intervenções específicas entre militares, prisioneiros e “meninos de rua”, alguns dos quais vivem contextos de violência sexual e relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo.

Apostar no alargamento e no aprofundamento dos conteúdos disseminados

Os conteúdos a serem disseminados no âmbito da estratégia de intervenção deverão capitalizar os conhecimentos e práticas preventivas que os HSH vêm adoptando. Os mesmos deverão, sempre que seja possível e relevante, adoptar a mesma linguagem usada no seio do grupo. De entre os conteúdos a disponibilizar, destacam-se: os fluidos corporais onde há concentração do vírus, as práticas que oferecem riscos para a transmissão do HIV e de ITS, incluindo sexo anal e oral. Deverão ainda considerar conteúdos que revelem as medidas de prevenção e redução do risco de infecção para cada prática de risco, e a correcção de informação equivocada que circula no seio dos HSH como, por exemplo, que só é possível ocorrer a transmissão do HIV nas relações heterossexuais ou da penetração vaginal desprotegida.

Adicionalmente, deverá ser fornecida informação sobre os sinais e sintomas de ITS, bem como a necessidade de dirigir-se imediatamente à unidade sanitária mais próxima assim que eles surjam, para efeitos de diagnóstico e tratamento adequado, tanto para a pessoa afectada quanto para seu(s) parceiro(s) ou sua(s) parceira(s).

Também deverão merecer destaque os conteúdos relativos ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, aos factores que influenciam os processos de negociação do uso do preservativo, aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas e à importância da frequência aos serviços de aconselhamento e testagem.

Os conteúdos a serem disseminados deverão incluir a necessidade de ter sempre o preservativo disponível em todas as situações, bem como o conhecimento da forma correcta de usá-lo. A informação deverá promover o uso combinado de gel lubrificante à base de água e do preservativo, explicitando a importância desse lubrificante para a redução do risco de rompimento do preservativo e consequente prevenção de ITS e do HIV. Deverá ainda ser disponibilizada informação sobre o uso apropriado do gel lubrificante à base de água e sobre as consequências derivadas

do uso de lubrificantes inapropriados.

Quanto aos materiais de prevenção, a informação a ser disponibilizada deverá corrigir informação incorrecta que propala o preservativo e o gel lubrificante como portadores do vírus. Deverá, ainda, ser enfatizada a necessidade de substituição imediata do preservativo que eventualmente se rompa durante o acto sexual, explicitando os riscos que derivam desta situação, bem como os riscos associados ao uso simultâneo de dois preservativos.

Além disso, deverão ser disseminadas informações sobre a importância de aceder aos serviços de aconselhamento e testagem para detecção do HIV, bem como os locais e as condições adequadas para a testagem.

■ Implementar programas de prevenção baseados na estratégia de educação de pares

Para se permitir que a informação esteja acessível a todos os HSH, é fundamental que sejam adoptadas estratégias de educação de pares como a metodologia principal para a operacionalização das estratégias de prevenção. Considerando os cenários de fraca visibilidade social desta população, é necessário que a informação correcta sobre os riscos de infecção e sobre as práticas adequadas para prevenção circule nas redes de sociabilidade que existem entre os HSH. Para tanto, programas baseados na metodologia de educação de pares, onde os próprios HSH são capacitados para disseminar a informação e materiais de prevenção nas suas redes de sociabilidade e desempenhar um papel de liderança na promoção da prevenção do HIV, devem ser privilegiados.

Por meio desta estratégia, é fundamental considerar o desenvolvimento de capacidades e habilidades entre os HSH para negociarem a adopção de medidas preventivas com os seus parceiros, em particular aqueles envolvidos em relações transaccionais ou que tenham vários parceiros e parceiras sexuais.

■ Aumentar a disponibilidade e o acesso aos materiais e insumos de prevenção

Embora a maior parte dos HSH participantes do estudo tenha considerado que os preservativos são acessíveis, o mesmo não se verifica em relação ao conhecimento e acessibilidade ao gel lubrificante à base de água. Os participantes que têm acesso a este material, têm-no junto à Associação Lambda exclusivamente. Deverá ser ampliada a informação de que o gel lubrificante à base de água pode ser adquirido nas farmácias do país. Também deverão ser aumentadas as oportunidades e

mecanismos de acesso a este produto gratuitamente, no âmbito das estratégias de intervenção a serem desenvolvidas.

■ Realizar pesquisas e estudos adicionais

Para aprofundar ainda mais o conhecimento que se tem sobre este grupo e sua relevância na epidemia do HIV, é fundamental que seja realizado um estudo amplo que investigue as taxas de prevalência do HIV e de outras ITS entre os HSH, para poder traçar comparações com a população em geral ou com outros grupos populacionais específicos. Um estudo desta natureza poderia contribuir para um conhecimento mais aprofundado das dinâmicas da epidemia, oferecendo maiores subsídios para as intervenções na área de prevenção.

É também fundamental compreender as habilidades dos provedores de serviços de saúde para lidar com direitos sexuais e saúde sexual e reprodutiva dos HSH, sem nenhum tipo de discriminação quando atenderem a este público.

Outras questões-chave que poderiam ser futuramente exploradas incluem:

- Os modos de efectivação das pontes de ligação entre HSH e a população em geral, para melhor compreensão das redes sexuais por onde circula o vírus.
- As razões que levam ao uso inconsistente do preservativo, associadas a questões de confiança, identidades, poder de negociação e outros factores de vulnerabilidade e eventuais modalidades de superação destas barreiras.
- Os desafios enfrentados pelos HSH que são seropositivos e que convivem com a SIDA.

■ Promover e proteger os direitos dos HSH

Qualquer intervenção em saúde só pode ter sucesso se os sujeitos beneficiários estiverem em pleno gozo de seus direitos.

Conforme ilustrado, situações de discriminação e falta de protecção foram apontadas pelos participantes como alguns dos condicionantes que limitam a disponibilidade de informação e de insumos de prevenção, a adopção de medidas preventivas e o uso dos serviços de saúde. Neste contexto, recomenda-se a promoção de acções que garantam a protecção do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos dos HSH. As

políticas e serviços de saúde, em particular, deverão ser abrangidos por intervenções nesse sentido.

Essas acções deverão estar voltadas para o público em geral e instituições de prestação de serviços de saúde, em particular, junto das quais deverá ser promovida a melhoria das habilidades e competências técnicas e de acolhimento para lidar com questões de saúde sexual e reprodutiva a partir do marco ético dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, evitando assim situações de discriminação e reprodução dos estigmas.

6. Referências Bibliográficas

Agoramoorthy, G. & M. J. Hsu (2007) “Discriminação a homossexuais na Índia e consequências à saúde”, *Revista de Saúde Pública*, 41 (4): 657-660.

Amaral Madureira, A. F. & A. M. C. Uchôa de Abreu Branco (2007) Identidades Sexuais Não-hegemônicas: Processos Identitários e Estratégias para Lidar com o Preconceito”, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (1): 081-090.

Andrade, S. M. O. *et al.* (2007) “Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS”, *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2): 479-482.

Antunes, M. C. (2005) “Territórios do desejo e de vulnerabilidade ao HIV: Homossexualidades masculinas em São Paulo”, *IX Seminário de Pesquisa*, 16-18 de Novembro de 2005.

Ayres, J. R. C. *et al.* (1997) “Vulnerabilidades e Prevenção em tempos de AIDS”. In: R. Barbosa.e R. Parker (org.) (1999) *Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidade e Poder*. Rio de Janeiro: Editora 34. pp.

Bagnol, B. (1996) *Diagnóstico da Orientação Sexual em Maputo e Nampula*. Maputo: Embaixada do Reino dos Países Baixos.

Baral, S. *et al.* (2007) “Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: A systematic review”, *PLoS Med*, 4 (12): ???-339.

Beyrer, C. (2008) Hidden yet happening: the epidemics of sexually transmitted diseases among men who have sex with men in developing countries, *Sexually Transmitted Infections*, 84: 410-412.

Beyrer, C., G. Trapence, F. Motimedi *et al.* (2009) HIV prevalence, risks for HIV infection and human rights among men who have sex with men: Malawi, Namibia and Botswana. *XVI Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Montreal: Canada. Abstract W-172.

Burrell, E., D. Mark, S. Baral *et al.* (2009) *Comparison of sexual risk behaviours and HIV prevalence between urban and peri-urban men who have sex with men in Cape Town, South Africa*. Disponível em http://www.msmandhiv.org/documents/inv_post_capetown.pdf (Acessado em 1 de Julho de 2009).

Cáceres, C., K. Konda, M. Pecheny, A. Chatterjee & R. Lye (2006) “Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries”,

Sexually Transmitted Infections, 82: iii3-iii9.

Cáceres, C. F., K. Konda, E. R. Segura & R. Lierla (2008) "Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003-2007 estimates", *Sexually Transmitted Infections*, 84 (Suppl D): i49-i56.

CDC. (n.d.) . Condom Fact Sheet in Brief. Disponível em <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>. (Acessado em 18 de Outubro de 2009)

CNCS (1999) *Plano Estratégico de Combate ao SIDA*. Maputo.

CNCS (2004) *Plano Estratégico de Combate ao SIDA-PEN II*. Maputo.

CNCS & UNAIDS (2009). *Mozambique Modes of HIV Transmission and HIV Prevention Study*. Maputo. (preliminary report)

Colosio, R. (2007) "Prevenção de infecção pelo HIV por intermédio da utilização do grupo operativo entre homens que fazem sexo com homens, São Paulo, Brasil", *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (4): 949-959.

DAA-UEM (2008) *Relatório do estudo diagnóstico sobre o HIV e o SIDA na UEM*. Maputo

Farmer, P. (1992) *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

Fernández-Dávila, P. (2009) "The Non-sexual Needs of Men that Motivate them to Engage in High-Risk Sexual Practices with Other Men", *Fórum: Qualitative Social Research*, 10 (2): pp.

Ferraz, E. A., C. Schwenck & I. Quental (2004) "Homens que fazem sexo com homens: vulnerabilidades a partir de comportamentos sexuais", Trabalho apresentado no *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambu, MG, Brasil, 20-24 de Setembro de 2004.

Funari, S. L. (2003) "Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens", *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (6): 1841-1844.

Gondim, R. C. & L. R. S. Kerr-Pontes (2000) "Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza", *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 38 (3): 1-3.

Halperin D. (1999) Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, Part I, *AIDS Patient Care STDS*, 13: 717–730.

Halperin, D. (2008). *Porquê que a prevalência do HIV é tão elevada na África (Austral)? O que funciona (e o que não funciona) para prevenção da SIDA?*. Presentation, Maputo, June 2008.

Harter Griep, R., C. L. França Araújo & S. Maria Batista (2005) “Comportamento de risco de infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil”, *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14 (2): 119 - 126.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2007) *3º Recenseamento Geral da População e Habitação*. Disponível em http://www.ine.gov.mz/home_page/censo2007 (Acessado em 10 de Junho de 2009).

Johnston, L., M. Dahoma, A. Holman *et al.* (2008) HIV infection and risk factors among men who have sex with men in Zanzibar. *AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference*. Mexico City: Mexico. Abstract A-072-0201-12080.

Kajubi, P. *et al.* (2008) “Gay and Bisexual Men in Kampala, Uganda”, *AIDS and Behaviour*, 12: 492-504.

Lane, T. *et al.* (2009) “High HIV Prevalence Among Men Who have Sex with Men in Soweto, South Africa: Results from the Soweto Men’s Study”. *AIDS Behaviour*. DOI 10.1007/s10461-009-9598-y.

MISAU (1988) *Plano de 3 anos: 1988-1990*. Maputo: Programa Nacional de Combate ao SIDA. Maputo: MISAU.

Ninan, E. *Regional Workshop on HIV/AIDS and Vulnerable Populations*. Presented at the AIDS Campaign Team for Africa, World Bank, 11-13 March 2009.

Onyango-Ouma, W. *et al.* (2005) Understanding the HIV/STI risks and prevention needs of men who have sex with men in Nairobi, Kenya. *Horizons Final Report*. Washington DC: Population Council.

Reddy, V., T. Sandfort & L. Ripe (2009) *From Social Silence to Social Science – Same-Sex Sexuality, HIV&AIDS and Gender in Southern Africa*. Pretoria: HSRC, 288p.

Rios, L. F. (2003) “Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de

Janeiro”, *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Supl. 2): S223-S232.

Sanders, E. J, S. M. Graham, H. S. Okuku *et al.* HIV-1 Infection in high risk men who have sex with men in Mombasa, Kenya, *AIDS*, 21: 2513-2520.

Smith, A. *et al.* (2009) Men who Have Sex with Men and HIV&AIDS in sub-Saharan África. *The Lancet*. DOI:10.1016/s0140-6736 (09) 6118-1.

Terto Jr., V. (2002) “Homossexualidade e Saúde: Desafios para a Terceira década de epidemia de HIV/SIDA”, *Horizontes Antropológicos*, 8 (17): 147-158.

Umar, E., G. Trapence, W. Chibwezo *et al.* (2008) A cross-sectional evaluation of the HIV prevalence and HIV-related risks factors of men who have sex with men in Malawi. *AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference*. Mexico City: Mexico. Abstract A-072-0130-10017.

UNAIDS (1998) *Expanding the Global Response to HIV/AIDS through focused action: Reducing Risk and Vulnerability, Definitions, Rationale and Pathways*, Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2005) *Men who have sex with men, HIV prevention and care*. Report of a UNAIDS stakeholder consultation. Geneva, 10-11 November 2005.

UNAIDS (2007) *A Framework on Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-at-Risk Populations*. UNAIDS, 96p.

UNAIDS (2009a) *Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Geneve: UNAIDS.

UNAIDS (2009b) *Analysis of HIV Prevention Response and Modes of HIV Transmission. The UNAIDS - GAMET Supported Synthesis Process*. Disponível em http://www.unaidsrtesa.org/files/MoT_0.pdf (Acessado em 20 de Julho de 2009).

Weeks, J. (2007) “O corpo e a sexualidade”. In: G. Louro (org.) *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica. pp.35-82.

Zulu, K. *et al.* (2006) Understanding HIV risk behaviour among men who have sex with men in Zambia. *AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference*. Toronto: Canada. Abstract WEPE0719.

lambda 

 **Pathfinder**
INTERNATIONAL
MOÇAMBIQUE

