



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Bessa Ribeiro, Fernando; Sacramento, Octávio

A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no
Nordeste de Portugal

Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 510-522

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263654013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal¹

Screening for HIV/AIDS: public health and motivations of quick test users in Northeast Portugal

Fernando Bessa Ribeiro

Doutor em Ciências Sociais. Professor da Escola de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Pesquisador integrado do Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho.

Endereço: Rua Dr. Manuel Cardona, 5000-558, Vila Real, Portugal.
E-mail: fbessa@utad.pt

Octávio Sacramento

Mestre em Sociologia. Assistente da Escola de Ciências Humanas e Sociais Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Assistente de investigação do Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Endereço: Rua Dr. Manuel Cardona, 5000-558 Vila Real, Portugal.
E-mail: octavsac@utad.pt

¹ A pesquisa foi financiada pelo VIH Portugal (www.vihportugal.org/), cabendo a coordenação geral a Marta Maia, do Centro em Rede de Investigação em Antropologia.

Resumo

O artigo analisa a adesão dos cidadãos ao teste rápido de despistagem do VIH no Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/sida (CAD) da cidade de Bragança (Nordeste de Portugal). Em concreto, procura-se examinar o papel do diagnóstico rápido na luta contra a infeção pelo VIH/sida no quadro do sistema público de saúde português, compreender as circunstâncias subjacentes à procura do serviço e interpretar as percepções e práticas dos utentes do CAD objecto desta pesquisa. Em termos metodológicos, tratou-se de um estudo de caso assente em inquirição etnográfica, articulando observação direta, diálogos informais e entrevistas, a que se associou uma extensa pesquisa documental e estatística. Os resultados apurados permitem afirmar que o teste rápido proporcionou um contributo muito positivo para a luta contra a infeção pelo VIH/sida, facilitando o acesso dos cidadãos ao conhecimento praticamente imediato do seu estado serológico e melhorando o seguimento destes por parte dos técnicos de saúde. A chamada “dissipação da incerteza”, na sequência de uma situação de risco, é o principal motivo que leva os utentes a realizar o teste rápido. **Palavras-chave:** Comportamentos Sexuais de Risco; VIH/sida; Informação; Anonimato; Teste Rápido.

Abstract

The article examines the adherence of citizens to the quick test for HIV in the Counseling and Early Detection of HIV/AIDS Center (CAD), in the city of Bragança (Northeast Portugal). Specifically, it seeks to examine the role of a fast diagnosis in the fight against AIDS within the Portuguese public health system, to understand the circumstances underlying the demand for the service and to interpret the perceptions and practices of CAD users. In terms of methodology, it was a case study based on ethnographic inquiry, linking direct observation, informal conversations and interviews, which was associated with extensive documental and statistic research. The results obtained allow us to state that the quick test gave a very positive contribution to the fight against HIV/AIDS infection, facilitating citizen access to knowledge of their serological status almost instantly and improving their follow-up by health technicians. The so-called “dissipation of uncertainty”, following sexual risk behavior, is the main reason that leads users to perform a quick test.

Keywords: Sexual Risk Behaviors; HIV/Aids; Information; Anonymity; Quick Test.

Introdução

O teste rápido do VIH/sida veio alterar de modo significativo a gestão do tempo, das incertezas e das angústias decorrentes de comportamentos de risco epidemiológico, facilitando o acesso dos indivíduos ao diagnóstico do seu estado serológico e, consequentemente, a deteção precoce e medicação atempada da infeção. Em Portugal esse tipo de testagem começou a ser introduzido em 1998, por iniciativa da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (Cnsida). Nessa época existiam no país apenas dois centros deste tipo, ambos em Lisboa. Com o intuito de assegurar a difusão da testagem do VIH começaram, gradualmente, a ser implementados Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH/sida (CAD) em todo o território português.

Assumindo que o diagnóstico e os cuidados de saúde precoces constituem um dos grandes desafios da estratégia de despistagem do VIH (e controlo da infeção), neste artigo procuramos analisar as circunstâncias e as motivações subjacentes à procura do CAD de Bragança para efetuar o teste rápido. Em concreto, pretendemos: (i) caracterizar os utentes do CAD de Bragança; (ii) avaliar os seus conhecimentos, muito em particular sobre a prevenção e a despistagem do VIH; (iii) perceber como os conhecimentos e as crenças sobre a doença poderão condicionar a percepção do risco e a decisão de fazer o teste; (iv) compreender a relação entre algumas circunstâncias de expressão da sexualidade, com destaque para as que se relacionam com o sexo desprotegido, e as dimensões subjectivas mais íntimas (medos, anseios, fantasmas, dilemas) subjacentes à decisão de fazer o teste rápido.

As reflexões que aqui desenvolvemos decorrem de uma investigação assente numa abordagem qualitativa que teve como instrumento fundamental a entrevista semiestruturada, aplicada a utentes que mostraram disponibilidade para colaborar, complementada com os dados estatísticos fornecidos pelo CAD de Bragança. Essa investigação foi realizada a pedido do VIH Portugal. Tal solicitação não deixa de exprimir, por parte da sociedade civil organizada que atua no domínio da luta contra a infeção pelo VIH/sida, o reconhecimento da importância dos estudos elaborados pelos cientistas sociais para o conhecimento da doença e de todos os aspectos

a ela associados, incluindo os que se relacionam com o diagnóstico precoce. Por outras palavras, as pesquisas socioantropológicas sobre a infecção pelo VIH/sida constituem um recurso fundamental e incontornável para uma leitura densa da doença, tornando evidente as suas dimensões sociais, e para a própria formulação de políticas públicas nesse campo.

Diagnóstico do VIH: serviço público de saúde, teste rápido e envolvimento dos cidadãos

A infecção pelo VIH/sida produz uma constelação muito vasta de questões e dilemas sociais. Do ponto de vista social, e na esteira de Whiteside (2008), o modo como a doença se espalhou exprime as fraturas e as desigualdades que caracterizam as nossas sociedades. Atinge com especial virulência os mais pobres, desde os povos indígenas do Canadá, passando pelos utilizadores de drogas em Dublin (ou em qualquer outra cidade europeia) ou nações inteiras, como o Malawi e a Suazilândia.

Em termos de saúde pública, essa doença coloca sob exame os serviços públicos de saúde, implementados no quadro do Estado-providência², de uma forma que talvez nenhuma outra é capaz de fazer. Ela convoca a discussão política e a participação dos cidadãos, mormente no domínio da prevenção, destacando e mesmo acentuando inúmeras clivagens ideológicas³. Mas, ao mesmo tempo, contribui

fortemente para reforçar a legitimidade política e social da saúde enquanto bem público, considerando nomeadamente que as respostas à infecção devem ser ancoradas na ação pública dos Estados em articulação com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Face a uma doença com custos económicos muito elevados, atingindo de forma severa doentes pobres e em situação de marginalização social mais ou menos acentuada, como acontece com os toxicodependentes, só o sistema público de saúde reúne as condições adequadas para garantir os meios e o acesso aos tratamentos de todos os cidadãos sem discriminação ou exclusão. E, por outro lado, articular políticas sociais e de prevenção que possam dar profundidade e eficiência à luta contra o VIH/sida.

O teste rápido é mais um exemplo da ação pública tendo em vista o controlo da infecção, tanto mais eficaz quanto maior for a participação dos cidadãos sob a forma de adesão voluntária ao procedimento. Ainda que constitua uma outra possibilidade para os indivíduos conhecerem o seu estado serológico, tem um alcance mais vasto, inscrevendo-se indiscutivelmente no campo da prevenção em prol da redução dos riscos de contágio. Tem sido aplicado nos mais diversos países, quer centrais, quer periféricos, com resultados relevantes no referido domínio da prevenção e sensibilização dos cidadãos para a infecção pelo VIH/sida, contribuindo assim para reduzir o seu carácter excepcional (Lee e col., 2007; De Cook e col., 2006; Bayer e col., 2006; Njeru e col., 2011; Ferreira Júnior e col., 2005).

2 Nessa configuração estatal, dominante na Europa, o Estado assume um papel relevante enquanto financiador e prestador de cuidados de saúde sem distinção, pelo menos no plano jurídico, de género, idade, classe, doença ou outra “marca” que concorre para a definição identitária dos cidadãos e o seu posicionamento na estrutura social. Importa somente sublinhar que o Estado-providência é o resultado de um compromisso instável e a todo o momento jogado entre os detentores do capital e as classes trabalhadoras, em que estas são induzidas ou, em função da relação de forças, obrigadas a protelar a transformação radical e socialista da sociedade e aqueles abdicam de uma parte do excedente (sur-plus) produzido pelos trabalhadores em benefício da relativa melhoria dos salários diretos e, sobretudo, de impostos para financiar o investimento e o consumo sociais redistribuídos pela via estatal. Daqui não decorre, como sublinha Silva (2009), qualquer compatibilização entre capital e trabalho, por um lado, e capitalismo e democracia, por outro, apesar do razoável sucesso dos Estados europeus, ainda que em grau variável, na melhoria das condições de vida e de proteção social das classes sociais mais desfavorecidas. Nesse compromisso, o Estado é simultaneamente o mediador de interesses conflituais de diferentes forças sociais e o gestor das estruturas socioeconómicas e políticas que a relativa autonomia da respectiva configuração estatal exige. Entre elas temos as que estruturam e colocam em marcha os sistemas públicos de saúde, cuja marca fundamental é o acesso universal não sujeito ao mercado, gratuito ou a custos reduzidos. Tendo como pano de fundo o debate em torno da relação entre sociedade civil, Sociedade-providência e Estado-providência, são de relevar, no caso português, Mozzicafreddo (1997) numa visão social-democrata sobre a função reguladora do Estado e, numa perspectiva crítica, Santos (1993). Sobre as transformações recentes do Estado-providência, incluindo aquelas que estão em curso em Portugal, veja-se Hespanha e Carapinheiro (2002).

3 Por exemplo, entre as posições defendidas pelo governo norte-americano durante a presidência de Bush e pela Igreja Católica e as defendidas pelos sectores progressistas do ativismo da luta contra o VIH/sida coloca-se um fosso imenso, particularmente evidente no campo da prevenção e da redução dos riscos de contágio.

Fazendo uma resenha histórica da sua implementação em Portugal, em finais dos anos 1990 um dos grandes problemas na luta contra a infecção pelo VIH/sida era o subdiagnóstico. Em virtude da inexistência de uma verdadeira estratégia e de meios de rastreio, o número de doentes por diagnosticar era claramente superior aos casos de VIH já identificados, bem acima daquilo que hoje é estimado: cerca de duas infecções para cada portador diagnosticado. Para diminuir esse desfasamento entre as infecções existentes e as identificadas, a estratégia de ação teve nos CAD um elementochave. A sua génese remonta a 1998, com a criação do Centro de Rastreio Anónimo (CRA) da Lapa (Lisboa), seguido do CRA de Faro, em 2000, nos quais se faziam, pela primeira vez em Portugal, testes de VIH pautados por princípios como a gratuidade, o anonimato, a confidencialidade e o carácter voluntário, muito semelhantes aos que regulam os testes rápidos que atualmente se realizam nos CAD.

Pouco tempo depois, essa estrutura institucional de despistagem do VIH viria a sofrer algumas alterações. Com efeito, no seguimento do Plano Estratégico para 2001-2003 da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), e por se considerar que os testes deveriam assumir, simultaneamente, um papel de aconselhamento, sensibilização e prevenção, para além de se admitir como pouco adequado o conceito de rastreio, os centros já existentes e os que viriam a ser criados passaram a designar-se por CAD. É assim que, entre 2001 e 2003, se implementou a generalidade dos CAD que hoje existem em Portugal, com uma distribuição pelo território que garante a uma parte significativa dos cidadãos o acesso relativamente fácil ao diagnóstico rápido⁴. Assim, os CAD proporcionam uma substantiva simplificação do processo de testagem e uma extraordinária aproximação aos potenciais utentes, salvaguardando de forma mais notória os seus direitos em todo o processo, com destaque para a confidencialidade. Essa simplificação de processos e a aproximação à comunidade têm sido potenciadas mediante a utilização de unidades móveis para a realização de testes junto de determinadas populações ou em contextos em que se julgue pertinente intervir em

nível do diagnóstico.

Como resultado dessa progressiva expansão e flexibilização do serviço, a evolução do número de testes rápidos realizados em Portugal tem sido bastante relevante. Em 2009 foram realizados 24.279 testes rápidos nos CAD. Esse número representa um aumento extraordinário face aos 2.237 testes realizados no ano 2000, numa altura em que a rede de CAD estava ainda na sua fase inicial de implantação e expansão. No período de 2000 a 2006, embora sempre em crescendo, a evolução processa-se paulatinamente. O salto verdadeiramente significativo ocorre em 2007, ano em que se realizam cerca de 75% mais testes que no ano anterior. Esse volume de diagnósticos tem vindo a manter-se razoavelmente estável nos últimos anos, ainda que em 2009 tenha decaído ligeiramente (Cnsida, 2010). Embora seja prematuro dizer-se, é bastante provável que no futuro imediato essa tendência de estabilidade no número de testes realizados anualmente se mantenha.

Assim, continuar a apostar na generalização desse serviço público é de uma importância crucial na estratégia global de luta contra a infecção pelo VIH/sida, permitindo, entre outras coisas, um diagnóstico atempado que tornará possível o acesso precoce a cuidados de saúde, aumentando-se a taxa de sobrevivência e a qualidade de vida dos seropositivos, e a diminuição dos casos de transmissão. Mas não só, o teste rápido é também um instrumento de contacto e de sensibilização dos cidadãos para os potenciais riscos de infeção pelo VIH/sida e, por isso, fundamental na construção generalizada de uma cultura de prevenção.

O trabalho de campo

O trabalho de campo decorreu no espaço onde funcionam o CAD e o Centro de Atendimento a Jovens (CAJ). Depois de algumas visitas exploratórias para conhecimento das instalações e diálogos prospectivos com os membros da equipa técnica para familiarização em relação aos procedimentos técnicos e modos de funcionamento, incluindo partilha de tarefas, a equipa de investigação passou à fase seguinte, a da realização de entrevistas a utentes. Para

4 O teste rápido também pode ser feito em hospitais, centros de saúde, "unidades móveis" e em algumas organizações não governamentais.

isso definiram-se, de comum acordo com a equipa técnica, os dias de permanência nas instalações. Confiando que não se tratava de um terreno “hostil”, com dificuldades especiais ou constrangimentos particulares no acesso aos utentes a inquirir⁵, a maior dificuldade acabaria por ser provocada pela afluência incerta de utentes⁶. As entrevistas, num total de 12, foram realizadas nas instalações do centro, numa relação face a face do entrevistador com o entrevistado, sem a presença de outras pessoas. Também efetuámos com a psicóloga uma entrevista gravada em suporte áudio, na qual tentámos conhecer e sistematizar aspectos relacionados com a organização e modo de funcionamento do CAD.

O acesso aos utentes foi mediado pelas técnicas, tendo merecido, de um modo geral, um bom acolhimento. Em linha com os dados estatísticos coletados, os utentes entrevistados são jovens adultos, muitos deles ainda estudantes no ensino secundário (na sua maioria, naturais e residentes no distrito de Bragança) e superior (alguns provenientes de fora do distrito). Procurou-se que o diálogo se fizesse de modo informal e relaxado com o entrevistador, que deveria seguir o princípio formulado por Bourdieu (1997): colocar-se, em pensamento, no lugar do entrevistado, sem censurar ou qualificar as suas palavras e ideias. Apesar da natureza muito íntima das questões colocadas, a maioria delas relacionadas com os comportamentos sexuais, todos falaram

com grande desenvoltura das suas experiências, práticas e expectativas, aceitando fazê-lo para um gravador de voz⁷.

Paralelamente realizámos uma intensa pesquisa bibliográfica e documental, procurando artigos e dados sobre a infecção e, em especial, sobre o teste rápido. Se sobre a infecção a principal dificuldade coloca-se na seleção dos textos, muito numerosos e suportados nas mais diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, já os textos académicos e outros documentos sobre o teste rápido são relativamente escassos, pelo que os escolhos são de outra ordem que se procurou naturalmente superar. Em suma, colocou-se em prática uma pesquisa de terreno suportada por uma multiplicidade de recursos, segundo os princípios definidos pelas designadas metodologias múltiplas⁸, combinando a observação etnográfica, os dados estatísticos, com destaque para os recolhidos pela equipa técnica do CAD, e as entrevistas semidirigidas aos utentes⁹.

O CAD de Bragança

O Cad de Bragança, inaugurado em 11 de abril de 2003, funciona na Loja Ponto Já, do Instituto Português da Juventude (IPJ), numa rua adjacente à praça da Sé, um dos espaços com maior confluência de pessoas na cidade. O serviço funciona de segunda a quinta-feira, das 9 às 18 horas, e sexta-feira, das 9

5 Essa situação contrasta com o que se passou em outros terrenos de investigação onde trabalhámos ao longo do último decénio, como o da prostituição (Ribeiro e col., 2008) e o dos doentes com infecção por VIH/sida residentes no distrito de Bragança (Ribeiro e col., 2009), nos quais as dificuldades de acesso para inquirição dos atores sociais se revelaram significativas e, não raro, inultrapassáveis.

6 Sublinhe-se que são muitos os testes realizados fora das instalações, mormente nos centros de saúde e no CAD móvel. Este último serviço é assegurado por uma viatura devidamente equipada para a despistagem do VIH. Para além do serviço prestado, todas as terças-feiras de cada mês no CAJ de Miranda do Douro é utilizada também em iniciativas pontuais, ainda que frequentes, de realização de testes rápidos e de sessões de sensibilização para o VIH/sida e de divulgação do teste rápido.

7 Essa atitude convoca a nossa atenção para o modo como hoje se constrói e se negocia a intimidade. A massificação das redes sociais, como o Facebook e o Orkut, a proliferação de programas tipo Big Brother e a própria utilização do YouTube para divulgação de vídeos pornográficos caseiros, interpela o próprio conceito de intimidade, levando alguns autores (Sibilia, 2008) a caracterizar essas mudanças como expressando uma nova forma de intimidade que designam como extimidade. No seu entender, a intimidade é de tal forma importante para nos definirmos como indivíduos que nos sentimos compelidos a mostrá-la aos outros.

8 As metodologias múltiplas são cada vez mais utilizadas na investigação antropológica e sociológica, de forma a responder aos problemas mais diversos e sobre os quais os investigadores trabalham (entre outros, v. Orlove, 2003; Burgess, 1997; Akilu, 1995).

9 O guião de entrevista utilizado era composto pelos seguintes grupos de questões: (i) caracterização pessoal; (ii) vida sexual; (iii) consumos (de substâncias aditivas); (iv) crenças, conhecimentos e atitudes face ao VIH e às pessoas infectadas; (v) preservativos (avaliação e modos de utilização); (vi) teste (informação, adesão e seu lugar na prevenção); e (vii) saúde (infecções sexualmente transmissíveis, doenças crónicas, recurso aos serviços de saúde). Realizado o seu registo em suporte áudio, procedeu-se a uma análise de conteúdo das entrevistas, através da construção de tipologias, considerando-se as respostas dadas às questões constitutivas dos grupos acima mencionados, de forma a identificar os aspectos que mais eram repetidos e valorizados pelos entrevistados, tendo como “pano de fundo” uma abordagem compreensiva de claro recorte weberiano (Weber, 1993).

às 12 horas, no rés-do-chão do edifício destinado aos serviços do IPJ. Mesmo ao lado do espaço afeto ao CAD encontra-se o Centro de Atendimento a Jovens (CAJ), que presta esclarecimentos sobretudo em matéria de sexualidade juvenil. Ambos os serviços ocupam por completo a cave, um espaço bastante reservado e que não é de passagem de pessoas estranhas às valências em causa. Garante-se, desse modo, o necessário anonimato aos utentes, uma condição que alguns deles apontam como fundamental na tomada de decisão de realizar o teste:

Em princípio, tinha 99% de certeza de que aqui ninguém me conhecia. Se fosse em Vimioso [terra natal do utente] sempre era mais complicado. Sempre havia aquela coisa de olhar para atrás. Eu estava no café e foi quando vi o número [de telefone do CAD]. Procurei tirá-lo de modo a que ninguém dos que lá estavam se apercebesse (homem, 42 anos).

Embora algumas pessoas tenham tido conhecimento do CAD por processos mais formais de divulgação, como é o caso da publicidade feita em meios de comunicação regionais, a maioria dos utentes que recorrem ao diagnóstico rápido tomou conhecimento do serviço através de amigos e do Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (Bragança, 2010). Em muitos contextos, como é o caso paradigmático do meio escolar, a difusão da informação por redes de amigos e conhecidos é bastante significativa, superando outros processos de divulgação:

Eu vim com uma colega. Ia para a faculdade e a minha colega disse que vinha aqui e eu vim ver, informar-me. [...] Já vieram muitas..., pelo menos lá da faculdade (mulher, 20 anos).

Nalguns contextos relacionados com a prática da prostituição existe mesmo uma tentativa deliberada, por parte de muitas mulheres, de informar sobre o CAD e incentivar as colegas a realizarem o teste rápido regularmente, sobretudo como estratégia de salvaguarda da saúde do colectivo:

Quando chega uma novata a gente incentiva, procura orientar e falar onde faz (o teste rápido), né? Onde deve fazer. Dessa maneira, a gente está protegendo a gente mesmo. Tipo, quando chega uma pessoa de fora, tipo assim... que não esteve aqui em Bragança, que veio de outro lugar qualquer... (mulher, 47 anos).

A equipa técnica do CAD é constituída por uma psicóloga, uma enfermeira e uma administrativa. Os seus procedimentos, em termos de atendimento das pessoas que procuram o serviço e de execução do teste, estão de acordo com os que vigoram em qualquer outro CAD, subdividindo-se em quatro grandes fases: aconselhamento, pré-teste, teste e aconselhamento pós-teste. Além do atendimento no CAD, essas três profissionais contribuem também para o funcionamento do CAJ, o que acaba por gerar efeitos de complementaridade muito positivos entre ambos os serviços. É bastante comum, por exemplo, jovens que procuram o CAJ para esclarecer questões do domínio da sexualidade, ou simplesmente para solicitar métodos contraceptivos, serem sensibilizados para a importância do teste do VIH e, desde logo, encaminhados para a respectiva realização.

Se avaliarmos o funcionamento do centro pela óptica dos testes realizados, os resultados obtidos nos três primeiros anos (2003 a 2005) foram modestos. Tal é reconhecido no seu último relatório anual (Bragança, 2010). Fazendo o balanço, nele se escreve que o aumento muito significativo da produção a partir de 2006 coincidiu com a entrada em funções da atual equipa técnica. Entre 2005 e 2009 o total anual de testes passou de apenas 80 para 1636, sobretudo devido ao trabalho realizado no exterior com as escolas secundárias e as instituições do ensino superior, as autarquias, associações da sociedade civil, forças policiais, os bombeiros e o estabelecimento prisional de Izedo, localizado a 30 quilómetros da cidade de Bragança, sempre em estreita articulação com os centros de saúde.

Ainda que beneficiando com a introdução do teste rápido – que permitiu acabar com os resultados dos testes não reclamados –, o aumento extraordinário da quantidade de testes realizados nos últimos anos é inseparável da solicitude das suas técnicas, tendo em vista superar o desconhecimento, o desinteresse e mesmo o “receio” dos utentes em procurar o serviço. Em lugar de esperar por eles, as técnicas foram à sua procura nos locais de estudo, de trabalho e de lazer. Isto é, entre “ficarem sentadas à espera” e uma atitude mais pró-activa, na qual se enraíza claramente um compromisso com o serviço público e a procura de um sentido para o seu trabalho, as técnicas optaram decisivamente por uma ação

engajada no terreno, procurando divulgar o teste rápido em contextos sociais e junto a grupos mais diretamente associados a comportamentos de risco.

Em termos de distribuição geográfica dos testes realizados, e não obstante o peso significativo dos efetuados nas instalações do CAD, existe uma cobertura bastante razoável do distrito por via do diagnóstico realizado nos vários centros de saúde, chegando mesmo aos concelhos mais periféricos, como Freixo-de-Espada-à-Cinta e Vila Nova de Foz Côa. Esse trabalho no exterior é de extrema importância para se assegurar um maior alcance nas estratégias de prevenção. Em relação à comunidade estudantil, é de destacar as atividades realizadas, em diferentes momentos, no Instituto Politécnico de Bragança, incluindo no polo de Mirandela, no Instituto Superior Jean Piaget, em Macedo de Cavaleiros, e no polo de Miranda do Douro da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Uma vez que os jovens, em especial os estudantes do ensino superior, frequentam com muita regularidade bares e outros estabelecimentos noturnos, a equipa técnica do CAD contactou mais de uma centena de bares e cafés do distrito de Bragança. Ainda no âmbito das atividades no exterior, e tendo em conta a conhecida – por vezes, exagerada – dimensão da prostituição em Bragança (Ribeiro e col., 2008)¹⁰, os técnicos do CAD deslocam-se regularmente a casas de alterne para distribuição de material de protecção sexual e de sensibilização para as práticas sexuais seguras.

Os utentes do teste rápido

A maioria dos entrevistados é constituída por jovens, sendo que 9 (em 12) têm idade compreendida entre os 18 e os 34 anos, com uma ligeira predominância dos indivíduos do sexo feminino (7 para 5 do sexo masculino). Em linha com os dados estatísticos fornecidos pelo CAD (Bragança, 2010), essa forte presença de utentes jovens poderá compreender-se por referência a um considerável número de factores, de entre os quais destacamos: (i) maior exposição e receptividade dos jovens para as campanhas de sensibilização do VIH/sida; (ii) a localização cen-

tral do CAD face às escolas da cidade e ao Instituto Superior Politécnico de Bragança; (iii) o fato de funcionar num edifício que também disponibiliza vários outros serviços mais direcionados para a juventude (*v.g.*, acesso gratuito à internet) e, nalguns casos, diretamente relacionados com a sexualidade juvenil (*v.g.*, CAJ); (iv) a garantia acrescida de anonimato, pois o edifício em causa não é socialmente associado a matérias de sexualidade ou à infecção por VIH/sida; e (v) as campanhas de sensibilização que as técnicas do CAD têm desenvolvido junto à comunidade estudantil do distrito.

Prosseguindo com a exploração dos dados estatísticos fornecidos pelo CAD, a procura está regionalizada, atendendo ao local de residência, coincidindo grosso modo com o distrito de Bragança. Quase um terço dos 1.636 utentes reside na sede do distrito, cabendo a Mirandela o segundo lugar em número de testes realizados, com os concelhos¹¹ de Vila Nova de Foz Côa e Vila Flor a colocarem-se nos derradeiros lugares. De notar que quase 10% dos utentes residem fora do distrito, facto que parece estar ligado à procura de um anonimato reforçado. Não esquecer também que uma parte considerável dos utentes é estudante no Instituto Politécnico de Bragança, não sendo natural do distrito.

Observando a situação face à profissão (ou atividade exercida), encontramos utentes com as mais variadas profissões, como biólogo, professor, empregada de balcão, dietista, enfermeiro e prostituta, entre outras. Porém, a categoria mais numerosa é a de estudante. Trata-se, com efeito, de um grupo que tem estado amplamente exposto a campanhas de sensibilização e prevenção ao longo de todo o percurso escolar (desde o ensino primário ao ensino superior), revelando, por isso, mais conhecimentos sobre o VIH e maiores preocupações com o seu estado serológico.

Um aspecto relevante prende-se aos 64 utentes (7,3%) utentes do sexo feminino que exercem o trabalho sexual. Muitos desses utentes mantêm um contacto regular também com o CAJ, onde recolhem preservativos e outros produtos relacionados com a sexualidade. Na sua grande maioria são de

¹⁰ O CAD conta atualmente com mais de 80 utentes que trabalham no comércio do sexo, com uma forte adesão ao teste rápido.

¹¹ Municípios.

nacionalidade brasileira, em linha com o apurado em investigações anteriores (Ribeiro e col., 2005, 2008), na qual também se considerou o contexto de Bragança e se conclui, entre outros aspectos, que as trabalhadoras sexuais, de um modo geral, têm um conhecimento bastante pormenorizado acerca do VIH e, em regra, procuram acompanhamento médico. Nesses casos, como se pode constatar no excerto que segue, a natureza da atividade exercida e uma potencial maior exposição a situações de risco são, subjectivamente, invocadas como principal razão para a realização do teste:

Não, não tinha feito nem aqui nem no Brasil, nunca. Ouvei falar, mas não conhecia e, como no Brasil a gente tem outro meio de vida, não é, nunca passei para fazer. Aí vim aqui e me chamou a atenção (mulher, 38 anos).

Relativamente à orientação sexual, a esmagadora maioria respondeu que é heterossexual, sendo residual os que indicam preferências homo ou bissexual. Há ainda 70 utentes (4,3%) que não tiveram ainda relações sexuais e 78 (4,8%) sem atividade sexual nos últimos meses. Em relação ao número de parceiros/as nos últimos seis meses, dois terços responderam apenas um, com 10,1% a referirem dois a quatro e somente 1% mais de cinco, dados que não são totalmente coincidentes com as respostas dadas à questão “número de parceiros/as ao longo da vida”: 26,7% a referirem dois a quatro e 16,7% a referirem cinco ou mais, sendo que dentre esses últimos 7,5% reportam dez ou mais. Esses dados revelam a importância da prevenção e das campanhas de sensibilização para práticas sexuais seguras, uma vez que estamos perante uma população com múltiplos parceiros. Importa compreender que tais comportamentos sexuais se inscrevem num cenário de “transformações da intimidade” nas sociedades modernas (Giddens, 2001), marcadas por uma maior contingência, efemeridade e liquidez dos vínculos amorosos (Bauman, 2004), que, em muitos casos, se estabelecem, rompem e/ou reestabelecem à medida das necessidades emocionais e sexuais das pessoas.

A infecção pelo VIH/sida e o teste rápido: percepções e práticas

As entrevistas realizadas, muito variáveis em termos de duração, entre 20 e os 90 minutos, e o detalhe dos

testemunhos permitiram obter informações relevantes sobre o modo como os utentes olham para o VIH/sida e, em especial, para o processo de detecção da infecção. Ainda que poucos distingam com precisão as diversas fases que comportam o teste, todos sabem que é feito através de uma colheita de sangue por picada no dedo, com o resultado a ser conhecido em poucos minutos. Todos conhecem razoavelmente a doença, mormente no que se relaciona com as formas de transmissão, especialmente aquelas que estão associadas a práticas de risco mais elevado, como a partilha de seringas e o sexo vaginal e anal sem protecção. Contudo, se a partilha de seringas é uma prática residual, já as práticas sexuais sem preservativo, sobretudo com parceiros ocasionais, são relativamente frequentes (Bragança, 2010), mostrando que há ainda um longo caminho a percorrer no domínio da sensibilização para a adesão a práticas sexuais protegidas.

O mesmo se passa no que diz respeito à não utilização do preservativo no âmbito das relações mais estáveis, o que não deixa de ser igualmente preocupante. O forte envolvimento emocional que geralmente acompanha os relacionamentos mais duradouros tende a levar a que os parceiros confiem um no outro, não admitindo sequer possibilidade de que a pessoa que está à frente possa ser seropositiva e represente qualquer tipo de perigo. Com efeito, a infecção pelo VIH/sida tende a ser representada como a “doença do outro”, daquele que não conhecemos e que está longe de nós (Parker, 1994; Guimarães, 1996; Knauth, 1998). Nessa crença, facilmente se chega a considerar desnecessário um comportamento sexual seguro, nomeadamente através da utilização do preservativo numa relação em que o parceiro está, social e emocionalmente, mais próximo. Além do mais, o preservativo tende a ser, simbolicamente, apreendido como um obstáculo à construção da intimidade.

Relativamente às motivações dos utentes para procurar o CAD para efetuar o teste rápido destaca-se, essencialmente, a dissipação das incertezas, quase sempre marcadas por sentimentos de angústia quanto ao seu estado serológico, nomeadamente as decorrentes de comportamentos e/ou situações de risco de natureza sexual relativamente recentes, tais como a não utilização ou o rebentamento do

preservativo em relações mais ou menos ocasionais e com parceiro mal conhecido ou, alegadamente, pouco confiável.

A preocupação perante a hipótese de uma eventual infecção e a consequente necessidade de *ter de fazer o teste* para acabar com a angústia da dúvida torna-se particularmente premente quando a situação de risco (*v.g.*, rebentamento do preservativo) ocorre na relação sexual com uma parceira cuja atividade (prostituição) tende a ser socialmente associada ao perigo e à poluição (Douglas, 1991) e, assim, construída como um foco possível de contágio epidemiológico¹²:

Rebentou o preservativo umas duas ou três vezes nos últimos seis anos, com parceiras que não eram fixas. Foi sempre com prostitutas. [...] Há coisa de três semanas que rebentou o preservativo outra vez. Agora, daqui a três ou quatro meses vou voltar cá. Ainda estou muito preocupado. Se ela não fosse prostituta não tinha tanta preocupação com o VIH e com a necessidade de fazer o teste. Não é a mesma coisa, não é? Uma vez, uma disse-me que não ia ao médico. [...] Eu, mesmo que o preservativo não rebente, fico mesmo preocupado. Agora, imagine que rebenta, como já aconteceu! (homem, 42 anos).

Daqui decorre que a realização do teste é vista como um procedimento tranquilizante, cujo resultado deverá ser posteriormente confirmado. Para os casos que se encontram sob o “período janela”¹³; é olhado também como uma “porta” de abertura; no caso de relacionamentos mais estáveis, para práticas sexuais onde o preservativo possa já não estar presente de forma permanente. Para muitos outros utentes trata-se de conhecer a sua situação face à infecção em virtude de terem relacionamento sexual que se traduz sempre numa certa incerteza, mesmo quando utilizam ora o preservativo, ora têm relações sexuais desprotegidas com um parceiro ou parceira em regime de exclusividade recíproco e com o estado serológico conhecido.

Comum a todos os utentes, temos as impressões muito positivas do CAD e dos seus técnicos e o conhecimento da instituição através do “passa palavra” de amigo para amigo:

Foi um colega que me disse que poderia vir aqui, era gratuito e... bom, só foi agora... o meu colega também está a fazer agora. Ele queria cá vir muito, porque ele, sim, tem comportamentos de risco. Então ele disse-me que tinha que fazer porque está com um bocado de receio e não sei quê, tinha que fazer... e pronto, vim (homem, 19 anos).

Existem ainda utentes cuja motivação para a realização do teste se prende com o consumo de drogas por via intravenosa, envolvendo a partilha de seringas, sendo que alguns deles são incentivados pelos seus médicos a conhecerem o seu estado serológico. Existem também, com uma importância estatística relevante, acima já mencionada, utentes do sexo feminino que por se dedicarem ao trabalho sexual procuram vigiar de muito perto a sua situação face à infecção pelo VIH/sida:

Uma colega me falou, eu vim e, aí, cheguei e vim fazer o teste. Vim fazer o ano passado. Aí de três em três meses eu retorno para fazer. Como eu trabalho na vida noturna, além de que tenho a minha vida, eu procuro ver a minha situação. Eu tenho que gostar de mim também, as pessoas... não ia ficar numa redoma, eu conheço e convivo com as pessoas, de qualquer maneira eu também tenho de saber o meu estado, não é? (mulher, 47 anos).

São recorrentes os casos de utentes, sobretudo mulheres, que não conseguiram impor o uso do preservativo até que ambos os parceiros conhecessem o seu estado serológico. Como é explicitado por uma das entrevistadas, fazer depender o sexo desprotegido da testagem prévia é colocar em causa o parceiro, introduzindo uma desconfiança na relação que pode, no limite, provocar a sua própria ruptura. De certa forma, o preservativo continua a ser visto como um

12 Nesses discursos nem todos os intervenientes no fenómeno são responsabilizados de igual modo: enquanto que as mulheres são apontadas como as grandes responsáveis pela proliferação do VIH e de outras infecções sexualmente transmissíveis, os clientes são, de certa forma, desculpabilizados, apesar dos muitos estudos que a eles se referem como os grandes responsáveis pelos comportamentos sexuais de risco (Kruhse-Mountburton, 1992; McKeganey e Barnard, 1996; Legardinier, 1997; Hart, 1998; Ribeiro e col., 2005).

13 O chamado “período janela” designa o intervalo de tempo de quatro a oito semanas durante o qual o indivíduo ainda não desenvolveu anticorpos ao VIH que permitam a detecção deste por análise sanguínea.

elemento associado a práticas sexuais com parceiros “marcados” por comportamentos sociais censurados pelo senso comum, nomeadamente prostituição, relacionamento sexual com múltiplos parceiros e homossexualidade¹⁴. Tal repercute-se sobretudo sobre as mulheres, colocadas sob suspeita pelos valores de género dominantes. Daí a dificuldade de imporem práticas sexuais protegidas. Daqui decorre a urgência em reforçar o poder das mulheres no controlo da sua sexualidade, incluindo a escolha dos parceiros, e no interior da própria relação. Mas não só, mesmo no meio prostitucional, como foi por nós observado em outras pesquisas (ver, entre outros textos, Ribeiro e col., 2005, 2008), a utilização do preservativo exige, muitas vezes, uma postura de rigorosa firmeza por parte da mulher que presta os serviços sexuais:

Sempre trabalhei na vida noturna. No Alentejo (sul de Portugal) as pessoas são mais conscientes com a freguesia (clientela). E eles não incomodam. Aqui não! Aqui encontrei dificuldades. E também tem as pessoas mais idosas, que são mais difíceis de convencer a usar uma camisinha, não é fácil. Eles falam que “eu vou morrer mesmo”. Então eu digo que “tu vais morrer, mas eu não vou procurar a morte para mim, não, não é assim?” Às vezes eu falo para eles, “pois e a tua família como fica, tu não gosta da tua mulher, dos seus filhos, dos seus netos, sei lá? Como é que você vai conviver com as pessoas que você ama, quando você sai para a rua e busca uma coisa para levar para casa que é...” (mulher, 35 anos).

Ainda que não nos tenhamos confrontado com nenhum caso de incapacidade absoluta de as mulheres escolherem o seu parceiro e o modo como se relacionam com ele, como acontece ainda em numerosas regiões do globo, as restrições impostas pela moral dominante acabam por tornar evidente que também em Portugal as mulheres continuam a ser, como sugerem Boler e Archer (2008), vulneráveis ao VIH por não terem suficiente poder para se protegerem, definindo com quem, quando e em que

condições têm relações sexuais. Esse reequilíbrio de poder em termos de género é especialmente importante se considerarmos que a sua ausência se repercute de forma severa sobre as mulheres, uma vez que, por razões bioanatómicas do seu aparelho genital, elas são mais vulneráveis à infecção do que os homens em contexto de relações heterossexuais. Por isso não constitui surpresa que em África - onde a falta de poder das mulheres está, não raro, associado a capital escolar reduzido - a maior parte das infecções entre os jovens atinja os indivíduos do sexo feminino (Boler e Archer, 2008).

Parece ser difícil também solicitar ao parceiro que faça o teste. Tal é entendido por muitos dos entrevistados como podendo representar para o/a parceiro/a uma desconfiança em relação a um eventual passado sexual visto, à luz da moral dominante, como promíscuo e pouco recomendável. Porém, são já numerosos os casos em que a mulher exige que o parceiro faça o teste, como bem o ilustra o seguinte depoimento: *Eu na altura falei-lhe (do teste). Acho que, na minha opinião, se eu vinha fazer achei bom ele vir fazer também, não é? Não adianta uma das partes saber o resultado quando a outra está a leste do que se passa, não é? (mulher, 23 anos).*

Socorrendo-nos das respostas dos utentes ao inquérito aplicado pela equipa técnica do CAD aquando do teste, a maioria o faz por razões de rastreio, sem motivo concreto evidente, aparecendo em segundo lugar o contacto sexual sem proteção e em terceiro, a ruptura ou outra deficiência relacionada com o preservativo. Em suma, para a generalidade dos utentes, em virtude de situações de incerteza difusa ou de risco pelas quais passaram, parece que a infecção pelo VIH/sida está a deixar de ser representada como a “doença dos outros e um problema distante” (Knauth e col. apud Valle, 2002, p. 192) e a ser subjectivamente assumida como uma realidade próxima e ameaçadora. Nesse contexto o diagnóstico é encarado com um “tira-teima” que, definitivamente, permitirá aplacar angústias e incertezas e aferir se a infecção deixou ou não de ser a “doença dos outros”:

14 Durante os primeiros anos de disseminação da infecção, ela atingiu de forma particularmente intensa determinados grupos sociais, como o das trabalhadoras do sexo, o dos utilizadores de drogas intravenosas (UDI) e o dos homossexuais masculinos, estes particularmente expostos devido ao risco de contágio ser superior na relação anal face à relação vaginal (Boler e Archer, 2008).

*Tem sempre aquela dúvida, não é. Mas tem que vir!
Viver com dúvida é pior* (mulher, 47 anos).

Nalguns casos, esse veredicto é assumido pelos parceiros como condição prévia e imprescindível para iniciarem um novo relacionamento sexual.

Considerações finais

A introdução do teste rápido mudou de forma profunda e irreversível a luta contra a infecção pelo VIH/sida. O acesso quase imediato ao resultado permite às entidades e técnicos envolvidos no processo dar o devido seguimento em termos de aconselhamento, sobretudo nos casos de resultado negativo, e de pronto encaminhamento para os raros casos em que o diagnóstico se revela positivo. Obviamente, as vantagens proporcionadas pelo teste rápido dependem da existência de uma estrutura de enquadramento, dotada de recursos humanos e com uma distribuição territorial adequada.

Ora, tomando como referência o CAD de Bragança, Portugal está equipado com os meios minimamente suficientes para melhorar o seu desempenho na difícil luta contra essa infecção. No caso desse CAD sobressai o empenho competente de todos os membros da equipa, incansáveis no trabalho quotidiano de sensibilização dos utentes, sempre disponíveis para irem ao seu encontro, por exemplo, através da organização de acções de despistagem nas mais diversas instituições e lugares do distrito, com destaque para as escolas.

Daí que não constitua surpresa que a maioria dos utentes seja estudantes, de nacionalidade portuguesa e já com uma história de múltiplos parceiros ao longo da vida. Tal não deixa de indiciar por parte desses utentes uma elevada sensibilização para os riscos de infecção – algo que ficou bem demonstrado pelos testemunhos prestados ao longo do trabalho de campo –, conhecendo todos, sem exceção, as formas de contágio e os meios de protecção adequados. Ao contrário do que é corrente no senso comum, esses utentes, principalmente os mais jovens, não revelam uma particular aversão ao uso do preservativo, aceitando-o sem incómodo notório – o que não significa, como já foi discutido, que o utilizem sempre, sobretudo em situações de relacionamento sexual que pode envolver algum risco. Esse meio profilático

de prevenção do contágio é de uso indispensável entre as trabalhadoras sexuais, fato que exprime que esse grupo profissional não é, como demonstrámos em trabalhos anteriores e aqui já citados (Ribeiro et col., 2005, 2008), campo privilegiado de contágio.

Como foi já largamente analisado no ponto cinco do presente texto, todos os utentes possuem um razoável conhecimento sobre o modo como o teste rápido se realiza, ainda que desconheçam as fases que o compõem. Mais relevante ainda, conhecem as formas de contágio, mormente as que se prendem com a partilha de seringas – prática residual entre os utentes escrutinados – e o sexo sem protecção, incluindo a penetração vaginal. Nesse campo muito ainda há a fazer, sobretudo no que se prende ao combate à “falsa segurança” produzida pela proximidade emocional que leva os parceiros envolvidos a aceitarem sexo desprotegido.

Já a principal motivação para a realização do teste está relacionada com a “dissipação da incerteza”, normalmente decorrente de situações de risco relativamente recentes, ora produzidas pela não utilização de preservativo com parceiro ocasional ou pouco “confiável”, ora produzidas pelo rebentamento ou saída inopinada do preservativo. Em alguns casos está presente o problema da assimetria de poder de género, com algumas mulheres a declarar que não se sentem capazes de impor o uso do preservativo ao seu parceiro, por tal poder ser entendido como uma expressão de promiscuidade sexual sujeita à censura da moral dominante. Essa dominação masculina faz-se sentir também na incapacidade de muitas mulheres em coagir os seus parceiros à realização do teste, visto sempre como uma desconfiança censurável.

Em conclusão, o teste rápido proporcionou um avanço muito significativo na luta contra a infecção pelo VIH/sida, sendo de relevar o acerto na criação dos CAD. Porém, muito há a fazer, nomeadamente na sensibilização para o uso do preservativo como regra no relacionamento sexual e para a realização do teste rápido. Como ficou bem patente, aos utentes que recorrem ao CAD para avaliação do seu estado serológico não falta conhecimento sobre as formas de contágio pelo VIH/sida, pelo que importa, sobretudo, chegar aos que nunca foram testados.

Referências

- AKILU, F. A multimethod approach to the study of homelessness. In: NELSON, N.; WRIGHT, S. *Power and participatory development: theory and practice*. Londres: Intermediate Technology, 1995. p. 72-82.
- BAUMAN, Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BAYER, R.; FAIRCHILD, A. Changing the paradigm for HIV testing: the end of exceptionalism. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 355, n. 7, p. 647-649, 2006.
- BOLER, T.; ARCHER, D. *The politics of prevention: a global crisis in AIDS and education*. Londres: Pluto, 2008.
- BOURDIEU, P. Compreender. In: BOURDIEU, P. (Org.). *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 693-713.
- BRAGANÇA. Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/sida. *Relatório anual do ano de 2009*. Bragança, 2010.
- BURGESS, R. *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta, 1997.
- CNSIDA. Rede Cad, 2010. Disponível em: <www.sida.pt> Acesso em: 13 Set. 2010.
- DE COCK, K.; BUNNELL, R.; MERMIN, J. Unfinished business: expanding HIV testing in developing countries. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 354, n. 5, p. 440-442, 2006.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- FERREIRA JUNIOR, O. et al. Evaluation of rapid tests for anti-HIV detection in Brazil. *AIDS*, London, v. 19, p. 70-75, 2005. Supplement 4.
- GIDDENS, A. *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta, 2001.
- GUIMARÃES, C. “Mas eu conheço ele”: um método de prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 169-180.
- HART, A. *Buying and selling power: anthropological reflections on prostitution in Spain*. Oxford: Westview, 1998.
- HESPANHA, P.; CARAPINHEIRO, G. *Risco social e incerteza: pode o Estado social recuar mais?* Porto: Afrontamento, 2002.
- KNAUTH, D. A banalização da AIDS. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 171-202, 1998.
- KRUHSE-MOUNTBURTON, S. AIDS awareness and condom use: attitudes of male clients of heterosexual prostitution in the NT. *National AIDS Bulletin*, v. 6, p. 41-44, ago. 1992.
- LEE, V. et al. User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Filadélfia, v. 45, n. 4, p. 449-453, 2007.
- LEGARDINIER, C. *La prostitución*. Madrid: Esenciales Paradigma, 1997.
- McKEGANEY, N.; BARNARD, M. *Sex work on the streets: prostitutes and their clients*. Buckingham: Open University, 1996.
- MOZZICAFREDDO, J. *Estado-Providência e cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta, 1997.
- NJERU, M. et al. Practicing provider-initiated HIV testing in high prevalence settings: consent concerns and missed preventive opportunities. *BMC Health Services Research*, Bethesda, v. 11, n. 87, may 2011.
- ORLOVE, B. S. Multiple methodologies in anthropological research. *Current Anthropology*, Chicago, v. 44, p. 1-2, 2003. Suplemento.
- PARKER, R. *A Construção da solidariedade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- RIBEIRO, M. et al. *Prostituição abrigada em clubes (zonas fronteiriças do Minho e de Trás-os-Montes): práticas, riscos e saúde*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.
- RIBEIRO, M. et al. *Vidas na raia: prostituição feminina em regiões de fronteira*. Porto: Afrontamento, 2008.

RIBEIRO, F. B. (Coord.). et al. *Diagnóstico sócio-sanitário do VIH/SIDA no distrito de Bragança*. Vila Real: Cetrad-UTAD, 2009.

SANTOS, B. S. O Estado, as relações salariais e o bem-estar na semiperiferia: o caso português. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Portugal: um retrato singular*. Porto: Afrontamento, 1993. p. 15-56.

SIBILIA, P. *La intimidad como espectáculo*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 2008.

SILVA, M. C. Prefácio. In: ESPING-ANDERSEN, G.; PALIER, B. *Três lições sobre o Estado-Providência*. Lisboa: Campo da Comunicação, 2009. p. 5-10.

VALLE, C. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas 'vivendo com HIV e AIDS'. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 179-210, 2002.

WEBER, M. *Economía y sociedad*: esbozo de sociología comprensiva. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1993.

WHITESIDE, A. *HIV/AIDS*: a very short introduction. Oxford: Oxford University, 2008.

Recebido em: 23/09/2012

Reapresentado em: 22/07/2013

Aprovado em: 25/09/2013