

O retorno do vírus ideológico



Leia também:

- Sexualidade: sexo e desejo na prevenção da AIDS
- Preservativo feminino: algumas reflexões
- Gerenciamento de risco e as novas tecnologias de prevenção

O vírus ideológico é aquele sustentado e disseminado pelo corrosivo tripé estigma, preconceito e discriminação que ao longo das mais de três décadas da epidemia nunca deixou de ser obstáculo, fosse qual fosse o modo pelo qual o Brasil escolhesse enfrentar o problema.

O retorno do vírus ideológico marca de forma definitiva o retrocesso que, nos últimos anos, impulsionado pelo conservadorismo, tem impactado negativamente a sociedade brasileira na resposta à AIDS no país. Afinal, como nos antecipou o brilhante Herbert Daniel, o vírus ideológico é muito mais difícil de ser confrontado do que o vírus biológico.

Toda vez que os meios de comunicação de massa, em nome do direito de informar, investem em reportagens cujo objetivo é apenas garantir audiência e causar pânico moral, o estigma, o preconceito e a discriminação voltam com força ao centro do debate. Foi o que aconteceu na série de reportagens exibida em rede nacional por um importante veículo de comunicação brasileira sobre o suposto "Clube do Carimbo". Rapidamente, setores conservadores se reorganizaram e revigoraram um projeto de lei (cuja nova versão é o PL 198) que criminaliza e torna hedionda a transmissão proposital do HIV. Outro efeito negativo foi a volta de mensagens falsas sobre pessoas transmitindo o vírus em situações casuais por meio de seringas. Estas mensagens, que têm circulado principalmente pelas redes sociais (Facebook e WhatsApp), simbolizam o pânico gerado por estigma, preconceito e discriminação.

A reação da sociedade civil organizada também foi imediata. A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) convocou – e dezenas de instituições em todo o país responderam positivamente – e enviou à Brasília uma Carta Pública endereçada ao Congresso Nacional solicitando o arquivamento do PL 198. A pressão das forças conservadoras para a aprovação do documento no Congresso continua. Estamos em estado de alerta.

A sociedade brasileira precisa estar munida de informações para qualificar o debate. Antes de qualquer tomada de decisão no campo da AIDS, é preciso compreender a dimensão das políticas de Prevenção, Tratamento e Assistência quando (e somente se) alicerçadas por princípios que respeitem a subjetividade e valorizem a perspectiva de direitos humanos.

Motivados por estas questões, em 2015 a ABIA está investindo no tema da Prevenção. Este é o assunto principal desta edição especial e será também o de outras publicações e ações que iremos compartilhar com vocês ao longo deste ano, incluindo o Dia Mundial da AIDS, em 1º de dezembro. Nesta edição – que é especial pelo caráter emergencial do tema Prevenção – nosso propósito é trazer para o centro do debate pontos cruciais para a compreensão do momento atual. Queremos retomar a importância de um debate ampliado sobre o tema Prevenção em suas dimensões sociais, culturais e estruturais. Para nós, da ABIA, combater o estigma, o preconceito e a discriminação é o ponto central para pavimentarmos o caminho de volta à Prevenção.

Boa leitura!



Entidade de Utilidade Pública
Federal, Estadual e Municipal.
Entidade de fins filantrópicos.

Av. Presidente Vargas, 446
13º andar
20071-90 Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2223-1040
Fax: (21) 2253-8495
E-mail: abia@abiids.org.br
www.abiids.org.br

Diretoria

Diretor-presidente:

Richard Parker

Diretora vice-presidente:

Regina Maria Barbosa

Secretário-geral:

Kenneth Rochel Camargo Jr.

Tesoureira:

Simone Souza Monteiro

Tesoureiro Suplente:

Jorge Beloqui

Conselho de Curadores/as:

Alexandre Grangeiro, Carlos Duarte, Cláudia Osório,
Luís Felipe Rios de Nascimento, Fátima Rocha,
Fernando Seffner, Francisco Pedrosa, Mário Scheffer, George
Gouvea, Ruben Mattos, Pedro Chequer e Valdiléa Veloso

Coordenação Executiva:

Kátia Edmundo e Salvador Correa (adjunto)

Boletim ABIA nº 60 | Junho de 2015

Coordenação editorial e jornalista responsável: Angelica Basthi,
Mtb 20.916

Fotos: Vagner de Almeida, Divulgação e Banco de Imagens da ABIA
Ilustração da capa: Bruna Zanolli

Colaboraram nessa edição: Wilza Vieira Vilella, Nilo Fernandez,
Richard Parker, Fabio Grotz, Julio Moreira e Angélica Basthi

Estagiários de comunicação: Jean Pierry Oliveira e Maiana Santos

Revisão: Malu Resende

Programação visual: Conexão Gravatá Ltda.

Editoração eletrônica: A 4 Mãos Comunicação e Design

Financiamento Pão Para o Mundo (PPM)

Tiragem: 1.000 exemplares

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta publicação, desde que citados a fonte e o respectivo autor. As opiniões apresentadas no boletim são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Este material foi produzido com recursos do MS/SVS/ DDAHV -
Convênio 798485/2013

Sexualidade:

sexo e desejo na prevenção da AIDS

AGENDA
URGENTE

Angélica Basthi¹

Acervo ABIA



Juan Carlos Raxach (à esquerda) e Wagner de Almeida coordenam as Rodas de Conversa sobre sexualidade na ABIA

A falta de atenção para o tema da sexualidade nas políticas de prevenção da epidemia tem custado caro ao país. Outrora referência internacional na resposta ao HIV e à AIDS, o Brasil de hoje está na contramão da tendência global: enquanto o país exibiu um crescimento de 11% de novos casos de infecção entre 2005 e 2013, no mesmo período a quantidade de casos no mundo caiu para 27,5%, segundo dados divulgados no ano passado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e a AIDS (Unaid).

Há alguns anos, a resposta brasileira vinha sendo considerada um exemplo para o mundo. O país fez investimentos significativos (e também pioneiros) no controle da epidemia. Aprovou o acesso universal a tratamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), usou da ousadia como elemento norteador para o desenvolvimento de programas de prevenção exemplares e adotou uma visão positiva da sexualidade e da diversidade sexual em campanhas vinculadas ao campo da educação. Junto a isso, aplicou uma linguagem progressista e livre de preconceitos

para falar com a população brasileira, em especial com os grupos vulneráveis – com destaque para homens que fazem sexo com homens (HSH, formado por gays, bissexuais, garotos de programa e pessoas trans etc.) e profissionais do sexo.

A reação conservadora, contudo, alterou esse brilhante percurso. O cenário hoje se mostra nebuloso quando o assunto é desejo. Por outro lado, o fato de a AIDS ter se tornado uma doença crônica tratável (em razão dos tratamentos antirretrovirais eficazes) tem sido apontado como principal motivo para uma suposta despreocupação entre os jovens – um dos grupos mais expostos aos riscos em relação à epidemia, como já nos alertou Richard Parker – em relação ao uso de medidas preventivas. Se há alguma verdade nesta suposição, é preciso observar com mais seriedade e atenção como a juventude vivencia a sexualidade e os impactos disso para a prevenção.

Para isso, a sociedade brasileira precisa vencer preconceitos. Falar de sexualidade de forma aberta e positiva persiste como um tabu quase intransponível. Por sexualidade entende-

¹ Jornalista, mestre em comunicação e cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e coordenadora de comunicação da ABIA.

se um processo social que cria, organiza, expressa e dirige o desejo.² Em outras palavras, isto significa que direitos podem ser revogados, leis elaboradas, procedimentos científicos (ou normas de condutas) produzidos com o propósito de “proteger” a sociedade de comportamentos libidinosos, da prostituição e até mesmo tratar como indecentes atos consentidos entre adultos.

Com isso, valores sexuais, condutas eróticas, comportamentos ou orientação sexual ficam à mercê de manobras políticas, cruzadas morais e prerrogativas religiosas. No Brasil de hoje, campanhas que ousem utilizar uma linguagem mais direta para expor as orientações sexuais dos grupos, seus desejos e que fortaleça as identidades de gêneros caem no pente fino do moralismo.

A consequência disso tem sido nefasta. Os números citados acima corroboram o retrocesso na resposta à epidemia. Retrocesso este que a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS e movimento social de AIDS vêm denunciando há alguns anos no país. Porém, o silêncio e/ou a omissão do poder público deixam escapar todos os dias a oportunidade de discutir formas criativas e eficazes para a prevenção.

Sexo e desejo

Se, por exemplo, “Chupar ou não chupar” é uma questão, como abordou a ABIA numa das Rodas de Conversa que têm sido promovidas no Projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre Jovens, financiado pela MAC AIDS Fund – a pergunta é por que a sociedade brasileira não discute abertamente o que os seus filhos e filhas pensam e praticam entre quatro paredes.

“Chupar ou não chupar” buscou tratar abertamente do sexo oral, do HIV e dos mitos que envolvem a prática, incluindo a relação entre sorodiscordantes. O princípio norteador da conversa foi a quebra de tabus, preconceitos e estigmas entre jovens, adultos gays, garotos de programas, pessoas trans, dentre outros, no contexto do HIV e da AIDS. Pioneira na abordagem de temas que boa parte da sociedade esconde, a ABIA ousou trazer de volta à cena o tema da sexualidade na prevenção.

Outros exemplos de coragem e ousadia da ABIA são: 1. a reedição da *Cartilha Juventude e Homossexualidade: o que os pais precisam saber* e 2. o lançamento, no Rio de Janeiro, do documentário *Máscaras*, registro empírico de Vagner de Almeida. O primeiro enfatiza a necessidade de um espaço aberto para o diálogo sobre a identidade e o desejo sexual dos filhos. Já o filme revela o protagonismo invisível de jovens homossexuais soropositivos e de baixa renda em relação ao sexo seguro, uso de medicamentos, família e relacionamentos afetivos, dentre outros – ambos também financiados pelo MAC AIDS Fund.

**“Sexo e desejo são o fio condutor
capaz de pavimentar a retomada
de um caminho inovador
na prevenção no Brasil”**

Iniciativas como estas merecem ser replicadas pelo país. É preciso ter a coragem para tocar nos assuntos “proibidos”, falar dos preconceitos, reinventar a maneira com que aprendemos a vivenciar nossa própria sexualidade e, sobretudo, respeitar a subjetividade do outro. Sem o diálogo, sem conhecer o que pensam os jovens (e os homens que fazem sexo com homens, prostitutas etc.), sem saber como se sentem, ou seja, sem compreender e respeitar as escolhas de cada um, fica muito mais difícil vencer a epidemia. A prevenção precisa retomar o seu lugar na agenda pública e no diálogo entre governo e sociedade civil. A sexualidade é um dos pontos centrais que devem orientar esse debate. Logo, sexo e desejo são o fio condutor capaz de pavimentar a retomada de um caminho inovador na prevenção no Brasil.

² MACKINNON, Catherine. “Desejo e Poder”. In: MIGUEL, Luis Felipe & BIROLI, Flavia (orgs.). *Teoria política feminista: textos centrais*. Vinhedo: Editora Horizonte, 2013.

Sobre o preservativo feminino e os entraves para a sua disseminação no país

Algumas reflexões

Painel de fotos - Acervo ABIA



É preciso garantir o direito das mulheres ao acesso a todos os métodos eficazes para sua saúde

O preservativo feminino (PF) é uma alternativa para a prevenção do HIV, de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez. Sua comercialização e distribuição se iniciaram na década de 90, e atualmente está presente na maioria dos países, em diferentes versões.²

Usado de forma consistente, sua eficácia contraceptiva é acima de 90%. A eficácia da prevenção das DST e do HIV depende da prevalência destes agravos na população de referência, e ainda da taxa de uso do preservativo masculino.³ Alguns estudos reportam redução nas taxas de novas DST e do HIV quando ele é oferecido para populações mais vulneráveis e que se disponham a utilizar o método.⁴ Estudo brasileiro realizado por Barbosa (2007)⁵ apontou que o uso do preservativo feminino associado ao do preservativo masculino pode aumentar a proporção de relações sexuais protegidas.

A principal vantagem deste método é permitir às mulheres uma alternativa para sua proteção quando o parceiro não quer usar o

preservativo masculino. Numerosos estudos têm demonstrado sua aceitabilidade por mulheres e homens em diferentes contextos sociodemográficos e culturais.⁶ Apesar disso, em termos globais, seu uso ainda é baixo.

No Brasil, o preservativo feminino foi introduzido em dezembro de 1997. A partir do ano 2000 as Secretarias Estaduais de Saúde passaram a recebê-lo do Ministério da Saúde. Para tanto, foram realizadas oficinas em cada um dos estados da federação visando sensibilizar gestores e representantes para o uso do método e pactuar as estratégias para sua distribuição e monitoramento. A perspectiva é de que deveria haver desde os níveis centrais até os níveis locais e de contato direto com a população uma estreita articulação entre os programas de DST/aids e as áreas técnicas de saúde da mulher para que o preservativo feminino fosse ofertado dentro de um conjunto de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Portanto, além desta articulação, há o entendimento quanto à necessidade de implementação de práticas

¹ Médica psiquiatra, doutora em medicina preventiva, livre docente em ciências sociais em saúde, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

² UNAIDS. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. November, 2013. <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr201>

³ BEKINSKA, M.E.; SMIT, J.; JOANIS, C. & HART, C. Practice makes perfect: Reduction in female condom failures and user problems with short-term experience in a randomized trial. *Contraception*, 86, p. 127-131, 2012.

⁴ PETERS AJTP et al. *Journal of the International AIDS Society*, 2013, <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18452> |

⁵ BARBOSA, R.M.; KALCKMANN, S.; BERQUO, E. & STEIN, Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *Intern J STD & AIDS*, 18, p. 261-266, 2007.

⁶ GUERRA, F.M. & SIMBAY, L.C. Prevalence of Knowledge and Use of the Female Condom in South Africa. *AIDS Behav*, 18, p. 146-158, 2014; DOI 10.1007/s10461-013-0580-3.

educativas com os gestores e os profissionais responsáveis pela oferta do método às mulheres para que eles próprios possam conhecê-lo, apreciar as suas vantagens e se conscientizarem da importância de oferecê-lo às mulheres, com o necessário suporte para o uso.

Entretanto, em função do custo e da limitada produção do preservativo, foram definidos grupos prioritários para a oferta do método: mulheres profissionais do sexo, mulheres em situação de violência doméstica ou sexual, mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos, mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis, mulheres com DST, mulheres de baixa renda e usuárias dos serviços de atenção à saúde da mulher. Esta opção, embora compreensível, trazia algumas dificuldades de operacionalização; a fragmentação dos grupos considerados prioritários exigia um esforço adicional para buscar grupos de mulheres com características distintas e que acessavam os serviços de forma heterogênea e por meio de diferentes portas de entrada.

De qualquer modo, entre 2000 e 2009 foram adquiridos e distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde pelo Ministério da Saúde aproximadamente 16 milhões de unidades de preservativo feminino.⁷ Como resultado, em 2008, aproximadamente 6,7% das mulheres brasileiras referiam ter usado o PF ao menos uma vez na vida, havendo também um aumento discreto dos estudos acadêmicos que buscavam analisar a experiência dos serviços de saúde e das suas usuárias com o preservativo feminino.⁸ Paralelamente a esse processo, foi encomendada uma pesquisa avaliativa que buscou identificar os principais problemas na disponibilização do preservativo feminino às mulheres de acordo com a perspectiva adotada.⁹ Os resultados desta pesquisa, concluída em 2005, apontam vários problemas no âmbito da gestão dos serviços em níveis central e local que deveriam ser solucionados para garantir de fato o acesso das mulheres a este insumo.

No entanto, aparentemente, as recomendações desta pesquisa não foram implementadas. Em face da baixa adesão e da cobertura de uso do PF, identificadas em pesquisas de base nacional e estudos locais, apesar dos reconhecidos

benefícios trazidos pelo preservativo feminino, nova pesquisa foi realizada sobre o tema em 2009. Levando em conta a tensão entre a perspectiva universalista, segundo a qual o preservativo deveria ser distribuído amplamente, e a focal, que definia grupos específicos para acesso ao método, presente de forma ambígua nos discursos dos gestores e nos documentos político-normativos do Ministério da Saúde sobre o assunto, as autoras Barbosa e Perpétuo refletem sobre dois cenários hipotéticos. Num primeiro, de distribuição direcionada, o preservativo feminino, não estando disponível em quantidade suficiente para cobrir a demanda dos grupos selecionados, deveria ser ofertado a partir de estratégias específicas para melhor atingir estes grupos, e articulado com a oferta de condom masculino, visando garantir proteção para um número maior de relações sexuais.

“A fragmentação dos grupos considerados prioritários exigia um esforço adicional para buscar grupos de mulheres com características distintas e que acessavam os serviços de forma heterogênea e por meio de diferentes portas de entrada.”

O segundo cenário diria respeito à distribuição ampla do preservativo feminino pela rede de atenção à saúde, situação na qual o quantitativo disponível estaria muito abaixo do necessário para a finalidade de prevenção, mas poderia contribuir para popularizar o uso do método e reduzir algumas barreiras referidas nos estudos de aceitabilidade e efetividade. Em quaisquer das duas estratégias a equipe de saúde deveria estar convencida da utilidade/opportunidade do preservativo feminino, bem como precisariam ser desencadeadas ações de monitoramento e avaliação que considerassem não apenas os aspectos quantitativos da distribuição, mas as características da dispensação, do uso e da adesão, visando ajustar as rotinas de oferta e acompanhamento pelos serviços. De acordo com as autoras, “a política relativa à distribuição do PF desenvolvida nos últimos 10 anos parecia ter ficado no meio do

⁷ PERPÉTUO, I.; ABREU, D. & PERPÉTUO, G. Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino. Relatório final, vol I, 2005. Mimeo.

⁸ BARBOSA, R.M. & PERPÉTUO, I. Análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente do uso do preservativo feminino. Documento preliminar produzido no âmbito do Termo de Referência do UNFPA – contrato de consultoria # 042 / 2009. Novembro 2009. Mimeo.

⁹ UNFPA/ NEPO/ ABIA. Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira. Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2011.

caminho, não assumindo qualquer postura de forma clara”, o que sugere a importância de uma definição mais efetiva da política que orientaria a oferta deste insumo de modo a otimizar a oferta e os benefícios potenciais da distribuição e uso do método.

A necessidade de intensificar as estratégias de prevenção para as mulheres levou o Ministério da Saúde a anunciar, no final de 2009, o aumento do número de unidades do Preservativo Feminino a serem adquiridas no ano seguinte. Para tanto, o estudo de Barbosa e Perpétuo foi ampliado, com apoio do UNFPA, objetivando compreender a dinâmica de oferta e a utilização do preservativo feminino de uma forma mais ampla. Assim, foi considerado o cenário internacional e nacional de produção, a comercialização e a divulgação do preservativo, as estratégias de distribuição e a disseminação do método no âmbito dos serviços de saúde e organizações não governamentais, e ainda a própria experiência das mulheres, documentadas em estudos e pesquisas.

Os resultados deste esforço reiteraram os achados do estudo anterior, mostrando mais uma vez problemas no âmbito da gestão, incluindo a distribuição dos insumos às unidades, na capacitação dos serviços e dos profissionais para a oferta do método às mulheres e falhas no processo de monitoramento e avaliação. Como uma das recomendações do estudo, foi realçada a necessidade de ser desenvolvida uma estratégia de comunicação que reposicionasse o preservativo feminino no contexto de insumos voltados para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, desconstruindo alguns significados negativos associados ao método: feio, barulhento, incômodo, e próprio para mulheres com alto risco de infecção.

Para subsidiar o delineamento desta estratégia, foi realizado um conjunto de grupos focais com gestores e mulheres de diferentes segmentos em três estados do país. Especificamente, esta iniciativa visava apoiar a divulgação e a distribuição nos estados e nos municípios do preservativo feminino de 2ª geração, adquirido num quantitativo de 20 milhões de unidades pelo Ministério da Saúde em junho de 2011.

As sugestões oferecidas por este trabalho apontavam para a importância de uma ação comunicacional em diferentes planos, desde o emprego da mídia até a produção de materiais educativos de uso e disseminação nos serviços de saúde e em eventos; divulgação específica das vantagens do preservativo feminino junto a profissionais de saúde, incluindo ginecologistas e profissionais da atenção básica; sensibilização da população em geral e das mulheres em particular. O objetivo, segundo as propostas realizadas nos grupos focais, seria mostrar o preservativo como uma oportunidade para as mulheres de terem acesso a um novo produto para a sua proteção, ou seja, deslocando a ideia da prevenção específica das DST/aids para a possibilidade de promoção da saúde sexual e reprodutiva, o que exigiria uma articulação discursiva e operacional com gestores e profissionais da área de saúde das mulheres.¹⁰

Do quantitativo de 20 milhões de preservativos adquiridos nesta compra de 2011, cerca de 11.609.500 foram distribuídos em 2012; 6.313.500 em 2013; e 2.074.000 em 2014.¹¹ Entretanto, a estratégia de comunicação pretendida não foi desencadeada. Tampouco foram otimizados os processos de gestão no âmbito dos serviços e das secretarias municipais e estaduais de saúde necessários para garantir o acesso das mulheres ao preservativo feminino, e nem o monitoramento da oferta e uso do método. Não se sabe quais foram os elementos do processo decisório que orientaram a definição dos quantitativos distribuídos em cada ano, e sequer existe uma avaliação do impacto desta maior distribuição em 2012 e 2013.

Mudanças na orientação da política de Aids no país têm reduzido a priorização dada à incorporação do preservativo feminino ao leque de alternativas preventivas para mulheres. Do mesmo modo, mudanças nas prioridades da Área Técnica de Saúde da Mulher e na estratégia de operacionalização da atenção básica à saúde também têm contribuído para um crescente silêncio em torno do preservativo feminino. Entretanto, as vantagens do método são inegáveis, bem como o direito das mulheres de terem acesso a todo tipo de tecnologia que possa contribuir para a sua saúde. Como, então, reverter este quadro?

¹⁰ BORTOLANZA, Elaine. Comunicação pessoal.

¹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento Nacional de DST/aids, www.aids.gov.br, acesso em 15/03/2015.

Nilo Fernandez

Gerenciamento de riscos em tempos de novas tecnologias de prevenção na perspectiva dos direitos humanos

Psicólogo, doutor em Ciências da Saúde pelo Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz) e pesquisador responsável pela área de Aconselhamento em DST e AIDS e Educação Comunitária no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS do INI/Fiocruz



Acervo ABIA

A camisinha masculina ou feminina é classificada como uma das tecnologias de prevenção

Segundo o dicionário Michaelis (2008), a palavra tecnologia, do grego *τεχνη* – “técnica, arte, ofício” – e *λογία* – “estudo”, significa o conjunto dos processos especiais relativos a uma determinada arte ou indústria. O termo tecnologia envolve o conhecimento técnico e científico e as ferramentas, os processos e os materiais criados e/ou utilizados a partir de tal conhecimento e das necessidades de cada cultura e sociedade, dependendo do momento histórico.

As tecnologias relacionadas à prevenção podem ser leves ou duras. Leves são as ligadas às atividades de gestão, elaboração de ações de prevenção e desenvolvimento de protocolos. As tecnologias duras se referem a produtos, como as camisinhas femininas ou masculinas (Giana & Kalichman, 2009).

Até 1995, cerca de 1 milhão e meio de crianças encontravam-se infectadas pelo HIV, 90% delas por transmissão da mãe para o filho. Segundo

a Organização Mundial de Saúde, este número poderia chegar a 10 milhões até o ano 2000. O estudo ACTG 076, em 1994, comprovou a capacidade da utilização de um antirretroviral, a Zidovudina (AZT), como uma tecnologia profilática durante a gestação, o parto e para o bebê após o nascimento, durante seis semanas. Com esta tecnologia, a transmissão vertical do HIV da mãe soropositiva para o seu bebê foi reduzida em dois terços e propiciou a possibilidade de técnicas de reprodução assistida para casais sorodiscordantes¹ (Connor, 1994). A partir dessa descoberta, a ciência vem investindo em novas tecnologias duras com a utilização de antirretrovirais como forma de prevenção. Entre as denominadas novas tecnologias de prevenção pode-se enumerar: profilaxia pós-exposição; tratamento como forma de prevenção (TFP); autotestagem domiciliar para o HIV; circuncisão masculina, microbicidas; profilaxia pré-exposição sexual (Global HIV Prevention Working Group, 2006).

¹ Casal sorodiscordante refere-se a um relacionamento entre uma pessoa com resultado reagente/positivo para o HIV com outra com resultado não reagente/negativo.



O uso de antirretrovirais é outro importante método de prevenção

A profilaxia pós-exposição sexual (PEP)

A profilaxia pós-exposição sexual (PEP) é a utilização de antirretrovirais dentro de 72 horas, durante 28 dias, como forma de prevenção, inibindo a replicação viral e a transmissão do HIV para todo o organismo. Essa profilaxia, iniciada em 1996, foi primeiramente utilizada em acidentes perfurocortantes com profissionais de saúde e mulheres que tivessem sofrido estupro. Posteriormente passou a ser usada nos casos de acidente com rompimento do preservativo, quando houvesse potencial risco de exposição sexual ao HIV, com parceiros sabidamente positivos (Schechter et al., 2004).

Embora esta tecnologia exista desde 2007 (Brasil, 2007), não foi amplamente divulgada e incorporada pelos serviços. A partir de 2010 as diretrizes sobre seu uso foram atualizadas,

incorporando a recomendação da utilização a partir do tipo de práticas sexuais e da prevalência do HIV em populações específicas, conforme tabela 1, encontrada no site do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (Brasil, 2010: www.aids.gov.br - Acessado em: 23/12/2014).

Tratamento como forma de prevenção (TFP – sigla em inglês TasP) / “Testar e Tratar”

O tratamento como forma de prevenção (TFP) é tecnologia de prevenção que está baseada no estudo HPTN 052. Esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar a capacidade de os antirretrovirais protegerem o parceiro negativo em relações sexuais com parceiros sorodiscordantes positivos em que o preservativo não é utilizado ou rasga, e avaliar o acompanhamento clínico e comportamental dos casais. A pesquisa acompanhou 1.763 casais sorodiscordantes, divididos em dois grupos: em um

deles os parceiros positivos tomavam antirretrovirais (ARV) imediatamente e, no outro, os positivos somente tomavam antirretrovirais quando o CD4+ era igual ou inferior a 250 cel./mm³, que era o padrão de início de terapia antirretroviral à época.

“A epidemia do HIV no Brasil está concentrada em algumas populações mais vulneráveis, entre estas as dos homens que fazem sexo com homens (HSH).”

Os resultados demonstraram que dos 28 infectados pelo HIV apenas um estava no grupo de ARV imediato, sugerindo que a adesão correta ao uso de antirretrovirais por parceiros soropositivos para o HIV, tornando a carga viral indetectável, forneceu proteção de 96% aos parceiros soronegativos em relação àqueles soropositivos que não utilizaram antirretrovirais. Outro dado importante: não foram encontradas algumas infecções oportunistas, como, por exemplo, a tuberculose extrapulmonar, nos parceiros positivos que utilizaram medicação imediatamente (Grinsztejn et al., 2012).

Conclui-se do estudo que fazer o teste anti-HIV e usar a terapia antirretroviral precocemente como forma de prevenção representam importante tecnologia de prevenção contra a epidemia de AIDS e como forma de tratamento. Essa política tem sido denominada “Testar e tratar” (na sigla em inglês: TNT – *Test and Treat*) (Cohen, 2011). Os resultados do estudo demonstraram aos responsáveis pela gestão dos programas e políticas de controle do HIV e AIDS a necessidade de aumentar a cobertura da testagem anti-HIV e o início mais precoce do tratamento como importante estratégia para melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com AIDS e para romper com a cadeia de transmissão do HIV entre pessoas infectadas e seus parceiros. Neste sentido, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais brasileiro, no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, de dezembro de 2013, estimula início imediato de TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (Brasil, 2013).

Embora entre 2005 e 2012 tenha havido um aumento da distribuição de testes rápidos nos serviços de saúde do Brasil, que passou de 509

mil para 3,8 milhões de unidades nesse período, estima-se que 150.000 pessoas – 1 em cada 5 – não sabem que estão infectadas pelo HIV (*O Globo*, 2014). Alguns estudos têm descrito barreiras estruturais e socioculturais como razões para a cobertura da testagem para o HIV não atingir um número maior da população. Entre as estruturais estaria a falta de dinheiro da população para o transporte até um serviço e o tempo de espera que é gasto para a realização de todos os procedimentos para o teste, incluídos aí o aconselhamento coletivo e individual pré-teste e pós-teste. Entre as barreiras socioculturais, encontram-se a baixa percepção do risco, medo de um resultado positivo, a qualidade ineficiente do acolhimento e o preconceito com pessoas pertencentes a populações mais vulneráveis, como HSH, travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas (Mackellar, 2011; Finlayson, 2011).

No Brasil, a partir de 2003, vários projetos e programas foram desenvolvidos para a ampliação da cobertura da testagem e do aconselhamento para HIV. Um deles é o programa Fique Sabendo, que estimula a realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C em locais de grande concentração de pessoas (Brasil, 2013).

O Quero Fazer é outro programa criado em parceria do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e foi coordenado nacionalmente pela Associação Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada (EPAH). O objetivo foi incrementar a cobertura da testagem utilizando unidades móveis (trailers) de testagem anti-HIV em locais e horários de maior frequência das populações-alvo: gay, travesti e HSH (Brasil, 2013).

A partir das justificativas da população de HSH da falta de acolhimento e discriminação vivenciadas nos serviços de saúde como motivo para a não realização da testagem anti-HIV, Champenois e outros pesquisadores realizaram um estudo na França com a testagem do HIV para HSH feita por militantes (não profissionais de saúde) da ONG AIDES, capacitados na realização de todos os procedimentos, inclusive o teste rápido (Champenois et al., 2010). Os resultados da pesquisa mostraram uma satisfação de 92% dos usuários com teste negativo e 70% dos que tiveram resultado positivo com o atendimento na ONG. Os dados demonstraram que as populações que sofrem mais discriminação no seu dia a dia e têm menor acesso aos serviços de saúde e testagem são as mais vulneráveis para a infecção do HIV e AIDS (Champenois et al., 2010).

Autotestagem para o HIV

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças Americano (US Centers for Disease Control and Prevention/CDC) recomenda que populações mais vulneráveis para o HIV – entre estas os HSH – procurem fazer a testagem anti-HIV a cada três a seis meses por ano (CDC, 2013). Esta recomendação de frequência de testagem não existe no Brasil.

A epidemia do HIV no Brasil está concentrada em algumas populações mais vulneráveis, entre estas as dos homens que fazem sexo com homens (HSH), cuja prevalência é estimada em torno de 13,6% a 14,4% (Malta et al., 2010). Em um estudo com a população de HSH no Brasil, 50% das pessoas que tiveram um resultado positivo para o HIV não tinham consciência de sua infecção (Kerr et al., 2012). Estes dados apontam para a necessidade de estratégias para aumentar a cobertura da testagem para a população em geral e, em especial, para os HSH.

Em 2012, a possibilidade de as pessoas realizarem a autotestagem para o HIV sozinhos em suas residências surgiu como estratégia para aumentar a testagem. Um estudo com HSH relatou que 95% dos homens randomizados para autotestagem de HIV, com uma versão domiciliar do teste para anticorpos no fluido oral, descreveram o teste como fácil de usar. Além disso, a maioria dos homens precisou de pouco aconselhamento ou suporte técnico (Katz, 2012).

Um estudo com homens gays e bissexuais de alto risco para a infecção pelo HIV na cidade de Nova York descobriu que os homens eram capazes de usar a autotestagem por fluido oral para selecionar com sucesso possíveis parceiros sexuais. Cinco novas infecções por HIV foram diagnosticadas durante esse estudo, e poucos problemas foram relatados em relação aos kits para autotestagem (Carballo-Díez, 2012).

Pesquisa na internet (Sharma, 2011), nos Estados Unidos, com 6.163 HSH negros, relatando sexo anal desprotegido ou não conhecendo seu *status* para o HIV, revelou que 3.833 (62%) referiram ter maior probabilidade de fazer a autotestagem com um kit comprado na farmácia e 1.236 (20%) disseram que não fariam a autotestagem.

Os estudos sugerem que a autotestagem para o HIV pode ser uma alternativa para incrementar a cobertura da testagem para o HIV, desde que sejam feitas pesquisas para compreender melhor o uso, as formas de distribuição dos kits, a necessidade de aconselhamento pré e pós-teste e impactos que o recebimento de um resultado positivo em casa poderia causar e maneiras de minimizá-lo (Lippman et al., 2013). A partir dessas análises, a autotestagem

poderia ser implementada de maneira criteriosa para algumas populações mais vulneráveis que têm dificuldade de acesso aos serviços tradicionais de testagem.

Levando em consideração os resultados dos estudos, o Departamento de Administração de Alimentos e Drogas do EUA (Food and Drug Administration – FDA) aprovou em 2012 o teste domiciliar do HIV através de fluido oral, argumentando que os benefícios são muito maiores do que os possíveis riscos (FDA, 2012). O insumo está sendo vendido nas farmácias dos EUA (Schwan, 2012).

Circuncisão masculina

A circuncisão masculina como prevenção contra o HIV foi avaliada em três ensaios clínicos aleatórios com aproximadamente 10 mil homens heterossexuais com relações vaginais, no Quênia, em Uganda e na África do Sul. Todos os participantes receberam um conjunto padrão de medidas de prevenção, que incluiu tratamento de infecções sexualmente transmitidas (DST), camisinhas e aconselhamento para adoção de mudanças de comportamento. Os participantes que foram circuncidados e receberam o conjunto de medidas de prevenção tiveram 60% menos infecções do que os do grupo de controle, que receberam apenas o conjunto de medidas de prevenção (WHO/UNAIDS, 2012). O estudo mostrou que a circuncisão poderia ser eficiente forma de prevenção para homens heterossexuais com relações vaginais com mulheres sem preservativos. Os estudos ainda não comprovaram a eficácia da circuncisão como forma de prevenção nas relações homossexuais e no sexo anal.

“Em países com alta prevalência do HIV entre mulheres, onde existem desigualdades nas relações de gênero (sexismo), um microbicida poderia ser um auxílio importante para essas mulheres.”

Por outro lado, embora alguns pesquisadores afirmem que a estratégia é capaz de gerar riscos para as mulheres, já que homens circuncidados podem se sentir mais protegidos e se recusarem a utilizar preservativos nas relações sexuais, Bailey, em seu estudo randomizado com 2.784 homens no Quênia,

Referências bibliográficas

ARAÚJO, C.L.F. & CAMARGO, J.R.K.R. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Copyright © 2004, Carla Luzia França Araújo, 2009.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.I.; CALAZANS, G.J. & SALLETI, H. “Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids”. In: BARBOSA, R. & PARKER, P. (orgs.). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.

BAILEY, R.C. *Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial*. Vol. 369. February, 2007. In: www.thelancet.com. Acesso em 27/03/15.

BECK, U. *Sociedade de risco: rumo à outra modernidade*. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BRASIL. *Norma técnica com considerações gerais para o uso de profilaxia de hepatite B, HIV e outras DST após situações de exposição sexual*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008*. Suplemento III – Tratamento e Prevenção. Brasília, 2010.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2013.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2013*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Manual de Aconselhamento/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Treinamento em Aconselhamento/AIDS: Guia do Multiplicador*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989b.

BRASIL. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

BRASIL. *Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Rede de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira – MS-PCAP*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO, R.F. “Truvada pode impedir infecção do HIV mesmo se uso não for diário, indica estudo”. Entrevista à Agência de Notícias da Aids. São Paulo, 13/09/2012. Disponível em: www.agenciaaids.com.br. Acesso em 19/04/2013.

CARBALLO-DIÉGUES et al. Use of a rapid HIV home test to screen potential sexual partners. Presented at: XIX International AIDS Conference, Washington D.C., 2012. Abstract #TUPDC0304.

não encontrou comportamentos de compensação de risco que pudessem aumentar a vulnerabilidade para o HIV na população estudada (Bailey, 2007). O projeto U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief – Plano de Emergência para a Assistência a AIDS do Presidente dos EUA (PEPFAR) recomenda a circuncisão, acompanhada de aconselhamento para DST e HIV e AIDS, apenas para os países com epidemias com prevalência de transmissão heterossexual, como na África, com baixa prevalência de circuncisão masculina (WHO/UNAIDS, 2014). No Brasil, onde os dados epidemiológicos apontam para uma epidemia concentrada em algumas populações mais vulneráveis – homossexuais, transexuais, travestis, profissionais do sexo e usuários de drogas – não existe nenhuma recomendação de utilização da circuncisão como alternativa preventiva (Brasil, 2013).

“A camisinha é um produto industrial cuja introdução no campo da saúde coletiva não levou em consideração as especificidades da sexualidade das pessoas que a utilizariam.”

Microbicidas

Alguns cremes e géis microbicidas, à base de antirretrovirais, estão sendo estudados na prevenção do HIV. O estudo CAPRISA 004 – Centro para o Programa de Pesquisa em AIDS da África do Sul (Karim et al., 2010) testou um gel vaginal microbica em 889 mulheres de Durban, na África do Sul, com alto risco para contrair o HIV. Metade das mulheres utilizou, antes e depois da relação sexual, o gel com Tenofovir na composição e a outra metade usou um placebo. Os resultados apontaram que houve 39% menos infecções pelo HIV entre as mulheres que usaram o gel com antirretroviral do que entre as que usaram o gel do placebo. Em alguns países com alta prevalência do HIV entre mulheres, onde existem desigualdades nas relações de gênero (sexismo) e elas não têm nenhum poder de negociação da camisinha nos relacionamentos sexuais, um microbica poderia ser um auxílio importante para essas mulheres.

Profilaxia pré-exposição (PrEP)

A PrEP é a utilização de antirretrovirais na prevenção do HIV. O estudo iPrEx foi uma pesquisa de eficácia da PrEP, que utilizou o antirretroviral Truvada uma vez ao dia em homens que fazem sexo com homens para avaliar a proteção contra o HIV. O estudo demonstrou que o grupo que usou o Truvada teve uma proteção de 44% a 90%, dependendo, respectivamente, da adesão menor ou maior ao uso da medicação, em relação ao grupo controle que usou o placebo. Os resultados do estudo demonstraram que houve poucos efeitos adversos (Grant, 2010).

O FDA aprovou em julho de 2012 o antirretroviral Truvada como forma de prevenção nos Estados Unidos. A PrEP passa a ser nesse país uma nova tecnologia de prevenção. No Brasil, o Truvada foi aprovado pela Anvisa somente em agosto de 2012, apenas para tratamento de AIDS. Esta medicação ainda não faz parte da grade dos antirretrovirais distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde.

Uso das tecnologias informatizadas na prevenção

Cada vez mais estão sendo utilizados no mundo programas e plataformas que se valem da internet e dos telefones celulares como forma de acessar a população e realizar ações de saúde através do aconselhamento via bate-papos virtuais ou mensagens de MSM, principalmente para a prevenção das populações jovens e gays que têm o costume de lançar mão desses veículos. Calculadoras de risco – através de smartphones ou computadores, em que o usuário responde a algumas questões e tem como resposta um gráfico com a avaliação de seu risco para o HIV através de uma pontuação, apontando as áreas em que precisa melhorar – também têm sido utilizadas em alguns países do mundo. Os smartphones estão sendo empregados como meio para se trabalhar a adesão às medicações antirretrovirais e as consultas médicas (HRSa, 2007 e Let's Talk About it, 2014).

Resultados e discussão

Atualmente acontece uma grande discussão em torno dessas novas tecnologias. Knauth (2008) considera que as novas tecnologias – com o objetivo de, através de métodos de aferição de resultados mais controláveis, tornar mais “científico” o processo de prevenção – tendem a medicalizar excessivamente o campo da prevenção.

O campo da prevenção das denominadas “doenças venéreas” foi medicalizado desde o advento das primeiras camisinhas lançadas para protegê-las, que foram prescritas de

modo autoritário e sem aprofundamento das vulnerabilidades, dos contextos e das trajetórias de vida. A camisinha é um produto industrial cuja introdução no campo da saúde coletiva não levou em consideração as especificidades da sexualidade das pessoas que a utilizariam. Diferenças de tamanho e largura não foram avaliadas nos primórdios do seu lançamento. Com o advento da AIDS, a prevenção das “doenças venéreas” – denominadas depois de doenças sexualmente transmissíveis (DST) – através da prescrição das camisinhas, foi transferida automaticamente para o HIV, mas da mesma maneira verticalizada e autoritária. Com o passar do tempo, percebeu-se que, para haver a adesão dos usuários do sistema de saúde à camisinha, era necessário se adequar o insumo à realidade dos usuários e foram criadas camisinhas de tamanhos, larguras, consistência e manufaturas diferentes, assim como preservativo feminino. Contudo, a forma prescritiva e autoritária com que as camisinhas eram distribuídas continua a mesma até os dias de hoje.

As novas estratégias tecnológicas, com o passar do tempo, também irão se adequar aos contextos e às trajetórias de vida de cada usuário. Precisamos pesquisar como implementar melhor esses produtos segundo a realidade da população brasileira. Existem dúvidas se a disponibilização dessas tecnologias pode aumentar os comportamentos de risco para o HIV. Alguns estudos, denominados Avaliação de Comportamentos de Compensação de Risco – em inglês, risk compensation – foram realizados nos estudos HPTN 052 e iPrEX para avaliar a relação entre o “otimismo” relacionado às novas tecnologias de prevenção do crescimento de comportamentos de risco, como, por exemplo, o aumento do número de parceiros e sexo sem preservativo, tendo demonstrado que não houve aumento nas relações sexuais vaginais ou anais desprotegidas, mas diminuição (Mayer, 2012). Como fazia parte do protocolo de atividades do estudo o aconselhamento preventivo para as DST/HIV, podemos afirmar que o aconselhamento, associado aos antirretrovirais, contribuiu não apenas para que os comportamentos de risco diminuíssem, mas também para o baixo número de infecções. Assim sendo, esses estudos mostraram que a estratégia de prevenção de forma combinada pode ser eficaz.

Alguns estudiosos se preocupam com a possibilidade da utilização de antirretrovirais como forma de prevenção em pessoas saudáveis, pois podem produzir resistência viral às medicações prescritas e, além disso, as pessoas perderem essas medicações. Não foi encontrada resistência viral em participantes do estudo iPrEX (Grant, 2010). Como foi um estudo

científico, a distribuição, a ingestão, a adesão e o controle da soroconversão através de testagem anti-HIV foram avaliados sistematicamente. Portanto, não se pode afirmar que no uso cotidiano, sem todo esse controle, a resistência viral não aconteça. Serão necessários estudos de longo prazo para avaliar tal possibilidade. Alguns estudos denominados demonstrativos, com a utilização da medicação “na vida”, estão sendo desenvolvidos no mundo. No Brasil, em uma parceria do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz), a Universidade de São Paulo (USP) e o Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-SP (CRT-SP), está sendo desenvolvido o estudo PrEP Brasil para avaliar as questões relacionadas ao uso de PrEP.

“Um resultado positivo ainda é capaz de causar impactos emocionais e sociais intensos na pessoa que o recebe.”

A autotestagem domiciliar, com testes rápidos, é realizada através de procedimentos fáceis, como o emprego de um cotonete na gengiva para coletar fluido oral e obter em 20 minutos o diagnóstico para HIV. Ela necessita de que sejam disponibilizadas informações aos usuários para que não ocorram dúvidas sobre a possibilidade da transmissão através do beijo. O teste anti-HIV, contudo, não deve ser banalizado. Um resultado positivo ainda é capaz de causar impactos emocionais e sociais intensos na pessoa que o recebe. É preciso que se façam estudos para avaliar a melhor maneira da sua implantação no Brasil, pesquisando os modos e os locais de distribuição, qual o perfil das populações que podem receber, a necessidade e a qualidade do aconselhamento, e o suporte emocional existente em caso de um resultado positivo em casa, além do fluxo de referência para o teste confirmatório e tratamento (Lippman et al., 2014).

Outra questão importante é a da necessidade, vantagens e desvantagens do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV ser associado à autotestagem. Os resultados de uma pesquisa clínica demonstraram que não houve um decréscimo na incidência das DST e HIV entre pacientes de uma clínica de tratamento de DST que receberam aconselhamento pré-teste antes do teste anti-HIV rápido, comparados com os

CDC (US Centers for Disease Control and Prevention). HIV Testing and Risk Behaviors among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men – United States. CDC, nº 67 (47), p. 958-962, November 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6247a4.htm>. Acesso em 14/01/2014.

CHAMPENOIS, K. et al. ANRS – COMTEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open Accessible Medical Research*, Paris, France: 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323802/>. Acesso em 20/01/2015.

CLINICAL TRIALS GROUP. Protocol 076, Study Group Jones LK. “Frank Parsons’ Contribution to Career Counseling”. *Journal of Career Development*, nº 20, p. 287-294, North Carolina State University, March 1994.

COHEN, M.S. et al. “Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy”. *N. Engl. J. Med.*, 2011.

CONNOR, E.M. et al. “Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment”. *The New England Journal of Medicine*, v. 331, nº 18, p. 1173-1180, Nov. 1994.

FDA (US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION). “First Rapid Home-Use HIV Kit Approved for Self-Testing”. In: www.fda.gov/forConsumers/ConsumerUpdates. *Consumer Health Information*, jul. 2012. Acesso em 23/01/2015.

FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. "Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23/01/2015.

FINLAYSON, T.J. et al. *HIV risk, prevention, and testing behaviors among men who have sex with men – national HIV behavioral surveillance system*, 21 U.S. cities, United States, 2008. Atlanta: MMWR, October 2011 / 60(SS14). p. 1-34.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon de Albuquerque. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

GIANA, M.C. & KALICHMAN, A.O. "Novas tecnologias de prevenção e o SUS". *Saber Viver Profissional de Saúde*, nº 17, Rio de Janeiro, out. 2009.

GRANT, R.M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.*, nº 363 (27), p. 2587-2599, 2010.

GRINSZTEJN, B. et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral therapy (ART) on clinical outcomes in the HPTN 052 randomized clinical trial. THLBB05 – Apresentação oral. *Anais da XIX International AIDS Conference*. Washington D.C.: International AIDS Society (IAS) Online Resource Library, jul. 2012. p. 22-27. Disponível em: <https://www.iasociety.org/Abstracts/A200747614.aspx>. Acesso em: 28/01/2015.

“No momento atual, em que os estudos estão demonstrando a eficácia da utilização das denominadas novas tecnologias de prevenção, as políticas de prevenção e aconselhamento precisam ser discutidas para que possam ser adaptadas a essa nova realidade.”

que tiveram apenas informações sobre o teste anti-HIV rápido (Metsch, 2013). Considerando esses resultados e o fato de que a população HSH reclama do estigma e de problemas de acessibilidade aos serviços de saúde, alguns pesquisadores têm sugerido que o aconselhamento seja realizado no pós-teste ou no teste confirmatório do resultado positivo, como forma de auxiliar a vinculação do usuário ao tratamento.

A sugestão é a de que os testes anti-HIV não tenham o mesmo nível de necessidades de aconselhamento. Assim sendo, poderia se sugerir a testagem para as populações mais vulneráveis, entre elas a de HSH, a cada três/seis meses e o aconselhamento uma vez por ano (Lippman et al., 2014). O aconselhamento pré-teste poderia ser requerido para as pessoas que nunca fizeram um teste anti-HIV. Aquelas que já tivessem feito um teste anti-HIV com aconselhamento anterior,

este poderia ser realizado somente em caso de demanda do próprio usuário. A partir das respostas a essas reflexões, as pessoas que não se sentissem estimuladas a realizar o teste anti-HIV nos espaços convencionais de testagem poderiam optar pela alternativa do teste domiciliar.

Um estudo denominado A Hora é Agora está sendo desenvolvido na cidade de Curitiba em uma parceria entre a Secretaria Municipal de Curitiba, o CDC, o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a Fiocruz e a ONG Dignidade para avaliar um modelo inovador de testagem, tratamento e prevenção em que o próprio usuário escolhe, através de um site na internet, a maneira mais adequada para se testar: em um centro de orientação e aconselhamento, em um trailer, ou autotestagem em sua própria casa com entrega do kit pela empresa de Correios, garantia de um telefone de suporte 24 horas, e referência para teste confirmatório e tratamento, no caso de um resultado positivo.

Outra importante alternativa para a testagem convencional foi demonstrada pelo estudo de Champenois et al. (2010) com o teste anti-HIV realizado em ONGs. Esta estratégia aponta para a necessidade da incorporação e capacitação dos militantes de ONGs para o exercício do aconselhamento e da testagem anti-HIV como forma de superar a discriminação e o estigma, que geram barreiras para o acesso das populações mais vulneráveis à testagem anti-HIV.

A testagem conjunta para casais sorodiscordantes ou soroconcordantes é uma estratégia que tem sido



A testagem conjunta para casais sorodiscordantes ou soroconcordantes tem sido recomendada pela UNAIDS



As vivências experimentadas na vida real devem ser centrais em qualquer avaliação de risco

recomendada pela WHO e UNAIDS. Segundo essas organizações, esse procedimento teria um impacto maior sobre as práticas sexuais do que a testagem individual, porque permitiria aos parceiros apoiarem-se mutuamente, além de terem informações sobre prevenção, reprodução e prevenção da transmissão vertical de mãe para filho. A partir do diagnóstico positivo do HIV em um dos parceiros, a terapia antirretroviral poderia ser oferecida a ele, diminuindo o risco de transmissão para o parceiro negativo. Além disso, poderia ser prescrita a profilaxia pós-exposição sexual para o parceiro negativo, em caso de rompimento de um preservativo, prevenindo a aquisição da infecção pelo HIV. Segundo a OMS, a estratégia de testagem conjunta dos casais pode minimizar o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV observado em todo o mundo (WHO, 2012; UNAIDS, 2010).

A incorporação pelo Brasil de tecnologias de informática nas áreas de prevenção e tratamento é de fundamental importância para as ações de prevenção, principalmente nesse momento em que os dados epidemiológicos apontam um crescimento da incidência da epidemia entre as populações mais jovens entre 15 e 24 anos, que são as que mais

acessam essas tecnologias. Os profissionais de saúde e ativistas das organizações da sociedade civil precisam ser capacitados para utilizar tal estratégia.

A introdução dessas novas tecnologias de prevenção nos serviços públicos somente será possível se houver uma reflexão crítica sobre a forma autoritária e prescritiva com que tem sido feito o aconselhamento preventivo para o HIV e AIDS. No *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (Ferreira, 1975), a palavra aconselhamento não existe, apenas o verbo aconselhar aparece, definido como dar conselhos e recomendar. Essas definições ajudaram a confundir o conceito de aconselhamento, transformando a estratégia em palestras prescritivas com informações sobre formas de transmissão e de prevenção do HIV.

Filgueiras e Deslandes (1999) verificaram em seu estudo que alguns serviços desenvolvem ações de aconselhamento:

[...] a atitude de escuta foi frequentemente substituída pelo caráter informativo (visto como instrução ou orientação informativa de caráter normativo) e de coleta de dados sobre o paciente... Percebeu-se, também, como ponto frágil da prática cotidiana dos profissionais, a avaliação de risco centrada na vivência e real expectativa do usuário. Torna-se fundamental investir neste aspecto, estimulando cada profissional a desenvolver uma dinâmica pessoal de abordagem em que a orientação seja traçada dentro de um campo de parceria e troca com o paciente.

O que se percebe é que o discurso oficial preventivo tem se mostrado insuficiente, porque houve um esgotamento da ideia de uso consistente do preservativo por longo período. O discurso de “fundamentalismo do latex” (Camargo, 2012), prescrevendo-se a camisinha como um verdadeiro mantra, deve dar lugar a um diálogo mais centrado nas demandas de possibilidades do usuário.

No momento atual, em que os estudos estão demonstrando a eficácia da utilização das denominadas novas tecnologias de prevenção, as políticas de prevenção e aconselhamento precisam ser discutidas para que possam ser adaptadas a essa nova realidade. É importante que o modelo

ESTRATÉGIAS POLÍTICAS

HRSA (Health Resources and Services Administration). *Improving HIV/AIDS Care. What's Going on SPNS. An Update from the RWCA SPNS Program*, HRSA HIV/AIDS Bureau. July, 2007.

JONES, L.K. “Frank Parsons’ Contribution to Career Counseling”. *Journal of Career Development*, v. 20 (4), Human Sciences Press, Inc., Summer 1994.

KARIM, A.Q. et al. “Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women”. *Science*, nº 3, p. 1168-1174, Sep. 2010. [PMC free article] [PubMed].

KATZ, D.; GOLDEN, M.; HUGHES, J. et al. Acceptability and ease of use of home self-testing for HIV among MSM. Presented at CROI, Seattle, WA, 2012. Paper #1131.

KERR, L.R.; MOTA, R.S.; KENDALL, C. et al. “HIV among MSM in Brazil”. *AIDS*, 2012.

KNAUTH, D.R. “Da camisinha à circuncisão: reflexões sobre as estratégias de prevenção ao HIV/AIDS”. Trabalho apresentado a 26ª Reunião Brasileira de Antropologia. *Anais*, Porto Seguro/BA, 01 a 04 de junho de 2008.

LET’S TALK ABOUT IT: Site: <http://www.letstalkaboutit.org.au>. Acesso em 12/01/2014.

LIPPMAN, S.A. et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Braz J Infect Dis.*, nº 18 (3), p. 239-244, 2014.

MACKELLAR, D.A. et al. "Reasons for not HIV testing, testing intentions, and potential use of an over-the-counter rapid HIV test in an internet sample of men who have sex with men who have never tested for HIV". *PubMed. Sex Transm Dis.*, nº 38, p. 419-28, May 2011.

MALTA, M. et al. "HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis". *BMC Public Health*, nº 10, 2010.

MAY, R. *Eros e Repressão: amor e vontade*. Petrópolis: Vozes, 1973.

MAYER, K.H. et al. "Sustained Treatment as Prevention: Continued Decreases in Unprotected Sex and Increases in Virological Suppression after HAART Initiation among Participants in HPTN 052". Presented at the XIX International AIDS Conference. Poster Number: MOPDC0106. Washington DC/USA, July 23, 2012.

METSCH, L.R.; FEASTER, D.J.; GOODEN, L. et al. Effect of risk-reduction counseling with rapid HIV testing on risk of acquiring sexually transmitted infections: the AWARE randomized clinical trial. *JAMA*, nº 310, p. 1701-1710, 2013.

MICHAELIS. *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Melhoramentos, 2008.

MULHAUSER, G. *History of Counselling & Psychotherapy*. Haverhill, England: Scientific Research, Mulhauser Consulting Ltda, Managing Editor, 2011.

O GLOBO. 1 em cada 5 infectados ignora ter HIV. Notícia publicada em 02/12/2014. Autores: André Souza, Flávio Ilha e Márcia Abos.

autoritário-prescritivo seja transformado em um modelo dialógico de gerenciamento de risco e reflexão sobre estratégias preventivas sob medida para cada usuário do sistema de saúde.

Beck (2010) defende que a sociedade da modernidade tardia é uma sociedade de risco, na qual o risco não é mais dado, mas construído. Para o autor, a construção social do risco é mediada pela ciência e pelos governos. Deste modo, o discurso e a prática sobre o risco são construídos, tornados hegemônicos e monopolizados pela ciência e pelas políticas dos governos. A ciência, através das pesquisas e da produção de conhecimento de seus especialistas, aponta os fatores, os determinantes de risco e as medidas de prevenção, cabendo aos governos a tarefa de criar políticas de prevenção e controle de enfrentamento. Segundo Spink, existe na sociedade de risco uma verdadeira "triangulação entre cálculo, percepção e gerenciamento dos riscos" (Spink, 2001, p. 1278).

Beck (2010) refere que, embora o risco seja construído hegemonicamente pelos especialistas da ciência e do governo através de um processo de reflexividade, a sociedade se apropria da racionalização desses riscos e os modifica segundo uma percepção própria. Deste modo, a gestão do risco, que era pública, torna-se privada. Foucault (2007) descreve esse dispositivo no seu trabalho sobre o "cuidado de si". Um dispositivo de controle que era público acaba sendo incorporado através de um processo individualizado de autogestão.

De acordo com Perrusi e Franch (2012), pode haver uma situação de tensão entre as diretrizes dos especialistas e gestores dos riscos e os cidadãos, usuários dos dispositivos. No caso das ações de prevenção do HIV, esta tensão fica bem clara. Embora os estudos mostrem que mais de 90% da população conhecem as informações sobre como é transmitido o HIV e como se prevenir, apenas 45,7% utilizam sempre o preservativo nas relações sexuais com parceiros casuais e 19,4% o fazem sempre com parceiros fixos (Brasil, 2008). Vários são os fatores que podem explicar essa contradição, entre eles podemos citar o fato de as ações de prevenção e de aconselhamento não levarem em consideração as três dimensões da vulnerabilidade de pessoas e populações: programática (ou institucional, que está relacionado ao nível de desenvolvimento das políticas e dos programas para o enfrentamento da epidemia do HIV e AIDS), social (aspectos sociopolíticos e culturais), e comportamental (qualidade da aquisição dos conhecimentos sobre o HIV e AIDS e capacidade de perceber contextos intersubjetivos e sociais geradores de vulnerabilidades) (Ayres et al., 1999).

"Os profissionais precisam ter, além de capacitação técnico-científica, respeito pelos diferentes saberes, habilidades interpessoais de escuta e comunicação e de manejo de emoções e sentimentos."

O conceito de aconselhamento aparece nos EUA, em 1909, associado aos movimentos de orientação vocacional com Frank Parsons (Jones, 1994). Depois das duas guerras mundiais o aconselhamento passou a ser empregado na orientação emocional dos soldados que retornavam das batalhas e, em 1960, começa a ser exercido no trabalho de conscientização pelo movimento pelos direitos humanos, nos EUA, de feministas, gays e lésbicas (Mulhauser, 2011).

Scheffer (1986) afirma que a partir dos anos 1960 o aconselhamento cada vez mais se transforma em uma especialização no campo da psicologia, com algumas linhas teórico-metodológicas, como, por exemplo, a teoria comportamental-behaviorista (Pavlov, 1927; Skinner, 2005) e as teorias existenciais-humanistas, com representantes como Rollo May (1973), Van Kaam (2009) e Carl Rogers, com sua Abordagem Centrada na Pessoa (1981, 2005). Enquanto para as primeiras o aconselhamento deveria ser direcionado para ajudar a pessoa a encontrar maneiras racionais e mais eficazes de lidar com os problemas, produzindo ações práticas que resultassem em mudanças para comportamentos mais adaptativos, para as últimas, a ajuda não deve levar em consideração apenas os elementos racionais, mas principalmente a situação existencial do relacionamento integral do ser humano com o mundo.

Segundo Rogers (1981), a atitude de acolhimento do aconselhador – com interesse, empatia, compreensão e calor humano – é fator estimulador fundamental para a vivência das questões entre duas pessoas: aconselhador e cliente (usuário). É essa atitude que vai propiciar o processo de mudança na vida das pessoas. Rogers iria influenciar o desenvolvimento de uma forma de aconselhamento menos diretiva, baseado na aceitação dos sentimentos do cliente. Para ele, os profissionais da área da saúde e educação, através

de relacionamentos interpessoais, podem produzir mudanças construtivas na vida das pessoas.

O conteúdo de aconselhamento contido nos primeiros materiais produzidos pelo governo americano para o enfrentamento da epidemia de AIDS tinha uma lógica pedagógica diretiva e de repasse linear de informações técnicas sobre formas de transmissão e prevenção, diferença entre HIV e AIDS, testagem e significado dos resultados e janela imunológica.

O primeiro manual que supera a concepção do aconselhamento como um mero repasse de informações, compreendendo-o como um espaço de relacionamento intersubjetivo, incorporando as ideias de Carl Rogers de respeito aos valores e às crenças dos clientes e considerando aspectos sociais e emocionais, foi o “Manual de Aconselhamento da Organização Mundial de Saúde” (OMS), editado em 1990.

No Brasil, os primeiros manuais, contudo, traziam apenas informações e recomendações sobre aspectos clínicos, terapêuticos e laboratoriais do HIV e da AIDS. Até 1988 foram as ONGs que assumiram o trabalho de aconselhamento. Nesse ano, no “Manual de Condutas Clínicas”, aparece pela primeira vez a referência aos objetivos do trabalho de aconselhamento para as pessoas infectadas, descritos como: orientação para evitar transmissão, redução da influência dos cofatores na progressão da doença, e medidas para a manutenção das atividades profissionais e sociais (Teixeira, 1997; Araújo & Carmargo JR, 2004; Pupo, 2007).

Os primeiros manuais de aconselhamento publicados em 1989 pelo Ministério da Saúde são o “Manual de Aconselhamento/AIDS” (Brasil, 1989a) e o “Treinamento em Aconselhamento/AIDS: Guia do Multiplicador” (Brasil, 1989b). A metodologia utilizada nestes manuais é denominada Modelo Teórico-Técnico em Aconselhamento e é baseada na Teoria Comportamental, tendo como objetivo a adaptação racional da atitude e a mudança de determinados comportamentos em face de algumas situações de vida de exposição a risco, a partir da informação correta.

Em dezembro de 1996, como solicitação do II Encontro de COAS, aconteceu em Brasília um Seminário de Aconselhamento para o aprofundamento teórico-metodológico do trabalho de aconselhamento. A partir dessas discussões, em 1997 foi elaborado o “Manual de Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos” (Brasil, 1997), que incorpora a lógica da Abordagem Centrada no Cliente de Carl Rogers. A intenção dessa escolha foi introduzir alguns princípios básicos da abordagem rogeriana no

trabalho de aconselhamento: a importância da colocação do usuário no centro do encontro das intersubjetividades, a formação do vínculo, a escuta ativa, e o respeito ao saber do usuário e da sua subjetividade. Estes princípios estão indicados na construção do conceito de aconselhamento:

Processo de escuta ativa, individualizado, centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (Brasil, 1997).

Os profissionais precisam ter, além de capacitação técnico-científica, respeito pelos diferentes saberes, habilidades interpessoais de escuta e comunicação e de manejo de emoções e sentimentos. O manual descreve que o trabalho de aconselhamento pode ser realizado por qualquer profissional treinado e não apenas por psicólogos.

Em 1999, a Coordenação Nacional de DST/AIDS publica o documento “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento” (Brasil, 1999). Esse documento é muito importante porque incorpora a concepção de vulnerabilidade, possibilitando a ampliação das ações de prevenção para além do aconselhamento pontual de pré e pós-teste e para fora dos muros dos CTA, com populações mais vulneráveis próximas dos centros de testagem (Wolffenbüttel & Carneiro, 2007).

Em 2004, em Brasília, após encontro com profissionais da área de aconselhamento e da atenção básica, foi publicado um “Manual de Aconselhamento em DST, HIV e AIDS”, direcionado para a atenção básica que incorpora os princípios rogerianos do primeiro manual, revisa alguns termos do jargão psicológico existentes no manual de 1997 e introduz alguns elementos importantes da atenção básica (Brasil, 2004).

Araújo (2004) e Pupo (2007), em suas pesquisas de doutorado e mestrado, apontam avanços trazidos pelos manuais, fazem análises críticas e recomendam atualizações importantes. Entre os pontos críticos as autoras descrevem: a falta de clareza por parte dos profissionais treinados sobre teoria e técnica que dão suporte ao trabalho de aconselhamento; ausência de uma linha pedagógica mais clara nos treinamentos; falta de treinamento para os profissionais desenvolverem a sessão coletiva de aconselhamento que, por este motivo, constantemente é realizada em forma de palestra ou aula com simples repasse de informações; indiferenciação entre o trabalho de ação educativa e o aconselhamento; contradições entre o uso da teoria rogeriana e o trabalho de aconselhamento.

PAVLOV, I.P. *Conditioned reflexes*. London: Routledge and Kegan Paul, 1927.

PERRUSI, A. & FRANCH, M. Carne com carne – gestão do risco e HIV/AIDS em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Revista de Ciências Sociais*, n. 37, p. 179-200, out. 2012..

PUPPO, L.R. Aconselhamento em DST/AIDS: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, 2007.

ROGERS, C.R. *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Buenos Aires: Paidós, 1981.

ROGERS, C.R. *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU, 2005.

SCHECHTER, M.; LAGO, R.F.; MENDELSON, A.B. et al. “Behavioral Impact, Acceptability, and HIV Incidence among Homosexual Men with Access to Post-Exposure Chemoprophylaxis for HIV”. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, n° 35, p. 519-525, 2004.

SCHEEFFER, R. *Teorias de Aconselhamento*. São Paulo: Atlas, 1986.

SCHWAN, K. *HIV testing moves closer to home. The disease daily*. Boston: Children Hospital Boston, Sep., 2012.

SHARMA, A.; STEPHENSON, R.B.; WHITE, D. & SULLIVAN, P.S. “Acceptability and intended usage preferences for six HIV testing options among internet-using men who have sex with men”. NCBI. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. *Springerplus*, n° 3, p. 109, 2014. Published online Feb 24, 2014. doi: 10.1186/2193-1801-3-109.

SKINNER, B.F. Teorias de aprendizagem são necessárias? [Are theories of learning necessary?]. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento/Brazilian Journal of Behavior Analysis*, v. 1, nº 1, p. 105-112, 2005.

SPINK, M.J. “Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, nº 17 (6), p. 1277-1311, nov.-dez. 2001.

TEIXEIRA, P.R. “Políticas públicas em AIDS”. In: PARKER, R. *Políticas Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. United States: World Health Organization, 2011.

VAN KAAM, A. *Existential foundations of psychology*. New York: Lanham, 1966.

WHO (World Health Organization). “HIV Discordant Couples Guideline”. Disponível em: <http://data.unaids.org/>. 2012. Acesso em 27/04/2013.

WHO (World Health Organization). “Male circumcision for HIV prevention”. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>. Acesso em 27/03/2015.

WOLFFENBÜTTTEL, K. & CARNEIRO, J.R.N. “Uma breve história dos centros de testagem e aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/AIDS no Brasil e no Estado de São Paulo”. *Editorial Bolina*, nº 04 (18), p. 183-187. São Paulo: Saúde Coletiva, 2007.

Pupo (2007) faz crítica cuidadosa sobre a indiferenciação entre ação educativa e aconselhamento existente nos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde para o Aconselhamento em DST e AIDS. Segundo ela, a ação educativa refere-se a procedimento mais genérico, não confidencial e pessoal e construído de acordo com as necessidades da saúde pública. Já o aconselhamento é um procedimento mais personalizado, confidencial e íntimo e trabalha com as dimensões afetivo-emocionais das pessoas.

Pupo (2007), ao fazer uma análise comparativa entre os princípios contidos na obra de Carl Rogers e a utilização deles no trabalho de aconselhamento, argumenta que:

O aconselhamento em DST e AIDS a despeito de assentar-se em princípios e valores muito similares aos propostos pela abordagem rogeriana – como resgatar a integralidade do sujeito enquanto pessoa, recuperar sua autoestima, conscientizá-lo de suas atitudes, seus recursos e limites, valorizar e fortalecer sua autonomia – tenta conjugar esse norte com objetivos e prioridades não centrados na pessoa em sua existência singular, mas sim orientados por uma demanda pública (Pupo, 2007, p. 172).

A pesquisadora aponta a falta de aprofundamento nos manuais brasileiros sobre os temas do encontro de intersubjetividades e corresponsabilidades de aconselhados e aconselhadores e a falta de importância dada ao contexto programático, sociocultural e econômico na produção das vulnerabilidades.

Segundo Pupo (2007), haveria uma contradição entre a lógica dos objetivos e o tempo da dimensão sanitária de atenção à saúde e o processo de aconselhamento, mais voltado para as dimensões sociais, simbólicas e afetivas do cuidado. Enquanto a primeira dimensão vive a urgência do controle da epidemia, a segunda precisa de uma concepção de tempo mais flexível para o desenvolvimento das pessoas.

No ano de 1997, a Coordenação Nacional de DST/AIDS modificou a denominação COAS para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com o objetivo de facilitar o entendimento da função do serviço – já que apoio sorológico era pouco compreendido pela população – e também marcar a importância do aconselhamento nesses centros. Infelizmente este objetivo não foi alcançado e o aconselhamento realizado em alguns locais do país continua não seguindo os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, mas privilegiando a preparação para o teste anti-HIV ao invés do aconselhamento.

Considerações finais

A partir da apreensão das informações científicas sobre a eficácia das estratégias biomédicas de prevenção, as pessoas têm gerenciado seus próprios riscos e fazem escolhas sobre formas de praticar prevenção segundo o que é possível em um momento específico das suas vidas, em função de seus contextos, trajetórias e repertórios sexuais. É preciso revisar a meta de risco zero na prevenção e trocá-la por uma estratégia de hierarquização dos riscos: gerenciando o risco do maior para o menor. Para tanto, talvez seja necessário aprimorarmos o aconselhamento preparatório para o teste anti-HIV que, como refere Pupo (2007), incorpora uma lógica de maior urgência da dimensão sanitária de atenção à saúde, e separá-lo do processo de aconselhamento para gerenciamento de riscos, mais voltado para as dimensões do cuidado e, portanto, demandando um tempo diferenciado.

Neste último tipo de aconselhamento é fundamental um trabalho não autoritário e prescritivo, com uma abordagem mais centrada nas demandas, nos contextos, nas vulnerabilidades, nas trajetórias de vida e nos encontros intersubjetivos, com o objetivo de se encontrar a melhor estratégia de prevenção para cada sujeito em seu momento particular de vida.

Um trabalho de aconselhamento deste tipo pode aumentar a adesão ao preservativo, que está hoje em torno de 60% (MS, PCAP, 2008). Contudo, algumas pessoas que ainda assim não conseguem utilizá-lo precisarão de alternativas. As novas tecnologias de prevenção existentes podem ser úteis para esses usuários do sistema de saúde.

Os resultados dos estudos têm reconhecido a eficácia das estratégias biomédicas na prevenção. A sua incorporação nos programas é importante para a reflexão e a renovação das estratégias existentes que não têm conseguido proteger de forma suficiente as pessoas. A incorporação dessas novas tecnologias não deve ser feita de maneira autoritária. Essa estratégia precisa ser cuidadosamente pensada e construída em conjunto com o usuário. O cidadão tem direito ao acesso à informação sobre as novas e as convencionais tecnologias e a autonomia para decidir utilizá-las ou não. As pessoas que se acostumaram a utilizar o preservativo podem preferir não trocá-lo por tecnologias farmacológicas ou medicamentosas, que têm riscos de efeitos adversos, mas outras pessoas podem se beneficiar com esses novos modelos. O que não se deve é tutelar o cidadão, prescrevendo para ele verticalmente o que é melhor, segundo visão dos tomadores de decisão em política pública. Da mesma forma, não informá-lo sobre novas tecnologias de prevenção faz com que se torne mais vulnerável ao HIV.

O retorno do vírus ideológico

CAPA

Fabio Grotz¹

Richard Parker²

As mais de três décadas da epidemia do HIV e da AIDS estiveram atravessadas por um obstáculo aos esforços de prevenção: o estigma que atinge de um modo geral as pessoas soropositivas, e de maneira ainda mais perversa, as pessoas cujas experiências são afetadas pelos efeitos das hierarquias de classe, raça, gênero e orientação sexual que determinam contextos de maior ou menor vulnerabilidade à epidemia, e dificulta o acesso à prevenção e ao tratamento. No início da epidemia, nos anos 1980, o estigma e o preconceito recaíam sistematicamente sobre os homossexuais, e a AIDS foi associada à noção de desvio, sendo a doença muitas vezes interpretada social e moralmente como um castigo. Ainda hoje no Brasil, como temos percebido de forma muito nítida nos últimos meses através de reportagens que relatam o chamado “Clube do Carimbo”, pessoas vivendo com HIV e AIDS são objeto de representações negativas e vistas como sujeitos que devem ser segregados ou punidos.

Já nos anos 1980, o sociólogo Herbert Daniel dizia que o vírus ideológico é muito mais difícil de enfrentar que o vírus biológico. Ele fazia, portanto, um apelo para que o combate à epidemia fosse estruturado a partir dos princípios de solidariedade, acolhimento e inclusão. Estas premissas estão na base da resposta brasileira inicial à epidemia, desde muito cedo ancorada no paradigma dos direitos humanos e aberta à participação da sociedade civil na construção das políticas de prevenção do HIV e da AIDS. Esta orientação forjou vínculos virtuosos entre gestores e movimentos sociais que permitiram construir uma resposta à epidemia pensada em termos de determinantes sociais e caracterizada por relações complexas de cooperação e conflito entre Estado e sociedade civil. Um exemplo disso foram as ações de distribuição de camisinhas em saunas do Rio de Janeiro nos anos 1990, que criaram conexões importantes com as pessoas que frequentavam esses espaços, sem julgamentos morais quanto a seus desejos e práticas sexuais. Tal lógica estrutura-se na noção de redução de danos, também utilizada para lidar com usuários de drogas injetáveis – pensada e executada como



maneira de diminuir prejuízos. Tem como objetivo ampliar as possibilidades de cuidado, privilegiando a prevenção, o cuidado e a proteção, sobretudo em situações de vulnerabilidade.

As premissas de diálogo e inclusão foram também importantes mais à frente na implementação da oferta gratuita de antirretrovirais (ARVs) pelo sistema público de saúde. Desde então, contudo, em função de fatores diversos, a resposta brasileira perdeu vigor, sobretudo no âmbito da prevenção. Houve afastamento entre gestores e movimentos sociais e muitas vezes o diálogo foi silenciado. Nos últimos anos, campanhas de prevenção voltadas para populações vivendo contextos de maior vulnerabilidade – como os homossexuais, as prostitutas, os usuários de drogas e as pessoas trans – assim como ações de educação pública de combate ao estigma – como a distribuição do kit anti-homofobia em escolas e de cartilhas para campanha de televisão – foram suspensas por efeito da influência das visões religiosas dogmáticas na implementação de políticas públicas. O fechamento dos programas de redução de danos para usuários

¹ Jornalista do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ) e do Observatório de Sexualidade e Política (SPW, sigla em inglês) e doutorando em Comunicação na Faculdade de Comunicação Social (FCS/UERJ)

² Diretor-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)

de drogas injetáveis tem seguido a mesma lógica, e quase não há debate público sobre isto no enfrentamento da epidemia no Brasil. Essas visões acarretam danos à resposta ao HIV e à AIDS, pois difundem concepções morais restritivas que se distanciam radicalmente das virtuosidades que um dia consagraram a resposta brasileira como uma das melhores do mundo. Ao enfatizar parâmetros morais, essas visões acentuam as fissuras sociais que, nas palavras de Herbert Daniel, são os caminhos através dos quais a epidemia se alastra.

É urgente, portanto, uma retomada das perspectivas de prevenção que marcaram historicamente a resposta brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil tem 734 mil pessoas vivendo com o HIV e a AIDS. Embora se verifique estabilização no número de pessoas soropositivas, o vírus se espalha com mais incidência entre os jovens gays ou HSH. Nessa população, especificamente, 10,5% das pessoas estão infectadas com o HIV. Os dados do Boletim Epidemiológico de 2014 são claros em apontar que as políticas de prevenção não estão funcionando. Isto se dá porque o vírus ideológico ganhou espaço, ampliando as fissuras por onde transita o vírus biológico.

Esse alastramento ideológico é ilustrado pelo pânico moral que se reinstalou na sociedade brasileira recentemente em função de notícias veiculadas pela imprensa sobre casos de transmissão intencional do vírus – os chamados “Clubes do Carimbo”. Entre outras repercussões, esse clima de pânico serviu de cenário para a apresentação do PL 198/2015, que retoma projeto do ano de 1999 e busca tornar crime hediondo a transmissão deliberada do HIV. A proposta de criminalização, apresentada como solução fácil para esses episódios isolados de transmissão deliberada, é problemática, tendo em vista ser difícil comprovar a transmissão do vírus, mesmo quando se possa “provar intenção”. Torna-se ainda mais problemática porque a substituição de estratégias de prevenção por medidas penais é contraproducente, uma vez que ações punitivas excluem e fomentam o estigma, tal como apontam, de maneira contundente, documentos internacionais, como o Relatório da Comissão Global sobre o HIV e a Lei (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-PT.pdf>) e o Protocolo de Oslo (<http://www.hivjustice.net/oslo/>). Ambos os documentos destacam que leis criminalizantes desumanizam as populações com maior risco de infecção, colocando as pessoas em situação de clandestinidade e afastando-as dos serviços de saúde, da prevenção e do tratamento. Dessa forma, recomendam que leis deste tipo sequer sejam adotadas.

“No contexto atual de avanço da epidemia, outro aspecto a ser considerado são as novas possibilidades de recursos biomédicos de prevenção do HIV. A infecção pelo HIV tornou-se administrável, mesmo quando não se deva ignorar os efeitos colaterais decorrentes do tratamento.”

O clima de pânico contradiz, inclusive, medidas recentes tomadas pelo governo federal. No ano passado, a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei 12.984, que criminaliza a discriminação contra pessoas soropositivas. O texto prevê que casos como a divulgação da condição de portador do vírus com o intuito de ofensa, a recusa de escolas em matricular alunos soropositivos, a demissão ou a segregação no ambiente de trabalho e a demora ou a recusa de atendimento de saúde passam a ser punidos com multa e prisão de um a quatro anos. A lei foi fruto de anos de mobilização e surgiu em face dos sistemáticos casos de discriminação contra indivíduos soropositivos.

Biomedicalização

No contexto atual de avanço da epidemia, outro aspecto a ser considerado são as novas possibilidades de recursos biomédicos de prevenção do HIV. A infecção pelo HIV tornou-se administrável, mesmo quando se ignorem os efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Em 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu novas diretrizes no Protocolo Clínico para o manejo da infecção, segundo as quais o acesso à testagem deve ser ampliado e todas as pessoas diagnosticadas positivas para o HIV devem ter acesso imediato aos ARVs, independente da manifestação da AIDS e de marcadores clínicos – como a contagem de células CD4 e da carga viral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também passou a recomendar – desde o ano passado para populações específicas, como “homens que fazem sexo com homens”, presidiários, usuários de drogas, trabalhadores do sexo e indivíduos trans – o uso precoce dos ARVs como medida de prevenção da transmissão do vírus. Estas novas estratégias são conhecidas como profilaxia pré-exposição (PrEP), mas ainda não foram incorporadas nem debatidas



Sem julgamentos morais, o país foi capaz de construir uma resposta inicial à epidemia considerada exemplar

adequadamente no plano de prevenção do Brasil, que começa a ficar atrasado em vez de ser pioneiro na inovação no campo da prevenção.

A despeito desse arsenal – ampliado, sofisticado e eficiente do ponto de vista clínico – a epidemia de HIV e AIDS não está contida. Isto implica, entre outras coisas, interrogar a eficácia da estratégia “testar e tratar”. Não se trata de desconsiderar a importância das ferramentas da biomedicina, mas sim de refletir sobre suas limitações e buscar caminhos para que seja articulada, de maneira sólida, aos parâmetros de diálogo, solidariedade e não discriminação que, um dia, foram a base da resposta brasileira. É crucial não perder de vista a dimensão social da epidemia, as fissuras por onde se alastra, as desigualdades estruturais do Brasil. É também vital reconhecer e respeitar a heterogeneidade de desejos, práticas, sensibilidades e expectativas sexuais, bem como a autonomia dos indivíduos como parâmetro inegociável de um modelo de prevenção baseado no paradigma dos direitos humanos. O Brasil tem muita *expertise* nesse campo.

Outros aspectos a serem considerados no contexto atual são a dificuldade em relação à adesão ao tratamento e os problemas constantes no acesso ao cuidado e ao tratamento na rede de saúde. Isto porque estes obstáculos impedem de as pessoas terem de fato acesso às novas ferramentas biomédicas de prevenção. Além disso, é preciso lembrar que medicamentos produzem efeitos colaterais. Os ARVs podem trazer marcas corporais e sintomas indesejáveis que afetam o cotidiano das pessoas, o trabalho e suas relações sociais. Nesse sentido, o diálogo e o respeito às escolhas do paciente são fundamentais. Isto significa ressaltar que a soropositividade e a AIDS são vividas de

várias formas, e todas devem ser levadas em conta para que a solidariedade seja uma construção constante.

Paradoxalmente, as formas de combate ao vírus biológico – cada vez mais sofisticadas e eficientes – não têm sido acompanhadas da luta contra o vírus ideológico. É urgente rechaçar medidas criminalizantes como parâmetro inegociável de enfrentamento à epidemia. Além disso, a prevenção precisa ser pensada e realizada de forma integral, em um processo de diálogo constante e franco entre pacientes, profissionais de saúde, gestores, autoridades e movimentos sociais. É necessário, ademais, ir além das competentes – mas nem por isso “salvadoras” – tecnologias biomédicas e planejar a prevenção levando em conta as particularidades dos indivíduos e das comunidades, os contextos que envolvem a epidemia, as desigualdades estruturais que tornam grupos sociais mais vulneráveis ao HIV e à AIDS, e acompanhar e monitorar a oferta do tratamento nos serviços de saúde. Também é crucial o combate a todas as formas de dogmatismo e intolerância, religiosa ou moral, que apareçam como obstáculo à prevenção.

Embora as notícias mais recentes sejam desalentadoras no campo da resposta ao HIV no Brasil, discursos moralistas e punitivos não são absolutos. O pânico moral em torno do “Clube do Carimbo” pode se constituir num momento de inflexão que revigore a reflexão crítica sobre o enfrentamento ao alastramento do HIV e reative, na sociedade e no Estado, as premissas de solidariedade e dos direitos humanos como referências inegociáveis de resposta à epidemia. A inquietação expressa por Herbert Daniel é hoje tão atual quanto o foi nos anos 1980.

“A informação é o melhor escudo para escolhas conscientes”, afirma Júlio Moreira

Julio César Carneiro Moreira cursa o 3º período da Graduação Tecnológica em Eventos na Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro



Divulgação

A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) é uma metodologia que se caracteriza pelo uso de antirretrovirais por pessoas sem HIV como forma de prevenção ao vírus. Ainda em estudo, a eficácia desta tecnologia tem sido comprovada por meio dos resultados alcançados. A PrEP já foi implantada em alguns países como EUA, França e Austrália. Em entrevista exclusiva concedida na sede da ABIA, o ativista e diretor sociocultural do Grupo Arco-Íris, Júlio César Carneiro Moreira, 37 anos, e usuário da PrEP há cerca de cinco anos, contou suas experiências como participante do Estudo PrEP Brasil, realizado no Rio de Janeiro pela Fiocruz. A pesquisa envolve ainda instituições como a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade de São Paulo (USP), todas reunidas pelo Projeto Praça Onze e integrantes da Iniciativa Profilaxia Pré-Exposição (iPrEX). O estudo pioneiro vem sendo realizado desde 2007 em mais de cinco países (África do Sul, Equador, Estados Unidos, Peru e Tailândia). Como voluntário da pesquisa, Moreira destacou os pontos positivos e negativos do método, pontuou sobre os desafios da PrEP como política pública e deixou um recado importante para os mais jovens no que diz respeito à conscientização dos métodos disponíveis para a prevenção do HIV, AIDS e DST. Leia a seguir.

ABIA - O que motivou você a ser voluntário do método da PrEP no Brasil?

JÚLIO MOREIRA - Quem é ativista convive com quem está produzindo pesquisas e produz ações de prevenção, e também acompanha as notícias mais recentes. Foi através de colegas ativistas que conheci a iniciativa da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) de pesquisar sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para o HIV. Isso por volta dos meados de 2010, quando ocorreu a primeira fase da pesquisa. Além do Brasil, o estudo acontecia em outros países da América Latina, EUA, África, entre outros. O objetivo, naquele primeiro momento, era testar a eficácia dessa metodologia como prevenção. Para saber se tomar o Truvada (a combinação do Emtricitabina com o Tenofovir) era ou não eficaz, houve um sorteio. Não sabíamos quem estava tomando o medicamento real ou o placebo. Eu, por exemplo, fiquei mais de um ano tomando o medicamento e somente no final desta primeira fase descobri que estava tomando açúcar. Particularmente, foi muito importante para eu testar uma nova metodologia naquele momento. A gente sabe que um antirretroviral traz uma série de efeitos colaterais, como um mal-estar, entre outros sintomas, mas isso não era uma preocupação para mim. É importante entender que ali havia o acolhimento de uma equipe multidisciplinar, incluindo a equipe do IPEC (Instituto Nacional de Infectologia), que oferecia um acolhimento psicológico para fazer testagem, receber os exames, fazer exames de outras DST etc. Era um diferencial, quase um plano de saúde dentro da Fiocruz, porém não era aberto a qualquer tipo de especialidade. Tive também a oportunidade de fazer vacinação de Hepatite B. Lembro que isso me chamou a atenção, pois acho que deveria ser oferecido pelo SUS a qualquer cidadão. Fiquei motivado em participar da experiência naquele momento, porque me fez sentir que contribuía com uma novidade que seria aplicada à sociedade como um todo.

ABIA - E quando descobriu que estava tomando açúcar no lugar do comprimido, qual foi sua reação?

JM - Eu já sabia que podia estar tomando ou não o medicamento, pois eu já tinha sido notificado sobre essa possibilidade. E o aconselhamento de lá é muito bacana, porque trabalham com a perspectiva da percepção dos riscos, do comportamento. E eu sempre fui muito orientado ali dentro. Tinha uma equipe muito bacana, que não me deixou na mão. Logo, sim, foi uma surpresa descobrir que estava tomando açúcar, mas eu já estava preparado se isso viesse a acontecer.

ABIA - Você tem uma posição privilegiada como ativista. Como você acha que pessoas comuns reagiriam em relação ao estigma e ao preconceito em face do uso do medicamento?

JM - Neste caso, isso seria relativo, porque o medicamento era uma questão que você poderia publicizar ou não. Se você está tomando um medicamento, trata-se de um frasco que você pode guardar em qualquer lugar, pode carregar os comprimidos com você etc. No fundo, o fato de ir mensalmente à Fiocruz, local de referência para tratamento de doenças específicas, talvez pudesse estar trazendo estigma, mas somente se a pessoa publicizasse isso. Não acho que houvesse um peso. Em geral, o comportamento em relação ao uso da medicação ou não é muito variável. Nos resultados das pesquisas, sabemos que houve soroconversão dentro do processo, que era a questão de pessoas que já tinham uma prática de transar sem camisinha e poderiam estar ali também tomando açúcar. Havia essa probabilidade. Do ponto de vista psicológico, realmente afrouxa um pouco, porque você está à mercê da ditadura da camisinha. E há a possibilidade de abrir mão da camisinha, mas ao mesmo tempo tem uma salvaguarda, então isso é um fato concreto e real. Mas faz parte das escolhas de cada indivíduo: se a pessoa fosse transar mesmo sem camisinha e se ela estivesse

tomando o Truvada, seria uma chance a mais de ela não contrair o HIV. Contudo, não digo isso em relação às outras DST que, como eu falei, havia ali todo um acompanhamento. As visitas que a gente fazia eram mensais, quando era colhido o material para exames, ou seja, estávamos sendo monitorados e isso se mantém até hoje. Pra mim, é um dos pontos fortes para a participação na pesquisa.

ABIA - Desde que você começou o tratamento, já pensou em desistir de tomar o Truvada? Por quê?

JM - Houve um hiato, ou seja, um período em que ficamos sem tomar o Truvada. Foi quando finalizou a segunda fase da pesquisa e acabou o contrato. Eles receberam um lote do medicamento do laboratório Gilead Sciences para dar continuidade à pesquisa numa terceira fase, só que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) bloqueou a liberação. Então ficou quase um ano sem que os participantes recebessem o medicamento. Mas continuamos sendo voluntários: íamos lá e fazíamos o teste rápido, tínhamos acompanhamento e éramos inseridos em outros projetos da Fiocruz. Permaneceu assim até o retorno da próxima, que acabou de acontecer. Nesta terceira fase, o foco é estudar a dinâmica de utilização desse medicamento. Por exemplo: como será a adesão desses indivíduos, se a pessoa irá se disponibilizar a tomar um comprimido por dia, se esta é a dosagem necessária... Posso tomar o medicamento dia sim e outro não? Posso tomar um comprimido antes de ter uma relação sexual e outro depois de ter tido a relação sexual? São questões como estas que estão sendo pesquisadas agora. Seria possível que eu deixasse de tomar o Truvada se houvesse um impacto negativo na minha saúde, mas até aqui não tenho nenhum efeito colateral que seja realmente relevante. Nem em relação, por exemplo, aos índices de creatinina que, de certa forma, afetam a função renal.

ABIA - E quais são os efeitos colaterais que você tem?

JM - Alguns dos que são relatados: náuseas, dor de cabeça, diarreia, enxaqueca e gases. Nenhum deles de forma contínua ou que impactasse. Depende de cada organismo, pois para uma pessoa que tem, por exemplo, predisposição a problemas gástricos pode ser que isso influencie ou quem tem problema renal também. Como frequente academia, preoquepei-me, porque eu estava tomando suplemento que é a creatina, que também altera a função renal. Se eu tomasse a creatina somada com o Truvada, poderia haver um impacto disso no meu rim. Mas não foi o caso.

ABIA - Há quanto tempo o medicamento está presente nesta terceira fase?

JM - Comecei em setembro. Mas continuei sendo acompanhado pela Fiocruz. Entendo o Truvada como uma vantagem, uma espécie de áurea. Existem várias pesquisas de comportamento que medem um pouco a vulnerabilidade do indivíduo em situações de risco. E tem uma pergunta muito comum nesses estudos: qual é a sua percepção e o medo de pegar HIV/AIDS? Eu sinto pouco medo de pegar o HIV. Porque isso é somado a vários fatores: não é só o medicamento em si, não é só o uso da camisinha, mas é toda uma gama de conhecimento que você adquire pelas orientações e

pela própria convivência. Então, hoje a gente que tem acesso à informação dentro do universo da prevenção, conhece vários tipos de práticas sexuais, várias formas de você escolher o que você pode fazer, o que você não pode fazer, várias metodologias de redução de danos, o serosorting, e por aí vai. E a gente acaba aplicando isso na prática. Digo que hoje posso me permitir, se eu quiser transar sem camisinha, sabendo do risco, mas ao mesmo tempo sabendo medir esse risco. E acho que isso é importante para todo mundo. Eu me sinto com uma "aureazinha" de proteção a mais. Então, sempre que posso, influencio outros companheiros, amigos e principalmente jovens que estão fazendo exames e se descobrindo soropositivos a participar do estudo, cuja inscrição esteve aberta até abril de 2015. Indico para os amigos que sei que tem comportamento de risco. A vulnerabilidade não está atrelada somente à questão do desejo, mas também ao consumo de drogas no universo gay das grandes metrópoles. Então, as questões de vulnerabilidade misturam muitas coisas e, se a pessoa tem uma supervalorização do corpo, acaba se abrindo pra tudo aquilo ali. E se o cara quiser transar sem camisinha, então ele vai porque está mergulhado ali no prazer e na loucura da coisa, da viagem. E depois o cara nem vai pensar, nem se arrepender. O fato é que a pessoa poderia até se arrepender e buscar a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), por exemplo, como às vezes eu oriento alguns. Mas nem essa informação as pessoas possuem.

ABIA - A pesquisa tem algum limite específico de voluntários?

JM - Acho que são uns 300 voluntários, não tenho certeza. Mas creio que o desafio (aliás, de toda nova metodologia) é a incorporação como política pública. Já adianto que acredito ser muito difícil. De fato, não acho que o governo brasileiro, num curto prazo, aplique isso como metodologia, ainda que seja para uma população-chave. Por várias razões: desde educação, recursos públicos, gestão... Porque não é somente oferecer o medicamento, é preciso oferecer o medicamento com todo um acompanhamento. Vamos dizer que, se isso fosse distribuído para uma Clínica da Família, a pessoa seria obrigada a receber a visita de um médico e a fazer todos os exames, então essa pessoa receberia o medicamento para aquele mês e, no mês seguinte, ela voltaria e seria acompanhada por um psicólogo. De fato, sabemos que não existe estrutura adequada para isso. Se compararmos com outros países, como, por exemplo, lá fora nos EUA, já vendem esse medicamento na farmácia. É verdade que existe um submundo gay onde se consegue tudo, até a receita que o cara vai lá e compra na farmácia e vem utilizando. Tudo bem, se a pessoa já sabe como utilizar, não vejo isso como algo errado. O problema é quando se cria um mercado ilegal em cima dessa questão. Já vi relatos de que, nas baladas, vende-se o Truvada para a pessoa fazer um sexo barebacking "protegida".

ABIA - Na sua opinião, os efeitos colaterais são a principal razão para a interrupção do uso do Truvada?

JM - Sim, pode ser sim. Por isso já estão estudando outras metodologias de aplicação do Truvada. Há um estudo recente sobre uma injeção aplicada acho que de três em três meses como se fosse um anticoncepcional injetável.



Júlio Moreira na sede do Grupo Arco-Íris, no Rio de Janeiro.

ABIA - E já está disponível?

JM - Só lá fora. No Brasil, por enquanto, o estudo ainda é com a metodologia de um comprimido por dia, ou então com a metodologia de uma dosagem específica antes e depois da relação sexual, a fim de não se ter a necessidade de tomar a medicação todos os dias. Só que pra mim esta é uma coisa um pouco complicada, porque como se pode mensurar isso? Desejo é desejo. Se eu estou, por exemplo, num banheiro e de repente pintou ali vontade, e se eu não tiver a pílula comigo? É uma questão.

ABIA - O tratamento tem sido eficaz no aspecto preventivo?

JM - As pesquisas apontaram que alcança quase 100% nos índices de prevenção, mas para quem toma o medicamento diariamente. O medicamento ainda fica no organismo por uns quatro dias após a interrupção. Então, mesmo que eu esqueça, por exemplo, de tomar o medicamento um dia, ainda estou protegido, porque há uma taxa dentro do organismo. Então, existe sim essa eficácia comprovada.

ABIA - Nos Estados Unidos, críticos afirmam que “o uso contínuo do Truvada pode induzir uma falsa sensação de segurança”, o que levaria à redução de outros métodos de prevenção do HIV. Como você avalia estes contextos? Onde, como e qual papel caberia para o uso da prevenção combinada?

JM - Se eu tenho acesso a medicamento mas não tenho acompanhamento médico e nem orientação, não faz muito sentido. Realmente o Truvada pode dar a sensação de “Super-Homem” ou de que estamos protegidos. Só que a gente esquece de falar das hepatites virais, da sífilis, enfim, das outras DST que também são portas de entrada para diferentes doenças. Nesta perspectiva, eu temo um pouco, porque existe a necessidade de um acompanhamento. É a mesma questão para testagem: se alguém fizer a testagem num laboratório particular e sendo soropositivo sozinho, sem nenhum suporte,

essa pessoa vai para o SUS de qualquer forma para receber o medicamento. É importante ter uma estrutura para fazer as coisas direitinhas. Enfim, acho que pode dar a falsa segurança para alguns indivíduos que não estão preparados para lidar com o medicamento no dia a dia. Mas também há pessoas que vão utilizar a medicação com consciência, sabendo que deve estar atrelada a outros tipos de prevenção.

ABIA - Ainda de acordo com sua experiência, é possível o usuário da PrEP garantir a sua autonomia na relação médico-paciente? Qual a importância desta autonomia no cenário da prevenção?

JM - Tudo depende da pessoa e do nível de conhecimento e diálogo que ela tem. Por exemplo, eu tenho uma bagagem e consigo conversar muito melhor com o meu médico, meu psicólogo, mesmo relatando que, de repente, eu tive uma relação de risco. Então, eu posso estar argumentando com ele que eu tive uma relação de risco, mas que foi com uma pessoa que é soronegativa. Digo que a gente fez tal coisa, pois tenho uma maior liberdade de dialogar com esse indivíduo. Na pesquisa, a gente tem os questionários escritos e orais nos quais o psicólogo ou o médico anotam. Há também o questionário on-line que você preenche sozinho. Então, com certeza, as pessoas vão relatar certos comportamentos no questionário on-line que não fariam para o médico ou o psicólogo, seja por vergonha, seja por medo de que haja algum juízo de valor ou um puxão de orelha. Mas se eu tenho um conhecimento, um diálogo, isso me possibilita, talvez, até levar um puxão de orelha quando eu me expuser a situações de risco. Mas acho que muitas pessoas ainda não conseguiram ultrapassar essa barreira.

ABIA - Qual seria o papel de uma política de prevenção combinada? Como você entende que ela é viável na prática?

JM - Acho que ainda não é viável no Brasil por conta da falta de acesso à informação e do próprio processo educacional. Se for trabalhar com populações-chave,

existe até algum sucesso. Vejamos o caso da comunidade gay: achei um barato o Ministério da Saúde usar aplicativos de celular. O caminho é esse, ou seja, buscar entender qual é o espaço possível de relacionamento e de dinâmica no foco principal, que são os jovens que estão se contaminando. Mas se pensarmos na população em geral, como é essa linguagem? A gente não fala de sexo em nenhuma instância. Nas escolas, menos ainda. Os ativistas acabam assumindo o papel de multiplicador, de divulgar sobre prevenção combinada, o que é PrEP, o que é PEP, o que é redução de danos, o que é serosorting... Enfim, tem que saber de tudo isso. E as pessoas não sabem. Existem níveis de conhecimento diferentes e em espaços diferentes, até porque a gente foca muito nas regiões metropolitanas, nos grandes centros urbanos. Agora, imagina aplicar a PrEP num "interiorão", num Pantanal, num sertão nordestino? Como é que é isso? E para quem vai ser aplicado? Isso passa pelo acesso e pela massificação da informação. Veja o caso da camisinha: se considerarmos as pesquisas, as pessoas sabem que a camisinha é um método eficaz, mas não usam. E não usam por quê? Então você tem que trabalhar com uma série de coisas e há questões subjetivas também. Outra questão: por que existe a prática do barebacking consentido e com interesse real de se contaminar e contaminar os outros? Tem que entender esse contexto, que perpassa uma questão de relações de suicídio e depressão. Onde é que fica o ponto em que se pode mexer e de repente falar "não, se a questão é puramente do prazer e gostar de ter sexo na pele e receber esperma e tal, então tá aqui, eu te ofereço as metodologias em que você pode fazer tudo isso, mas você pode se precaver de pelo menos o HIV".

ABIA - Em outros países, como o Reino Unido, já se planeja implementar a PrEP como política efetiva no combate ao HIV. Por que seria importante para o Brasil uma medida como esta?

JM - Basta olhar o Boletim Epidemiológico e confirmar qual a população que está sendo atingida. A gente trabalha segundo uma ótica capitalista, logo quem vai dar continuidade ao mercado no futuro são os jovens. Se os jovens estão sendo contaminados, teremos uma população doente e um rombo na saúde pública brasileira, que não vai conseguir dar remédio para todo mundo. Por exemplo, na política "testar e tratar". As pessoas estão fazendo o teste e se descobrindo soropositivas.

Qual a garantia de que todos terão acesso à saúde? Então, a prevenção ainda é a melhor resposta. É preciso ter ações de campanha eficazes que falem a linguagem específica para o jovem gay, não aquela bobinha, na qual só aparecem dois jovens um olhando para o outro e fica subentendido que são gays. Desse jeito não há comunicação com o público. O foco deve ser cada vez mais a prevenção. Mas não percebo ainda o governo brasileiro assumindo essa metodologia da PrEP como uma meta. Acho que ainda vai bater muito na questão da camisinha, de forma sazonal, ou seja, no carnaval e no 1º de dezembro. O resto do ano a gente fica esquecido.

ABIA - Que complexidades envolvem a adoção da PrEP como método preventivo no SUS?

JM - É muito relativo. Ainda acho que a informação é a mais eficaz. Se a gente trabalhasse com a informação da redução de danos, seria um grande adiantamento. Porque, por exemplo, sabemos que fazer sexo oral sem camisinha pode ter um risco de contrair HIV, mas as pessoas continuam praticando. Ninguém vai chupar com camisinha. Então, se ninguém for chupar com camisinha, é preciso oferecer informação, tipo: "então, olha, observe isso e aquilo, não deixe fazer isso ou aquilo". São informações básicas. Isso não tem um grande custo, é uma campanha, material informativo. Outra coisa: o governo brasileiro oferece uma camisinha horrível, grossa, que as pessoas reclamam que não sentem nada. Elas não vão usar e vão fazer bolinha com aquilo. Enfim, é preciso pensar sobre estas questões. Pensar na questão do desejo, do prazer, do bem-estar do indivíduo. Ao mesmo tempo, acho que não vamos sair muito da mesmice durante alguns anos se não houver uma revolução em relação a isso. As pessoas hoje não estão morrendo mais. Elas tomam o medicamento, são soropositivas, mas invisíveis. Chegou ao ponto de termos uma população altíssima com HIV tomando medicamento bancado pelo governo, e o governo não consegue bancar isso. O cenário será de pessoas esperando na fila por medicamento sem conseguir, ou não tendo vaga pra internação. E isso pra mim é muito triste. Nós estamos com o movimento enfraquecido, superenfraquecido politicamente e estruturalmente, e não vejo as autoridades muito preocupadas em dar uma resposta.



Acervo ABIA

Nas trocas de mensagens com jovens e amigos próximos, o principal conselho é valorizar a saúde

ABIA - A recomendação da PrEP pela OMS para a população HSH pode acirrar preconceitos e estigmas? Como tem sido sua experiência neste sentido?

JM - Pode sim reforçar o estigma. A gente já leva o açoite do “câncer gay”, da AIDS ter nos bombardeado assim, e isso se reflete até hoje em algumas políticas públicas, como a doação de sangue. Os homossexuais não podem doar sangue porque são considerados “grupos de riscos”. Acredito que devemos mudar o discurso, tem que ser uma metodologia para a população-chave e outra para a população mais vulnerável. Porque são pessoas que, estatisticamente, levam a questão do comportamento dito “promíscuo”, embora eu ache que a maioria da população o é. O que se diz lá na ONG (Grupo Arco-Íris) é que, se a pessoa tem acima de tantos parceiros, já é promíscuo. Então, todo mundo assim o é, de certa forma. Já a população HSH é um grupo menor e que circula entre si dentro das regiões metropolitanas. Se formos para uma cidade pequena, é ainda pior, porque todo mundo está ali “se comendo” (a palavra é essa) e, assim, existe um risco maior. É preciso explicar essas realidades, ter diálogo e dizer: “olha, nós estamos focando nessa população, porque essa população é mais vulnerável, porque ela é menor e circula entre si”.

ABIA - De que maneira os aspectos sociais e culturais da epidemia afetam o acesso ao uso da PrEP no Brasil?

JM - Eu acho que a gente passou um pouco a questão social da AIDS, o entendimento da sociedade sobre a AIDS, porque, como falei, os soropositivos se invisibilizaram no processo desde o acesso à melhoria até o tratamento. É verdade que vemos os militantes, as redes etc., mas nem assim eles aparecem tanto. Voltamos àquela fase das campanhas antigas de que “quem vê cara não vê AIDS”. O estigma está muito presente. Por exemplo, se me declarar soropositivo num encontro, o encontro pode ir por água abaixo. Existem várias pessoas, inclusive entre meus grupos de amigos, que estão se soroconvertendo. Num primeiro momento há o baque, depois a pessoa faz os primeiros exames, vem o tratamento, depois do tratamento tem a carga viral indetectável e então fica tudo bem, a vida segue. Talvez o impacto social seja que esse indivíduo se invisibilize. Ou quando ele já está afetado com lipodistrofia e outras sequelas do tratamento ao longo prazo, isso possa trazer algum tipo de dano social, ou preconceito, ou estigma. Mas por enquanto essa nova geração que está se contaminando está convivendo e mantendo velhos hábitos.

ABIA - Se fizermos o recorte de classe, de raça, de gênero, considerando este novo cenário, seria um recorte determinante? Isso afeta a forma como a pessoa vai ter acesso à informação e ao tratamento?

JM - Os recortes sempre vão existir. Quem tem mais acesso à informação, ou mais acesso à saúde, seja pública ou privada? Sabemos, por exemplo, que uma Clínica da Família da zona sul é diferente de uma Clínica da Família da zona oeste, ou de uma favela. Os acessos são diferentes e isso influencia a condição da pobreza, a questão de gênero, a questão da identidade de gênero. Uma travesti negra da favela vai ter mais dificuldades e, se for somado à questão da pobreza, ela nem poderá seguir uma dieta de acordo com a necessidade que o tratamento exige. Os meninos que eu conheço

passaram por esse processo: primeiro vem o baque, depois a adesão ao tratamento até a carga viral indetectável. A questão do acesso ao medicamento é muito relativa, depende de onde a pessoa está, da oferta, se o SUS é eficaz naquele espaço, e onde tem redes de grupos que apoiam, que dão suporte, enfim, são várias questões e possibilidades. Do ponto de vista social, a gente sabe que existe um impacto no nível de escolaridade, no acesso ao trabalho, na questão econômica, tudo isso vai influenciar. Mas é fato que eu também conheço muita gente que mora na zona sul em situação ruim econômica ou familiar, com dificuldade de acesso ao medicamento porque está em depressão e não consegue fazer a adesão ao tratamento. São vários fatores, a gente sabe que existe a questão dos recortes, mas também não se pode generalizar: “o cara lá de Nova Iguaçu, tadinho” e “o cara da zona sul, este tem tudo”. Existem realidades e realidades, obviamente que os recortes potencializam preconceitos, discriminações e estigmas, então, se o cara for negro e pobre, vai pesar. E se ele descobrir que é soropositivo, mais ainda. É diferente de um cara bonitinho lá da zona sul que é soropositivo, mas ele já entra num outro contexto. É preciso pensar numa política que atenda a todos os casos e às suas especificidades e entender quais são as redes que a gente vai costurando. A saúde pública deve dar a resposta numa perspectiva global para acolher esses indivíduos.

ABIA - Uma vez finalizada a terceira fase do tratamento, você vai continuar com a prevenção da PrEP? Qual é o seu planejamento pessoal?

JM - Acho que vai ser aquela coisa assim “acabou a cerveja, acabou a festa”. Porque o Truvada não tem autorização da Anvisa para ser comercializado no Brasil. Essa medicação só entrou no projeto de pesquisa, apesar de já termos acesso ao Tenofovir no país. A combinação de Tenofovir com Emtricitabina, na dosagem específica do Truvada, não é vendida no Brasil. Há a possibilidade de se conseguir o Truvada no mercado paralelo, numa importação que vem lá dos EUA, que compra e traz pra cá. Mas isso seria inviável, a não ser que haja uma brigada dos ativistas para forçar a barra com o Ministério da Saúde, mas acho difícil, até porque existe um “monopólio” de uma empresa farmacêutica que faz esse medicamento. Tudo bem que pode se quebrar patente e oferecer à população, mas acho difícil com todo esse arrocho no governo. Com os cortes orçamentários, acredito que irão focar em metodologias preventivas que sejam mais baratas, até mesmo para as populações-chave.

ABIA - Como usuário da PrEP, que mensagem você deixa para os jovens e homossexuais em face das dificuldades que ainda enfrentam em relação à conscientização de se prevenir do HIV, da AIDS e das DST?

JM - Acho que a informação é a ferramenta, informação é poder. Se o indivíduo tem informação, ele se torna poderoso. É o melhor escudo que a gente tem e com ela ganhamos possibilidade de escolhas conscientes, é não pensar somente com a cabeça de baixo. Ao pensar com a cabeça de cima, podemos fazer o que der na telha, sem as prisões morais, mas entendendo também que a nossa saúde vem em primeiro lugar. Não adianta só pensar no gozo e estar mal de saúde. É preciso entender o que a gente pode fazer e como a gente pode fazer, potencializando ao máximo os nossos desejo e afeto.

Conexões:

Interações entre Saúde, Juventudes e Sexualidades

AÇÕES
EM REDE

Claudia Penalvo¹
Sandro Ka²

A ONG SOMOS – Comunicação, Saúde e Sexualidade, no ano de 2014 desenvolveu o projeto “Conexões: Interações entre Saúde, Juventudes e Sexualidades”, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Segundo dados oficiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre é a capital brasileira com mais incidência de casos de AIDS e o bairro Restinga, localizado na periferia da cidade, um dos mais afetados. Paralelamente, entre o recorte populacional mais vulnerável, a epidemia tem se concentrado e crescido entre jovens de 14 a 29 anos, sobretudo nos contextos em que a relação com a pobreza, o racismo e outras formas de violência, como a homo-lesbo-transfobia, são marcos presentes. Considerando estas especificidades, o Conexões foi desenvolvido com foco em ações de comunicação, tanto na internet quanto no campo comunitário, com o objetivo de promover a redução de novos casos de HIV e AIDS, visando à promoção da saúde, entre a população jovem no bairro. O jovem é atualmente uma das populações mais vulneráveis à epidemia.

O Conexões tem como proposta dialogar sobre sexualidade, sexo e prazer com adolescentes e adultos jovens de forma clara e direta, de modo a produzir significados e fugir de conversas moralistas e culpabilizantes. Assim, na internet, foi desenvolvida uma campanha e um site temático que discutem prevenção e saúde e abordam o prazer e os cuidados em saúde, além de incluírem informações sobre práticas sexuais protegidas, mitos e acesso a direitos, numa linguagem direta e informal, com o objetivo de estabelecer diálogos com a população participante. No âmbito da comunicação comunitária foram realizadas oficinas de criação com jovens nas escolas públicas do bairro e em espaços de sociabilidade, como o CRAS Restinga (Centro de Referência e Assistência Social), e reuniões com serviços e servidores públicos que atendem a esta população no bairro, além do lançamento de uma campanha publicitária relacionada às temáticas-chave do projeto:

Divulgação



Jovens participam do projeto em Porto Alegre, Rio Grande do Sul

promoção da saúde e acesso à informação sobre prevenção do HIV e AIDS e direitos.

A equipe do projeto estudou assuntos referentes aos temas a serem tratados, como Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade, Prevenção do HIV e à AIDS, dela fazendo parte estudantes de Psicologia, de Comunicação e de Design, assim como profissionais da Comunicação, da Psicologia, das Artes e da Pedagogia. A ONG tem como proposta política promover a interação entre a universidade e o campo comunitário através de projetos como este, pois entende que é uma maneira de levar aos estudantes universitários outros olhares e saberes, assim como trazer um frescor ao trabalho da instituição com a chegada de estagiários/as.

Nos primeiros meses, foi realizado um mapeamento e um levantamento das necessidades e das possibilidades de inserção no bairro a fim de compreender as demandas e os perfis de jovens moradores/as locais e de profissionais e educadores/as que atendem a esta população, principalmente através de serviços públicos. Nesta primeira etapa, o SOMOS participou das reuniões de Rede (espaço que reúne vários serviços e instituições no bairro, como o Conselho Tutelar, por exemplo), buscando estabelecer laços com a comunidade e com os serviços oferecidos, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e escolas, pretendendo conhecer mais a respeito da realidade da população.

Através de entrevistas e percepções sobre a experiência de se deslocar até o bairro e ali conviver, a música funk foi identificada como linguagem estética, vindo a ser adotada como linguagem central para a criação de elementos

¹ Pedagoga, mestra em educação pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e diretora técnica da SOMOS.

² Artista visual, mestrando em Poéticas Visuais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e diretor financeiro da SOMOS

de comunicação visual da campanha. A potência do funk foi percebida como um recurso cultural que se comunica de forma direta e aborda prazer, principalmente em suas letras de duplo sentido. Após esse mapeamento, estudantes das escolas visitadas foram convidados/as a participar de oficinas para criar, inspirados/as por refrões de funk, mensagens positivas sobre sexualidade e saúde, resultando na elaboração de uma série de sete adesivos personalizados. O funk se tornou uma peça-chave para a campanha por abordar os temas de sexualidade e prazer de forma direta e ousada, sendo um elemento singular e estratégico de aproximação entre público participante e projeto.

Além disso, na campanha foram desenvolvidos materiais informativos sobre prevenção de HIV e AIDS, como cartazes instalados nas linhas de ônibus que circulam pelo bairro e vão até o centro da cidade, distribuídos nas sedes dos serviços públicos da Restinga, em espaços de grande circulação e de sociabilidade. Também foi criada, pensando nos espaços de atendimento da população jovem em serviços públicos, uma série de três guias temáticos: guia em educação e guia em saúde, para profissionais dessas áreas, e guia em direitos humanos, para os/as jovens.

A primeira fase do projeto se encerrou com ações de blitz, momento em que a campanha produzida foi lançada com distribuição de kits gratuitos, compostos por preservativos, gel lubrificante e os adesivos para a gurizada usar como desejar e com muito prazer, curtindo e cuidando-se.

Conclusões

Fazer levantamento de necessidades e de potencialidades facilita o planejamento e a organização das atividades como um todo.

Participar efetivamente das redes de fortalecimento social permite o apoio na realização das ações por diversos atores.

Promover a participação efetiva do público a ser beneficiado nas ações do projeto, assim como utilizar a sua linguagem, aproxima e permite sucesso e efetivação do objetivo final.

A realização da etapa de Mapeamento foi estratégica para o desenvolvimento das ações do projeto. Além dos dados levantados, a vivência e a experiência de contato com o bairro e com o público-beneficiário de forma mais constante ampliaram a percepção acerca dos significados das ações propostas.

Surgiu a possibilidade de realização de um Seminário a ser organizado no próprio bairro utilizando as atividades culturais existentes, os/as profissionais de saúde e de educação e a juventude para discutir e refletir sobre ações possíveis para potencializar a Restinga.



Divulgação