



Perspectiva Política

Observatório Global / Observatório Nacional de Políticas de AIDS
Perspectiva Política • Novembro 2015



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

OBSERVATÓRIO GLOBAL
DE POLÍTICAS DE AIDS

OBSERVATÓRIO NACIONAL
DE POLÍTICAS DE AIDS

PEDAGOGIA DA PREVENÇÃO:

Reinventando a prevenção do HIV no século XXI





EXPEDIENTE

Diretoria:

Diretor-presidente: Richard Guy Parker
Diretor vice-presidente: Regina Maria Barbosa
Secretário Geral: Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Tesoureira: Simone Souza Monteiro
Tesoureiro Suplente: Jorge Beloqui

Conselho de Curadores:

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

Coordenação Executiva:

Kátia Edmundo
Salvador Corrêa (adjunto)

Perspectiva Política nº 1 • Novembro 2015

Coordenação editorial :

Richard Parker e Angelica Basthi

Colaboradores:

Amaya Perez-Brumer, Ana Ramirez,
Jack Milnor, Veriano Terto Jr., Kelly Gavigan e
Richard Parker

Estagiários de Comunicação:

Jean Pierry Oliveira e Maiana Santos

Fotos:

Vagner de Almeida e banco de imagens público

Projeto gráfico:

A 4 Mãos Comunicação e Design



Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)
Av. Presidente Vargas 446 – 13º andar – Centro –
CEP: 20071-907
Rio de Janeiro – RJ – Brasil – Tel.: (21) 2223-1040

Esse material foi produzido com os recursos do MAC AIDS Fund, do Ministério da Saúde, de Pão Para o Mundo (PPM) e da HIVOS.





Pedagogia da Prevenção¹: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI

Kelly Gavigan,² Ana Ramirez,² Jack Milnor,³ Amaya Perez-Brumer,² Veriano Terto Jr.⁴ e Richard Parker^{2,4}

Ao longo da última década, a resposta ao HIV e à AIDS tem ampliado as opções disponíveis de métodos para prevenir a transmissão a pessoas em risco, assim como de novos métodos para pessoas vivendo com o vírus. Os métodos preventivos incluem um amplo leque de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais. Entre as abordagens biomédicas, as profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) estão disponíveis em muitas áreas afetadas pela epidemia. Por outro lado, os preservativos masculinos e femininos continuam disponíveis como dispositivos de barreira física contra a transmissão do vírus, coexistindo em combinação com abordagens mais recentes, como a controvertida promoção da circuncisão masculina médica voluntária (CMMV) e o conceito relativamente novo de 'tratamento como prevenção' (supressão da carga viral pela terapia antirretroviral, o que diminui o risco de transmissão). Métodos preventivos comportamentais e estruturais ou contextuais, que incluem diversas formas de redução de danos como troca de agulhas e seringas, *serosorting* (escolha de parceiros sexuais tendo conhecimento prévio de seu estado sorológico), segurança negociada, parceiros exclusivos, etc., também servem como alternativas de prevenção do HIV para muitas pessoas em risco.

O aumento da gama de opções preventivas chega num momento crítico da resposta ao HIV, quando muitas organizações de HIV/AIDS – o UNAIDS em especial – fazem uma promoção apaixonada da meta do "fim da AIDS" até 2030. O UNAIDS também tem defendido o compromisso com o plano ambicioso de "90-90-90" para atingir a meta



do fim das AIDS, na qual 90% das pessoas vivendo com HIV conhecem seu estado sorológico, 90% destas pessoas com HIV recebem terapia antirretroviral (ART) e 90% das que estão em tratamento teriam supressão viral até 2020.⁵ Embora essas tentativas pelas agências internacionais de saúde pública de erradicar a epidemia de AIDS sejam louváveis, o foco quase exclusivo tem sido no 'tratamento como prevenção' (conhecido às vezes pela sigla em inglês, TasP) como meio para atingir a meta. Isso vale especialmente para o plano 90-90-90. Além da PrEP para certas populações-chave e da promoção recente da CMMV, muitas organizações globais parecem não reco-

¹ Frente às dificuldades de encontrar na língua portuguesa um termo que traduzisse a palavra *literacy*, conforme o abordamos aqui, recorremos ao conceito de pedagogia desenvolvido por Paulo Freire na obra *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa* (São Paulo: Paz e Terra, 1996). Avaliamos que a concepção de pedagogia concebida por Freire, em muito se aproxima de várias propostas que aqui abordamos tais como o respeito pela autonomia de indivíduos e coletividades, valorização de sua voz e conhecimentos empíricos e consideração por aspectos culturais e políticos, assim como a promoção e defesa dos direitos humanos. A nosso ver, estes são princípios fundamentais para a prevenção e o tratamento do HIV.

Agradecimentos: Os autores agradecem a Alexander Martos, Fernando Seffner e Vera Paiva pelos valiosos comentários e sugestões sobre o argumento desenvolvido aqui. O Global AIDS Policy Watch/ABIA agradece o apoio do MAC AIDS Fund, do Ministério da Saúde, de Pão Para o Mundo (PPM) e da HIVOS que possibilitaram esta publicação.

² Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University.

³ Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University.

⁴ ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS).

⁵ UNAIDS. 90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic: UNAIDS, 2014. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.



nhecer o papel fundamental de um amplo e já disponível conjunto de estratégias preventivas para erradicar a AIDS. Por outro lado, muitas populações e comunidades afetadas reivindicam maior acesso a todas as opções preventivas, da mesma forma que exigem há décadas o acesso a todas as opções terapêuticas.

O uso consciente e efetivo de uma diversidade de métodos preventivos tem papel fundamental na criação de uma possibilidade real de erradicar a AIDS. A prevenção mais dinâmica e customizada através de estratégias de prevenção e da incorporação das contribuições daqueles mais afetados pelo vírus promove o empoderamento e a luta pelos direitos humanos. Como próximo passo, as organizações globais engajadas na resposta ao HIV devem promover o uso da 'prevenção combinada' como principal estratégia.^{6,7} A adoção efetiva de múltiplas abordagens preventivas depende também do acesso de indivíduos e comunidades a informações sobre os métodos disponíveis, além da conscientização sobre os métodos potencialmente mais eficazes à luz de suas situações específicas e do empoderamento para tomar decisões sobre as opções de prevenção que fazem mais sentido para suas vidas. Nessa perspectiva o conceito de pedagogia do tratamento desenvolvido por ativistas de HIV/AIDS no início da expansão do tratamento para o HIV, reconhece a necessidade de fazer mais do que simplesmente 'colocar comprimidos dentro do corpo das pessoas', hoje precisamos desenvolver a pedagogia da prevenção para facilitar a resposta e o empoderamento daqueles em risco de infecção pelo vírus. A pedagogia do tratamento foi desenvolvida para ajudar as pessoas a transformar a promessa de acesso a tratamento em uma realidade em suas vidas. É igualmente importante, hoje, incorporar a pedagogia da prevenção no esforço pelo 'fim da AIDS', e permitir que os milhões em risco de infecção pelo HIV assumam o controle de todo o leque de opções de prevenção disponíveis. A semelhança entre o leque atual de alternativas de prevenção (e a necessidade de usá-las em

combinação) e a ampliação do acesso ao tratamento para o HIV no final dos anos 90 (quando as terapias antirretrovirais combinadas começaram a se tornar disponíveis) representam uma vantagem importante para ativistas e profissionais no sentido de aprender com os erros e acertos de 15 anos atrás na tentativa de promover a pedagogia do tratamento e de empoderar as pessoas a tomar para si o controle de sua saúde e bem-estar.

A história da pedagogia do tratamento

A história da pedagogia do tratamento ajuda a contextualizar a necessidade atual da pedagogia da prevenção. A pedagogia do tratamento, segundo o conceito atual, só se desenvolveu no final da segunda década da epidemia. Nos primeiros anos do século XXI, ativistas da Treatment Action Campaign (TAC) na África do Sul reivindicaram o fornecimento de medicamentos antirretrovirais para gestantes HIV-positivas, para prevenir a transmissão vertical.⁸ Os antirretrovirais já haviam sido recomendados para mulheres soropositivas desde 1994,⁹ e a terapia antirretroviral tornou-se disponível em 1996, mas o governo sul-africano não estava fornecendo esses medicamentos que sabidamente poderiam salvar vidas. Depois de uma ação judicial pioneira contra o governo – além de esforços notáveis da sociedade civil, apoiando o movimento em prol de uma reforma social, além de uma reforma jurídica – a TAC teve sucesso na promoção do fornecimento de antirretrovirais para gestantes soropositivas, como direito humano e dever do governo.¹⁰ O ativismo em prol do tratamento na África do Sul e em outros países de baixa renda (e de necessidades altas) serviu para visibilizar o direito de acesso a tratamento em escala global, desencadeando uma forte onda de financiamento internacional que, em grande medida, caracterizou os anos 90.¹¹

A ampliação do fornecimento de antirretrovirais foi acompanhada da necessidade crescente de um entendimento mais aprofundado e de maior poder de decisão em re-

⁶ HANKINS, Catherine A.; DE ZALDUONDO, Barbara O. Combination prevention: A deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS* 24 (suppl. 4):S70-S80, 2010.

⁷ UNAIDS. Combination HIV prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural, and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections: UNAIDS, 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevencao_paper_en_0.pdf.

⁸ RAY, Sunanda; MADZIMBAMUTO, Farai; FONN, Sharon. Activism: Working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters* 20(39):40-49, 2012.

⁹ OPPENHEIMER, Gerald M.; BAYER, Ronald. The rise and fall of AIDS exceptionalism. *American Medical Association Journal of Ethics* 11(12):988-992, 2009.

¹⁰ RAY, Sunanda et al. 2012. Activism: Working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa.

¹¹ SMITH, Julia H.; WHITESIDE, Alan. The history of AIDS exceptionalism. *Journal of the International AIDS Society* 13:47, 2010.

lação ao tratamento. Como resultado, grupos de ativistas de AIDS promoveram a pedagogia do tratamento. Como ferramenta, a pedagogia do tratamento foi utilizada (não necessariamente com esse nome) ao longo dos anos 90 por grupos de ativistas de AIDS nos Estados Unidos como a Gay Men's Health Crisis (GMHC) e a ACT UP para entender melhor o efeito da doença no organismo das pessoas, a alteração da evolução do HIV pelo tratamento e a identificação das principais necessidades de novas pesquisas.¹² Com a ajuda da GMHC e da ACT UP, a TAC foi a primeira organização a lançar da pedagogia do tratamento num país de renda baixa, em 1999.¹³ Desde o início, a TAC procurou assegurar os recursos para que os mais pobres reivindicassem seus próprios direitos. Essa ênfase num movimento enraizado entre os mais pobres, e controlado por eles, resultou da desconfiança em relação ao movimento 'profissional' de HIV/AIDS/direitos humanos, e que a TAC julgava ineficaz. Para os membros da TAC, a dignidade e os direitos humanos de todos, e principalmente

daqueles vivendo em contextos com recursos limitados, já constituíam uma premissa básica dos seus esforços – e eles insistiam firmemente na convicção de que os direitos humanos são uma necessidade para as pessoas mais pobres, e que não deveriam ser defendidos apenas 'por uma questão de consciência', como faziam muitos acadêmicos, advogados, médicos e outros profissionais.¹⁴ Portanto, a TAC propôs a pedagogia do tratamento de maneira que associa a medicina à política, aos direitos humanos, à igualdade e aos deveres do governo. Esse entendimento situa o tratamento num contexto em que governos, serviços e gestores da saúde são obrigados a prestar contas, no qual as pessoas dispõem de meios para exigir essa transparência.¹⁵ Importante notar que esse tipo de pedagogia do tratamento define o empoderamento como a conquista dos meios para documentar a maneira pela qual os contextos sociais, a violência e a própria doença afetam as pessoas vivendo com HIV.¹⁶ Trata-se de transformar as pessoas HIV-positivas em donas do seu próprio tratamento.



"...insistiam na convicção de que os direitos humanos são uma necessidade para as pessoas mais pobres e que não deveriam ser defendidos apenas 'por uma questão de consciência'..."

O European AIDS Treatment Group (EATG),¹⁷ fundado em 1992, e a International Treatment Preparedness Coalition (ITPC),¹⁸ fundada em 2003, são dois grupos alicerçados na premissa do ativismo e da pedagogia do tratamento. Enquanto o EATG enfatiza a coinfeção ou a coexistência do HIV com outras questões de saúde, os dois grupos descrevem a pedagogia do tratamento como uma compreensão ampla dos diversos tratamentos, particularmente a terapia antirretroviral.

¹² HEYWOOD, Mark. South Africa's treatment action campaign: Combining law and social mobilization to realize the right to health. *Journal of Human Rights Practice* 1(1):14-36, 2009.

¹³ HEYWOOD, Mark. 2009. South Africa's treatment action campaign: Combining law and social mobilization to realize the right to health.

¹⁴ HEYWOOD, Mark. 2009. South Africa's treatment action campaign: Combining law and social mobilization to realize the right to health, p. 17.

¹⁵ RAY, Sunanda et al. 2012. Activism: Working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa.

¹⁶ NIEHAUS, Isak. Treatment literacy, therapeutic efficacy, and antiretroviral drugs: Notes from Bushbuckridge, South Africa. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. Published online 27 June 2014: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2013.802319>.

¹⁷ Para mais informações, ver: <http://www.eatg.org/gallery/362094-1346846410.pdf>.

¹⁸ Para mais informações, ver: <http://itpcglobal.org/tratamento-education-knowledge/>.



Isso inclui a identificação precoce dos sintomas e informações básicas sobre o funcionamento dos medicamentos, e especificamente sobre aquilo que os antirretrovirais podem e não podem fazer.¹⁹ A Organização Mundial da Saúde também adota o conceito de pedagogia do tratamento, definida como 'ter conhecimento adequado' sobre o HIV e os medicamentos.²⁰

De acordo com a OMS, o conhecimento adequado permite ao paciente tomar suas próprias decisões sobre o tratamento e os cuidados, assegura adesão adequada ao tratamento e ajuda a combater informações falsas fornecidas por trabalhadores de saúde insuficientemente treinados, além de fortalecer a *advocacy*. A OMS também vê a pedagogia como 'empoderamento,' definido como participação significativa nas decisões sobre cuidados.²¹ Essa visão do empoderamento difere significativamente daquela descrita pela TAC, por ter um foco mais restrito nas decisões sobre tratamento e cuidados, sem dar voz às pessoas para falarem abertamente sobre a vulnerabilidade social como violação de direitos humanos fundamentais. No entanto, ambas as definições promovem o empoderamento daqueles que acessam e reivindicam tratamento, o que é fundamental.

Assegurar o empoderamento e o controle da própria pessoa sobre seu esquema terapêutico é essencial para criar uma resposta efetiva no tratamento do HIV. Empoderar as pessoas para que sejam seus próprios defensores permite que tenham voz e que comuniquem aos profissionais e gestores de saúde quando alguns aspectos dos cuidados (ou os cuidados como um todo) não estão funcionando corretamente. Isso pode ser comparado ao escalonamento do acesso ao tratamento que começou no início do século XXI, e que ainda continua. Por mais importante que tenha sido a ampliação do acesso ao tratamento, muitos países tendem a fornecer a medicação aos pacientes sem promover seu empoderamento, para não falar



de sua capacitação ou autodeterminação.

Para certas doenças e em certos contextos, pode funcionar o fornecimento sistemático e mecânico dos medicamentos, mas essa abordagem é ineficaz no tratamento do HIV. Os esquemas terapêuticos no caso do HIV são complexos e exigem determinadas mudanças de dieta e comportamento. É fácil para as pessoas perderem contato com o sistema de saúde e, portanto, com seu próprio tratamento, criando uma população de pessoas que sabem que são soropositivas, e que têm acesso ao tratamento, mas que não conseguem efetivamente utilizá-lo. Não é por falta de tentativa, mas por falta de empoderamento. Ativistas em prol do acesso ao tratamento e do conceito de pedagogia do tratamento promoveram a ideia de que o acesso não deve ser visto com algo que se impõe às populações privadas de voz e de entendimento. A pedagogia do tratamento fornece um tipo de acesso ao tratamento onde as pessoas mais impactadas pela epidemia podem assumi-lo e dele participar ativamente até que os cuidados que recebem sejam exatamente aqueles que demandam.

A maior disponibilização do acesso ao tratamento foi o resultado do financiamento crescente e do compromisso de alguns de ampliar o acesso em nível global. Na prevenção, tal disponibilização ao longo da década talvez só tenha existido (em termos comparativos) com a promoção da circuncisão masculina médica voluntária (CMMV). Atualmente, a promoção da CMMV está sendo endossada pela Organização Mundial da Saúde, UNAIDS, PEPFAR e USAID em 14 países da África Oriental e Austral.²² Embora a campanha seja capitaneada por algumas das maiores organizações e mais influentes em HIV/AIDS e saúde em geral, a implementação da CMMV na prática deixa de levar em conta uma série de questões culturais e sociais importantes.²³ A CMMV destaca-se como exemplo do argumento contra o mesmo tipo de implementação

¹⁹ Para mais informações, ver: <http://itpcglobal.org/tratamento-education-knowledge/>.

²⁰ WHO. "Preparing for Treatment Programme" Fact Sheet: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.who.../tpsheat/en/#>.

²¹ WHO. "Preparing for Treatment Programme" Fact Sheet: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.who.../tpsheat/en/#>.

²² WHO. Voluntary Medical Male Circumcision for HIV prevention: WHO, 2012. Disponível em: http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/.



sistemática que tem caracterizado a ampliação do acesso ao tratamento. Ao contrário de um esforço global controlado pelas próprias pessoas afetadas, a CMMV é uma tentativa de controlar a epidemia, sem permitir uma reflexão mais aprofundada pelos profissionais ou usuários dos serviços de saúde. A disponibilização sistemática da prevenção com base nesse tipo de abordagem é fadada ao fracasso. Precisamos de outra abordagem preventiva – uma abordagem apoiada por financiamento e *advocacy* global, mas que também garanta a inclusão, o empoderamento e o controle social pelas pessoas que acessam os serviços de prevenção.

A história complexa e controversa dos esforços de prevenção

No início dos anos 2000, com a consolidação do entendimento da necessidade da pedagogia do tratamento por parte de organizações como a Treatment Action Campaign (TAC), a luta pelo acesso ao tratamento alcançou avanços notáveis. Na época, ainda existia (como até hoje existe) muito a fazer para garantir o acesso efetivo à terapia antirretroviral para todos os que dela precisam, mas já havia um consenso importante em torno do acesso ao tratamento como direito humano básico para pessoas no mundo inteiro. Infelizmente, não se pode dizer o mesmo em relação ao acesso à prevenção. Pelo contrário, como resultado do estigma e da discriminação profundamente enraizados, muitas vezes o acesso à prevenção tem sido negado, e a história dos esforços de prevenção do HIV tem sido complexa e controversa.

Nos anos 1980, quando o HIV e a AIDS apareceram pela primeira vez e ainda não havia terapias eficazes, a prevenção era o principal foco das organizações de *advocacy*, particularmente de gays masculinos. O conceito de ‘sexo seguro’, com ênfase forte (mas não exclusiva) no uso de preservativos, foi criado para ajudar a prevenir a disseminação do HIV e ao mesmo tempo preservar o prazer do sexo. Em muitas das comunidades mais afetadas durante os primeiros anos da epidemia, a força da libertação sexual e a falta de uma resposta governamental configuraram o modelo erotizado de prevenção com base no ‘sexo se-

guro’. Nos Estados Unidos, o panfleto de Callen e Berkowitz de 1983, *How to Have Sex in an Epidemic* (Como Fazer Sexo Durante uma Epidemia), dava conselhos sobre práticas sexuais mais seguras e até hoje é considerado adequado. Este material foi lançado alguns anos antes dos cientistas e médicos opinarem oficialmente sobre as estratégias de redução de risco.²⁴ Naquela época, embora a AIDS estivesse associada ao comportamento sexual como importante via de transmissão, os grupos de gays masculinos lutaram para impedir que o sexo fosse visto como comportamento negativo a ser evitado. A representação e discussão abertas sobre sexo como ato positivo, assim como, sobre o desejo, o prazer e os cuidados com o parceiro, davam força às iniciativas de prevenção.

Até 1986 as autoridades sanitárias já haviam percebido claramente que a AIDS tinha o potencial de se propagar até a ‘população geral’ – ou seja, entre heterossexuais; as autoridades até então silenciosas começaram a se envolver mais em programas de educação sexual. Até esse momento na epi-



²³ GIAMI, Alain et al. Hybrid forum or network? The social and political construction of an international ‘technical consultation’: Male circumcision and HIV prevention. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, Publicado eletronicamente em 03 Feb 2015, em: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.998697>.

²⁴ PATTON, Cindy. *Fatal advice: How safe-sex education went wrong*. Durham, North Carolina: Duke University Press, 1996, p. 11.

demia, praticamente não havia nenhuma resposta organizada ao HIV/AIDS em nível global. No entanto, nos Estados Unidos e em diversos outros países de renda alta, frequentemente os esforços de prevenção eram divididos em duas categorias de programas: os que focavam as pessoas consideradas de maior risco e os que defendiam mudanças de comportamento na população geral. Entretanto, faltavam o financiamento e a vontade política para propor a redução de risco entre aqueles vistos como de maior risco, porque isso significaria endossar as práticas e comportamentos socialmente estigmatizados dessas pessoas. Tampouco foi adotada de imediato a mudança de comportamento na população geral, já que muitos acreditavam que seus comportamentos não precisavam ser modificados; em grande medida, os governos e as autoridades sanitárias queriam que as pessoas continuassem acreditando que não corriam risco.²⁵ Claramente faltavam às duas abordagens a positividade e a abertura que caracterizavam as abordagens de sexo seguro desenvolvidas por gays e outras comunidades (tais como profissionais do sexo); o resultado foi uma abordagem estéril e sistemática para a redução de risco que foi liderada não pelas pessoas, mas pelas autoridades sanitárias e pelos gestores do sistema de saúde.

Frente à percepção generalizada de uma ameaça crescente de disseminação do HIV, que chegou ao auge em 1986, a Organização Mundial da Saúde criou o Programa Global de AIDS (GPA). Por vários motivos, o programa teve um impacto positivo na prevenção. Entre outros, o GPA foi a primeira resposta organizada à AIDS em nível global. Em função disso, o programa teve que lidar com as seme-

lhanças entre todos aqueles vivendo com HIV/AIDS no mundo para poder discutir e contextualizar a prevenção. Nos Estados Unidos, por exemplo, a epidemia atingia principalmente os homossexuais masculinos e os usuários de drogas injetáveis, mas em Uganda eram os heterossexuais, principalmente as mulheres, enquanto que na Tailândia eram os profissionais do sexo e seus clientes. Para compreender a AIDS em diferentes países e contextos, a OMS/GPA, e depois outras agências e programas, tiveram que enxergar além dos padrões epidemiológicos específicos em diferentes países para poder compreender questões como orientação sexual, gênero e comportamento como determinantes sociais da saúde. O amplo escopo, abrangendo uma diversidade de realidades culturais,



"...faltavam o financiamento e a vontade política para propor a redução de risco (...), porque isso significaria endossar as práticas e comportamentos socialmente estigmatizados..."

²⁵ PATTON, Cindy. 1996. *Fatal advice: How safe-sex education went wrong*, p. 27.

sociais e políticas, revelou pela primeira vez uma mudança drástica na maneira de conceber a prevenção do vírus. A prevenção já podia ser discutida e desenvolvida à luz das vulnerabilidades sociais, culturais e econômicas. Houve um deslocamento necessário do comportamento individual para a vulnerabilidade social mais ampla, o que permitiu a discussão sobre os direitos humanos e a saúde.²⁶ Esse novo entendimento da prevenção também procurava isentar de culpa as populações afetadas, já que redirecionava o foco para as responsabilidades do governo e da sociedade como um todo. Entre os primeiros líderes da resposta ao HIV, Jonathan Mann e outros como ele argumentavam que os direitos humanos à saúde são universais, e que a vulnerabilidade provocada pelo estigma e pela discriminação impediria o acesso das pessoas a esses direitos. Esse entendimento ajudou a contextualizar a prevenção do HIV como um esforço coletivo da sociedade para exigir a inclusão daqueles mais frequentemente ignorados e estigmatizados.

Apesar de todos os avanços nos anos 90 em relação ao papel da sociedade nas condições de saúde, no início do século XXI, quando as opções terapêuticas eficazes já estavam disponíveis e se iniciava o escalonamento maciço da resposta global ao HIV, muitas das lições aprendidas com a histórica mobilização comunitária contra a AIDS foram esquecidas – principalmente em relação à ampliação da prevenção. O Plano Emergencial do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da AIDS (PEPFAR), que começou a ser desenvolvido em 2003, tratou a prevenção com a abordagem simplista e moralista conhecida pela sigla em inglês “ABC”: *abstinence, be faithful, and if all else fails use a condom*, ou seja, “abstinência (sexual), seja fiel e se todo o resto falhar, use preservativo”. Tal abordagem, com um subtexto fortemente religioso, foi aplicada no mundo inteiro como condição para os governos e organizações receberem o financiamento que demandavam. Por exemplo, em 2003 o PEPFAR se recusou a financiar programas de HIV que apoiassem profissionais do sexo ou a reconhecer estes como grupos vulneráveis. Como resultado, muitas organizações em diversos países perderam financiamento.²⁷

O sucesso limitado de programas de prevenção estreitos e moralistas que predominaram no início do século XXI tendia a ser ofuscado pelos avanços reais na expansão do acesso ao tratamento – avanços estes que permitiram que muitos ignorassem o evidente fracasso de iniciativas como PEPFAR na prevenção do HIV. Entre 2001 e 2008 houve um esforço enorme no tratamento do HIV (e no tratamento como prevenção), sendo que o período entre 2005 e 2008 foi marcado por mais financiamento global e mais otimismo no sentido de poder tratar o HIV como uma doença crônica, e já não mais como uma epidemia devastadora. No entanto, a crise financeira que se abateu sobre o mundo em 2008 resultou numa retração de recursos, mesmo em países ricos como Estados Unidos, e as agências doadoras tiveram que diminuir seus gastos. Como acontece frequentemente quando os recursos estão mais escassos, houve uma redefinição de prioridades, acompanhada daquilo que às vezes é descrito como o recuo da AIDS,²⁸ especialmente através de argumentos de custo-efetividade. Tais argumentos propunham a redução dos gastos em terapia antirretroviral vitalícia (e mais cara) e um foco maior em alternativas mais baratas como a prevenção da transmissão. Desde então, pesquisadores biomédicos e de saúde pública têm desenvolvido e defendido uma gama mais complexa de opções preventivas que descreveremos em detalhe a seguir; entretanto, a discussão das opções muitas vezes passa por cima da história complexa e controvertida dos debates sobre a prevenção do HIV (e a maneira como essa história se contrasta com o desenvolvimento muito mais linear do consenso sobre as opções de tratamento). Embora o financiamento global para HIV/AIDS tenha se estagnado desde 2008, a UNAIDS continua propalando “o fim da AIDS” até 2030. É fundamental que a prevenção seja utilizada em prol dessa meta, mas ainda há uma necessidade de discussão, informação e acesso para populações e comunidades cujas necessidades esses esforços de prevenção foram propostos a responder.

Métodos preventivos atuais

É frequente hoje em dia que as abordagens e métodos preventivos sejam classificados em biomédicos, compor-

²⁶ FEE, Elizabeth; PARRY, Manon. Jonathan Mann, HIV/AIDS, and human rights. *Journal of Public Health Policy*, 29: 54-71, 2008.

²⁷ MURTHY, Laxmi; SESHU, Meena S. *The business of sex*. New Delhi: Zubaan, 2013.

²⁸ ENGLAND, Rodger. Are we spending too much on HIV? *BMJ*, 334:334, 2007.



“O preservativo tem se mostrado uma barreira física muito eficaz na prevenção da transmissão do HIV, mas não é a única alternativa para a prevenção.”



tamentais e estruturais ou contextuais. Não há um método preventivo único que seja necessariamente melhor; cada um oferece vantagens e desvantagens, a depender do contexto em que é utilizado e das necessidades das pessoas. Pode-se argumentar que o preservativo masculino é o método mais econômico e, portanto, o mais amplamente disponível; talvez seja também o método mais amplamente promovido entre os métodos de prevenção do HIV. No entanto, isso não deve impedir os ativistas e profissionais de saúde de reconhecerem o preservativo masculino pela maneira em que é utilizado na prática. Nem sempre os preservativos masculinos e femininos são uma alternativa viável ou apropriada para todas as pessoas em risco. Por exemplo, em determinados contextos as mulheres podem não dispor de recursos ou de poder para efetivamente negociar o uso do preservativo.²⁹ Alguns homens, independentemente de orientação sexual, podem optar por não usar preservativos por vários motivos, desde a busca do próprio prazer até a ideia de que a AIDS já não representa uma ameaça. O preservativo tem se mostrado uma barreira física muito eficaz na prevenção da transmissão do HIV, mas não é a única alternativa para a prevenção. Existe atualmente um amplo leque de métodos preventivos biomédicos que por diversos motivos podem ser mais apropriados para algumas pessoas. Estes incluem a PrEP, a PEP e o tratamento como prevenção para reduzir a carga viral. A profilaxia pré-exposição consiste em um compri-

mido antirretroviral por dia (embora haja estudos em andamento sobre outras modalidades, aplicadas a intervalos maiores, como injeções) tomado antes da exposição ao HIV, e que demonstrou uma redução drástica no risco de infecção pelo HIV, mesmo com exposições de alto risco. Além de um comprimido oral diário, a PrEP, assim como o tratamento do HIV, inclui monitoramento laboratorial de rotina e acompanhamento clínico regular. Pessoas que escolhem a PrEP devem ser capazes de compreender como a medicação funciona dentro do organismo para entender a importância da adesão ao esquema diário e os resultados dos exames laboratoriais, além de se sentirem à vontade para discutir suas práticas sexuais franca e abertamente com o profissional de saúde. Como método, a PrEP tem o potencial de promover o empoderamento do usuário, desde que associada ao uso informado. A PEP também recorre ao uso de medicação como à PrEP, mas é tomada *pós-exposição*, por 30 dias, com 90 dias de acompanhamento médico em um serviço adequadamente estruturado.³⁰ Uma comparação entre os dois tipos de profilaxia seria uma pessoa HIV-negativa que toma PrEP porque seu parceiro/parceira é HIV-positivo/a, enquanto que a PEP seria tomada por um usuário habitual de preservativos que constata o rompimento da camisinha durante uma relação sexual.

Outra abordagem biomédica preventiva que está sendo promovida fortemente é a CMMV, especialmente em

²⁹ PEASANT, Courtney; PARRA, Gilbert R & OKWUMABUA, Theresa M. Condom negotiation: Findings and future directions. *Journal of Sex Research*, 52:470-483, 2015.

³⁰ WHO. Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en/>.



regiões da África Subsaariana com epidemias generalizadas. Segundo alguns estudos, a circuncisão masculina ajuda a reduzir a transmissão do HIV da mulher para o homem.^{31,32,33} Entretanto, como já foi discutido anteriormente na seção sobre *A história da pedagogia do tratamento*, a CMMV é um procedimento médico culturalmente sensível, e os estudos sobre sua eficácia e efetividade revelaram dúvidas em relação à implementação. Além disso, o método diz respeito principalmente ao sexo heterossexual, sem levar em conta outras populações-chave.

Finalmente, além de produtos farmacêuticos como PrEP e PEP e técnicas como circuncisão masculina, é importante destacar o papel do 'tratamento como prevenção' (ou TcP) entre as abordagens biomédicas preventivas. O tratamento como prevenção tem se tornado mais comum em diversos países, quando comparado com a PrEP, PEP ou CMMV. O tratamento efetivo suprime a carga viral do HIV, e estudos já demonstraram que dificulta muito a transmissão do HIV. Portanto, a terapia antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV tem papel central no plano 90-90-90 e o tratamento como prevenção tem sido promovido cada vez mais como a forma mais importante de prevenção biomédica em muitos programas de prevenção do HIV. Não obstante, a questão do acesso ainda levanta enormes desafios: estima-se atualmente que apenas cerca da metade das pessoas no mundo que precisam de tratamento do HIV de fato têm acesso ao mesmo.

Em outros contextos em que os preservativos e os métodos biomédicos não estão disponíveis ou são considerados inapropriados, vários métodos comportamentais podem ser usados isoladamente ou em combinação. Esses métodos comportamentais incluem a abstinência sexual, posicionamento estratégico, *serosorting* ou escolha de parceiros com conhecimento do estado sorológico, segurança negociada, sexo com parceiros exclusivos ('ser fiel') e sexo anal ou vaginal sem troca de fluidos corporais (na linguagem coloquial, a 'retirada' antes da ejaculação masculina). O posicionamento estratégico significa assumir papéis sexuais que potencialmente envolvem menos risco de transmissão, tais como, praticar apenas sexo oral ou

praticar somente sexo anal insertivo. *Serosorting* significa uma escolha consciente de praticar sexo com indivíduos do mesmo estado sorológico. A segurança negociada pode ser considerada uma forma de *serosorting* entre parceiros regulares que fazem um acordo sobre quais práticas sexuais são permitidas dentro e fora do relacionamento principal. Isso leva em conta o estado sorológico de ambos os parceiros, mas muitas vezes entre dois parceiros HIV-negativos.³⁴ Reconhece-se que todas essas práticas, inclusive o sexo com parceiros exclusivos e sexo sem troca de fluidos, têm limitações importantes em termos de efetividade, mas podem ser usadas para ajudar a reduzir algum nível de risco.

Importante ressaltar as limitações dos termos usados para classificar diferentes métodos preventivos, como 'biomédicos' e 'comportamentais'. Essas terminologias criam uma falsa impressão, como se os métodos preventivos agissem isoladamente entre si, enquanto que, na prática, isso está longe de ser verdadeiro. Em quase todos os contextos, é preciso haver algum nível de mudança comportamental para que os métodos biomédicos sejam utilizados. A PrEP, por exemplo, exige mudanças comportamentais complexas como a adesão a um comprimido diário, contato regular com um profissional de cuidados primários e a compreensão da interação fisiológica entre a medicação e o organismo da pessoa.

Existem também outros métodos de prevenção do HIV



³¹ WEISS, H. A.; QUIGLEY, M.A.; HAYES, R. J. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 14(15):2361-70, 2000.

³² BAILEY, Robert C. et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomized controlled trial. *Lancet*, 369(9562):643-656, 2007.

³³ GRAY, Ronald H. et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomized trial. *Lancet*, 369(9562):657-666, 2007.

³⁴ NAM:AIDSMAP. Negotiated Safety, 2015. Acessado em: <http://www.aidsmap.com/Negotiated-safety/page/1746400/>.



que não giram em torno da atividade sexual. A prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho) inclui um esquema antirretroviral para o recém-nascido nas primeiras seis semanas de vida, além de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida se a

carga viral da mãe estiver baixa (e se não houver disponibilidade de água limpa para a preparação de fórmula infantil) ou a suspensão do aleitamento materno, se a carga viral estiver alta e houver disponibilidade de água limpa para fórmula.³⁵ A troca de agulhas e seringas, uma intervenção estrutural que ajuda a reduzir o uso de agulhas e seringas contaminadas, é importante tanto para a redução de danos relacionados ao uso de drogas quanto para a prevenção do HIV. Apesar da recomendação da OMS no sentido de implantar essa forma de prevenção em nível global,³⁶ ela é considerada polêmica e não legalmente disponível em muitos países, sendo vista como uma apologia do uso de drogas ilícitas. Barreiras estruturais à prevenção, como a criminalização da troca de agulhas e seringas, só fazem aumentar ainda mais o risco de transmissão do HIV para usuários de drogas injetáveis, porque as tornam práticas clandestinas, dificultando o acesso a recursos como agulhas e seringas limpas.

A complexidade das escolhas de prevenção atualmente disponíveis reflete a complexidade da realidade humana; assim, um determinado método pode bastar para uma pessoa, mas não para outra. É extremamente importante enfatizar que os métodos não existem isoladamente entre si. É necessária uma abordagem preventiva que facilite não apenas a capacidade de usar um método, como também o acesso a ele e o empoderamento exigido para optar por usá-lo. Aqui o conceito de pedagogia, combinado com o da prevenção, torna-se altamente significativo para avançar na programação, planejamento e ativismo em relação ao HIV. O vasto leque de opções de prevenção, sejam sexuais ou não, pode parecer excessivo e intimidador. As pes-

“Sem o empoderamento, muitas vezes, as populações e indivíduos são empurrados para categorias de prevenção que não lhes convém, e nem ajudam a refletir suas

soas podem não saber onde ou como acessar muitas das diferentes opções de prevenção, ou podem sequer saber que existem. Sem o empoderamento, muitas vezes as populações e indivíduos são empurrados para categorias de prevenção que não lhes convém, e nem ajudam a re-

fletir suas experiências. Para avançar nessa luta, precisamos da pedagogia da prevenção.

Pedagogia: do tratamento à prevenção

Para poder lidar com a complexidade das opções preventivas, é importante reconhecer a complexidade dos indivíduos e das comunidades. Agências internacionais de ponta, como o UNAIDS e o Fundo Global, assim como os governos nacionais, tentam priorizar os grupos mais vulneráveis à transmissão do HIV, identificados como ‘populações-chave’. Muitas vezes essas populações são definidas de maneira a incluir desabrigados, migrantes, crianças, gestantes e particularmente uma forte ênfase em sete grupos específicos: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis, pessoas *trans*, presos, meninas adolescentes e mulheres.³⁷ Embora os dados mostrem que esses grupos específicos são os mais vulneráveis à transmissão do HIV, as políticas e programas raramente reconhecem a frequente sobreposição dessas categorias ou a fluidez e a troca de categorias ao longo da vida da pessoa. Na maioria das vezes, cada população-chave é discutida como se fosse separada das outras populações – por exemplo, determinado indivíduo é detento *ou* mulher *ou* profissional do sexo, e não uma mulher *cis* que está encarcerada por prostituição porque vive num país onde a prostituição é ilegal. A realidade é que muitas pessoas podem representar, e de fato representam, uma sobreposição dessas diversas populações (que não existem isoladas umas das outras). Além dessa sobreposição, existem interfaces entre raça ou etnia, condição socioe-

³⁵ WHO. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: UNAIDS, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf.

³⁶ WHO. Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf>.

³⁷ UNAIDS. 12 Populations: Being Left Behind - 12 Populations at Higher Risk of HIV Infection: UNAIDS, 2014. Disponível em: https://unaidsap.files.wordpress.com/2014/01/00-900_12-populations.gif?w=700&h=&crop=1.



conômica, identidade de gênero e orientação sexual que impactam as experiências sexuais e diárias de cada pessoa. Por exemplo, uma profissional do sexo que é cis e também usuária de drogas injetáveis não terá a mesma experiência sexual de uma profissional do sexo *trans* que também é usuária de drogas injetáveis. A sobreposição e interseção criam uma diversidade de experiências e vulnerabilidades que podem caracterizar as situações de comunidades diferentes, assim como, de pessoas diferentes, sugerindo a necessidade de um processo decisório mais elaborado e significativo em relação à complexidade das necessidades e à variedade dos métodos preventivos.

Com a situação atual, não existe uma solução do tipo ‘tamanho único’ que possa ser prescrita para todas as pessoas, e nem para grupos específicos. Portanto, é absolutamente necessário que as pessoas tomem suas próprias decisões sobre quais métodos preventivos funcionam melhor para si próprios e para suas vidas. Para tanto, precisam dispor das informações para avaliar suas opções, do acesso aos métodos preventivos para poder avaliar melhor suas próprias necessidades e do direito de exigir esses métodos preventivos se não estiverem disponíveis. Semelhante às condições que criaram a necessidade de uma pedagogia do tratamento na medida em que a terapia antirretroviral combinada começou a se tornar disponível, existem atualmente as condições que criam a necessidade de pedagogia da prevenção.

Nesse contexto, a ideia da pedagogia vai muito além da simples capacidade de ler informações médicas e de compreender a orientação dos profissionais de saúde. Um exemplo de *literacy* ou alfabetização no sentido mais simplista de ‘letramento’ é usado hoje por muitos serviços de saúde, especialmente nos Estados Unidos, com o conceito de *health literacy* ou ‘letramento sanitário’, focado na legibilidade das informações de saúde para pacientes que sofrem de limitação de compreensão da leitura e/ou de barreiras linguísticas na hora da comunicação com os pro-

fissionais de saúde.³⁸ Contrastando com esse conceito estreito de letramento sanitário, a pedagogia da prevenção, segundo a definição que adotamos aqui, vai muito além da capacidade de ler. Inclui a capacidade de processar e avaliar informações de saúde para tomar decisões baseadas no que é melhor para cada pessoa, de negociar e exigir o direito a essas opções e de discutir essas decisões com os parceiros e pares. A capacitação para a prevenção não significa apenas o processamento das informações, mas um processo de ‘conscientização’ e de empoderamento que permite às pessoas colocarem os conhecimentos em prática. Paulo Freire, o teórico pedagógico e político, faz uma distinção clara entre esses dois conceitos de pedagogia.³⁹ Em *Pedagogia do Oprimido*, Freire argumenta contra o que ele descreve como ‘educação bancária’, na qual o aluno é apenas um receptáculo do conhecimento onipotente do professor – como uma conta bancária zerada ou deficitária, esperando para receber o conhecimento correto a ser depositado pelo instrutor. Nessa estrutura, os alunos não têm poder, nenhuma motivação para compreender aquilo que lhes ensinam, mas fazem simplesmente o que o professor determina.⁴⁰ Freire afirma que isso reforça uma dinâmica de poder entre o opressor e o oprimido, negando a humanidade de ambos. Como alternativa a esse paradigma pedagógico opressivo, Freire propõe um processo de conscientização no qual o aluno é instado a compreender e a interagir com o conhecimento, num dueto dinâmico com o professor. Essa consciência não deve ser definida como o simples ‘recebimento’ de informações e opções disponíveis, mas pelo contrário, como a localização do ‘eu’ dentro do contexto social e ambiental da própria pessoa (que inclui todos os fatores estruturais que deixam a pessoa em risco adquirir o HIV). A conscientização também procura criar a agência coletiva para exigir a transformação positiva desses construtos sociais que continuam oprimindo as pessoas.⁴¹ Essa mudança poderia ser feita, criando espaços para discussão e debate – e assim, participando na conscientização comunitária – além de prover o apoio social necessário para as

³⁸ CDC, 2015. Learn About Health Literacy. Acessado em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>.

³⁹ A pedagogia é o método e a prática da educação e do ensino, especialmente em termos de conceitos teóricos.

⁴⁰ FREIRE, Paulo. *Pedagogy of the oppressed*. New York: New Continuum, pp. 71-87, 1970.

⁴¹ PAIVA, Vera. “Gendered scripts and the sexual scene: Promoting sexual subjects among Brazilian teenagers,” em Richard Parker, Regina Maria Barbosa & Peter Aggleton, eds., *Framing the Sexual Subject: The politics of gender, sexuality and power*, Berkeley, Los Angeles e London: University of California Press, 2000, pp. 216-239.

peças fazerem suas próprias escolhas.⁴² Enquanto a construção do letramento sanitário em muitos serviços de saúde corresponde à 'educação bancária' criticada por Freire, a pedagogia da prevenção, segundo nossa definição, só pode ser realizada plenamente através do processo de conscientização e engajamento, como foi descrito por Freire e outros educadores semelhantes. Portanto, defendemos um conceito de pedagogia da prevenção que é fundamentalmente comparável à pedagogia do tratamento defendida por organizações como TAC há mais de uma década: como uma necessidade, e como um direito fundamental de todos aqueles que estão vulneráveis à infecção pelo HIV.

É importante associar a 'conscientização' de Freire ao contexto da prevenção do HIV, porque muitas vezes falta aos grupos socialmente marginalizados o acesso à assistência médica adequada, incluindo o acesso à prevenção e à medicina preventiva; frequentemente esses grupos sofrem de estigma e de discriminação pelos serviços de saúde. Como esses indivíduos podem confiar que os profissionais de saúde irão lhes informar sobre os melhores métodos preventivos para eles? Como se espera que um profissional do sexo ou uma mulher trans receba informação sobre os melhores métodos preventivos para suas necessidades específicas, num contexto onde a prostituição é ilegal ou o sistema médico discrimina contra pessoas trans? Na ausência de uma rede competente de cuidados de saúde que consiga reconhecer e atender essa diversidade de necessidades, a pedagogia da prevenção serve como canal viável para as pessoas marginalizadas fazerem escolhas apropriadas sobre suas opções de prevenção. Essas pessoas devem ser vistas como especialistas, porque são as únicas que conhecem as especificidades e as necessidades de suas próprias experiências. A pedagogia da prevenção convida as pessoas a colaborarem e a se solidarizarem, porque tem o potencial de empoderar os grupos marginalizados, um processo que envolve uma forte revitalização e continuação das respostas baseadas na comunidade que apareceram nos primeiros anos da epi-

demia. Mas depende também da construção de sistemas e serviços de saúde que respondam verdadeiramente às necessidades dos usuários. Na ausência de sistemas de saúde que atendam as comunidades, o empoderamento e a mobilização comunitária ficam rebaixados e truncados. Portanto, a pedagogia da prevenção tem o potencial de fortalecer simbioticamente as respostas da comunidade. Através do empoderamento e da liderança da comunidade, a pedagogia da prevenção pode dar voz àqueles que de outra maneira não a teriam.

A pedagogia da prevenção guarda uma relação íntima com a progressiva expansão e inclusão dos direitos humanos universais. É importante enfatizar como direitos, o acesso aos métodos preventivos, o entendimento dos mesmos e a escolha de utilizá-los com empoderamento. Assim como o acesso e a capacitação para o tratamento são descritos – e reivindicados – como direitos humanos, o acesso e a pedagogia da prevenção também são direitos. Se o direito à saúde é um direito humano universal, a prevenção deve ser vista como parte integral desse direito. Nesse sentido, defendemos que o acesso a todas as informações sobre o leque inteiro de alternativas e escolhas em relação à prevenção deve ser um direito humano, tanto quanto o acesso ao tratamento – uma posição que obviamente seria muito diferente daquela adotada por programas como o PEPFAR, como parte do escalonamento dos serviços para HIV ao longo da última década. As respostas da sociedade civil e das comunidades – que precisam ser revitalizadas – defendem a prevenção como direito humano amplo, e devem assegurar que as técnicas (e as tecnologias da prevenção) e a pedagogia da prevenção que capacita as pessoas nas suas metodologias não sejam o privilégio de poucos, mas que as duas beneficiem todos que estão em risco de HIV.



Conclusão

Atualmente, enquanto há discursos múltiplos (e muitas vezes conflitantes) sobre as diferentes abordagens à prevenção do HIV, não existe ainda uma *prevention lit-*

⁴² MARTOS, Alexander J. "Vernacular knowledge and critical pedagogy: conceptualising sexual health education for young men who have sex with men." *Sex Education* pp. 1-15, 2015. Disponível em versão eletrônica antes da publicação impressa, em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681811.2015.1088434?journalCode=cscd20>.



eracy ou uma pedagogia da prevenção como nós a definimos aqui. Ao contrário, há uma necessidade urgente de redefinir a prevenção e de criar uma verdadeira pedagogia da prevenção feita pelas comunidades e para as comunidades mais vulneráveis ao HIV, em antecipação ao escalonamento da prevenção. Tal redefinição é necessária para poder lidar adequadamente com a complexidade dos métodos preventivos disponíveis, assim como, com o direito ao acesso a esses métodos. Precisamos de uma discussão permanente sobre a necessidade de 'respostas customizadas' à epidemia se quisermos ser realistas em relação ao 'fim da AIDS' até 2030. Para tanto, as pessoas mais afetadas pela epidemia precisam ter voz na definição da resposta, além de poder tomar suas próprias decisões customizadas sobre as opções de prevenção que se adequam melhor às suas necessidades. As pessoas devem ser capazes de avaliar as informações de saúde e de tomar decisões sobre essas informações, negociar e exigir o acesso às diferentes opções (hoje e no futuro) e de discutir essas questões com os parceiros, pares e profissionais de saúde.

Portanto, a questão da prevenção do HIV hoje apresenta muitos paralelos com a ampliação do tratamento. Para aprendermos com as lições do passado, o desenvolvimento e a aplicação da 'pedagogia da prevenção' são tão necessários quanto a pedagogia do tratamento a fim de ampliar o escopo do empoderamento até incluir, não apenas os que vivem com o HIV atualmente, mas também os que estão em risco de adquirir o vírus. A conversão sorológica já não deve definir quem é marginalizado pela

epidemia de AIDS. Hoje, pelo contrário, dispomos de ferramentas para manter as pessoas HIV-negativas, assim como, de lhes oferecer meios para tomar o controle de seus corpos e de sua saúde. Para levar a pedagogia da prevenção a sério, devemos reconhecer que ela só pode acontecer quando as pessoas colaborarem e apoiarem umas às outras; isso depende da solidariedade, do empoderamento e da revitalização das respostas comunitárias frente à epidemia. Depende também de sistemas e serviços de saúde que respeitem os direitos e que respondam às necessidades dos usuários. A verdadeira pedagogia da prevenção só se realiza quando é construída sobre alicerces sólidos, com comunidades mobilizadas e sistemas de saúde que respondam verdadeiramente às populações.

A epidemia de AIDS tem sido caracterizada pela tendência devastadora de afetar aqueles que já estão excluídos pela sociedade: pobres, minorias étnicas e raciais, usuários de drogas injetáveis, gays, bissexuais e outros HSH, profissionais do sexo e mulheres. Se quisermos verdadeiramente erradicar a AIDS até 2030, não podemos fazê-lo sem desmontar essas desigualdades e as construções sociais que tentam manter a opressão dos vulneráveis. Só poderemos atingir essa meta se confrontarmos as desigualdades direta e deliberadamente. O conceito de pedagogia da prevenção do HIV serve não apenas como uma maneira de estruturar essa estratégia, mas também como palavra de ordem, dando voz àqueles entre nós que tantas vezes são silenciados.





ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

OBSERVATÓRIO GLOBAL
DE POLÍTICAS DE AIDS

OBSERVATÓRIO NACIONAL
DE POLÍTICAS DE AIDS

