

Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis

*Different prevention methods lead to different choices?
Questions on HIV/AIDS prevention for men who have
sex with men and other vulnerable populations*

Veriano Terto Jr.¹

RESUMO: A partir de um relato etnográfico sobre transas sexuais em parques de grandes cidades brasileiras, o artigo buscou discutir a aplicação de novas estratégias e métodos de prevenção de vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) em populações vulneráveis, em especial na população de homens que fazem sexo com homens (HSH). O texto aborda quando, o porquê, para quem e em quais momentos adotar novos métodos de prevenção. Argumenta e enfatiza, conforme o relato inicial indica, a importância de se levar em conta as formas criadas e adaptadas pela própria população para manejar os riscos de infecção pelo HIV. Aborda ainda como as práticas e mensagens de prevenção são adaptadas e moldadas por indivíduos e comunidades, como forma de adequá-las aos seus desejos, escolhas e práticas sexuais. Nesse sentido, o artigo recomenda a inclusão da voz e das experiências das próprias pessoas consideradas vulneráveis nos programas que promovem a adoção de novos métodos de prevenção.

Palavras-chave: Homossexualidade. Prevenção de doenças. Populações vulneráveis. Participação social. Sexo protegido. Acesso à informação. Gestão de risco.

¹Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Autor correspondente: Veriano Terto Jr. Av. Pres. Vargas, 446, 13º andar, CEP: 20071-907, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: verterto@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: On the basis of an ethnographic narrative on sexual interactions observed in urban parks in large Brazilian cities, the article discusses the adoption of new strategies and methods for AIDS prevention in vulnerable populations, especially in men who have sex with men (MSM). By following some guiding questions, the text debates when, why, with whom, and in which context the new prevention methods should be adopted. It emphasizes, in agreement to the initial narrative, the importance of taking into account the prevention strategies created by the population itself to manage HIV risk infection. It also addresses how prevention practices and messages are adapted and recreated by individuals and groups in an attempt to suit them to their sexual desires, practices, and choices. In this perspective, the article recommends the inclusion of the experiences and voices of individuals and groups considered vulnerable in the new AIDS prevention methods and programs targeted to them.

Keywords: Homosexuality. Disease prevention. Vulnerable populations. Social participation. Safe sex. Access to information. Risk management.

São 22h00 de sábado quando Carlos adentra ao parque nessa agradável noite de verão. À medida que deixa para trás as aleias mais iluminadas e se acerca aos cantos mais escuros da parte noroeste do parque, ele sente que seus sentidos se aguçam: a visão penetra na penumbra buscando adivinhar o que fazem aquelas sombras que caminham e se cruzam logo ali adiante, debaixo daquelas grandes árvores; o olfato respira o cheiro de barro ainda fresco da chuva dos dias anteriores e da urina de quem já se refugiou naquelas sombras para um xixi tranquilo e algo mais; a audição, como um radar, tenta detectar tons de vozes e risadas ao longe de um ou outro grupo de monas que ali perto insistem em se reunir para conversar e dar pinta, algum grito de “Pega ladrão!” ou “Elza!”* ecoando das árvores, ou sirenes da polícia; o paladar traz à boca as lembranças de alguns prazeres das carnes ali já desfrutadas no fim de semana anterior. Todo o seu corpo se coloca em prontidão para, de alguma forma, mapear todo aquele cenário e ir atrás, com eficiência e eficácia, de algum bofe interessante e disponível. No entanto, é preciso estar atento! Não se pode vacilar! São muitos os riscos que competem com as possibilidades

*O uso de termos êmicos neste relato tem o intuito de reforçar aspectos e características da experiência relatada. Nem todos se aplicam a todas as Regiões no país. É importante que sejam considerados em atividades de prevenção e educação, de forma a aproximar essas atividades da experiência e do linguajar da população-alvo. A seguir, uma “tradução” dos termos da gíria gay, por ordem de aparecimento neste texto, utilizados em algumas Regiões do país:

1. “Elza”: ladrões e assaltantes;
2. “Pitboys”: jovens violentos que agridem homossexuais;
3. “Trabalhando a neca”: pode se referir a masturbar o parceiro ou fazer sexo oral;
4. “Atendimento”: transa casual que pode ocorrer em saunas, parques, cinemas, banheiros, etc.;
5. “Mala pronta”: pênis em ereção;
6. “Mala boa”: pênis grande ou bonito;
7. “Cliente”: termo emprestado da prostituição que aqui pode significar parceiro, apenas, sem envolver sexo por dinheiro;
8. “Boquete”: sexo oral;
9. “Bofe”: literalmente carne que não ou pouco se come. Refere-se ao parceiro masculino, viril, ativo, aquele que “come” (penetra o parceiro)

de prazer no parque, riscos que muitas vezes podem transformar a noite em um pesadelo. Ladrões, policiais repressores e corruptos, “pitboys” e psicopatas de toda ordem exigem todo o cuidado e atenção. E ainda é preciso ter cuidado para se prevenir e não pegar uma doença. Mesmo assim, Carlos ainda prefere ir ao parque do que meter-se no ambiente barulhento, claustrofóbico e tantas vezes tedioso de bares e boates gays da cidade. Ele já pensou em não ir mais ao parque, mas muitas vezes, quando se dá conta, já está ele por lá outra vez... Não foram poucas as vezes que ele se deu bem, mas também já passou por alguns “sufocos”! Certa vez estava agachado “trabalhando a neca” de um motoboy e o bofe em determinado momento pirou, ficou violento e quase acertou sua cabeça com o capacete. Também já viu alguns assaltos e por pouco não foi flagrado pela polícia, que volta e meia dá uma “incerta” por ali. Também se lembra do incidente do ano passado, quando resolveu “dar” para um bofe ali no parque e, quando terminou o “atendimento”, viu que a camisinha tinha se rompido. Ainda bem que o Hospital de Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) fica ali do lado, a poucos metros de distância, e ele sabia que a profilaxia pós-exposição (PEP) estava disponível e acessível àquela hora da madrugada. Ele fez a profilaxia e seis meses depois fez o teste: o resultado continuava negativo. Mas enfim, não é hora de lembrar-se dessas coisas desagradáveis! Ali naquele bambuzal logo adiante parece haver vários clientes potenciais quase escondidos na escuridão. É hora de descobri-los e de “trabalhar”! Após cruzar duas vezes com um bofinho que encostando ali naquela árvore lhe oferecia a “mala pronta”, Carlos decide atendê-lo. O atendimento repete o que ele e tantos outros ali fazem na maioria das vezes: uma brincadeirinha, envolvendo um “boquete” mais ou menos rápido, bater um bolinho, um ou outro amasso, o que sempre é bom! Mas pode ser também diferente, e foi o que aconteceu com o segundo “cliente” da noite: um bofe “podre de bem”, “mala boa”, supersafado e quem ele encontrou perdido ali perto do laguinho! Sem trocar muitas palavras, começaram com as brincadeiras, muito “amasso”, abraços, e, quando Carlos se deu conta, já estava sendo penetrado pelo bofe. Apesar do tesão alucinante, conseguiu colocar a camisinha no “cliente” e usou o lubrificante que trazia no bolso da bermuda. São raras as vezes de encontrar um “cliente” tão gostoso ou “pintar esta química” entre os dois ao ponto de rolar uma transa com penetração, seja de ele ser penetrado ou penetrar um parceiro. Ali no parque é desconfortável! E, apesar do tesão, ainda tem o risco de ser pilhado pela polícia ou pela “Elza”. Dessa vez, no entanto, deu tudo certo! A polícia parecia entretida em acompanhar a saída do público de um show de rock que havia terminado no auditório do parque. As “amigas” ali pelo bambuzal continuavam na sua faina e certamente permaneciam em alerta para dar o alarme, caso alguma “Elza” baixasse por ali. E a camisinha funcionou. Carlos decidiu então voltar pra casa e cruzou o parque em direção ao ponto de seu ônibus, não sem antes ver ao longe, no outro extremo, próximo à grande avenida, que algumas putas e travestis continuavam na batalha e não sem antes rever ali do outro lado do parque um eterno e sempre animado grupinho que lá pela parte leste compartilha suas alegrias e seus baratos com algumas drogas. “Por hoje é suficiente”, pensou. Avaliou que já teve muita sorte e muito sucesso nessa noite, relaxou e pensou ainda em tudo o que queria fazer no domingo: feira, passear com o cachorro, almoçar com os pais, ir ao cinema...

Este artigo teve por objetivo trazer algumas reflexões sobre os novos caminhos da prevenção de vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS),

especialmente a prevenção destinada a populações mais vulneráveis, e, no caso deste texto, para homens que fazem sexo com homens (HSH)**. A ideia de começá-lo usando essa cena é justamente para aproximar a discussão da experiência com a adoção de modos de prevenção e em lugares frequentados por parte significativa dessa população. A propósito, essa cena foi montada a partir de observações etnográficas informais e esporadicamente realizadas, nos últimos 10 anos, pelo autor em diferentes parques de cidades brasileiras onde acontecem práticas homossexuais em algumas noites. Tal abordagem tem sido utilizada pelo autor para apreender parte dos cenários sexuais frequentados por HSH no Brasil¹. Para compor este relato, também foram utilizados alguns fragmentos de conversas informais com colegas que participam dessas cenas sexuais, além da experiência vivida pelo próprio autor. Ressalto que este relato é apenas inspirado na realidade e não corresponde a uma situação específica, sendo apenas uma recriação de algumas situações observadas. Nesse sentido, o personagem aqui descrito é ficcional, mas reflete experiências acontecidas em cenas de encontros sexuais. Alguns elementos e acontecimentos dessa cena serão retomados nas discussões abertas por este artigo.

Desde a segunda metade dos anos 1990, e em especial a partir dos anos 2000, uma série de estudos, acompanhados de discussões e posicionamentos de populações e organizações da sociedade civil, coordenada de diversos países tem colocado em xeque o discurso dominante que centraliza no uso constante e correto do preservativo a forma mais eficaz e efetiva de prevenção do HIV. Esse debate tem apontado para um número crescente de indivíduos e grupos que expressam uma fadiga quanto ao uso do preservativo e coloca a urgência de novas alternativas de prevenção mais adequadas às suas práticas sexuais e aos seus estilos de vida². A fadiga em relação ao uso do preservativo seria simplesmente resultado da desinibição provocada pela disponibilidade do antirretroviral (ARV) ou da negligência em relação ao preservativo, mas talvez a expressão de limites dos atuais discursos e estratégias de prevenção***.

Por outro lado, nesta última década, uma série de pesquisas tem comprovado a efetividade de novas tecnologias e estratégias biomédicas como forma de prevenção. São estudos que demonstram a efetividade de profilaxias pré e pós-exposição ao HIV (com uso de medicamento ARV), a circuncisão³ em homens heterossexuais, os microbicidas tópicos vaginais

**O termo “homens que fazem sexo com homens” é aqui propositalmente utilizado para valorizar a experiência (homo)sexual vivida por esses homens, sem desconsiderar que em suas vidas sociais e políticas podem se identificar como homossexuais, gays, bissexuais, ou até mesmo heterossexuais, entre outras identidades sexuais possíveis.

***Um dos primeiros sinais sobre o “cansaço” em relação ao preservativo e ao discurso da saúde pública sobre a prevenção originou-se de segmentos da comunidade gay norte-americana que, na segunda metade dos anos 1990, visibilizaram práticas sexuais consentidas e deliberadamente desprotegidas para o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e lançaram manifestos na mídia reivindicando as razões para essa renúncia ao preservativo e à adoção de práticas do que por eles foi chamado em inglês de *bareback*. O termo se disseminou em diversos países, incluindo o Brasil, a ponto de atualmente qualquer prática sexual desprotegida entre HSH ser classificada como *bareback*, apesar de essas práticas atuais estarem muitas vezes deslocadas dos rituais, significações e razões políticas originais e expressas nos escritos daqueles primeiros indivíduos que aderiram ao *bareback* nos anos 1990¹⁷.

e retais, além do impacto que o tratamento com os medicamentos ARVs em pessoas soropositivas tem na transmissão do HIV. Neste último caso, isso acontece quando o tratamento consegue reduzir a níveis indetectáveis a carga viral medida no sangue e a pessoa mantém uma taxa elevada de células de defesa CD4⁴.

Os resultados desses estudos, aliados às demandas e aos posicionamentos colocados pela própria população, indicam que uma só estratégia de prevenção, seja ela baseada no uso do preservativo ou em algum outro método, não é suficiente para responder à epidemia. Diferentes tecnologias, métodos e estratégias são necessários para garantir a adesão cada vez maior de indivíduos e grupos vulneráveis e, assim, diminuir a propagação ou quem sabe eliminar novas infecções pelo HIV. Não se trata de demonstrar que o preservativo está superado e não mais deveria ser usado, mas de inserir outras possibilidades de prevenção, incluindo também o uso constante e correto do preservativo.

Por um lado, os estudos com métodos biomédicos, além de ampliar o leque de possibilidades de prevenção, apontam os desafios para sua implementação e apresentam as razões pelas quais não deveriam ser usados isoladamente. Alguns métodos, como a profilaxia pós-exposição, a profilaxia pré-exposição, a circuncisão masculina voluntária e a estratégia de tratar imediatamente todos aqueles que testam positivo para o HIV, já se encontram acessíveis em um número crescente de países e são aprovados e recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para as chamadas populações-chave, entre elas a população de HSH⁵. Por outro lado, os estudos de microbicidas vaginais e retais têm avançado consideravelmente, porém ainda não a ponto de serem incluídos nos programas de prevenção dos países⁶.

Para ter maior efetividade, esses métodos deveriam ser usados em combinação, segundo as necessidades e circunstâncias de indivíduos e populações. Por exemplo, a circuncisão em homens heterossexuais pode ter uma proteção entre 50 e 60% na prevenção em relações sexuais heterossexuais⁷. Para aumentar sua efetividade, poderia ser usada em combinação com o preservativo ou com uso de microbicidas potencialmente protetores à infecção pelo HIV. Por outro lado, é um método cuja efetividade em homens homossexuais não foi observada, portanto, não deveria ser recomendado para esta população, devido às características de suas práticas (homo)sexuais^{****}. Esse exemplo mostra que a combinação de métodos pode ser mais efetiva, segundo também populações, necessidades, cenários, momentos, práticas, valores e representações sociais envolvidos na vida de pessoas e grupos sociais.

Nem sempre as escolhas e decisões que as pessoas tomam acontecem de forma racional. Em um contexto adverso, da ausência de recursos externos e internos, as pessoas podem ser levadas a escolhas e decisões que não necessariamente correspondem aos seus desejos e necessidades, mas ao que o momento e o lugar determinam como possíveis. Tal como o sujeito da cena que abre este artigo, as pessoas criam e escolhem modos de se prevenir de acordo com as situações e condições em que acontecem as experiências e os encontros

****Muitos HSH praticam alternadamente sexo anal insertivo (“ativo”, penetrar) e receptivo (“passivo”, ser penetrado). Para aquele que é penetrado, o fato de ser circuncidado não traria proteção. Nesse sentido, a circuncisão seria recomendada para países com epidemia generalizada com padrão heterossexual.

sexuais. Por exemplo, algumas pessoas em uma situação de sexo anônimo (conforme a cena descrita inicialmente), com condições limitadas de conforto, podem evitar práticas que envolvam penetração, ou podem fazer sexo oral sem camisinha, porém evitando a ejaculação na boca, ou podem apenas optar por masturbação sozinhas e/ou com os outros, ou seja, passam a adaptar informações, métodos e insumos de acordo com a situação e as condições em que acontecem as relações sexuais.

As escolhas, as adaptações e a adoção de métodos e comportamentos preventivos podem estar vinculadas também a um cuidado da pessoa com a qualidade das suas experiências sexuais, aqui considerando desempenho na transa, grau de satisfação, realização de fantasias sexuais, entre outras. Nesse sentido, o advento das novas tecnologias e a sua influência na vida sexual das pessoas podem significar uma oportunidade para refletir sobre a qualidade da vida sexual dos indivíduos e grupos em relação aos atuais esquemas de prevenção do HIV.

Nesse sentido, as escolhas de que métodos e combinações adotar tendem a se tornar ainda mais complexas, já que implicam em uma série de questões e dinâmicas sociais e psíquicas sobre as quais deveríamos considerar. Neste texto abordamos algumas dessas questões, principalmente aquelas que podem envolver decisões individuais, bem como a relação entre profissional de saúde e usuários no momento da escolha de formas de prevenção.

DE QUAIS ESTRATÉGIAS E MÉTODOS DE PREVENÇÃO E SUAS COMBINAÇÕES ESTAMOS FALANDO?

As estratégias e os métodos de prevenção atualmente disponíveis podem ser classificados como comportamentais, educacionais e biomédicos⁸. As primeiras não dependeriam de médicos e outros profissionais de saúde, mas podem ser criadas e adotadas por grupos e indivíduos, a partir das próprias comunidades, como veremos a seguir. Entre os métodos educativos, podemos citar a promoção do preservativo, a disseminação da informação sobre prevenção, o aconselhamento individual ou coletivo, que podem ser recomendados e praticados isoladamente ou em combinação e podem contar com orientação de profissionais de outras disciplinas (educadores, pedagogos, profissionais de organizações não governamentais (ONGs), ativistas) e educadores voluntários (educação de pares).

As estratégias e os métodos biomédicos (PeP, pré-exposição, PrEP, circuncisão e microbicidas) dependem usualmente de um profissional de saúde, em geral um médico, para sua recomendação, adoção e monitoramento⁹. A eficácia desses novos métodos é conhecida apenas em algumas populações específicas e em regiões onde foram estudados; no entanto, os resultados são animadores e apontam para que tais instrumentos sejam usados em combinação com outras técnicas. Dessa forma, os novos métodos comporiam pacotes de prevenção (aqui tomando emprestada e traduzindo a expressão em inglês *prevention package*) adequados para diferentes momentos e situações que as pessoas enfrentam ao longo de suas vidas.

Em paralelo com o advento de novas tecnologias de prevenção, alguns grupos de HSH vêm adotando comportamentos sexuais mais adequados às suas práticas e aos seus desejos

sexuais. Nos últimos anos, por exemplo, em algumas comunidades gays na Europa Ocidental e nos Estados Unidos da América (EUA), tem-se identificado um comportamento chamado, em inglês, de *serosorting*, que implica na transa sexual entre pessoas de sorologia concordante, ou seja, pessoas negativas para o HIV transariam com pessoas soronegativas e pessoas soropositivas transariam com soropositivas, e, dessa forma, renunciariam de comum acordo ao uso do preservativo⁹. Esse comportamento, em geral adotado por indivíduos altamente informados e educados sobre o HIV, implica em riscos que são assumidos pelas pessoas que assim gerenciam os seus níveis e as suas formas de exposição aos vírus.

É possível pensar que a partir da disponibilidade do autoteste anti-HIV domiciliar no futuro o comportamento *serosorting* venha a aumentar, já que se trata de um teste rápido feito *in loco* (casa, motel, etc.) entre os próprios parceiros supostamente soronegativos imediatamente antes de uma transa sexual, para, dessa forma, negociar e/ou abdicar do preservativo. Os estudos de aceitabilidade do teste domiciliar em algumas populações, como os homossexuais americanos, já estão em andamento e, segundo alguns resultados, são animadores no sentido de sua adoção no futuro. A ideia é que sua proposta e adoção venham acompanhadas de um reforço na educação e no nível de informação do usuário, inclusive para que ele possa informar e aconselhar o potencial parceiro sobre o teste e, no caso de um resultado positivo, apoiar e referenciar o recém-conhecido soropositivo a serviços de saúde para os exames complementares de confirmação do diagnóstico e início do tratamento¹⁰. É claro que, mesmo com o teste domiciliar, a estratégia de *serosorting* continua implicando em riscos para outras DST, e até mesmo para o HIV, se consideramos questões como a janela imunológica nas infecções recentes. A janela imunológica é o período inicial da infecção em que os testes disponíveis, incluindo os testes rápidos, não detectam a presença de anticorpos para o HIV, ainda que a infecção já esteja instalada e ativa. Nesse período é maior a possibilidade de transmissão do HIV em função da carga viral mais elevada nessa fase inicial da infecção.

Os exemplos aqui citados, o *barebacking* e o *serosorting*, demonstram como pessoas e comunidades sexuais reagem, adaptam ou criam suas próprias estratégias de prevenção e gestão do risco de se infectar com o HIV. No caso do *barebacking*, alguns dos seus praticantes terminam por criar quase que um contradiscurso ao discurso dominante da prevenção na saúde pública do final dos anos 1990, cuja ênfase é no uso do preservativo sempre, em todas as relações sexuais, com o objetivo de evitar qualquer troca de fluidos corporais. Ao contrário, no discurso e nas práticas do *barebacking* há um reinvestimento erótico na troca de fluidos corporais, como o sêmen, além da revalorização da experiência sexual coletiva, como as orgias e festas de sexo, como estruturante de laços comunitários entre determinados grupos e comunidades sexuais. No caso do *serosorting*, há um reposicionamento em relação aos métodos disponíveis ou em fase de experimentação, sem recusá-los totalmente, mas integrando algumas novidades, como o uso do teste domiciliar (e a troca de resultados de testes entre dois parceiros) e talvez da PrEP. Além disso, parecem incorporar informações sobre os riscos associados às práticas sexuais, tais como as chances de se infectar em uma prática de sexo anal insertivo ou receptivo, sexo oral com ou sem ejaculação, entre outros.

Vale ressaltar que em ambas as posições aqui citadas estamos lidando com comunidades bem informadas sobre HIV/AIDS e suas formas de prevenção, o que as torna aptas a reagir, aceitar, recusar ou adaptar essas informações às suas práticas, aos seus estilos e às suas preferências sexuais. O protagonista da cena aqui descrita, sem recorrer ao *barebacking* e ao *serosorting*, também faz adaptações e escolhas, criando algumas formas de prevenção adequadas ao ambiente, ao momento e ao tipo de sexo que pode ser experimentado no cenário do parque. Certamente, o seu nível de informação sobre as formas de transmissão, ter à mão o preservativo e ter o conhecimento de que ali próximo há um serviço de saúde em que a PEP é oferecida são elementos fundamentais para que o personagem possa adaptar e criar suas formas de prevenção.

A literatura internacional mais recente sobre prevenção identifica, pelo menos, três comportamentos principais adotados por indivíduos e coletivos de HSH que também representam modos encontrados pelas pessoas para gerenciar seus riscos, seus desejos e suas necessidades na prevenção, como o sujeito da cena descrita neste texto. São eles¹¹:

Comportamento “soroadaptativo”: qualquer tentativa de reduzir o risco de transmissão do HIV por meio da alteração do comportamento sexual, segundo a sorologia do parceiro. Mais comumente, significa restringir o sexo anal desprotegido a parceiros sexuais anais com mesmo *status* sorológico.

Segurança negociada: quando o sexo desprotegido entre homens HIV-negativos se limita a uma relação primária estável. Em eventuais encontros sexuais com outros parceiros os preservativos seriam usados.

Soroposicionamento: ter relações anais receptivas (ou seja, como passivo) desprotegidas somente com parceiros sexuais HIV-negativos e ter apenas relações anais insertivas (como ativo) com os parceiros de sorologia desconhecida ou positiva para o HIV.

A reflexão sobre esses comportamentos adaptativos pode ser muito rica para compreender como o discurso da prevenção pode se aproximar ou se distanciar da experiência sexual concreta vivida pelos indivíduos. Essa combinação entre o que é pesquisado e recomendado por cientistas e profissionais da saúde e da educação e o que é rejeitado, recriado e adaptado pelas pessoas poderá ocupar um lugar relevante nos debates no campo da prevenção nos próximos anos.

COMO DIVULGAR AS MENSAGENS SOBRE NOVAS TECNOLOGIAS DE PREVENÇÃO E COMO RECOMENDÁ-LAS?

A divulgação sobre novas formas e novos métodos de prevenção, assim como o resultado das pesquisas correspondentes, tem sido alvo de discussões em diferentes eventos científicos e em debates nas comunidades e nos grupos ativistas. De um lado, na opinião de alguns profissionais de saúde e gestores, a divulgação dos resultados das pesquisas e de informação para a população sobre esses novos métodos poderia levar a efeitos de desinibição em alguns indivíduos e estimular que eles relaxem com relação ao uso do preservativo.

Por outro lado, as informações já estão na mídia, nas ONGs, nas conversas entre as pessoas, e é preciso conhecer e acompanhar como tais dados estão chegando ao público. No entanto, o acesso à informação é um direito das pessoas que deve ser respeitado e garantido e é um passo importante inclusive para que os resultados das pesquisas e as novas tecnologias estejam disponíveis e se tornem um recurso concreto nas escolhas envolvendo a prevenção.

A divulgação desses novos métodos também deveria ser acompanhada de estratégias de educação que envolvam a disseminação de informações corretas, atualizadas e adequadas ao público ao qual se dirigem. A divulgação e o debate públicos são importantes para promover a aceitação e a adesão de pessoas e grupos às combinações de tecnologias escolhidas, além de serem espaços para que elas exponham suas necessidades e seus modos próprios de lidar com os discursos e as práticas de prevenção. Por exemplo, a adesão correta ao regime do medicamento ARV é fundamental para o sucesso das profilaxias pré e pós-exposição ao HIV, o que levaria à necessidade de discutir com as pessoas seu interesse e suas possibilidades em aderir, e por quanto tempo, a uma prevenção que envolva o uso de medicamentos. Por outro lado, mais debates entre comunidade, gestores e cientistas também são necessários para estimular a mobilização social e promover o ativismo, para assegurar o acesso aos novos métodos e o controle social das atuais políticas e futuras ações de prevenção.

Dentro de uma perspectiva educativa, o aconselhamento merece atenção especial, pois será crucial atualizar e treinar os aconselhadores no sistema de saúde sobre essas novidades e sobre como orientar e apoiar as escolhas dos usuários. Essa atualização pode até ser uma oportunidade para que os profissionais de saúde envolvidos com o aconselhamento possam se apropriar e compreender a diversidade de práticas e desejos sexuais dos aconselhados e, assim, desenvolver um aconselhamento mais adequado e focado nas necessidades da pessoa. Da mesma maneira, nas organizações de base comunitária e nas ONGs, entre os educadores de pares (*peer educators*), abre-se uma oportunidade para reciclar seus conhecimentos e integrar à promoção do preservativo os novos métodos de prevenção. Em algumas oficinas sobre novas tecnologias de prevenção na qual participavam educadores de pares apareceu mais de uma vez o receio de incorporar esses novos métodos e estratégias, pois, segundo alguns relatos, incorporá-los agora poderia comprometer a autoridade e a legitimidade do educador com os pares, conquistas após um grande e longo esforço para fazer com que o preservativo fosse aceito^{*****}. Poderia assim se conformar um dilema para os educadores: aderir aos discursos oficiais da prevenção, ainda muito centrados na consigna “use sempre camisinha”, ou em que medida eles poderiam incluir as necessidades e as formas recriadas e adaptadas de prevenção expressadas pelas comunidades e, a partir daí, incorporar novos métodos e suas possíveis combinações no seu trabalho de instrutor. Da mesma forma, em outras oficinas sobre o tema, alguns gestores e profissionais de saúde colocaram dúvidas sobre em que medida os serviços de saúde atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) poderiam ser adaptados para empregar os novos métodos,

*****Desde 2010, a partir de convites de gestores e ONGs, coordeno sozinho ou em parceria com Jorge Beloqui (GIV) oficinas destinadas a profissionais de saúde e ativistas de ONGs com trabalho em HIV. Essas oficinas têm duração de aproximadamente quatro horas e envolvem exposições sobre novas tecnologias de prevenção e exercícios de participação grupal, em que são discutidos casos e situações de vulnerabilidade e risco.

ou se seria necessário criar serviços mais preparados para administrar os pacotes de prevenção (conjunto de métodos e estratégias), devido à situação de carência em recursos humanos e à falta de condições logísticas dos serviços em atender às demandas atuais¹².

A divulgação, a disseminação e a apropriação de informações por parte das comunidades e dos profissionais de saúde ainda necessitam ser debatidas, como vimos nos parágrafos anteriores, e esse debate não deve deixar de lado questões como saber para que esses novos métodos são recomendáveis: para prevenção de HIV/AIDS? De hepatites virais? De outras DST? De todas essas doenças juntas? Como veremos nas próximas seções, essas são perguntas fundamentais para as escolhas e para a tomada de decisões sobre qual prevenção as pessoas irão adotar.

QUANDO ADOTAR? QUANDO RECOMENDAR?

Em um momento em que os métodos de prevenção tendem a se diversificar, as escolhas sobre quais métodos, em que momentos, situações e circunstâncias também tendem a se complexificar. Por exemplo, no caso da circuncisão masculina, pode-se discutir em que momento realizá-la: logo ao nascer, por decisão dos pais, mais tarde, quando o indivíduo possa ter uma compreensão sobre as razões do procedimento e possa participar da decisão com os pais, ou só na idade adulta, quando possa decidir com autonomia sobre a realização do procedimento.

A adoção ou recomendação por parte de profissionais de saúde a respeito de que combinação de métodos e estratégias de prevenção utilizar também deve levar em conta a trajetória e os projetos de vida dos indivíduos, os momentos e fatos marcantes no manejo de situações de risco e prevenção, assim como os projetos e planos, por exemplo, querer casar, manter-se ou voltar a ser solteiro, ter filhos, manter-se ou não monogâmico, entre outros. Da mesma forma, refletir sobre que práticas sexuais são mais frequentes em um determinado momento de vida pode ajudar na tomada de decisão sobre quais métodos combinar. Há períodos em que as pessoas podem ser quase ou totalmente abstinentes de relações sexuais, ou, para alguns grupos de HSH, fases nas quais as práticas sexuais se concentram em masturbação com outros homens em cinemas e banheiros de “pegação”, nos quais pode haver pouco sexo com penetração. Há outras situações em que pode haver mais ênfase em sexo oral e penetração em uma mesma transa, como, por exemplo, em situação de namoro. Nessas diferentes fases e situações pode acontecer uma adesão maior ou menor ao preservativo, e, em outras, até aparecer o cansaço no seu uso. Isso, no entanto, não significa necessariamente abandono ou desinteresse na prevenção, mas diferentes formas de manejo de risco e concepções de prevenção.

EM QUAIS CIRCUNSTÂNCIAS?

As escolhas envolvendo os métodos de prevenção e suas combinações também são determinadas por contexto, situações e lógicas sociais e institucionais em que as pessoas se encontram, tais como estar privado de liberdade (cárceres, hospitais psiquiátricos), o fato de estar ou não

em uma relação conjugal, e ainda a adesão ou não a sistemas religiosos e seus valores relacionados à sexualidade, à saúde, entre outros. Para conseguir compreender o contexto, é necessário conhecer o lugar de onde as pessoas vêm em busca de prevenção, assim como conhecer o destino das mensagens. Por exemplo, o caso de comunidades onde mulheres casadas têm muita dificuldade ou mesmo onde é impossível propor e negociar o uso do preservativo com os maridos. Possivelmente, nessas situações poderão ser pensados métodos combinados que permitam uma adesão maior do casal à prevenção e que não necessariamente passem pelo uso do preservativo. O uso de microbicidas eficazes (quando disponíveis) aliado à circuncisão seria uma combinação que poderia reduzir o risco de uma infecção pelo HIV nessas e em outras situações semelhantes.

O contexto estrutural também joga um papel importante, por exemplo, nos países que decidem adotar o uso de ARVs como método de prevenção. Além de PrEP e PEP, há a chamada estratégia “testar e tratar”, em que o tratamento deve começar o mais precocemente possível no curso da infecção pelo HIV, assim que diagnosticado soropositivo, mesmo com taxas aceitáveis ou elevadas de células T-CD4 (acima de 500 por mm³ de sangue), de modo a baixar a carga viral a níveis indetectáveis na corrente sanguínea e em outros fluidos corporais¹³. Dessa forma, seria reduzido substancialmente o risco de transmissão do HIV. Nesse caso, um programa amplo e efetivo de testagem, disponibilidade e acesso universal aos ARVs e acesso rápido e fácil aos serviços de saúde, acompanhado de mecanismos para reforçar a adesão dos soropositivos ao tratamento, é fator fundamental para o sucesso da estratégia. No caso brasileiro, o acesso universal aos ARVs poderia ser um facilitador para uma implementação dessa estratégia; no entanto, a falta de políticas e ações de testagem mais efetivas, o estigma que ainda afeta os soropositivos e a demora em aceder aos serviços de saúde na rede pública seriam obstáculos consideráveis a serem vencidos para o acesso e a adesão das pessoas portadoras do HIV a essa abordagem. Nesse sentido, o investimento para o aumento da testagem para o HIV e a incorporação de novos diagnósticos devem estar acompanhados de investimentos em mais recursos humanos e mais recursos financeiros, de forma a garantir a acolhida e a adesão das pessoas soropositivas aos serviços de saúde.

Assim como é importante conhecer os contextos culturais e político-econômicos, igualmente importante é conhecer a epidemia em cada uma das comunidades e em cada um dos grupos aos quais se destinam os programas de prevenção. Passados mais de 30 anos de epidemia, é sabido que grupos e pessoas vivenciam diferentes “epidemias” de HIV/AIDS, em contextos muito particulares, com histórias próprias de impactos, de mudanças, com momentos e acontecimentos marcantes, assim como com a convivência de necessidades antigas e atuais de saúde. A história de convivência de grupos e pessoas com a epidemia poderá ser igualmente fundamental nos processos de escolha e decisões tanto individuais como coletivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo as questões levantadas neste texto, a gestão do risco e as escolhas individuais sobre as combinações de novos métodos de prevenção dependem não apenas das tecnologias biomédicas,

mas de fatores estruturais e programáticos (como se organiza o sistema de saúde público, o acesso a insumos, o ambiente político-legal, os custos, por exemplo), sociais (valores, representações sociais e grau de estigma relacionado a gênero, raça e orientação sexual e *status* sorológico, uso de drogas injetáveis, prostituição, entre outros), individuais (frequência de comportamentos e práticas sexuais, nível de informação, trajetória individual com a prevenção, para citar alguns)¹⁴. Esses fatores devem ser especialmente considerados quando se trata de populações vulneráveis, por exemplo, gays e HSH, grupo no qual aumentam os novos casos de HIV/AIDS, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)¹⁵.

O acesso aos resultados dos estudos sobre os novos métodos de prevenção e os limites e as possibilidades daqueles atualmente existentes é uma questão de Direitos Humanos. Trata-se aqui de direito à informação e direito à saúde, na medida em que esses resultados podem se transformar em caminhos para a gestão com mais qualidade da saúde individual e coletiva. A apropriação desse conhecimento pelas pessoas e comunidades mais vulneráveis (sem se esquecer daqueles e daquelas vivendo com HIV/AIDS) exige sua maior participação nos debates políticos e científicos atuais sobre o tema¹⁶. Aliás, as experiências sexuais e afetivas, assim como as necessidades de pessoas e coletivos com relação à prevenção — expressadas por meio de sua própria voz —, deveriam ser ouvidas tanto por aqueles que defendem uma abordagem mais educativa ou social da prevenção como por aqueles que defendem uma abordagem mais biomédica da prevenção. Tal escuta poderia ser fundamental para a elaboração e implementação de qualquer política e ação de prevenção, em especial aquelas destinadas a populações mais vulneráveis, como HSH, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, em suas diferentes fases de vida e seus contextos socioeconômicos.

Nesse sentido, os novos cenários da prevenção devem ser trabalhados de forma interdisciplinar (envolvendo a Biomedicina, as Ciências Sociais, os saberes das comunidades e a experiência das pessoas) e intersetorial (grupos da sociedade civil organizada, profissionais e gestores, juristas e cientistas), em um esforço coletivo e solidário. Essa é a única possibilidade de fazer com que a prevenção não signifique apenas evitar o HIV/AIDS e outras doenças, mas possa ir além, significando escolhas mais racionais e mais emancipação individual e coletiva.

AGRADECIMENTOS

Este texto é dedicado à memória de Gabriela Leite, incansável ativista brasileira pelos Direitos Humanos das prostitutas brasileiras, falecida em 10 de outubro de 2013. Apesar de já gravemente doente, Gabriela foi uma das revisoras deste artigo com Luis Vasconcelos. Meus agradecimentos a ambos, e em especial para Gabriela, pelo seu esforço e sua generosidade em um momento tão difícil de sua vida. Sua participação neste texto culmina uma trajetória comum de mais de 20 anos, na qual compartilhamos um sem número de mesas-redondas, painéis, reuniões, debates em eventos nacionais e internacionais, em que pude ter o prazer de sua companhia e aprender com suas ideias e posições. Fica a saudade e minha eterna admiração.

REFERÊNCIAS

1. Terto Jr. V, Seffner F. Sex in Motion – Notes on urban Brazilian sexual scenes. In Aggleton P, Parker R. *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. New York: Routledge Ed.; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gays e outros HSH são mais escolarizados, têm maior poder aquisitivo e acessam mais o serviço público de saúde que os homens em geral, junho 17, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/gays-e-outros-hsh-sao-mais-escolarizados-tem-maior-poder-aquisitivo-e-acessam-mais-o-servico> (Acessado em 18 de outubro de 2014).
3. Camargo R. Novas tecnologias de prevenção: circuncisão médica masculina. Apresentação no II Seminário Nacional sobre Vacinas e Novas Tecnologias de Prevenção. São Paulo, setembro de 2014. Disponível em: <http://www.giv.org.br/Semin%C3%A1rios/II-Semin%C3%A1rio-Nacional-Vacinas-e-Tecnologias-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-HIV-Aids/index.html> (Acessado em 19 de outubro de 2014).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008. Suplemento III Tratamento e Prevenção. Brasília: Ministério da Saúde; out. 2010.
5. Calazans G. Diretrizes consolidadas sobre diagnóstico, prevenção, tratamentos e cuidados para populações-chave. Apresentação no II Seminário Nacional sobre Vacinas e novas Tecnologias de Prevenção. São Paulo, setembro de 2014. Disponível em: <http://www.giv.org.br/Semin%C3%A1rios/II-Semin%C3%A1rio-Nacional-Vacinas-e-Tecnologias-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-HIV-Aids/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-GabrielaCalazans-Popula%C3%A7%C3%B5es-Chave-II-Semin%C3%A1rio-Vacinas-e-Novas-Tecnologias-GIV.pdf> (Acessado em 19 de outubro de 2014).
6. Microbicide Trials Network (MTN). Rectal Microbicides Fact Sheet, 25 March, 2014. Disponível em: <http://www.mtnstopshiv.org/node/2864> (Acessado em 25 de dezembro de 2014).
7. Roehr B. Male circumcision helps to prevent HIV acquisition, says Cochrane review. *BMJ* 2009; 338: b1545.
8. De Wit J, Aggleton P, Myers T, Crewe M. The rapidly changing paradigm of HIV prevention: time to strengthen social and behavioural approaches. *Health Educational Research* (Oxford Journals) 2011; 26(3): 381-92. Disponível em: her.oxfordjournals.org/content/26/3/381 (Acessado em 23 de dezembro de 2014).
9. Pietranelo A. Living with HIV: is serosorting safe. *Healthline*. Published on 24th July, 2013. Disponível em: <http://www.healthline.com/health/hiv-aids/serosorting-safe#Serosorting1> (Acessado em 22 de maio de 2013).
10. Carballo-Diéguez A, Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Dolezal C. Use of a rapid HIV home test prevents HIV Exposure in a High Risk Sample of Men who have sex with men. *AIDS Behav* 2012; 16: 1753-60.
11. Cairns G. A sorodiscordância ajuda a prevenir o HIV – até certo ponto. *Boletim Vacinas Anti-HIV/AIDS*, n. 27, set. 2012. p. 5-6.
12. Beloqui J, Seffner F, Terto Jr. V. Pontos de Tensão e Tesão: limites e possibilidades para a inovação da prevenção na quarta década da epidemia de HIV/AIDS. In: Paiva V, França Jr. I, Kalichman A (orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Ed. Juruá; 2013. p. 105-36.
13. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365(6):493-505
14. Ayres JR, Paiva V, França Jr. I, Conceitos e Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla C. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá Ed.; 2012. p. 71-94.
15. GLOBAL REPORT UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf (Acessado em 25 de dezembro de 2014).
16. ONUSIDA & GNP+. *Salud, Dignidad y Prevención Positivas*; Genebra, 2009.
17. Terto Jr. V. Questões para um sexo mais seguro. *Boletim Pela Vidda*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 10-1, 1999.

Recebido em: 15/03/2014

Versão final apresentada em: 21/10/2014

Aceito em: 12/02/2015